

El panorama latinoamericano en simulación clínica es “muy negativo”, señaló la especialista chilena Eliana Escudero



¿Sobre cuántos pacientes debe practicar un enfermero antes de realizar óptimamente un procedimiento? ¿Qué riesgos corre una persona que ingresa a la emergencia de un hospital? ¿Qué rol juega la familia para resguardar la salud de uno de sus integrantes? Estos temas fueron tratados por la experta chilena en docencia basada en simulación clínica Eliana Escudero.

La especialista visitó el Hospital Británico para participar de la III Semana de Enfermería, donde se refirió a las dificultades de la atención médica en cuanto a la puesta en práctica de los protocolos de actuación. Escudero es enfermera matrona, con diploma en Educación Médica y Magíster en Ciencias de la Educación, dirige el Centro de Simulación Clínica de la Universidad Finis Terrae de Chile, es instructora en simulación IMS del Medical Center of Simulation Harvard e instructora y Faculty en educación con Simulación del Clinical Simulation Center de la Universidad de Pennstate Hershey (Estados Unidos). Actualmente preside la Sociedad Chilena de Simulación Clínica y Seguridad del Paciente en Chile (Sochisim).

La experta defendió el cambio en el paradigma educativo a la hora de que el equipo médico aprenda los detalles prácticos de su especialidad y sostuvo que los protocolos

de actuación deben discutirse dentro del equipo y no solo dentro de una cúpula de personas. Dijo que es necesario involucrar al paciente y a la familia en el tratamiento, así como considerar los aspectos éticos de la práctica. Para Escudero, el paradigma educativo óptimo hoy en día tiene que ver con crear ambientes protegidos de aprendizaje en los cuales el intercambio se dé en confianza, porque “no se aprende con temor”.

Propone entonces una educación integrada y orientada a resultados, centrada en el estudiante y con el docente como facilitador. En este contexto el uso de simuladores (muñecos con síntomas físicos, comandados por software) es clave porque permite practicar procedimientos clínicos sin intervenir sobre un paciente real, así como enseñar el uso correcto de tecnología médica. Escudero habló del “currículum oculto” de los estudiantes, que con la simulación “se transparenta”, puesto que queda en evidencia qué es lo que la persona realmente sabe y puede corregirse.

—¿Cuáles son los principales problemas en los equipos médicos actualmente?

—Hoy en día, la seguridad del paciente es un tema transversal en el mundo, independientemente de los recursos que existan y del desarrollo del país. Es un tópico documentado el de que la intervención del profesional en salud, en el ámbito tanto ambulatorio como intrahospitalario, puede generar resultados no esperados. Por ejemplo, que alguien entre a un hospital y no se vaya recuperado, sino con una lesión. Incluso, a veces, hasta puede fallecer por ese mismo daño.

—Paradójicamente, hay estudios que indican que el ambiente hospitalario es uno de los más riesgosos para la salud.

—Exactamente. Hoy existe el dato de que un día adicional de un paciente en el hospital puede aumentar en 6% el riesgo de eventos adversos. Uno ingresa a un sistema que no es seguro no porque la gente que está allí haga las cosas mal, sino porque hay muchas intervenciones, sucesos ocurriendo y acciones que se suscitan con relación a la atención y que hacen de esta una industria compleja. Finalmente, los que trabajamos en el ámbito de la salud y nos formamos para mejorar a las personas, nos vemos expuestos a que muchas veces no logramos ese resultado con los pacientes. Pero no somos solo los funcionarios de la salud quienes tenemos que cambiar, sino que debe estar la intención desde las políticas del Estado de cada país, que tienen que mirar lo complejo que es el cuidado de la salud y normar sobre cómo vamos a trabajar de aquí en adelante.

—¿Cómo evalúa el estado de las políticas de salud en los países de la región?

