

SESIÓN DE FORMACIÓN PARA EL NUEVO PERSONAL. SEGURIDAD DEL PACIENTE. PETER PRONOVOST

Hola a todos y bienvenidos.

Levantad las manos los que hayáis tenido algún curso de seguridad del paciente en la facultad o en el periodo de residencia.

Bien, muy bien. Esta es una nueva tendencia. Creo que el año pasado sólo habían tenido alguno las personas que lo habían recibido en Hopkins.

Debo deciros que la aplicación del contenido que vais a escuchar en esta sesión y del que espero retengáis algo tendrá con mucho, mayor impacto en vuestros pacientes a lo largo de vuestra carrera profesional que cualquier nuevo descubrimiento o avance genético... así que os invito a prestar atención.

Esta es la imagen de la resonancia de una cirujana en formación. Se despertó una mañana con hormigueo en los dedos y dolor de cabeza y fue a que le hicieran un TAC, que mostró la presencia de un tumor. Después le hicieron un PET, una resonancia magnética funcional que mide el flujo sanguíneo del cerebro, como ya sabéis. Ella flexionó la mano para mostrar la función que iba a perder y se dieron cuenta de que el lugar en el que pensaban intervenir hubiese dañado el uso de la mano, por lo que realizaron la intervención por otra sección del cerebro menos activa y ella se despertó sin ningún defecto.

Este es un ejemplo de los auténticos milagros producidos por la ciencia médica y que vosotros utilizaréis.

Y sin embargo, este mismo sistema sanitario no puede conseguir la tecnología adecuada para evitar dejar una esponja en el interior de un paciente. Resulta realmente chocante. Por un lado tenemos los descubrimientos más asombrosos: hemos secuenciado el genoma humano, estamos colocando corazones artificiales, prácticamente curamos las leucemias infantiles... pero cometemos una enorme cantidad de errores.

En este país cometemos tal promedio de errores que hay pruebas de que un cincuenta por ciento de pacientes pueden haber estado expuestos, incluyendo algunos casos en este mismo centro.

Bastante más de cien mil, probablemente más cerca de doscientos o trescientos mil personas mueren al año a causa de daños prevenibles.

¿Cómo se pueden conciliar ambas cosas?

Bueno, creo que hay dos cosas que tenéis que considerar al respecto.

Una es que no somos capaces de considerar la asistencia sanitaria una ciencia. La asistencia sanitaria hasta ahora ha sido un arte. Encontraréis genes, encontraréis

terapias, pero el cómo los administráis es cosa vuestra, vosotros sois creativos en vuestro arte. Y eso ha sido un desastre. Esa es la razón de que tengamos a tantas personas sufriendo daños.

Pero quizá lo segundo y más fundamental para vosotros es que debemos reconocer nuestra falibilidad. Una de las paradojas de la medicina es que es un campo que creció con el heroísmo. El heroísmo ha conducido a una tremenda cantidad de descubrimientos, pero el heroísmo realmente nos dificulta a la hora de diseñar sistemas seguros porque todavía creemos que podemos ser perfectos y hasta que admitamos que podemos cometer errores nunca diseñaremos sistemas para capturar dichos errores.

La razón fundamental por la que la aviación se ha hecho segura es que admitieron que se iban a cansar, que iban a pulsar el botón equivocado y todavía lo siguen haciendo, pero lo detectan a tiempo.

En la atención sanitaria tenemos una historia realmente lamentable en este tipo de cosas. Nos sucede en mi campo. Soy profesor de anestesiología en cuidados intensivos y solíamos matar a gran cantidad de personas cada año al mezclar los gases cuando los conectábamos a la parte de atrás del aparato de la anestesia. Conectábamos la entrada del oxígeno al óxido nitroso. Ahora es imposible que lo hagamos porque se ha cambiado el diseño de las conexiones y ya físicamente no pueden encajarse la del uno en la del otro.

