

*Médico de Familia. Ex Jefe de Estudios de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas VI, IX y V de Murcia. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB) Pascual Parrilla. Arrixaca, 30120 Murcia, España. Biomedical Research Institute of Murcia (IMIB) Pascual Parrilla. Arrixaca, 30120, Murcia, Spain.

Correspondencia:

Dr. José Saura Llamas.

Correo electrónico:

jsaurall@gmail.com

Error clínico, paciente difícil e incidente crítico: un triángulo motivador para formar residentes

Erro clínico, paciente difícil e incidente crítico: um triângulo motivacional para treinamento de residentes

Clinical Error, Difficult Patient and Critical Incident: a Motivational Triangle to Train Residents

José Saura Llamas. *

Nota aclaratoria:

El lenguaje y los términos utilizados en esta presentación se deben entender siempre de manera inclusiva: La residente y el residente. La médica y el médico etc. Este artículo sólo es una pequeña introducción a estos tres temas fundamentales. Por su importancia, trascendencia y extensión los interesados en alguno de ellos deben revisarlos y ampliarlos con otras referencias. No existe ningún conflicto de interés. El autor no tiene ninguna relación con otras instituciones o empresas que puedan estar relacionadas con esta publicación. No se ha recibido ningún tipo de ayuda económica ni de otro tipo para elaboración. Se llevó a cabo con recursos propios.

Resumen

Se describe la importante relación que existe entre los dominios competenciales: *seguridad del paciente, comunicación clínica y la formación sanitaria especializada*; son señaladas su utilidad formativa, las sinergias y su efecto potenciador y beneficioso. Se resaltan sus efectos sobre el residente, a través de: *el error clínico, el paciente difícil y el incidente crítico* que constituyen el llamado triángulo motivador para formar residentes. Es decir, de cómo utilizar formativamente las situaciones reales cuando las cosas no van bien en la consulta.

Palabras clave: Seguridad del paciente, Comunicación, Errores médicos

Resumo

A relação importante entre domínios de competência: segurança do paciente, comunicação clínica e treinamento especializado em saúde é descrito; Sua utilidade formativa, sinergias e seu aprimoramento e efeito benéfico são indicados. Seus efeitos no residente são destacados,

por meio: o erro clínico, o paciente difícil e o incidente crítico que constituem o triângulo motivador chamado para formar os moradores. Ou seja, como usar formativamente situações reais quando as coisas não estão indo bem na consulta.

Palavras -chave: Segurança do paciente, Comunicação, Erros médicos

Abstract

The important relationship that exists between the competency domains of: *patient safety, clinical communication and specialized health training*, its educational usefulness, synergies and the enhancing and beneficial effect are pointed out. Its effects on the resident are highlighted, through: the clinical error, the difficult patient and the critical incident that constitute the so-called motivational triangle to train residents. That is, how to use real situations formatively when things are not going well in the medical consultation.

Keywords: Patient Safety, Communication, Medical Errors

Introducción

La formación sanitaria especializada y la necesidad de que el aprendiz tenga motivación o sea motivado. **Papel del tutor en la motivación del residente:** se dice con mucha frecuencia y de forma generalizada: "Hay que motivar al médico de familia". Y a los tutores se nos dice con insistencia: "Hay que motivar al residente". El Tutor debe motivar al residente, pero... ¿como se hace eso?, ¿cómo motivar al residente? Es una tarea difícil.

En la formación sanitaria especializada son excepcionales las actividades formativas en las que se incluyen la motivación del residente

en situaciones reales de la clínica. No nos forman en esta competencia tan importante para los tutores y docentes, nadie nos ha enseñado realmente como motivar de manera eficaz en nuestro ejercicio profesional. ¿Cómo se hace?, ¿Cómo se motiva? Si se trata de motivar intencionalmente hay que responder a las cuestiones: ¿con qué métodos y actividades docentes? Ya que si se hace partiendo solo de una iniciativa del tutor, está habitualmente condenada al fracaso.

El aprendizaje-entrenamiento en el contexto profesional

En la formación clínica son los pacientes fundamentalmente los que nos enseñan mientras los atendemos porque cada paciente es una o varias oportunidades formativas. Porque cuantos más pacientes atendamos más aprendemos. Y porque son la mayor fuente de nuestra motivación. En la formación reglada centrada en el aprender haciendo, el tutor facilita el aprendizaje del residente y le ayuda a hacerlo bien desde la primera vez. Nuestro ejercicio profesional se puede describir como un solucionar los problemas de salud de nuestros pacientes, haciendo bien nuestro trabajo con un esfuerzo razonable, sin sufrir o sufrir lo imprescindible (con el menor malestar, estrés, ansiedad, indignación posible). Ejercicio con dos partes fundamentales: una científico – técnica: el acto médico; y otra de comunicación: la relación médico paciente y la entrevista clínica, que va más allá de la anamnesis.

Motivación y reconocimiento

No son lo mismo: La motivación es casi exclusivamente personal. Automejora a satisfacción con uno mismo. En el reconocimiento intervienen los demás que son los que nos lo conceden. El reconocimiento es un estímulo que refuerza o aumenta la motivación, pero no siempre que hay reconocimiento este se traduce en una motivación concreta.

Reconocimientos esperables

Los reconocimientos no son inmediatos a la acción o acciones que lo merecen ya que necesitan tiempo para que aparezcan y sean evidentes. Para un profesional de la salud el mayor y más habitual reconocimiento procede de sus pacientes que son los que en definitiva directa o indirectamente “nos pagan”. “La auténtica medicina

centrada en el paciente”. Para el tutor o el docente existe otro posible reconocimiento el de sus residentes o alumnos, que suele tener una frecuencia y una intensidad menor al reconocimiento de los pacientes, y sobre todo se evidencia cuando terminan su formación como especialistas. Para el especialista en ciencias de la salud suele existir otro reconocimiento, aunque sea habitualmente menos explícito, que es el de sus compañeros. Dentro del Sistema Nacional de Salud el trabajador habitualmente no va a tener casi ningún reconocimiento. No es esperable. Además, hay que tener en cuenta que aunque que exista reconocimiento, no siempre este produce o aumenta la motivación.

