

CESEM

Centro de Entrenamiento en Simulación de Emergencias



SCPC

SIMULACIÓN CLÍNICA EN PACIENTE CRÍTICO

HNT

PENSAR EN EQUIPO,
DECIDIR CON CLARIDAD,
ACTUAR A TIEMPO.



BC

XABCDE

F FUENTE DE
INFORMACIÓN

ORIENTACIÓN
DIAGNÓSTICA

TRATAMIENTO

REVALORACIÓN

EVACUACIÓN

TRANSFERENCIA

DEBRIEFING



ESTRUCTURA
QUE ORIENTA



EQUIPO QUE
CONECTA



RAZONAMIENTO
QUE DECIDE



ACCIÓN QUE
SALVA



Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

© CESEM — Centro de Entrenamiento en Simulación de Emergencias S.L.

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra, por cualquier medio o procedimiento, sin la autorización expresa del titular de los derechos.

Este documento forma parte del modelo SCPC (Simulación Clínica en Paciente Crítico), desarrollado por la autora, y está destinado a la formación y entrenamiento en el ámbito de la atención al paciente crítico.

El contenido aquí expuesto no sustituye la formación reglada ni los protocolos oficiales vigentes, sino que actúa como herramienta estructural para mejorar el rendimiento clínico, la toma de decisiones y el trabajo en equipo en situaciones de alta presión asistencial.

SCPC — Simulación Clínica en Paciente Crítico
Modelo de rendimiento clínico y trabajo en equipo en el
paciente crítico

2

Autora:

Romina Crespi Casajuana

Entidad:

CESEM — Centro de Entrenamiento en Simulación de Emergencias S.L.

Dirección:

C/ Lepanto 18, bajos 1
08940 Cornellà del Llobregat (Barcelona)

CIF:

B19853548

Correo electrónico:

info@cesememergencias.com

Año de edición:

2026

“El rendimiento clínico no depende solo del conocimiento, sino de la capacidad del equipo para interpretar, decidir y actuar como un sistema.”

3

SCPC — Simulación Clínica en Paciente Crítico

SCPC

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. QUÉ ES SCPC.....	12
3. BASE CONCEPTUAL Y CIENTÍFICA DEL MODELO	19
4. EL MARCO MENTAL EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO	27
5. LA ESCALERA DE LA INFERENCIA	36
6. MI MARCO MENTAL Y EL MARCO MENTAL DEL EQUIPO.....	46
7. HABILIDADES NO TÉCNICAS EN SCPC	54
8. DE LA VALORACIÓN XABCDE AL RAZONAMIENTO CLÍNICO ESTRUCTURADO	61
9. VALORACIÓN XABCDE / XABCDEF EN SCPC	68
11. EL CICLO SCPC	129
12. SCPC EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA	132
13. LA EXIGENCIA REAL DEL PACIENTE CRÍTICO	138
14. CONCLUSIÓN	140
15. BIBLIOGRAFIA	142

SCPC

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Por qué nace SCPC

La atención al paciente crítico ha experimentado una evolución significativa en las últimas décadas, impulsada por el desarrollo de protocolos, algoritmos y programas de formación técnica estandarizada.

Sin embargo, pese a estos avances, la práctica asistencial continúa evidenciando una realidad constante:

Existe una notable variabilidad en la actuación clínica y en el rendimiento de los equipos, especialmente en contextos marcados por la rotación de profesionales y la alta presión asistencial.

Esta variabilidad se traduce en errores evitables, dificultades en la coordinación y problemas en la toma de decisiones en situaciones críticas.

El modelo SCPC nace precisamente de la observación directa de esta realidad en el entorno asistencial, con el objetivo de abordar no solo el qué hacer, sino cómo trabajan los equipos cuando la complejidad aumenta.