Y sin embargo cada año en el mundo y en este hospital hacemos daño a alguien por introducir un catéter pulmonar Schwann en el cuello a demasiada profundidad aunque sabemos que introducir el catéter más de 60 cm implica el riesgo de rasgar de la arteria pulmonar. Y lo lógico sería pensar que si asumiéramos la noción de que no somos perfectos probablemente a los 60 cm colocaríamos una placa que dijese ¡alto!, piénsatelo, probablemente te has pasado de distancia... pero no lo hacemos. Y creo que la razón por la que no lo hacemos es que todavía pensamos que podemos ser perfectos, que podemos ser la excepción, que nosotros sabemos hacer mejor las cosas... y hasta que no aceptemos que esto no es así no vamos a progresar gran cosa.

Ahora bien, el daño debido a la falta de seguridad es real, las cifras son enormes.

Esta es la foto de una niña que podría ser mi hija. Ambas nacieron en la misma época, pero no es mi hija. Es Josie King, una niña que murió en este hospital por errores prevenibles. Esencialmente murió por deshidratación, una enfermedad del Tercer Mundo, en el mejor hospital del mundo. El mejor hospital del mundo en el que vosotros vais a trabajar. Y lo que tenemos que plantearnos es: ¿cómo podemos evitar que esto vuelva a suceder?

Una vez aceptado que sois falibles, y espero que lo aceptaréis, os voy a plantear 4 conceptos clave de seguridad que debéis mantener en vuestra mente mientras ejercéis vuestra actividad clínica. No son especialmente esotéricos, sino más bien relativamente mundanos.

El primero es que hay que eliminar la idea de que es mi propio esfuerzo personal el que conduce las cosas. Por el contrario, lo que conduce las cosas es el sistema. Esto está claro en el ámbito de la calidad empresarial: cada sistema está perfectamente diseñado para conseguir los resultados que obtiene.

Pensemos en ello. Yo soy corredor, entreno para la maratón y tengo una marca que es la que consigo cuando compito. Esa marca tiene que ver con el sistema que interviene en mi entrenamiento. Una parte es genética y no la puedo cambiar. Parte es el ambiente en que me muevo, parte es mi esfuerzo personal y mi propia responsabilidad, parte es mi constitución y estatura, parte es lo duramente que entreno de acuerdo con el plan que me he trazado, lo cual en parte depende de las horas que paso en este hospital. Pero en conjunto, todo este sistema determina cuál vaya a ser mi rendimiento y si quiero mejorar tendré que modificar algunas piezas del mismo.

Lo que hemos hecho en el ámbito sanitario es pensar que el esfuerzo personal lo controla todo y en cierto sentido eso es una auténtica bendición, porque gracias a ello contamos con personas como vosotros y enfermeras y médicos en el hospital que realmente se preocupan y se implican al máximo. Los niveles de buena voluntad que se dan en el ámbito sanitario son abrumadores. El problema es que esto no resulta muy eficaz si es lo único que se hace para cambiar el sistema.

En segundo lugar quiero que entendáis algunos principios básicos del diseño seguro: estandarizar siempre que podáis, elaborar listas de verificación para asegurarnos de que no dejáis de hacer las cosas que son importantes, y cuando las cosas salgan mal, en lugar de dejarlas como están, tener una manera de aprender de ellas.

Lo tercero es reconocer que estos principios no sólo se aplican a vuestro trabajo técnico. Es incluso más importante aplicarlos a vuestro trabajo en equipo. Esto lo abordaremos más adelante en detalle.

Finalmente y quizá lo más importante para vosotros es reconocer que la atención sanitaria es un deporte de equipo. Y hay una cantidad abrumadora de evidencia que nos dice que los equipos toman decisiones sabias cuando se producen aportaciones diversas e independientes.

Así que expresad vuestras opiniones, escuchad al personal de enfermería, escuchad a los pacientes, si estáis a cargo de un equipo, escuchad a los demás, porque finalmente tomaréis una decisión más acertada en la medida que dispongáis de más “lentes” para verla.

Así que vamos a entrar en cada uno de estos conceptos.

Ya os di un ejemplo de mi entrenamiento como corredor. Ahora quiero daros un ejemplo sanitario. Publicamos esto en "Annals of Internal Medicine".