Dos grandes grupos de motivación

Motivación intrínseca, verdadera o auténtica. La producen factores Intrínsecos, de primer orden o específicamente motivadores que son los que producen realmente satisfacción, son los que explican las causas profundas de la motivación. Incluye los aspectos relacionados con las necesidades superiores de Maslow como: El reconocimiento profesional y laboral: acreditación, percepción de sus pacientes. La responsabilidad en el trabajo: “hacer bien las cosas”. El logro profesional: “curar pacientes”, “ayudar a la gente”. Ser respetado por sus iguales: papel en el grupo. Un entorno adecuado para ejercer el trabajo, medios y recursos profesionales: un buen contexto y ambiente laboral. El éxito laboral o profesional. La autorrealización y lograr un nivel elevado de desarrollo personal: posibilidad de alcanzarlo. Compartir y enseñar. Las expectativas de promoción laboral. Se traduce en cuestiones como: ¿Por qué quiero ser médico de familia? ¿Qué es lo que me gusta de mi profesión? ¿Y lo que no me gusta? La motivación intrínseca es la esencial y la que determina nuestro desarrollo profesional. “La que traemos puesta”.

Motivación extrínseca o higiénica: La producen los factores extrínsecos, de segundo orden o higiénicos. Incluye los aspectos asociados a las necesidades básicas de Maslow como: Salario. Condiciones laborales: vacaciones, descansos, horario, etc. Características del trabajo: presión asistencial, saturación, guardias, etc. Seguridad laboral y personal, también estabilidad en el empleo. Política de personal de la empresa: promoción profesional, carrera profesional. ¿Quién ha elegido esta profesión y esta especialidad para hacerse rico?

Se nota cuando falta. Son origen de insatisfacción cuando faltan, pero su existencia no produce motivación como tal, resultando inaparente.

Actividades motivadoras con estímulos positivos y estímulos negativos

El buen tutor es aquel que sabe manejar los estímulos positivos (premios y recompensas) y negativos (correctivos), adecuándolos al momento formativo y a las situaciones concretas que los requieran. Lo ideal sería utilizar sobre todo los estímulos positivos y que el residente se penalizara así mismo cuando no los obtuviera. Se puede hacer estimulando y premiando su actitud positiva hacia el aprendizaje, y evidenciando la contraria.

Entre los factores motivadores más frecuentemente mencionados se encuentran: el contacto personal con el tutor y los compañeros; un programa docente de calidad, la satisfacción con los objetivos formativos personales y con su consecución, la utilidad práctica del aprendizaje y la verificación de los resultados y progresos conseguidos. Un buen tutor es el que sería capaz de conseguir con facilidad esos estímulos positivos (o premios), que además sean merecidos y valorados por el residente. Comenzar siempre destacando lo bueno.

Los tutores y otros docentes deben procurar que exista un buen entorno y un buen ambiente docente, que siempre será más motivador para el residente. Así como facilitar su auto motivación, apoyando las iniciativas que tome. El tutor por sí mismo no motiva al residente, para motivarlo el tutor debe favorecer que el residente se encuentre en situaciones reales potencialmente formativas que lo motiven. Creo que en realidad lo que motiva o puede motivar al residente son los pacientes y los problemas que estos le plantean en su proceso de atención. Existiendo contextos clínicos específicos y motivadores para el residente que pueden funcionar independientemente del tutor.

MOTIVACIÓN INTRÍNSECA SOBREVENIDA DEL RESIDENTE

Asumiendo que la motivación es fundamental en todo el proceso de aprendizaje y desarrollo profesional, la motivación intrínseca que

cualquiera de estas tres situaciones (error clínico, paciente difícil e incidente crítico) pueden producir en el residente es muy alta, siempre que prime la actitud de transparencia y de poner encima de la mesa todas estas situaciones para trabajar con ellas.

La potencia de la motivación hacia el aprendizaje puede ser muy importante ya que en la bibliografía se recoge que tanto los encuentros difíciles, como los errores clínicos son prevenibles en una parte importante, y aunque los incidentes críticos no son prevenibles, puesto que son identificados y seleccionados por el profesional, es posible que disminuyan en su frecuencia, intensidad o importancia.

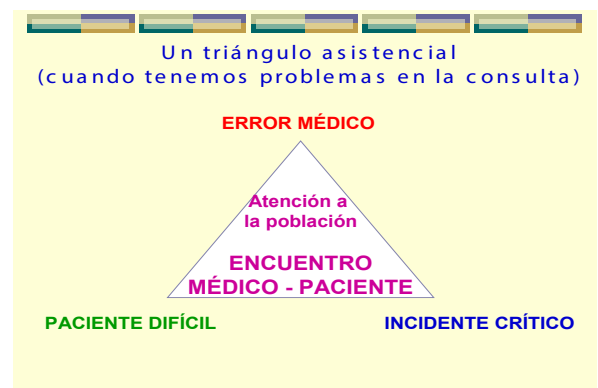
La motivación que producen en el residente (y en cualquier profesional) es intensa, intrínseca e inevitable para “sufrir menos”, para aprender a manejar estas situaciones y tratar de solucionarlas o paliarlas, para superar las dificultades que plantean y para adquirir habilidades frente a futuras situaciones reales de su práctica clínica.