Tras múltiples experiencias en escenarios de alta fidelidad y en formación basada en simulación, se identificó un patrón repetido:

- Profesionales con un alto nivel de conocimientos técnicos
- Equipos correctamente formados en protocolos
- Dificultades para integrar todo ello en situaciones reales complejas

Se observó que el problema no residía en la falta de conocimiento, sino en la ausencia de una estructura que permitiera:

- Comunicación
- Organizar el pensamiento clínico
- Coordinar la actuación del equipo
- Anticiparse a la evolución del paciente

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Mantener el rendimiento bajo presión

De forma paralela, la experiencia acumulada en la aplicación de la valoración XABCDE mostró que disponer de una estructura técnica no era suficiente si no se acompañaba de un razonamiento lógico, crítico y compartido.

Tal y como se recoge en el desarrollo del modelo, la combinación de:

- Estructura
- Razonamiento clínico
- Trabajo en equipo
- Comunicación

Permite disminuir el estrés profesional, aumentar la seguridad y mejorar la capacidad de adaptación ante el paciente crítico.

SCPC nace, por tanto, como respuesta a una necesidad no cubierta por los modelos formativos tradicionales:

La necesidad de entrenar no solo lo que el profesional sabe hacer, sino cómo funciona el equipo en situaciones reales.

1.2. El problema real en la atención al paciente crítico

La atención al paciente crítico se caracteriza por una serie de factores que condicionan directamente el rendimiento clínico:

- Incertidumbre diagnóstica inicial
- Limitación temporal para la toma de decisiones
- Entornos dinámicos y cambiantes
- Alta carga cognitiva
- Necesidad de actuación coordinada

En este contexto, el error no suele aparecer por desconocimiento técnico, sino por fallos en el proceso global de atención.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Entre los problemas más frecuentes observados se encuentran:

- Dificultades en la comunicación
- Pérdida de información relevante
- Interpretaciones erróneas de la situación clínica
- Errores de priorización
- Falta de coordinación entre profesionales
- Toma de decisiones basada en suposiciones

Estos errores tienen una base común:

La ausencia de una estructura que integre pensamiento, acción y equipo.

Tal y como se describe en el manual, el cerebro humano tiende a procesar la información de forma automática, apoyándose en experiencias previas y generando interpretaciones rápidas de la realidad, a esto se le llama; sesgo cognitivo.

Este funcionamiento, útil en situaciones cotidianas, puede convertirse en un riesgo en entornos críticos, donde:

- Los datos son incompletos
- El contexto puede inducir a error
- Las decisiones tienen consecuencias inmediatas

Esto explica por qué un mismo escenario clínico puede ser interpretado de forma diferente por distintos profesionales, generando variabilidad en la actuación.

El problema, por tanto, no es exclusivamente clínico ni técnico; ***Es un problema de cómo se procesa la información, cómo se interpreta y cómo se actúa en equipo.***

1.3. Formación técnica frente a rendimiento clínico en equipo

Los modelos formativos predominantes en el ámbito de la emergencia están orientados principalmente a:

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- La adquisición de conocimientos
- El aprendizaje de protocolos
- La ejecución de técnicas

Estos modelos han demostrado ser fundamentales para estandarizar la práctica clínica y mejorar la calidad asistencial. Existe una diferencia clara entre:

Formación técnica (APRENDIZAJE)

- Centrada en el conocimiento individual
- Basada en la ejecución correcta de procedimientos, algoritmos, protocolos y técnicas.
- Enfocada en el “qué hacer”

Rendimiento clínico en equipo (ENTRENAMIENTO)

- Centrado en el funcionamiento del sistema
- Basado en la toma de decisiones en contexto
- Enfocado en el “cómo hacerlo en equipo bajo presión”

8

En la práctica real, el profesional no actúa de forma aislada, sino dentro de un sistema donde intervienen múltiples factores:

- Otros profesionales
- El entorno
- El tiempo disponible
- La evolución del paciente

Por este motivo, saber realizar una técnica no garantiza que se realice correctamente en una situación real.