Un residente extrajo un catéter de hemodiálisis del cuello de un paciente que estaba sentado. El paciente sufrió un embolismo gaseoso y entró en parada. Al revisar el caso la primera conclusión fue decir: el residente fue un estúpido ¿cómo se le ocurre extraer el catéter con el paciente sentado sabiendo que no se hace así? Hay que llamarle la atención para que la próxima vez lo haga mejor.

Sin embargo, al analizar las diferentes piezas del sistema para ver qué otros elementos podrían haber intervenido: formación, supervisión, equipo...se constató que el residente no había recibido formación sobre cómo extraer estos catéteres. No disponíamos de ningún programa de certificación para asegurar la competencia en esta materia. Nuestra mentalidad era "observas uno, haces uno, enseñas uno", lo cual es un sistema perfectamente diseñado para producir embolismos gaseosos.

Además resultó que la enfermera que estaba presente había estado preocupada, porque sabía que nunca extraemos estos catéteres con el paciente sentado. Pero como no teníamos un protocolo escrito en el que se pudiera apoyar y no quería expresar su opinión y cuestionar al médico porque la última vez que lo había hecho le habían echado la bronca... pues pensó "no quiero que me pase otra vez lo mismo", así que permaneció en silencio.

Y como resultado tenemos un paciente que sufre un embolismo gaseoso.

Y lo más interesante de este caso es ver cómo un médico se equivoca porque esencialmente todo estaba diseñado para ello en un sistema que no le estaba preparando para trabajar de manera adecuada.

Ahora bien, si el médico se hubiese sentido incómodo ante la situación también hubiese hecho el esfuerzo de aprender y hubiese dicho "no estoy seguro de saber hacer esto, por favor supervisadme". Por tanto, eso no deja fuera de juego la responsabilidad personal, pero la responsabilidad personal es un componente entre otros muchos.

Podéis figuraros los componentes del sistema como si estuvieran anidados. No hay una taxonomía adecuada. Pero lo que debéis ser capaces de tener son las *lentes* adecuadas y pensar: ¿puede haber algo que esté poniendo a este paciente en situación de riesgo? ¿hay algo que tenga que ver con la tarea, con los procedimientos... que no esté claro? ¿algo relacionado con el equipo o con la manera en que estamos trabajando? ¿algo de los propios proveedores de cuidados? ¿algo del ambiente de trabajo: ruidoso, sucio, que distraiga... ¿o algo a nivel institucional?

Y lo cierto es que cada uno de estos factores puede contribuir a la protección o al daño, pero mayoritariamente nos resultan invisibles.

Creo que fue hace unos 8 años en una sesión clínica se mostró con gran elegancia cuál es la grandeza del sistema sanitario americano y lo que puede mejorarse de él. Se trataba de una sesión que daba un residente de cirugía que discutía el caso de un paciente, un paciente con traumatismo, que sufrió un retraso en el transporte desde emergencias al quirófano. Y estaba allí temblando literalmente, realmente nervioso y ante la pregunta “¿qué vas a hacer la próxima vez?” respondió “voy a esforzarme más”. El hombre se sentía personalmente responsable: “voy a esforzarme más”. Lo que aquello mostraba es que esta persona era “miope al sistema”, como la mayoría de nosotros. Podrá esforzarse más, pero como no consiga que el servicio de seguridad baje para conseguirle el ascensor, o habla con el resto de la gente y consigue un sistema que asegure que cuando el busca de trauma se estropee alguien irá al ascensor y lo retendrá hasta que se decida si hay que ir o no al quirófano, el “esforzarse más” probablemente no será muy productivo.

Por tanto, debemos empezar a desarrollar estas “lentes”.

Parte del trabajo que hemos realizado va dirigido a los factores de personal. En este caso en la UCI, el que más médicos sean intensivistas y el que haya más enfermeras son factores del sistema que predicen el desempeño.

Lo que necesitáis es tener esas lentes para ser capaces de apreciar los sistemas entre la bruma del trabajo.

Una de las cosas que aparecen en el embudo que parece tener una importancia crítica en la atención sanitaria es el factor de equipo. Hemos aprendido mucho sobre esto a partir de la aviación y ahora lo seguimos aprendiendo a partir de nuestros propios eventos centinela.