EL TRIÁNGULO ASISTENCIAL CUANDO TENEMOS PROBLEMAS

“Cuando las cosas van mal en la consulta”

La figura 1 ilustra el triángulo cuando como profesionales de la salud tenemos problemas en la consulta asistencial.

Figura 1. Triángulo asistencial cuando tenemos problemas.



RELACIÓN ENTRE SEGURIDAD DEL PACIENTE, COMUNICACIÓN ASISTENCIAL Y FORMACIÓN

Existe una clara y potente relación entre las áreas competenciales de *comunicación clínica, seguridad del paciente y formación sanitaria especializada*, que además es transversal. Relación o interacción que multiplica el efecto beneficioso que cada una de estas grandes áreas competenciales transversales nos aportan en nuestra formación, ejercicio y desarrollo profesional.

Teniendo en cuenta que la clave fundamental y común es que todo se centra siempre en el paciente (o en los pacientes) a continuación, se recogen los elementos que reflejan esta idea, con su singularidad y especificidad, y como se enlazan estos tres grandes “topic”:

La relación médico paciente, la comunicación asistencial, la mala comunicación, y su traducción prototípica como puede ser *el encuentro difícil* entre paciente y médico. También definida menos acertadamente como *paciente difícil*.

La gestión de la calidad asistencial, la seguridad del paciente, los eventos adversos y su traducción en su imagen más prototípica que son *los errores clínicos*.

La formación de los profesionales, la formación especializada, la práctica reflexiva, y su imagen: los incidentes críticos, y *el informe de incidente crítico* (según Flanagan) como instrumento formativo.

RELACIÓN ENTRE ERROR CLÍNICO, PACIENTE DIFÍCIL E INCIDENTE CRÍTICO

Las sinergias que existen entre ellos se ponen de manifiesto al analizar sus tres tópicos más relevantes que son: el paciente difícil, el error clínico (error médico) y el incidente crítico. Esta relación o interacción multiplica el efecto beneficioso y potenciador que cada una de ellas produce en las otras sobre el desarrollo y mejora de nuestro ejercicio profesional.

Esta breve cita expresa mejor esta relación: *Las consultas urgentes, los problemas surgidos por la mala comunicación con el paciente, los errores de la práctica médica son, entre otros, el marco en el que acontecen los incidentes críticos.* En ella se recogen los elementos clave que reflejan claramente esta idea, presentando además su singularidad y especificidad y como enlazar los tres grandes “tópicos” de cada una de estas áreas competenciales, ver Tabla 1.

EL TRIÁNGULO ERROR MÉDICO-PACIENTE DIFÍCIL E INCIDENTE CRÍTICO

La figura 2 ilustra el llamado triángulo motivador en la formación de residentes formado por tres vértices ocupados cada uno de ellos por error médico, paciente difícil e incidente crítico.

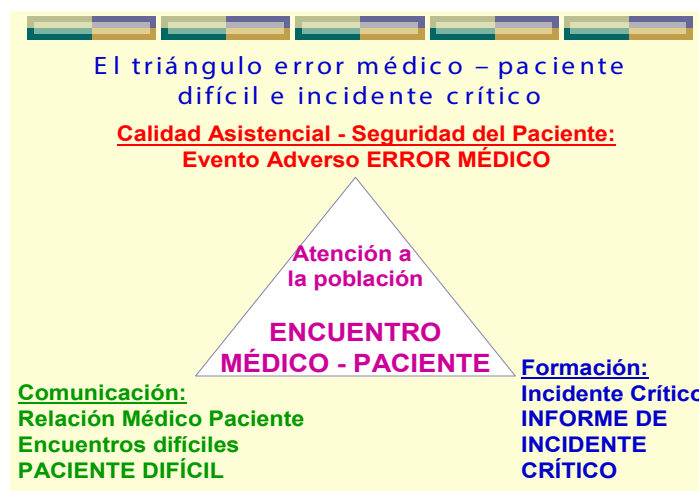


Figura 2. El triángulo motivador.

Error Clínico	Paciente difícil	Incidente crítico
Sí tiene relación	Sí tiene relación	Sí tiene relación
<ul style="list-style-type: none"> - La comunicación. Clave para la seguridad del paciente - Incidente crítico y error médico - Aplicación a un error del modelo de incidente crítico - 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 - La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de MF y C 	<ul style="list-style-type: none"> - Conoce y práctica la entrevista clínica en incidentes críticos - Se puede considerar como incidente crítico cualquier problema de comunicación surgido en la relación médico-paciente - El incidente crítico permite detectar necesidades de formación en clínica, comunicación y bioética - Los pacientes son más comprensivos con los médicos que son capaces de reconocer sus errores 	<ul style="list-style-type: none"> - La Comunicación base para enseñar y aprender Seguridad del Paciente - Enfoque pedagógico del error médico - Como aprender de nuestros errores: la reflexión formativa - El análisis de incidentes críticos puede utilizar la estrategia de exploración estructurada para conocer la competencia profesional

Tabla I. Relación entre error clínico, paciente difícil e incidente crítico

¿Como interactúan entre ellos? La relación entre ellos, en conjunto o tomados de dos en dos, está ampliamente reflejada en distintas y muy diferentes referencias que además tienen un enorme sentido común, y un muy intuitivo y evidente valor facial:

Relación del error clínico con el paciente difícil y con el incidente crítico: Obviamente un error clínico puede estar relacionado con un paciente difícil y dar lugar a un incidente crítico. Según la bibliografía sí que existe esta relación: La comunicación es clave para la seguridad del paciente. El incidente crítico y el error médico (revisión), y la aplicación a un error del modelo de incidente crítico. La Comunicación es básica para enseñar y aprender Seguridad del Paciente. Los errores médicos disminuyen al disminuir o eliminar las barreras en la comunicación asistencial y con la participación de los pacientes. La utilización de informes de incidentes críticos es un medio para detectar problemas de estructura, proceso o resultado, que plantean riesgos para la seguridad del paciente. *La seguridad del paciente, es un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Enfoque pedagógico del error médico. Como aprender de nuestros errores: la reflexión formativa.*

Relación del paciente difícil con el error clínico y el incidente crítico: Los pacientes difíciles pueden inducir a error al profesional, empeorando su seguridad y dar lugar a un incidente crítico sobre todo de relación. Según la bibliografía sí que existe esta relación: conoce y práctica la entrevista clínica en incidentes críticos. Se puede considerar como incidente crítico cualquier problema de comunicación surgido en la relación médico-paciente, y permite detectar necesidades de formación en clínica, comunicación y bioética. Además, los pacientes son más comprensivos con los médicos que son capaces de reconocer sus errores.