—Es un panorama muy negativo. Porque en Latinoamérica recién ahora estamos incorporando el concepto de seguridad del paciente, y tampoco en todos los países. Y por otro lado estamos muy punitivos con los errores, con la sanción social, del medio y periodística. Se va a lo mediático y no a la prevención y a buscar soluciones, sino más bien a la noticia y al castigo que generalmente va a suscitarse después de la situación.

—Con frecuencia las personas que se internan reclaman que les quieren dar el alta muy pronto. ¿Qué sucede en estos casos?

—Es un tema bien complejo. Porque por ejemplo, los sistemas de seguros de salud, por lo menos en mi país y en otros países, hacen que el paciente crea que todo se soluciona en el hospital: saturamos los servicios de urgencia y por lo tanto gestionamos una gran presión del equipo de trabajo y resulta que esa gran presión lo único que hace es que concentremos, por ejemplo en períodos de epidemia, a mucha gente en las salas de espera, que se terminan contagiando otras cosas, como gripes. Porque en vez de ir al médico o a atención comunitaria, prefieren ir al hospital. Entonces, alguien que ingresa

por algo termina con otra complicación y el paciente no quiere ir a resolver esto en la casa, donde la familia debiera de participar del cuidado. Quiere irse con el problema cien por ciento resuelto y la verdad es que estar un día más en el hospital puede no justificarse, porque hay focos infecciosos o por las propias conductas de los pacientes: en pediatría uno ve cómo la mamá le pasa el juguete a otro niño y así se pasan las infecciones. Esto genera enfermedades asociadas a la atención de salud, entorpecimiento de los flujos. Este tema hay que trabajarlo en conjunto: familias, pacientes y equipos de salud.

—¿Cómo considera que puede hacerse ese movimiento desde una concepción paternalista del sistema médico que se supone tiene la solución a todo, hacia una en la que la familia sea corresponsable de su salud?

—Esto es un poco como la educación cívica, que la hemos hartado perdido. Así como a uno le enseñan desde chico a ser responsable de ciertas conductas como cruzar una calle, presentarse frente a una entrevista de trabajo, aprender a comer con ciertos códigos, también debería darse la educación para el cuidado. Tenemos que enseñar educación sexual, cómo manejarnos frente a ciertas situaciones de infecciones, cómo limpiarnos las narices cuando estamos con gripe, cómo toser e higienizarnos las manos. Todo esto debería ser parte de una educación cívica en la casa y después en el colegio, que acompañara lo que es el mundo de la enfermedad y del cuidado. Pensemos que hoy día una mujer va a tener su hijo a un hospital donde entran enfermos. Ella va por algo bueno y no por una enfermedad, pero puede terminar enferma. Todo eso significó comenzar un cambio cultural, incorporar a la mamá con el hijo, que el padre pueda entrar al parto y que se respete la relación de apego. Hemos cambiado en algunas áreas donde se ha tolerado más al familiar, pero en otras no se tolera. No se ha tolerado la presencia con el anciano que tiene que estar acompañado por su cuidador, y tampoco la toma de decisiones del paciente. Ya: el paciente tiene derecho a la eutanasia, ¿pero antes de eso qué hubo? Tiene derecho a hacerse un aborto, ¿y antes de eso qué hubo? Nos faltan muchos pasos en educación, saber qué enfrentamos cuando tenemos una enfermedad, cómo tomamos decisiones, cómo corremos menos riesgos, qué pasa si somos diabéticos, qué medicamentos debemos usar. Frente a un diagnóstico ya somos parte de decir “yo quiero que me haga cirugía, yo quiero que me haga este examen”, pero lo sabemos porque Internet lo dice o porque alguien lo tiró en un programa mediático. Hay que ser más responsable del conocimiento para la decisión compartida de nuestra salud.

—En este panorama que describe, ¿qué rol juegan los simuladores clínicos?

