



## COVID 19: Habilidades en seguridad del paciente y mejora de calidad a desplegar en la tormenta.

*ANTHONY STAINES<sup>1</sup>, RENÉ AMALBERT<sup>2</sup>, DONALD M. BERWICK<sup>3</sup>, JEFFREY BRAITHWAITE<sup>4</sup>, PETER LACHMAN<sup>5</sup>, and CHARLES A. VINCENT<sup>6</sup>  
International Journal for Quality in Health Care, 2020, 1-3. Editorial.*

Traducción: Fabián Vítolo<sup>7</sup>

La pandemia COVID-19 ha desafiado repentinamente a muchos sistemas de salud. Para responder a la crisis, estos sistemas han tenido que reorganizarse inmediatamente, con muy poco tiempo para reflexionar sobre el papel a asignar a sus expertos en seguridad del paciente y mejora de la calidad. En muchos casos, se convocó a varias de estas personas con experiencia asistencial para reforzar las guardias de emergencias, pisos de internación y terapias intensivas. Otros de estos expertos fueron considerados “no esenciales” y enviados a sus casas, mientras que los programas que dirigían entraron en modo de hibernación. Esto ha determinado que muchos expertos en calidad y seguridad, con grandes

habilidades para ofrecer en su campo, estén llevando a cabo en la crisis actual tareas no relacionadas con su especialidad en la crisis actual.

Creemos que el conjunto de habilidades del personal que trabaja en seguridad del paciente y mejora de calidad es esencial para la implementación exitosa de los cambios que se requieren para alcanzar los resultados deseados. Estos profesionales tienen una acabada comprensión de la teoría de sistemas, de la complejidad de los sistemas de atención, de los factores humanos y teorías de confiabilidad, y de metodologías de cambio que resultan claves para el éxito de cualquier programa de transformación.

Sugerimos aquí una estrategia de cinco pasos y acciones a través de las cuales las personas que se dedican a mejorar la calidad de atención y la seguridad de los pacientes, pueden contribuir significativamente durante la pandemia. Sus habilidades centrales de apoyo los pacientes, al personal y a las organizaciones no deberían ser menospreciadas:

1. Fortalecer el sistema evaluando su grado de preparación, recolectando evidencias, desarrollando la capacitación, promoviendo la seguridad del personal y reforzando el apoyo de los colegas.
2. Comprometerse con los ciudadanos, los pacientes y sus familias, para que las soluciones sean alcanzadas de manera conjunta, sintiéndolas propiedad tanto de los prestadores de salud como de las personas que reciben atención y, sobre todo, de los ciudadanos a quienes se les piden esfuerzos preventivos.
3. Trabajar para mejorar la atención, mediante acciones tales como la separación de flujos Covid y No Covid, organizando rápidamente talleres sobre trabajo en equipo y desarrollando sistemas de apoyo a las decisiones clínicas.
4. Reducir daños, gestionando proactivamente el riesgo de todos los pacientes, tanto de los COVID-19 positivos como del resto.
5. Impulsar y ampliar el sistema de aprendizaje, para captar oportunidades de mejora, realizar rápidamente ajustes y desarrollar resiliencia. Esto resulta crucial, ya que se sabe muy poco del COVID-19 y de su impacto sobre los pacientes, el personal y las instituciones de salud.

## 1. Fortalecer el sistema y el entorno de atención

### Identifique un listado de verificación (checklist) que resulte apropiado y evalúe la situación

Varias organizaciones, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS), ofrecen checklists para evaluar el grado de preparación ante la pandemia. (1). La realización de estas evaluaciones permite identificar rápidamente aquellas áreas en las que se debe mejorar y favorece el desarrollo de soluciones. Sin embargo, es importante que estas evaluaciones no simplifiquen indebidamente las complejidades de una correcta preparación. Los checklists brindan una guía, no una solución completa.