Relación del incidente crítico con el error clínico y el paciente difícil: Un incidente crítico puede ser el resultado de un error médico al tratar un paciente difícil. Según la bibliografía sí que existe esta relación: la comunicación base para enseñar y aprender Seguridad del Paciente. Enfoque pedagógico del error médico.

Como aprender de nuestros errores: la reflexión formativa. En los incidentes críticos hay que conocer y practicar la entrevista clínica. Se puede considerar como incidente crítico cualquier problema de comunicación surgido en la relación médico-paciente. El análisis de incidentes críticos puede utilizar la estrategia de exploración estructurada para conocer la competencia profesional. Mediante una pregunta del tipo: “¿Podría contarme una ocasión en la que hubiera hecho algo que originó una mejora en su lugar de trabajo?”, se puede evaluar la capacidad innovadora del entrevistado.

¿POR QUÉ ES UN TRIÁNGULO MOTIVADOR?

El Grado de motivación que producen. La motivación depende, entre otros factores, de cada profesional y del “sufrimiento” = ansiedad, estrés, malestar, irritación, disconfort, etc., que produce. En la tabla II se propone un esquema para valorar el grado de motivación y la reacción producida.

Tabla II. Grado de motivación.

	Intensidad del sufrimiento	Grado de motivación	Reacción producida
Error clínico			
Paciente difícil			
Incidente crítico			

Poseen seis características motivadoras comunes

Son inevitables (o casi): A lo largo de vuestro ejercicio profesional se nos van a presentar varias o muchas veces. Hay que tener presente que, a lo largo de una carrera profesional de una duración normal, es prácticamente inevitable que todos los profesionales de la salud se encuentren muchas veces en alguna de estas situaciones. Estos tres escenarios los van a afectar, en un momento u otro, y van a tener posibles repercusiones importantes, aunque afortunadamente estas no son frecuentes. Incluso alguna vez en el mismo proceso de atención a un paciente se pueden presentar estas tres situaciones simultáneamente. Así por ejemplo un paciente difícil que desencadena un encuentro clínico difícil puede inducir a un error clínico, y ese error en ese contexto puede dar lugar a un incidente crítico. Aunque no siempre están directamente relacionados y se pueden presentar aislados e independientes. El residente durante su periodo formativo es muy probable que cometan más de un error clínico, que tengan que atender a más de un paciente difícil y tengan más de un incidente crítico.

Son situaciones que crean problemas.

Suelen producir sufrimiento en el profesional, en el paciente y en los familiares. Además, describen tres situaciones de la clínica diaria que habitualmente son responsables de la mayor parte del malestar y discomfort que pueden tener los profesionales que atienden a la población. De “las que más hacen sufrir al profesional”.

Desconocimiento. Hay poca formación sobre ellas.

Se pueden trabajar y aprender de ellas, con lo que se podrán evitar, abordarlas y tolerarlas mucho mejor, y con ello además de disminuir el sufrimiento, mejorar la calidad asistencial que se presta a la población.

Aunque depende de la personalidad, en algunas de estas situaciones el sufrimiento del profesional y la motivación que causa es tan importante que en lugar del afrontamiento producen un comportamiento de negación y/o huida, con lo que en vez de servirnos para mejorar el problema se cronifica pudiendo producir secuelas que empeoran el ejercicio del profesional e incluso pueden producir burnout o desgaste profesional.

COMPARACIÓN ENTRE LOS VÉRTICES DEL TRIÁNGULO MOTIVADOR

En la tabla III se detallan los contenidos y componentes que se pueden analizar en cada uno de los tres vértices del triángulo motivador, para comprobar su relación y sus similitudes o diferencias.

Tabla III. Elementos de comparación entre los vértices del triángulo motivador

Modelo y contexto formativo
Concepto y definición
Relación con la bioética
Clasificación ¿Como se clasifican? Tipos
Ejemplos mencionados y descritos ¿Cómo se han descrito?
Fases de su aparición ¿Cómo aparecen?
Actores implicados
Papel de la familia del paciente
Origen y desarrollo
Consecuencias
Utilización en ciencias de la salud
Utilización en otras disciplinas y profesiones
Aplicación como evaluación formativa
Relación con el libro del residente y el portafolio
Metodología ¿De donde procede?
¿Se pueden prevenir? Medidas para prevenirlos
Algunas similitudes entre ellos
Modelos de abordaje ¿Como los vamos a enfocar?
¿Como realizar su abordaje? Medidas y actividades a realizar. Ciclo reflexivo de abordaje
Algunas referencias sorprendentes que llaman la atención

Elaboración propia.

A continuación, vamos a desarrollar alguno de estos contenidos que tienen más importancia desde el punto de vista formativo.

EL MODELO Y EL CONTEXTO FORMATIVO

Aunque cada uno de ellos tiene modelos específicos de abordaje, en todos ellos se puede utilizar el método reflexivo (reflexión en la acción) y además intuitivamente siguen un modelo parecido al ciclo de mejora de la calidad, que se detalla en la Tabla IV.