Aquí tenemos un gráfico sobre la evolución de la seguridad de la aviación en el tiempo. Cada vez que viajo en avión agradezco saber lo seguro que es. Pero cuando se piensa en cuáles fueron las causas de estas mejoras de la seguridad lo que no suele saberse es que hasta aproximadamente 1971 dichas mejoras fueron de tipo técnico: se debieron a mejoras en el diseño de los motores, que empezaron a fallar con menos frecuencia. Pero a partir del año 71 las mejoras en la seguridad no tuvieron absolutamente nada que ver con la tecnología sino con la manera en que pilotos y copilotos colaboraban en la cabina. Porque sucedía que los registros de voz que se habían recogido en varios accidentes eran muy similares al que se recogió del vuelo de Air Florida que se estrelló en el río Potomac helado. Vosotros érais jóvenes, fue hace unos quince años. Recordad aquellas imágenes realmente dramáticas de los

bomberos después del accidente literalmente extrayendo gente en un día de diciembre del río Potomac congelado.

Era un día de nieve, en diciembre. El vuelo está descendiendo de manera equivocada o está a punto de hacerlo y el copiloto se dirige al piloto. Esto es más o menos lo que recogen las grabaciones:

“Capitán, las alas se ahuecan”

“Capitán, las alas se desvían” (están dirigiendo hacia abajo)

“Capitán, aproximación lenta”

“¡Capitán, aproximación lenta! “

“Capitán, aborte despegue”

“Capitán, aborte despegue”

“Capitán, nos estrellamos”

Siete avisos de un copiloto realmente asustado a un piloto que permaneció impassible. Por tanto, el National Transportation Safety Board se preocupó mucho ante la situación y dijo: “o bien hemos seleccionado a un montón de pilotos sordos o nos encontramos ante un problema cultural de gran envergadura”.

Así que metieron a pilotos y copilotos en simuladores y se encontraron con que en la mayoría de las ocasiones los pilotos nunca oían a los copilotos. E indagaron más y lo que descubrieron es que los pilotos tenían una cultura muy jerárquica en la que lo que los copilotos tuviesen que decir no tenía ningún valor, por lo que no se escuchaba.

En nuestro caso nos encontramos con que tanto en nuestro país como en nuestro hospital la mayor parte de los eventos centinelas se producen por errores de comunicación. Y hemos dado pasos importantes hacia delante, pero cuando empezamos hace cuatro años –ahora es distinto- y yo iba a un servicio y comentaba que era importante que las enfermeras participaran en las rondas del equipo me miraban como si estuviese loco. Y yo decía, no sé por qué os extraña. Las enfermeras van a ejecutar el plan que estáis elaborando, tienen que estar en la misma línea. Pero su pensamiento era: somos médicos, qué pintan las enfermeras allí con nosotros.

Esencialmente el comportamiento era idéntico al del accidente del avión de Air Florida.

Bueno, ¿cómo defenderos de esto? Voy a daros tres principios básicos:

- Estandarizar
- Elaborar verificaciones independientes
- Y cuando las cosas salen mal, aprender de ellas. ¿Que qué quiero decir con aprender de ellas? Bien, simplemente si podéis responder a cuatro preguntas sencillas: qué pasó, por qué salió mal (cuáles fueron los sistemas vulnerables), qué arreglaríais y cómo lo haríais.

Está claro que vais a encontrar defectos todos los días en vuestro lugar de trabajo. El reto que os planteo es si vais a tener el coraje de decir: acepto que ésta es la realidad, pero voy a empezar a arreglar parte de ella.