**Reúna experiencias y evidencias, filtre, resuma e informe**

Al ser una enfermedad nueva, todavía se sabe muy poco acerca de ella, de su comportamiento específico, tratamiento, impacto y evolución. La recolección de evidencias y experiencias requiere del acceso a una red internacional de conocimiento; las personas de las áreas de calidad y seguridad del paciente se encuentran en una posición única por sus conexiones mundiales y su pertenencia a sociedades internacionales que ofrecen muchos recursos en la red.

**Desarrolle en el momento (“Just in time”) actividades de entrenamiento y simulación de habilidades poco usadas**

Esto podría incluir, por ejemplo, la elaboración de instrucciones y ejercicios de simulación sobre cómo colocarse y quitarse los equipos de protección personal (EPP), o sobre la desinfección de las superficies para el personal de limpieza.

**Asesore y apoye a líderes de todos los niveles**

El liderazgo a todo nivel resulta esencial durante una crisis pandémica. Sin embargo, quienes tienen responsabilidad de conducción siempre corren el riesgo de perderse el feedback, las lecciones y percepciones de quienes se encuentran en la cabecera de la

cama. Ayude a los líderes aportando pensamiento sistémico y aprendizaje a través de circuitos de retroalimentación, promoviendo la deferencia a la experiencia y estimulando la distribución de liderazgos. Apoye y diseñe comunicaciones frecuentes, concisas y francas sobre la situación actual. Apoye la conciencia situacional y la vigilancia del estado de la pandemia y su impacto, incluyendo sus efectos sobre la atención de pacientes con patologías ajenas al COVID-19. Como nota para los líderes de las organizaciones, todo lo anterior se facilita mucho si el responsable de la calidad y seguridad institucional forma parte del comando central de la crisis.

**Promueva la seguridad física y psicológica del personal junto con su bienestar**

Asesore a los líderes sobre las necesidades de seguridad física y psicológica del personal. (2) También sobre su necesidad de información, incluyendo la del personal no clínico. Genere un espacio para que el personal pueda expresar sus miedos y preocupaciones, y transmita los mismos –con la debida confidencialidad- a los líderes. Promueva en estos últimos frecuentes expresiones de agradecimiento, como las del CEO de un hospital de Pisa (Italia), que todos los días grababa un video agradeciendo y alentando a su gente. (3) Conecte a los líderes con los servicios de salud ocupacional para identificar, prevenir y mitigar la fatiga, la falta de sueño y el

burnout. Prepare informes breves sobre los efectos del estrés acumulativo sobre las personas expuestas.

### **Organice el apoyo a los colegas**

Reactive o establezca un programa especial de apoyo entre pares luego de errores, eventos adversos y dilemas éticos. Identifique y comunique los recursos de apoyo a los que pueden recurrir, como así también técnicas de manejo del stress que los ayuden a sobrellevar la situación. Genere un mecanismo para que los líderes de equipo sigan de cerca y se hagan presentes de alguna forma con los miembros de su personal que se enfermaron.

## **2. Apoyar la participación y el empoderamiento de los pacientes, familias y comunidad**

### **Facilite la coproducción de soluciones para prevenir, aislar, tratar y recuperar**

Trabaje en conjunto con asociaciones civiles y con agrupaciones que representen pacientes para desarrollar soluciones vinculadas al auto-cuidado y la prevención. Comuníquese de manera frecuente y transparente con pacientes, familias y ciudadanos.

### **Ayude a identificar, desarrollar y difundir herramientas de auto-gestión para los pacientes**

Esto debería hacerse en particular en aquellos pacientes con condiciones crónicas que por la pandemia ven dificultado su acceso a la atención (ej: pacientes diabéticos) Desarrolle piezas educativas para que puedan manejar mejor su enfermedad.

### **Establezca o aproveche sociedades con los pacientes**

Identifique personas que se hayan recuperado o tengan experiencia con alguna otra enfermedad pandémica y que puedan entrenar a otros pacientes y aconsejar a los equipos.

