



De la simulación clínica a la cabecera del paciente: el desafío de la traslación en medicina crítica

From clinical simulation to the patient's bedside: the challenge of translation in critical care medicine

Roger Gaspar Mena-Arceo*

Desde sus inicios, la formación del médico especialista en medicina crítica se ha sustentado en un modelo de aprendizaje tutorial frente al paciente. No obstante, la complejidad creciente de los cuidados críticos, la vulnerabilidad de las personas atendidas en la unidad de terapia intensiva (UTI) y la necesidad de seguridad para el paciente han evidenciado las limitaciones que tiene el paradigma tradicional.

En este escenario, la simulación clínica ofrece el único camino ético para reconciliar la necesidad de entrenamiento con la seguridad del paciente: el «permiso para fallar». En un escenario simulado, el error no se percibe como una negligencia, sino como una poderosa oportunidad de aprender.

La simulación clínica es una estrategia educativa consolidada en el ámbito de la educación, con múltiples estudios que sustentan su eficacia en la formación y capacitación del personal de salud, que permite adquirir competencias clínicas de manera segura y libre de riesgos, tanto para el paciente como para el alumno, con gran crecimiento en los últimos años; México es uno de los países con mayor número de espacios en simulación clínica en Latinoamérica.

No obstante, en nuestro país persiste una brecha significativa en su implementación: en general, la simulación clínica se circunscribe al ámbito académico, a menudo desconectada de la realidad asistencial de la UTI.

La simulación clínica en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina crítica no debería concebirse sólo como una herramienta educativa, sino como una estrategia educativa traslacional.

El verdadero desafío contemporáneo reside en demostrar que las competencias adquiridas en un espacio de simulación clínica se transfieran de manera efectiva a la práctica clínica para que impacten directamente en los indicadores de calidad, la reducción de eventos adversos y, evidentemente, en la supervivencia del paciente en estado crítico.

Para lograr esta traslación, es preciso redefinir nuestros indicadores de éxito. Durante la última década, la educación en salud ha puesto un énfasis desproporcionado en la satisfacción del participante y en la adquisición de conocimientos teóricos inmediatos. No obstante, en el entorno de la UTI, donde el margen de error debería ser inexistente, estas métricas resultan insuficientes.

La implementación de un programa de simulación clínica en el proceso de enseñanza-aprendizaje de la medicina crítica deberá buscar la correlación directa con la práctica asistencial: ¿el entrenamiento en colocación de accesos vasculares guiado por ultrasonido logró disminuir la tasa de neumotórax iatrogénico en nuestra unidad? ¿La simulación clínica de códigos de reanimación cardiopulmonar ha reducido el tiempo de «no flujo» en las situaciones de paro cardíaco real en la UTI? Si la respuesta no es cuantificable a nivel asistencial, los beneficios de esta estrategia permanecerán incompletos.

En este sentido, la simulación clínica *in situ* emerge como el puente idóneo para cerrar la brecha entre la competencia educativa y el desempeño clínico (*Figura 1*). Al trasladar el escenario de aprendizaje al entorno real (con el equipo biomédico, el personal y las limitaciones físicas propias de la unidad), la simulación clínica trasciende el mero entrenamiento individual y se convierte en una herramienta de sistemas de gestión.

Esta estrategia educativa también permite identificar amenazas de seguridad latentes, fallas en los protocolos institucionales y superar las barreras logísticas que un espacio de simulación clínica externo no siempre podría replicar. Así, el ejercicio deja de ser sólo una experiencia educativa basada en simulación clínica para convertirse en una intervención de mejora continua, firmemente comprometida con la importancia y el valor de la seguridad, el trabajo en equipo, el conocimiento de los sistemas y procesos asistenciales y en los cambios organizacionales que proporcionen mayor calidad en la atención del paciente críticamente enfermo.

La simulación clínica en el ámbito de la medicina crítica debería evolucionar de ser una actividad académica eventual, a convertirse en un componente estructural de nuestra práctica clínica. No únicamente para perfeccionar las habilidades técnicas del personal de salud, sino para construir sistemas asistenciales más

* Instituto Mexicano del Seguro Social.

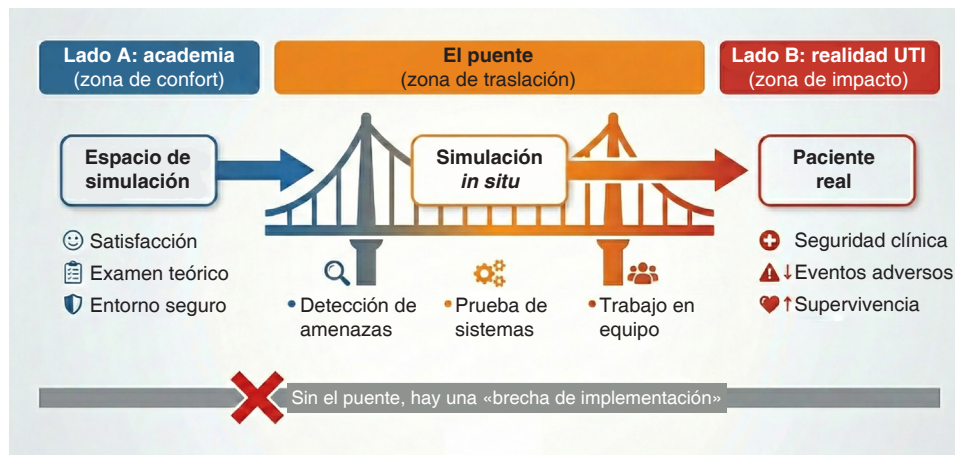


Figura 1:

La simulación clínica *in situ* como el puente traslacional de la simulación clínica en medicina crítica.
UTI = unidad de terapia intensiva.

resilientes, con la capacidad de anticipar el error antes de que éste alcance al paciente.

En conclusión, es importante que los líderes, los directivos y los docentes de medicina crítica se formen como instructores en simulación clínica y adopten esta visión traslacional de la misma, integrándola no como un evento aislado, sino como una estrategia permanente tanto de aprendizaje como de gestión de riesgos.

Sólo cuando asumamos que la excelencia clínica se entrena y perfecciona, honraremos el compromiso ético de calidad y seguridad en la atención de los pacientes, pues la vida que salvamos en la UTI el día de mañana podría depender del escenario que simulemos hoy.

Correspondencia:

Dr. Roger Gaspar Mena-Arceo

E-mail: yuumkeh@gmail.com