Permitidme que os dé algunos ejemplos de estandarización. Sabéis que el CDC tiene recomendaciones sobre la colocación de vías centrales. Parte de esas recomendaciones son el uso de gorro, bata, mascarilla, guantes... las máximas barreras. Se necesitan 8 cosas. Hace algunos años nos dimos cuenta de que nuestros médicos tenían que acudir a ocho lugares distintos para conseguir todo este equipamiento. Un sistema perfectamente diseñado para tener un cumplimiento del 30%, que era el que había a nivel nacional. Vas a por los guantes y no están en su sitio, se los pides a la enfermera mientras vas a por el gorro, y no queda ninguno...Tienes mucho que hacer, así que lo más probable es que no te lo pongas. Así que a partir de la simple idea de estandarización dijimos: tengamos un carro que contenga en un único lugar todo lo que se necesita para colocar una vía central. Pongámoselo fácil a los médicos: que encuentren allí todo lo que necesitan y pasemos de ocho pasos a uno. Mejora el rendimiento.

Quizá el mayor ejemplo de estandarización, en este caso de simplificación y eliminación de pasos innecesarios son los cajeros automáticos. Como sabéis, en algunos cajeros introduces tu tarjeta, queda retenida, obtienes el dinero y después se expulsa. Pero la industria bancaria tiene un problema enorme con este tipo de cajeros, porque con relativa frecuencia la tarjeta se queda retenida y no se expulsa. Esto sucede en un elevado porcentaje de casos: creo que uno en 300 ó 400 y cuesta unos 500 dólares, lo que supone un gasto muy elevado. Así que se ha modificado el diseño y ahora tienen un sistema por el que la tarjeta nunca deja la mano del usuario: paso la tarjeta por el lector y obtengo mi dinero. El flujo se ha simplificado: se han eliminado pasos y la tasa de defectos ha disminuido mil veces, porque como ya no se deja introducida la tarjeta, se ha eliminado la posibilidad de que quede retenida.

En cuanto a la idea de las verificaciones independientes. Ya conocéis esos avisos tan molestos que suenan en el coche si no os abrocháis el cinturón de seguridad. Lo que está por debajo es la idea de que somos falibles y se nos va a olvidar abrocharnos el cinturón. La evidencia que existe en favor de la necesidad de utilizar el cinturón es abrumadora, pero estamos ocupados, vamos con prisa, se nos olvida...por lo que si no te lo abrochas lo que sucede es que te vas a encontrar con ese sonido que es molesto, pero efectivo.

Pero a nosotros nos toca hacer eso demasiado a menudo con cosas que son críticas: tienes un ataque al corazón y entonces te tomas tu aspirina y tu betabloqueante. O

todas esas intervenciones basadas en la evidencia que habéis aprendido durante vuestra formación para estar seguros de que la teníais.

La sorpresa es que para hacer este trabajo policial no sólo hay que apoyarse en los médicos. ¿Qué quiero decir con esto?

Nosotros elaboramos una lista de verificación para colocar catéteres venosos centrales. Es una lista muy sencilla de cinco puntos: higiene de manos, desinfectar la piel con clorhexidina, usar medidas de barrera máximas, retirar las vías innecesarias y evitar la inserción femoral si es posible.

Pero no lo hacíamos muy a menudo. Así que nos dirigimos a las enfermeras y les dijimos: enfermeras, cuando los médicos realizan la inserción del catéter queremos que comprobéis que cumplen con estas prácticas basadas en la evidencia. Y si no lo hacen los médicos deberán detener el procedimiento para hacer lo que habían dejado de hacer: si no se han lavado las manos, que se las laven; si no se han puesto una bata, que vayan a por ella y se la pongan.

Cuando lanzamos esta idea parecía que habíamos provocado la Tercera Guerra Mundial. Las enfermeras decían: no es mi trabajo controlar a los residentes y si lo hago me van a echar la bronca. Los residentes decían: de ninguna manera puedo aceptar que una enfermera me cuestione en público. Me dejaría en evidencia, como si yo no supiera lo que hago. Modelo mental: esperamos la perfección. A lo que yo contestaba: bienvenido a la especie humana. No lo sabes todo y tampoco se espera que lo sepas.

El debate no estaba en la evidencia, sino en el trabajo en equipo. Así que juntamos a todas las partes y les preguntamos: ¿es admisible que en el Johns Hopkins hagamos daño a los pacientes? Naturalmente la respuesta fue “no”. Por lo que dije: entonces, enfermeras, ¿cómo podéis quedaros calladas mientras veis que alguien no se lava las manos? No es admisible. Tenéis que hablar. Pero tampoco quiero que os echen la bronca, así que si ocurre, enfermeras avisadme y médicos sabed que esto no se va a tolerar, estamos protegiendo a los pacientes.