Tabla IV El modelo y el contexto formativo

	Error Médico	Paciente Dificil	Incidente Crítico
Área de conocimiento Dominio competencial	Gestión de la calidad asistencial	Relación Médico - Paciente y Entrevista Clínica	Docencia Gestión de recursos humanos <i>Práctica reflexiva</i>
Ámbito profesional	Seguridad del paciente	Comunicación	Formación
Topic (Imagen prototípica)	<i>Error médico</i>	<i>Paciente difícil</i>	<i>Incidente crítico</i>
AUNQUE ES MUCHO MÁS...			
Mejor hablar de... Más correcto	Evento adverso por un error clínico	Relación difícil con un paciente Encuentros difíciles (15 %)	Técnica del Incidente crítico

Definiciones

Para describirlos utilizamos las definiciones más habituales. **Paciente difícil:** Grupo heterogéneo de pacientes, frecuentemente afectados de enfermedades relevantes, cuyo único rasgo en común es la capacidad de producir distrés en el médico y en el equipo que los atiende. **Error clínico:** Acto de equivocación u omisión en la práctica de los profesionales sanitarios que puede contribuir a que ocurra un suceso adverso. **Incidente crítico** (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.

Relación con la bioética

Estas tres situaciones, además de entre sí, están relacionadas de forma muy intensa con la

Bioética en el ejercicio profesional, y que no es necesario insistir más en este hecho: enfoques éticos de los encuentros difíciles, de los errores clínicos y de los incidentes críticos, basados en el *“primum non nocere”*. Pero este hecho le da un mayor valor e importancia a esta interrelación y aún hace más patente su transversalidad.

¡Y ya estaban en el juramento hipocrático!!!

Primum non nocere à Seguridad del paciente

- No hacer daño. Principio de la no maledicencia.

Ayudar y tratar bien a todos los pacientes à Relación médico - paciente

- Tratar a todos los pacientes por igual. Principio de equidad y justicia.

Enseñar y tratar como hermanos a los aprendices à Formación.

- Enseñar y aprender para mejorar. Tratar de hacer siempre lo mejor para los pacientes. Principio de beneficencia.

Consecuencias del error médico

Se han descrito muchas consecuencias, pero como ilustración mencionamos las siguientes: *“Los médicos presionados recetan peor”*. Pérdida o empeoramiento de la salud del paciente. Pérdida de ingresos económicos del paciente o “lucro cesante”. Pérdida de capacidad laboral del paciente. Incapacidad temporal o permanente. Invalidez. Aumento de gasto en pensiones. Aumento de la presión asistencial. Aumento de estancias hospitalarias. Pago de indemnizaciones. Aumento del coste de las primas de seguros. Incremento de costes por la asistencia a crónicos y discapacitados. Litigios y reclamaciones. La aparición de las *“Asociaciones de Víctimas de Negligencias Sanitarias”* etc.

Consecuencias de una relación difícil

También existen muchas consecuencias de una relación difícil como: Malestar en el profesional. Provocan un grave desgaste emocional. Su presencia se valora negativamente en el equipo. Aumenta la demanda asistencial. Suele presentar múltiples problemas de salud y el uso inadecuado de recursos. Suelen generar más exploraciones, derivaciones y prescripciones.

Pueden generar más incapacidades laborales: “procesos de baja laboral”. Los pacientes hostiles anulan o disminuyen las competencias en la anamnesis. Presentan sus problemas de forma más compleja. Los pacientes hipocondríacos reciben menos atención. Los pacientes ambiguos aumentan el control de la entrevista por el profesional, ignorando la ambigüedad. El paciente con un “Guión” asimétrico, con o sin hostilidad, pero que irritan al profesional, pueden acumular más y mayores errores clínicos.

Hasta un 80% de las reclamaciones o denuncias son producto de una mala comunicación con el paciente o los familiares. Aunque a menudo la relación con los pacientes difíciles tiene características disfuncionales, éstos muestran un *alto nivel de satisfacción* con el EAP en todas las dimensiones evaluadas, superiores incluso al de la población general. La mala relación médico-paciente y el estrés que produce pueden favorecer la aparición del desgaste profesional o Burnout.

Consecuencias de un incidente crítico

Entre las consecuencias del incidente crítico podemos incluir: Algo que se percibe como fuera de lo habitual. Fuera de lo corriente. Es importante, aunque tenga un buen o mal curso. Causa sorpresa. Algo inesperado o con resultados inesperados. Perplejidad. Inquietud. Malestar. Molestia. Impacto. Amenaza. Que crea dudas, nos hace dudar. Falta de coherencia. Una situación incómoda. – Impactante, que produce un impacto. En cualquier caso, impacto positivo o negativo provocan o motivan el pensamiento y la reflexión. Alteran el área de confort del profesional. Produce o aumenta el nivel de estrés. Suelen dar lugar a experiencias desagradables vividas por los trabajadores de urgencias ante situaciones con presencia de excesivo sufrimiento humano y/o elevado riesgo de error profesional o de fracaso. Si se reflexiona sobre estas consecuencias fácilmente se puede comprender que muchas de las consecuencias de cada uno de los vértices del triángulo motivador se pueden aplicar a los otros dos. Idea que se refuerza al comentar la relación que existe entre ellos.

ACTORES IMPLICADOS

Los actores implicados en estas situaciones clínicas se detallan en la tabla 5.

Tabla 5. Actores Implicados (Varios autores, elaboración propia).

Error Médico	Paciente Difícil	Incidente Crítico
1ª Víctima = Paciente	- Paciente	- Profesional
2ª Víctima = Profesional	- Profesional	- Paciente
3ª Víctima = Institución	- Familiares	- Familiares
4ª Víctima = Sistema		- Institución
¿Dónde están los familiares?	- ¿Institución?	- ¿Sistema?
¿No son víctimas de la SP?	- ¿Sistema?	