Este modelo plantea un cambio de enfoque:

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

No se trata únicamente de aprender protocolos, sino de integrarlos dentro de un sistema de trabajo estructurado que permita aplicarlos de forma eficaz

1.4. Qué pretende este manual

Este manual tiene como finalidad proporcionar una estructura clara, ordenada y reproducible para la atención al paciente crítico basada en el modelo SCPC.

No es un manual de técnicas ni un compendio de protocolos.

Su objetivo es:

- Explicar cómo estructurar el pensamiento clínico
- Integrar habilidades técnicas y no técnicas
- Mejorar el funcionamiento del equipo
- Facilitar la toma de decisiones bajo presión
- Aumentar la seguridad del paciente y del profesional

Para ello, el manual desarrolla de forma progresiva:

1. Cómo pensamos y tomamos decisiones (**MARCO MENTAL COMPARTIDO**)
2. Cómo valoramos al paciente (**XABCDEF VERTICAL/HORIZONTAL**)
3. Cómo trabajamos en equipo (**COMUNICACIÓN Y OTRAS HNT**)
4. Cómo estructuramos la actuación (**ALGORITMO DE SERVICIO: BC- XABCDEF**)
5. Cómo aplicamos el modelo en escenarios de máxima exigencia (PCR)

El objetivo final no es que el profesional adquiera más conocimientos técnicos, sino que con las que ya tiene sea capaz de:

- Utilizarlos de forma eficaz
- Integrarlos en un sistema
- Aplicarlos en condiciones reales

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

1.5. A quién va dirigido

Este manual está dirigido a profesionales que participan en la atención al paciente crítico, tanto en entorno extrahospitalario como intrahospitalario.

Incluye, entre otros:

- Técnicos en emergencias sanitarias
- Enfermería de urgencias y emergencias
- Medicina de emergencias
- Equipos de soporte vital avanzado
- Profesionales de unidades críticas

También está orientado a:

- Instructores de simulación clínica
- Formadores en emergencias
- Responsables de equipos asistenciales

10

El manual está especialmente diseñado para profesionales que:

- Ya disponen de formación técnica previa
- Han trabajado en entornos de emergencia
- Buscan mejorar su rendimiento en situaciones reales

No está orientado a la adquisición inicial de conocimientos técnicos, sino al desarrollo de la capacidad de:

- Pensar de forma estructurada
- Trabajar en equipo
- Tomar decisiones bajo presión
- Anticiparse a la evolución del paciente

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

En definitiva, está dirigido a profesionales que ya disponen de la formación técnica, pero que necesitan transformar ese conocimiento en un funcionamiento real de equipo, capaz de comunicarse de forma efectiva, anticiparse, organizarse y responder con eficacia cuando la situación lo exige.

Todo ello a través de una manera de trabajar estructurada y compartida, que permite que el rendimiento del equipo no dependa de si sus miembros se conocen previamente, sino de un modelo común de actuación.

En este sentido, SCPC no plantea únicamente una formación, sino la creación de una verdadera escuela de comunicación y trabajo en equipo aplicada al paciente crítico, donde la coordinación, la toma de decisiones y el rendimiento colectivo se entrenan de forma estructurada bajo presión.

2. QUÉ ES SCPC

2.1. Definición del modelo SCPC

SCPC (Simulación Clínica en Paciente Crítico) es un modelo estructurado de entrenamiento orientado al rendimiento clínico en equipo en la atención al paciente crítico.

Se define como un sistema de trabajo que integra:

- Razonamiento clínico
- Valoración estructurada
- Habilidades técnicas
- Habilidades no técnicas
- Trabajo en equipo

El objetivo de transformar la atención asistencial en un proceso organizado, anticipado y reproducible.

El modelo no se centra en la adquisición de conocimientos aislados, sino en la capacidad de aplicarlos de forma eficaz en situaciones reales, donde intervienen simultáneamente múltiples factores clínicos, humanos y contextuales.