La realidad es que nunca nos han avisado y que nuestras tasas de infección son ridículamente bajas. Pero hemos creado un sistema de verificación independiente y trabajamos juntos como un equipo. Y este tipo de ejemplos son demasiado escasos.

Estos son algunos datos de cómo haciendo eso nuestras tasas de infección en Hopkins han disminuido y algunos conoceréis el artículo publicado en el New England en el que mostramos la implantación de este programa en todo un estado: una aplicación muy simple de una lista de verificación y virtualmente eliminamos estas infecciones en todo el estado de Michigan. Unos resultados de profundo calado.

Tenemos por tanto estos principios de estandarización y verificaciones independientes. Grabaos esto: no sólo se aplican a cómo colocáis las vías, sino también a cómo os comunicáis.

Hay un sistema muy simple de comunicación que todos utilizamos: cuando yo os envío un mensaje, codifico en él un significado y a menudo atraviesa un medio lleno de ruido y vosotros, como receptores, tratáis de decodificar lo que yo digo. Si nos conocemos el uno al otro bastante bien difícilmente se producirá un error de traducción.

Así cuando yo llego a casa tras un día de trabajo le suelo decir a mi mujer: “vaya día duro de trabajo, estoy hecho polvo” y ella lo decodifica y dice: “vale Peter, lo que realmente quieres decir es que quieres irte a correr y que quite a los chicos de en medio”. Y está absolutamente en lo cierto.

Pero en el trabajo esto frecuentemente provoca problemas. Por ejemplo, le damos instrucciones a una enfermera en la UCI: puede irse de alta cuando los signos vitales estén estables. ¿Cómo lo decodifica ella? ¿quién sabe? O retira la alimentación por sonda si el paciente no la tolera.

Hice este pequeño experimento una vez cuando me encargaba de las rondas. Había unas ocho personas y les dije que sacaran un trozo de papel y escribieran la definición de “no tolerar la alimentación por sonda”. Como podéis imaginar hubo ocho definiciones distintas. Y no es que alguna de ellas sea necesariamente correcta o incorrecta, aunque a veces lo sea, pero vais a tener un error de traducción, vais a tener un defecto, porque si yo tengo en mi cabeza que algo es 150 cc y no se lo comunico a la enfermera o al personal que lo va a hacer, pueden interpretarlo mal sin que exista mala intención, pero es que nos comunicaremos mal.

Hay algunos datos fascinantes sobre la desconexión que existe en la concepción del trabajo en equipo entre médicos y enfermeras. Estos son datos de UCI pero sucede lo mismo en cualquier ámbito de la atención sanitaria.

Cuando se compara la percepción que tienen médicos y enfermeras que trabajan juntos sobre el trabajo en equipo, y da igual que se trate de un quirófano, de radiología o de una clínica de medicina general, de manera uniforme los médicos declaran “es genial” y las enfermeras “apesta”. Pensad que estamos hablando de personas que supuestamente están en el mismo equipo trabajando juntas y por qué pasa esto.

No lo sabemos seguro, pero yo creo que en cierto modo nosotros los médicos quizá necesitemos recalibrar nuestra visión del trabajo en equipo. Yo soy un producto de esta Facultad de Medicina, del programa de formación, de la Escuela de Salud Pública... y os aseguro que yo me licencié convencido de que el buen trabajo en equipo es que yo doy una orden y la enfermera la cumple. Y si eso sucede, entonces somos un equipo. Y durante la formación yo consideraba que era un gran trabajador

de equipo porque al final de las rondas le preguntaba a la enfermera si tenía algo que comentar o alguna sugerencia.

Mi visión actual del trabajo en equipo es radicalmente distinta. Discutimos y planeamos todo el tiempo, las enfermeras aportan en función de lo que perciben o están haciendo. Es un modelo muy diferente de aquel con el que crecimos.