PAPEL DE LA FAMILIA DEL PACIENTE

Intervención de la familia en el error médico

Es importante para asumir las consecuencias. En fases posteriores al error pueden dar lugar a quejas, reclamaciones, demandas, etc., y otras.

Intervención de la familia en una relación difícil

A veces se pueden identificar “Familias difíciles”, por ejemplo por compartir con el paciente una misma “cultura” sobre los problemas de salud. O bien sufren las consecuencias de convivir con una “persona difícil”.

Intervención de la familia en el incidente crítico

La familia puede ser protagonista de un “incidente crítico familiar”. A veces participan en la resolución del incidente crítico y sus aportaciones pueden ser muy útiles en el aprendizaje.

RELACIÓN CON EL LIBRO DEL RESIDENTE Y EL PORTAFOLIO

Error médico

Porque pueden dar lugar a instrumentos formativos como los informes de Autorreflexión. Informes de adquisición de competencias. Y casos de errores clínicos.

Paciente difícil

También tienen trascendencia formativa al proporcionar ejemplos clínicos concretos. Indirectamente muchos errores clínicos e incidentes críticos están relacionados. Casos de pacientes o entrevistas difíciles.

Incidente crítico

La técnica del incidente crítico se ha incluido en el modelo del portafolio formativo del residente de Medicina Familiar y Comunitaria y se hace habitualmente. Portafolio e incidente crítico.

MÉTODO FORMATIVO

Respecto al tipo de enfoque y método o técnica utilizada en su caso, aunque todos intrínsecamente utilizan el método reflexivo (especialmente útil en el aprendizaje profesional y en el autoaprendizaje), podemos decir que tanto el encuentro difícil como el incidente crítico tienen un componente subjetivo - cualitativo muy importante, los errores clínicos tienen componentes cualitativos pero también objetivos - cuantitativos muy importantes. Así conceptualmente se puede dudar de la existencia del “paciente difícil”, pero los incidentes críticos aunque seleccionados de manera totalmente subjetiva por el profesional sí que existen, y nadie puede dudar de la existencia probada de los eventos adversos ni de los errores clínicos.

SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE ESTAS TRES SITUACIONES

En la tabla 6 se detallan algunas similitudes y semejanzas entre estas tres situaciones clínicas.

	Error Médico	Paciente Dificil	Incidente Crítico
Existen diferencias entre ellas	Es imprescindible tenerlos en cuenta	“Es imposible no tenerlos en cuenta”	Su uso es opcional, muy conveniente y recomendable, pero no imprescindible
Uso en investigación	Sí	Sí	Sí
Modelo de análisis	- Modelo de análisis del error médico	- Aproximación al paciente difícil	- Herramientas de análisis de los incidentes críticos - Informe del Incidente crítico

Tabla 6. Algunas similitudes y diferencias entre error médico, paciente difícil e incidente crítico (Varios autores, elaboración propia).

COMO VAMOS A ENFOCAR EL TRIÁNGULO MOTIVADOR. MODELOS DE ABORDAJE

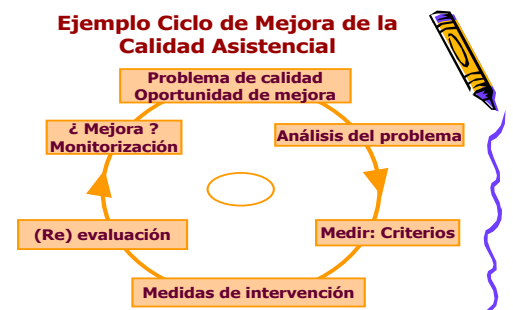
Aunque no era el objetivo principal de este artículo y además precisa un desarrollo mucho más amplio, no se debe terminar esta revisión

sin facilitar a los tutores y residentes una pequeña aproximación de como se deben abordar cada uno de los tres componentes del triángulo motivador.

Es evidente que en los tres casos, tanto para el análisis como para el abordaje se utiliza el método reflexivo, ya que podemos decir que “utilizan la misma música con distinta letra”. Y que se trata de profesionales que reflexionan sobre su ejercicio profesional: lo analizan para identificar lo que hacen mal y toman medidas para corregirlo, es decir lo que se denomina investigación en la acción ya que va de *la acción a la reflexión, y de la reflexión a la acción.*

Los tres vértices se pueden abordar como problemas de calidad. Siguiendo el esquema general del ciclo de mejora. Figura III.

Figura III. Ciclo de mejora.



Abordaje del Error médico

Si el error clínico es un problema de calidad se puede abordar como un ciclo de mejora (enfoque reactivo).

Fases, actividades y tareas a llevar a cabo:

- 1. El problema de calidad-la oportunidad de mejora:** Se ha producido un error. Detectar e identificar el error (incumplimiento o defecto).
- 2. Recogida de información. Análisis del problema:** ¿Qué sucedió? Descripción. Reconstrucción del hecho. Causas Institucionales implicadas.
- 3. Establecer criterios para medir la calidad:** Basados en las cuestiones ¿Porqué Sucedió?: El proceso del error.

4. Medidas de intervención. Instaurar medidas correctoras: Plan de acción y propuesta de soluciones. Reconocer el error. Comunicarlo. Paliar sus consecuencias. Plan de Seguridad y Gestión del riesgo.

Periodo de tiempo para ejecutar las medidas.

5. Reevaluación: Análisis de los resultados tras las medidas correctoras. ¿Qué hacer a partir de ahora?, ¿Cómo se pueden prevenir?

6. Valorar la mejora: Si se ha mejorado planificar la monitorización para asegurar que la calidad obtenida se mantiene en el tiempo.