### **Asesore a los líderes sobre atención centrada en la persona durante la pandemia**

Aproveche la ayuda de los pacientes más participativos (“socios”) para guiar a los líderes en el desarrollo y mantenimiento de una atención centrada en la persona. Brinde recomendaciones sobre la elección del lenguaje más apropiado (ej: “distanciamiento físico” en lugar de “distanciamiento social”) (4). Asesore también sobre dilemas éticos.

**Evalúe la seguridad y la equidad en la atención del paciente**

Garantice que la toma de decisiones sea equitativa en términos de género, raza, y nivel socio-económico; intente reparar las consecuencias negativas de la desigualdad social y económica.

**Optimice la política de visitas**

Encuentre formas de maximizar los beneficios del apoyo familiar sin dejar de cumplir con el debido distanciamiento físico. Evalúe la viabilidad de proporcionar dispositivos móviles para las llamadas (ej: celulares o tablets). Ayude a encontrar soluciones para el final de la vida.

**3. Mejorar la atención clínica****Participe de la organización destinada a separar el flujo de pacientes**

Colabore con el diseño de salas de urgencias, unidades febriles, pisos, quirófanos o salas de UTI destinadas específicamente a la pandemia. Ayude a desarrollar las teleconsultas.

**Desarrolle en el momento (“just in time”) actividades de entrenamiento del trabajo en equipo: prácticas reflexivas antes-después (briefing y debriefing), “huddles”, comunicación**

**estructurada, monitoreo situacional, apoyo mutuo**

Promueva encuentros breves (briefs y huddles) para resumir nuevas directrices, tips de mejores prácticas e información sobre el estado de situación. Estas actividades apoyan tanto la comunicación vertical como la horizontal, y ayudan a que todos los miembros del equipo estén en la misma sintonía. Destaque la importancia de los debriefs, del apoyo mutuo y de los pases de pacientes estructurados. (5)

**Desarrolle sistemas de apoyo a la decisión clínica**

Colabore con la rápida identificación, revisión y desarrollo de herramientas de ayuda a la decisión clínica.

**4. Reducir daños****Actualice las guías de control de infecciones**

Ayude al equipo de control de infecciones a actualizar las pautas y vincúlelos con expertos en factores humanos, ergonomía y comunicación para que se puedan comunicar y difundir mejor los mensajes.

**Organice en el momento (“just in time”) auditorías estándares claves**

Como hizo por ejemplo la red de salud “Balcon du Jura” en Suiza, que en el inicio del brote llevó a cabo una auditoría

de la adherencia al lavado de manos de su personal brindando luego el feedback a los distintos equipos.

### **Coordine la identificación, el análisis y la gestión de los riesgos**

Organice brainstormings (“tormenta de ideas”) colaborativas sobre los riesgos y potenciales modos de fallas, seguidos de soluciones de reducción o mitigación de riesgos. Realice un análisis de las vulnerabilidades de los nuevos servicios y de los ya existentes.

### **Prevenga las lesiones cutáneas por presión asociadas a la pandemia**

Los equipos de protección personal (EPP) pueden originar lesiones por presión en la piel de los trabajadores de la salud. Por otra parte, los pacientes inmovilizados en UTI también están expuestos a sufrir lesiones por decúbito no frecuentes debido a la posición prona. (6) Difunda las guías de prevención de estas complicaciones y entrene al personal.

## **5. Impulsar y expandir el sistema de aprendizaje**

### **Fortalezca las capacidades del sistema de aprendizaje**

Destaque la importancia de captar incidentes, riesgos y oportunidades de mejoras o innovaciones relacionadas con la crisis, y aprenda también a partir

de las cosas que se están haciendo bien (7) Facilite dicha captura entrenando a los prestadores o distribuyendo coordinadores de aprendizaje en la cabecera de las camas, como hizo el London NHS Nightingale surge hospital (8). El rol de estos coordinadores consiste en recoger ideas y datos al borde de la cama, transmitirlos luego en un foro de aprendizaje diario, e ingresar estos datos en el Sistema Electrónico de Notificación de Incidentes. La figura del coordinador funciona además una vía de información confiable para los médicos de la primera línea sobre cambios operacionales y nuevos aprendizajes compartidos.