2.2. SCPC como sistema estructurado de rendimiento clínico en equipo

El elemento diferencial de SCPC es que no se plantea como una técnica, un algoritmo o un conjunto de habilidades independientes, se plantea como un sistema.

Un sistema en el que cada elemento está interconectado y tiene un impacto directo sobre el rendimiento del equipo:

- El pensamiento clínico organiza la información
- La valoración estructurada guía la actuación
- La comunicación permite compartir el razonamiento y construir un marco mental común

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- El modelo relacional (BRIDGE) permite entender cómo se comunican y reaccionan los miembros del equipo
- El equipo ejecuta de forma coordinada
- La anticipación reduce la incertidumbre

En este modelo, la comunicación no es un complemento, es el mecanismo principal que permite que el sistema funcione.

Sin comunicación efectiva, no existe:

- El marco mental compartido
- Consciencia situacional compartida
- Anticipación
- Coordinación real
- Toma de decisiones en equipo

2.3. Objetivo del modelo SCPC

El objetivo del modelo SCPC es mejorar el rendimiento clínico en la atención al paciente crítico mediante la estructuración del pensamiento, la organización de la actuación y la optimización del trabajo en equipo.

De forma específica, el modelo busca:

- Mejorar la toma de decisiones bajo presión
- Reducir errores clínicos y operativos
- Disminuir la variabilidad en la práctica asistencial
- Aumentar la seguridad del paciente
- Aumentar la seguridad del profesional
- Facilitar la coordinación entre miembros del equipo

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Este objetivo se alcanza no mediante la incorporación de nuevos conocimientos, sino mediante la integración estructurada de los ya existentes.

2.4. Hipótesis del modelo

El modelo SCPC se basa en la siguiente hipótesis de trabajo:

La implementación de un sistema estructurado de funcionamiento en equipo mejora el rendimiento clínico y la seguridad del paciente en comparación con modelos no estructurados.

Esta hipótesis se fundamenta en la observación de que:

- La ausencia de estructura aumenta la variabilidad
- La falta de comunicación reduce la consciencia situacional
- La toma de decisiones no compartida incrementa el error
- La falta de anticipación genera reactividad en lugar de control

El modelo SCPC introduce una estructura que permite intervenir directamente sobre estos factores.

14

2.5. Diferencias entre aprendizaje, formación y entrenamiento

Para comprender el modelo SCPC es necesario diferenciar tres conceptos que, aunque relacionados, no son equivalentes:

Aprendizaje

Proceso mediante el cual el profesional adquiere conocimientos.

Se basa en:

- Estudio
- Comprensión teórica
- Adquisición de información

Formación

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Proceso estructurado que organiza el aprendizaje.

Incluye:

- Programas formativos
- Protocolos
- Algoritmos
- Evaluación de conocimientos

Entrenamiento

Proceso orientado al rendimiento.

Se centra en:

- Aplicación del conocimiento
- Repetición en contexto
- Toma de decisiones
- Funcionamiento bajo presión

15

El modelo SCPC se sitúa en el ámbito del entrenamiento.

No sustituye al aprendizaje ni a la formación, sino que actúa sobre un nivel diferente: El nivel en el que el profesional tiene que aplicar y entrenar lo que ya sabe en condiciones de alta fidelidad juntamente con el conocimiento del resto del equipo.

2.6. Qué entrena realmente SCPC

SCPC no entrena técnicas de forma aislada, entrena la forma en que el equipo funciona ante el paciente crítico.

De forma específica, entrena:

- La capacidad de estructurar el pensamiento clínico
- La recogida e interpretación de información relevante
- La toma de decisiones en contexto

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- La comunicación como herramienta de transmisión del razonamiento
- La capacidad de adaptar la comunicación según el estilo conductual de cada miembro del equipo (modelo BRIDGE)
- La consciencia situacional compartida
- La anticipación de eventos
- La coordinación entre profesionales

Esto implica trabajar simultáneamente sobre:

- Habilidades técnicas (HT)
- Habilidades no técnicas (HNT)

pero integradas dentro de un mismo proceso, no separadas.