—La simulación nos ayuda a conocer la técnica, el procedimiento correcto, sin contaminar, sin tener que dañar a un paciente para aprender sino haciéndolo a través de un simulador. Para hacer una intubación por vía aérea y que el paciente respire sin problema, se requiere repetirlo por lo menos unas 70 veces. Si tuviéramos que probar en un paciente 70 veces, pobres pacientes. Es maravilloso poder acortar eso a través de simulación. Por otro lado, cuando estamos en una situación en la que varios tomaremos decisiones, lo que hace uno afecta al otro, entonces esto se entrena en simulación. Por ejemplo, si todos al mirar el monitor entendemos que hay un problema de frecuencia cardíaca en el paciente, mientras el profesional hace una cosa, el otro está mirando el monitor y va diciendo “está taquicárdico”, “está con la presión alterada”, “está oxigenando mal”. Se entrena ese trabajo coordinado y en qué minuto te doy la información, para determinar la toma de un medicamento, para ponerlo correctamente y ver cómo responde el paciente, por ejemplo.

—**¿El muñeco es programado para tener determinados síntomas y reacciones?**

—El simulador es manipulado por el profesor con un *software* de control. En base a lo que va haciendo el funcionario o alumno, va teniendo respuestas. Y hay una respuesta positiva o negativa según la acción. Trabajás gatillando situaciones de complejidad y problemas para ver qué conductas se tienen que mejorar y qué cosas no se tienen que hacer de esa manera, en un escenario de gran intensidad que dura como máximo 10 minutos.

—**¿Cuán extendido está su uso y qué costos tiene la simulación clínica?**

—Es cara, pero como yo siempre digo que si uno dimensionara cuánto vale una vida no habría precio comparable con un simulador. ¿Por qué un piloto se entrena en simulación? Porque va dentro del avión y para él su vida es importante. Nosotros no vamos dentro del paciente, estamos fuera, pero si dijéramos “es mi mamá, es mi papá, es mi vida”, probablemente le daríamos un valor mayor. Los costos son cada vez menores, hay mucha industria apareciendo y uno no tiene que comprar el simulador más sofisticado sino que para empezar puede comprar uno que no esté tan fuera de alcance. Tiene que ver más el arte con que yo recreo el escenario. Creo que se pueden hacer grandes cosas sin grandes inversiones.

—**¿Sobre qué problemas principales ayudan a entrenar los simuladores?**

—Se puede entrenar la identificación de pacientes, porque es común que se confunda el nombre por un brazalete que no se puso o no se leyó. Se entrena todo lo que es prevención de caídas —porque los pacientes se caen y no los más viejitos sino los jóvenes—, prevención de infecciones, cómo se hace el flujo en las distintas áreas y por último la pauta de seguridad en el pabellón.

—**¿Cómo se define y previene la llamada “visión de túnel” del médico?**

—Cuando uno asocia signo, síntoma e información, dice “esto me está diciendo que es un infarto” y resulta que en ese minuto yo creo esto, porque además últimamente he estado viendo infartos y tuve la clase de infarto, pero no era eso sino otra patología. Entonces alguien del equipo me tiene que empezar a dar señales para que yo pueda pensar más ampliamente otras posibles alternativas diagnósticas y no solo con el foco en mi pensamiento de ese minuto. Hace poco se presentó un estudio en la Asamblea Mundial de la Alianza de Seguridad de la OMS que decía que había un alto nivel de error de diagnósticos médicos. Si partimos de este error de ahí en adelante haremos una serie de acciones erradas. En Latinoamérica no se miden este tipo de situaciones, no hay estadísticas.

—**¿Por qué no se llevan adelante estas estadísticas?**

—Percibo que no hay interés porque hay otras prioridades. No he logrado estar en el congreso para entender por qué se toman esas decisiones por parte de diputados y senadores que muchas veces no conocen ni leen ni son los más idóneos para buscar estas soluciones. Por eso creo que las instituciones de salud y las universidades tenemos una responsabilidad social muy importante en generar instancias de discusión que finalmente moverán al Estado o a los juristas para construir medidas en conjunto.