### **Contribuya a resolver problemas y generar soluciones**

Contribuya a analizar las necesidades que plantea la pandemia, mediante el mapeo de procesos, el diseño/rediseño de los procesos de atención y programas de implementación rápida. Busque soluciones al problema de la escasez de equipos de protección personal (EPP).

### **Promueva una cultura de seguridad, resiliencia y aprendizaje**

Esta es una parte central de la rutina de trabajo de un especialista en seguridad y calidad (2). Durante una crisis, el refuerzo de una cultura de aprendizaje, la falta de señalamientos personales, la orientación hacia soluciones sistémicas y el aprendizaje (tanto de los incidentes

como de lo que sale bien), son más importantes que nunca. Sea un motivador y un modelo de resiliencia; promueva la flexibilidad y adaptabilidad en la primera línea de atención.

### **Facilite las contribuciones en el momento (“Just in Time”) de especialistas en factores humanos y ergonomía (FH/E)**

Consiga expertos en factores humanos y ergonomía, para que contribuyan a crear e implementar programas de cambio de conductas y rediseñar el proceso de flujo de pacientes, personal y de la población. El flujo de pacientes debería ser rediseñado por un equipo multidisciplinario que incluya expertos en factores humanos y ergonomía. El rediseño debería surgir del resultado de ejercicios de Análisis de Modos de Falla y Efectos (AMFE), sumados a simulaciones in situ y debriefings (9).

### **Apoye ciclos de aprendizaje colaborativo en la primera línea de atención y extraiga lecciones**

Aprenda cómo responde la enfermedad a las intervenciones. Refuerce lo ya conocido acerca de cómo mantener segura a la fuerza de trabajo. Realice pruebas rápidas de implementación de los nuevos hallazgos de la literatura.

### **Contribuya con el análisis de datos, junto con la representación e interpretación de la variación**

Esto puede incluir el modelado del brote, la creación y actualización de un tablero de comando de la pandemia y la generación de gráficos de ejecución y control para identificar y analizar la variación. Apoye y ayude a interpretar las pruebas de cambio.

## **Discusión**

Para enfrentar una pandemia se requieren principalmente habilidades en virología, serología, cuidados intensivos y otras disciplinas relacionadas con la infección. Sin embargo, en paralelo al tratamiento de la infección, los servicios de salud de todo el mundo se encuentran comprometidos en un proceso masivo y rápido de cambio organizacional. Las personas que trabajan en calidad y seguridad del paciente pueden contribuir enormemente con este proceso aportando una considerable experiencia, “know-how” (cómo hacer) y “know-why” (por qué hacer). Pueden ayudar a evaluar y desarrollar la preparación, a reunir evidencias y experiencias, a asesorar y apoyar a los líderes, a recordar a todos que no puede haber seguridad del paciente sin seguridad del personal, a aprovechar el aprendizaje organizacional y a conectar a la organización con expertos y grupos que representan pacientes. Estas actividades permitirán aflorar la

compasión, la seguridad y el respeto que se necesitan para seguir a flote en medio de la tormenta. En los próximos meses, el ingenio de los especialistas en calidad y seguridad del paciente será invaluable para ayudar a gestionar el impacto de la pandemia sobre los otros pacientes cuyo tratamiento ha sido retrasado, interrumpido o cancelado; también para colaborar con los cambios organizacionales que se requerirán para reparar los daños de nuestros sistemas de salud y de los muchos pacientes y familias afectadas, con y sin COVID-19.