7. Si es necesario, porque no se ha mejorado o porque aparecen nuevos incumplimientos, reiniciar el ciclo de mejora.

Abordaje del paciente difícil

El protocolo de abordaje de un paciente difícil sigue un esquema parecido al *Ciclo de Mejora*.

Fases, actividades y tareas a llevar a cabo:

1. El problema de calidad-la oportunidad de mejora: Detección e Identificación del Paciente Difícil. El encuentro difícil.

2. Recogida de información. Análisis del problema: Análisis de la información disponible. Generación de hipótesis.

3. Establecer criterios para medir la calidad: Basado en ¿Porqué Sucedió?: Clasificación de esta relación médico – paciente difícil. Refutación de hipótesis.

4. Medidas de intervención. Instaurar medidas correctoras: Plan de actuación y negociación con el paciente, e intervención sobre el médico o sobre esta relación.

Periodo de tiempo para ejecutar las medidas.

5. Reevaluación: Resultados de la intervención. ¿Cómo queda la relación médico paciente?

6. Valorar la mejora: Valorar alternativas. La entrevista proactiva.

7. Si es necesario, porque no se ha mejorado o

porque aparecen nuevos incumplimientos, reiniciar el ciclo de mejora.

Abordaje del Incidente crítico

El informe del incidente crítico sigue también este mismo esquema parecido al *Ciclo de Mejora*.

Fases, actividades y tareas a llevar a cabo:

1. El problema de calidad-la oportunidad de mejora: Identificación y selección del Incidente Crítico. Descripción.

2. Recogida de información. Análisis del problema: Análisis 360°. ¿Por qué Sucedió?, Consecuencias.

3. Establecer criterios para medir la calidad: Elaboración de las preguntas formativas. Establecer los objetivos del aprendizaje.

4. Medidas de intervención. Instaurar medidas correctoras: Métodos para alcanzar los objetivos. Respuestas a las preguntas. Recursos utilizados.

Periodo de tiempo para ejecutar las medidas.

5. Reevaluación: ¿Qué has aprendido?, ¿Qué te falta por aprender?

6. Valorar la mejora: ¿Qué vas a hacer para aprenderlo?, ¿Cómo lo vas a aplicar a tu práctica?

7. Si es necesario, porque no se ha mejorado o porque aparecen nuevos incumplimientos, reiniciar el ciclo de mejora.

TRASCENDENCIA Y UTILIDAD FORMATIVA DEL TRIÁNGULO MOTIVADOR

Son situaciones y técnicas muy adecuadas para la formación de adultos porque cumple sus principios:

- Los adultos buscan una utilización práctica del conocimiento.

- Están motivados por necesidades y beneficios concretos.

- Tienen una experiencia amplia y variada.
- Prefieren las relaciones docentes democráticas.
- Los adultos prefieren los programas docentes informales.
- Necesitan una auténtica individualización de la enseñanza.
- Son activos.
- Desean participar en la planificación de su formación (Loayssa 2001).
- Tiene que ser voluntaria, imposible enseñar al adulto que no quiere aprender.

Cumplen con los requisitos del aprendizaje efectivo

- Interés y motivación.
- Individualizado.
- Proceso activo.
- Significativo.
- Experiencias realistas.
- Verificación de resultados.

La estrategia más sencilla y útil del tutor es esperar a que la motivación del residente se origine por alguno de los problemas que inevitablemente se la van a presentar en la atención a la población. La labor del tutor sería detectar ese problema y utilizarlo como base de una actividad formativa y motivadora. Ya que cuanto más preocupe al residente más motivador será para él, el aprendizaje. Sería partir de una motivación intrínseca sobrevenida como consecuencia del trabajo clínico habitual.

Y aportan otros beneficios formativos:

- Se basa en "el hace" de la pirámide de Miller. En aprender haciendo.
- Valora el autoaprendizaje del residente.
- Puede evaluar la adquisición de competencias muy importantes.

- Facilita la recogida de pruebas de que se ha alcanzado esa competencia.
- Permite la evaluación formativa y sumativa.
- Incorpora el modelo reflexivo al aprendizaje.
- Utiliza una metodología validada y ampliamente utilizada.
- Facilita la interacción formativa y la reflexión conjunta con el Tutor.
- Pide y permite el feedback formativo.
- Existe un modelo ya muy elaborado para recogerlos.
- Se integra con otros instrumentos de evaluación.

- Se puede incluir fácilmente en la Memoria Anual del Residente y/o portafolio.

El uso de estos contenidos para elaborar los informes de autorreflexión, o la reflexión grupal, permite 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.

Conclusión

Pensando en esta triada: comunicación, seguridad del paciente y formación; que más se puede pedir que mientras aprendemos con una alta motivación, mejorando la calidad asistencial, tratando de sufrir menos y de ayudar a los pacientes, busquemos disminuir nuestros errores clínicos (eventos adversos), mejorando nuestras competencias en comunicación y enfocando mejor nuestros incidentes críticos.

AGRADECIMIENTOS

A todos los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y los tutores motivados -de la Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de las Áreas VI, IX y V de Murcia- por todo lo que me han enseñado.