Hay una serie de herramientas para el trabajo en equipo. Creo que con diferencia, la más importante para vosotros es que os aseguréis de que las enfermeras os acompañan en las rondas. Es absurdo que vosotros elaboréis planes y que las personas que van a ejecutarlos no estén ahí cuando los hacéis: es previsible que se produzca un error de traducción.

El segundo punto clave donde tener en cuenta los posibles errores de comunicación es en los pases de turno. Son tremendamente vulnerables. Posiblemente hayáis realizado pases de turno en la Facultad o en la residencia con el compañero dejándoos una nota escrita a mano. Es absurda nuestra manera de realizar los pases de turno.

Cada uno en vuestro departamento necesitaréis distinta información nuclear, pero en cualquier industria fundamentalmente hay tres elementos clave en cualquier pase de turno:

El primero es ¿qué necesito saber? ¿qué tengo delante en este paciente? Y eso puede ser tan simple como: día 5º vesícula biliar

¿Qué necesito hacer? ¿cuál es la lista de tareas?

Y lo más importante: ¿qué me preocupa? ¿qué me dicen las tripas? (este paciente tiene mal aspecto, este chico respira rápido...)

Tomad estos tres componentes siempre que estructuréis vuestros pases de turno para aseguraros de que no cometéis esa clase de errores.

El último concepto que quiero que adquiráis.

Tenéis lentes para observar los sistemas, tenéis principios básicos de estandarización y verificación independiente para hacerlos seguros. Sabéis que tenéis que aplicar esos principios a cómo os comunicáis. Lo último es que entendáis que los equipos toman decisiones adecuadas a partir de aportaciones diversas e independientes.

Dejadme que os ponga un ejemplo. He participado en incontables rondas en las que la enfermera tenía información relevante pero no la manifestaba porque no existía un foro para hacerlo o no se sentía con libertad para preguntar. O por ejemplo el otro día en la UCI teníamos un paciente que tenía valores de coagulación normales, estaba sangrando y pensamos que era un sangrado quirúrgico por lo que estábamos haciendo planes para volver. Un estudiante intentó llamar mi atención tocándome en el hombro y yo, muy ocupado, dije: no me entretengas ahora, tengo que ir a poner una

vía y ocuparme de este paciente. El estudiante retrocedió pero se armó de valor y dijo Peter, fíjate que este paciente tenía estos valores en la última analítica.

Si él no hubiese hablado, se nos habría pasado una pieza de información realmente crítica que nos hizo modificar el manejo de la situación. Así que aseguraos de que a vuestro alrededor tenéis el mayor número posible de lentes.

Para aquellos de vosotros que vayáis a ser jefes de equipo esta manera de actuar no elimina la autoridad de quien toma las decisiones. Cuando yo estoy a cargo del equipo en la UCI o en el quirófano fundamentalmente tengo que tomar decisiones. Pero estaré más seguro de tomar una decisión adecuada si dejo que la enfermera diga lo que considere oportuno, si los estudiantes o los residentes también se manifiestan y finalmente se toma la decisión.

El segundo punto clave de la toma de decisiones y que por no tenerlo en cuenta probablemente gastamos cuarenta millones al año en demandas es la capacidad de pasar del pensamiento divergente al convergente. ¿Qué quiero decir con eso?

Pensamiento divergente es lo que típicamente sucede en las rondas médicas: tormenta de ideas, podría ser esto, podría ser aquello... y es una manera muy importante de entender lo que sucede.

Pensamiento convergente es coger todo eso y decir, de acuerdo, este es nuestro plan y hoy vamos a hacer específicamente esto, esto y esto.

Lo que se ha visto es que en cualquier campo profesional, si existe capacidad de alternar entre pensamiento convergente y divergente, esa es la clave de la toma de decisiones adecuada.

Así que elaboramos un plan para esa niñita que hemos visto esta mañana con buen aspecto, pero a lo largo del día se pone peor. La enfermera dice: está peor, está peor, está peor, pero la mayor parte del equipo se quedaron su pensamiento convergente de que esta mañana la hemos visto bien y ya hemos elaborado un plan para ella. Y no existe la capacidad de introducir una nueva pieza de información y preguntarse si el plan sigue siendo adecuado ante algo que se ha modificado. Y eso es difícil de hacer porque estáis ocupados.