## Referencias

1. World Health Organization Regional Office for Europe. Hospital readiness checklist for COVID-19, 2020  
[https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/430210/Hospital-Readiness-Checklist.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/430210/Hospital-Readiness-Checklist.pdf?ua=1) (access date April 9, 2020).
2. Wu AW, Connors C, Everly GS Jr. COVID-19: peer support and crisis communication strategies to promote institutional resilience. *Ann Intern Med* 2020. <https://doi.org/10.7326/M20-1236>.
3. Albolino S, Dagliana G, Tanzini M, *et al.* Promoting patient safety at time of COVID-19: COVID-19 Webinar Series. ISQua. 2020. [www.isqua.org/resources-blog/blog/webinar-recording-promoting-patient-safety-at-time-of-covid-19.html](http://www.isqua.org/resources-blog/blog/webinar-recording-promoting-patient-safety-at-time-of-covid-19.html) (access date April 15, 2020).
4. Planetree International. Re-thinking word choice during this pandemic: *The Language of Caring*, 2020.  
<https://cdn2.hubspot.net/hubfs/3839253/Downloads/The%20Words%20We%20Choose%20COVID-19%20Edition%204.6.2020.pdf> (access date April 15, 2020).
5. Starmer AJ, Spector ND, Srivastava R *et al.* Changes in medical errors after implementation of a handoff program. *New England J Med* 2014; 371:1803–12.
6. Panel NPIA. COVID-19 related resources for pressure injury prevention, 2020.  
[https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/press\\_releases/NPIAP\\_COVID\\_Resources.pdf](https://cdn.ymaws.com/npiap.com/resource/resmgr/press_releases/NPIAP_COVID_Resources.pdf) (access dates April 15, 2020).
7. Hollnagel E, Braithwaite J, Wears RL. *Resilient Health Care*. Surrey, UK: Ashgate, 2013, p. xxvi, 270 pages.
8. Mountford J, Allwood D, Bohmer R, *et al.* COVID-19 and lessons from the UK: *Virtual Learning Hour Special Series: Global Challenges IHI*, 2020.  
[www.ihl.org/resources/Pages/AudioandVideo/Global-Challenges-COVID-19-Lessons-from-UK.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/AudioandVideo/Global-Challenges-COVID-19-Lessons-from-UK.aspx) (access date April 15, 2020).

9. Gurses AP, Tschudy MM, McGrath-Morrow S *et al.* Overcoming COVID-19: What can human factors and ergonomics offer? *J Patient Safety and Risk Management* 2020;25(2):49–54.

ANTHONY STAINES<sup>1</sup>, RENÉ AMALBERT<sup>2</sup>, DONALD M. BERWICK<sup>3</sup>, JEFFREY BRAITHWAITE<sup>4</sup>, PETER LACHMAN<sup>5</sup>, and CHARLES A. VINCENT<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital Federation of Vaud, Bois de Cery, 1008 Prilly, Switzerland – IFROSS Institute, University of Lyon 3, 18 Rue Chevreul, 69007 Lyon, France

<sup>2</sup>Public Foundation for Industrial Safety Culture-FONCSI, 6 Allée Emile Monso, 31000 Toulouse, France

<sup>3</sup>Institute for Healthcare Improvement, 53 State Street, 19<sup>th</sup> Floor, Boston, MA 02109 USA, USA

<sup>4</sup>Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University, 75 Talavera Rd, North Ryde NSW 2113, Australia

<sup>5</sup>International Society for Quality in Healthcare, 4th Floor, Huguenot House, 35-38 St Stephens Green, Dublin 2, D02 NY63, Ireland

<sup>6</sup>University of Oxford, Experimental Psychology, Anna Watts Building, Radcliffe Observatory Quarter, Woodstock Road, Oxford, OX2 6GG, UK

Traducción: <sup>7</sup> Fabian Vítolo. NOBLE Compañía de Seguros, Buenos Aires, Argentina