BIBLIOGRAFÍA DE APOYO

1. - Saura Llamas J. ¿Cómo motivar al médico de familia? El triángulo constituido por error clínico, paciente difícil e incidente crítico. XIII Jornadas de residentes de la SMUMFYC y IV Jornada de estudiantes de medicina. SMUMFYC. Murcia. 30 Noviembre 2018.
2. **Bibliografía sobre el error clínico**
3. - Grupo de Seguridad del Paciente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Monográfico Nº 18 de la Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria. Seguridad del paciente en Atención Primaria. Octubre 2010.
4. - Astier Peña MP, Palacio Lapuente J, Torijano Casalengua ML, Añel Rodríguez R. Seguridad del paciente en Atención Primaria. Aten Primaria: número especial. Diciembre 2021; 53 (suplemento 1).
5. - Borrell Carrió F. Seguridad clínica en atención primaria. Los errores médicos (I). Aten Primaria. 2012; 44(8):494-502.
6. - Vélez Álvarez Ga. El error en la práctica médica: una presencia ineludible. Iatreia 2006; 19(1): 39-46.
7. - Vicente Odio EF. Enfoque pedagógico del error médico (Medical error: a focus from pedagogy). Educ Med Super. 2014; 28(4).
8. - Saura Llamas J y Grupo de Seguridad Paciente de la semFYC. La seguridad del paciente, un área competencial y una oportunidad formativa para los residentes de medicina familiar y comunitaria. Aten Primaria 2010; 42(11):539-540.
9. - Saura Llamas J, Astier Peña MP, Puntos Felipe B. La formación en seguridad del paciente y una docencia segura en atención primaria. Aten Primaria 53(2021):102199.
10. - Saura-Llamas J, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M, Gómez-Portela J. Percepción de los residentes de medicina familiar sobre sus errores clínicos tras dos años de formación. Semergen 2011; 37(6): 280-286.
11. - Saura-Llamas J, Martínez-Garre N, Sebastián-Delgado ME, Leal-Hernández M, Martínez-Pastor A. Resultados de la investigación formativa "Sobre Seguridad del Paciente" en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Murcia. España. Aten Fam. 2013; 20:35-40.
12. - Saura-Llamas J, Sebastián-Delgado ME, Martínez-Garre MN, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M. Causas de los errores clínicos: percepción de los residentes de medicina familiar de Murcia. España. Aten Fam. 2014; 21(3): 77-82. ISSN 1405 – 8871.
13. - Saura Llamas J. Seguridad del paciente y errores médicos de los residentes de familia: experiencia formativa y de investigación en una unidad docente de Murcia – España. Arch Med Fam 2019; 21(2):69-82.
14. **Bibliografía sobre el paciente difícil**
15. - Mas Garriga X, Cruz Doménech JM, Fañanàs Lanau N, Allué Buil A, Zamora Casas I, Viñas Vidal R. Pacientes de trato difícil em atención primaria: uma aproximação cualitativa y cuantitativa. Aten Primaria 2003; 31(4):214-221.
16. - Agreda J, Yanguas E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. Pamplona. Anales del Sistema Sanitario de Navarra 2005; Suplemento 1:28-52.
17. - Arroba Lasanta ML, Dago Elorza R. Técnicas de comunicación en la consulta; abordaje de situaciones difíciles. AEPap 2005; 111-117.
18. - Bueno Ortiz JM, Luquin Martínez R, Morales López R. Asistencia al paciente difícil en la consulta de Atención Primaria. Ponencia. VIII Jornadas de Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria de la Región de Murcia. La Manga (Murcia) 3 Mayo 2007.
19. - Rodríguez Sanz J, Álvarez-Ude Cotera F, Eguía Ángeles E. Protocolo: Abordaje del Paciente Dificil. FMC. Formación Médica Continuada en Atención Primaria 2013; volumen 20; Protocolo 1, Marzo 2013.
20. - Sáez Yanguas A, Saura Llamas J. Una oportunidad formativa: Reflexión sobre un "paciente difícil". Tribuna Docente 2002, 3: 85-87.
21. - Puebla Manzanos L, Saura Llamas J. Un caso clínico y docente: a propósito de una paciente difícil. Tribuna Docente 2005; 6(6): 37-41.
22. **Bibliografía sobre el incidente crítico**
23. - Maldonado Bakovic AM, Mini Castro MD. Portfolio: incidente crítico. Resolución de problemas-aprendizaje. Cuadernos de Atención Primaria 2009; 16: 309-311.
24. - Vera Benavides L, Kraemer Gómez P. Metodología para prevención y manejo de incidentes críticos en seguridad de la atención. Serie Cuadernos de Redes Nº 32. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA). Santiago de Chile. Chile. 2009.
25. - Almendro Padilla C, Costa Alcaraz AM. Análisis de incidentes críticos: una herramienta para aprender de los errores. Educ Med 2018; 19(1):60-63.
26. - González Anglada MI, Garmendía Fernández C, Moreno Núñez L. Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico hasta la simulación. Parte 1. Educ Med 2019; 20(3): 170-178.
27. - González Anglada MI, Garmendía Fernández C, Moreno Núñez L. Una estrategia para la formación en seguridad del paciente durante la residencia: desde el incidente crítico hasta la simulación. Parte 1. Educ Med 2019; 20(4): 231-237.
28. - Saura Llamas J, Medina Abellán MD, Guirao Salinas FA, Martínez Garre MN, Abenza Campuzano J, Sebastián Delgado ME. Calidad y análisis formativo de los incidentes críticos de los residentes de medicina familiar de una Unidad Docente de Murcia, España. Arch Med Fam 2020; 22(2): 43-52.
29. - Saura Llamas J, Medina Abellán MD, Guirao Salinas FA, Martínez Garre MN, Abenza Campuzano J, Sebastián Delgado ME. Análisis de los incidentes críticos de cuatro promociones de residentes de medicina familiar de una unidad docente de Murcia. España. Arch Med Fam 2022; 24(1):49-60.
30. - Saura Llamas J, Medina Abellán MD, Guirao Salinas FA, Martínez Garre MN, Abenza Campuzano J, Sebastián Delgado ME. Como afectan los incidentes críticos a los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. Rev Clin Med Fam 2022; 15(1): 20-27.
31. - Saura Llamas J. Perspectivas actuales del "Análisis de los incidentes críticos" en la formación de especialistas en medicina familiar. Arch Med Fam 2022; 24(2):79-81. ISSN 1405 8697.