Y vais a estar ocupados. Pero tratar de haceros a la idea de que tenéis que ir alternando entre el escenario y el anfiteatro para poder tener distintas perspectivas.

Quiero dejaros con una última idea: no juguéis "man down".

Hopkins es una gran institución en lacrosse y si no habéis sido adoctrinados todavía pronto lo seréis. Pero en el campeonato nacional el año pasado, Hopkins jugaba contra Duke. Ganaba por cuatro goles y quedaban dos minutos. Se pitó un penalti en contra de Hopkins. En lacrosse cuando se pita un penalti se juega "man down", lo que significa que el jugador amonestado se dirige al área de castigo y se queda un tiempo

sin jugar. Es una manera tonta de jugar: te quedas en desventaja. Así que Duke en 30 segundos consiguió 3 goles. Afortunadamente Hopkins mantuvo la ventaja y consiguió ganar, pero aquel penalti estuvo a punto de costarnos el partido.

Y pienso que lo que hacemos cada día en la asistencia sanitaria es estar todo el tiempo jugando "man down", porque no le preguntas al paciente cómo cree él que van las cosas o a tus compañeros o a otros miembros del equipo. Pero las apuestas en este caso son demasiado altas, mucho más que en un campeonato nacional, así que no juguéis "man down".

Cuál es el papel que me gustaría que asumieseis. Cuando os incorporéis a vuestros servicios creo que podríais empezar a desarrollar las lentes para ver los sistemas.

Simplemente pensad en uno de los procesos que realizáis: un procedimiento, un diagnóstico. Recorredlo y plantearos cómo podría funcionar mejor, cuáles son los riesgos y cómo podéis elaborar programas de entrenamiento mental.

Siempre que podáis aplicad estos principios de estandarización, listas de verificación y aprender de los errores. Debéis infundirlos en vuestros programas de formación, infundirlos en vuestras rondas de trabajo.

La cultura de este hospital estimula las aportaciones de las personas que se están formando y son realmente importantes, porque vuestros ojos y oídos son los que están más cerca de los pacientes. Y muy importante: compartid lo que aprendáis.

Algunas cosas muy concretas:

Siempre que entréis y salgáis de una habitación aseguraos de lavaros las manos. No hay duda de que en este país cada año matamos a mucha gente por no hacerlo.

Animad a las enfermeras a realizar las rondas con vosotros. En uno de los servicios quirúrgicos acabamos de introducir las rondas con el personal de enfermería para acordar explícitamente lo que implica el alta del paciente. Una de nuestras medidas de éxito (aunque tenemos otras, pero esta es muy significativa) es el número de páginas que un residente escribe al día. Hemos llegado a pasar de 65 a 2. ¿Por qué? Porque hay mucha mayor comunicación, los planes se deciden conjuntamente, con lo que se reduce la carga de trabajo.

Y muy importante: no juguéis "man down". Tomaréis mejores decisiones y tendréis mucha más alegría en vuestro trabajo.

Como os he dicho, la apuesta es muy alta.

La madre de esta niña, de hecho es una historia notable, ha trabajado con el hospital para ayudarles a mejorar la seguridad. Y en el cuarto aniversario de la muerte de Josie vino al hospital, se acercó a mí, me miró a los ojos y me preguntó: ¿puede asegurarme que en este momento sería menos probable que mi hija muriera que hace cuatro

años? Y la triste realidad es que no pude. Le dije todas las cosas que estábamos haciendo, pero en realidad no teníamos una buena manera de medir la seguridad. Eso ha cambiado mucho, ahora creo que podríamos hacerlo.

Y lo que es más importante. Espero que si ella u otro paciente vinieran y os mirasen a los ojos y os preguntaran qué estáis haciendo para mejorar la seguridad y reducir el daño, creo que podríais mirarles a los ojos y darles una respuesta clara.

Gracias y bienvenidos a Hopkins.