En este contexto, la comunicación deja de ser una habilidad genérica y pasa a ser: una herramienta clínica de ALTO VALOR. Sin ella, el resto de habilidades NO funcionan.

2.7. El valor diferencial de modelo SCPC

El valor diferencial de SCPC no reside en enseñar algo completamente nuevo, sino en reorganizar lo que ya existe dentro de una estructura que permita su aplicación real.

Entre los elementos diferenciales del modelo se encuentran:

- Una estructura que integra todo el proceso asistencial
- Un modelo de pensamiento clínico consciente
- Un sistema de comunicación basado en la verbalización del razonamiento
- La construcción activa de un marco mental compartido
- La integración del modelo BRIDGE para mejorar la interacción, el liderazgo y la toma de decisiones en equipo
- Una forma de trabajo en equipo organizada y reproducible
- Un enfoque orientado al rendimiento y no solo al conocimiento

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Esto permite que el equipo no solo actúe, sino que:

- Entienda lo que está pasando
- Comparta esa interpretación
- Se anticipe a lo que puede ocurrir

2.8. SCPC como modelo de integración

SCPC no pretende sustituir los modelos existentes de soporte vital, atención al trauma u otras áreas clínicas.

Al contrario, actúa como un modelo integrador que permite:

- Utilizar los algoritmos técnicos dentro de una estructura operativa
- Aplicar los protocolos de forma contextualizada
- Coordinar al equipo durante su ejecución
- Adaptarse a la evolución del paciente

17

En este sentido, SCPC funciona como un marco de trabajo que da coherencia a la práctica clínica, facilitando que los conocimientos técnicos se traduzcan en acciones eficaces en situaciones reales.

2.9. Aplicación del modelo en la práctica clínica

El modelo SCPC se aplica en todo el proceso asistencial:

- Desde la activación del servicio
- Durante la valoración inicial
- En la toma de decisiones
- Durante el tratamiento
- En la evacuación
- En la transferencia del paciente

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- En el análisis posterior

Para ello, el modelo se estructura en un ciclo operativo que organiza la actuación clínica de forma continua:

CICLO SCPC

Anticipar → Valorar → Interpretar → Actuar → Transferir → Mejorar

Su aplicación no depende de un tipo concreto de paciente o patología, sino que puede adaptarse a cualquier situación de atención al paciente crítico.

Esto lo convierte en un modelo transversal, útil tanto en:

- Entorno extrahospitalario
- Servicios de urgencias
- Unidades de cuidados críticos
- Simulación clínica

3. BASE CONCEPTUAL Y CIENTÍFICA DEL MODELO

3.1. La atención al paciente crítico en entorno real

La atención al paciente crítico se desarrolla en un contexto caracterizado por la inestabilidad clínica, la necesidad de actuación inmediata y la interacción constante entre múltiples profesionales.

A diferencia de otros entornos asistenciales más controlados, la atención en emergencias (especialmente en el ámbito extrahospitalario) se produce en escenarios donde:

- La información es limitada o incompleta
- El entorno es cambiante y no siempre seguro
- El acceso al paciente puede estar condicionado
- La evolución clínica puede ser rápida e imprevisible

En este contexto, el profesional no dispone de todas las variables necesarias para tomar decisiones con certeza, sino que debe actuar con la mejor información disponible en cada momento.

Esto implica que la atención al paciente crítico no puede basarse únicamente en la aplicación de protocolos, sino que requiere:

- Capacidad de adaptación
- Razonamiento clínico dinámico
- Coordinación con el equipo
- Anticipación de posibles escenarios

La práctica clínica real no es lineal ni predecible, es dinámica, compleja y dependiente del funcionamiento del equipo.

3.2. Incertidumbre, presión temporal y complejidad

Uno de los elementos que define la atención al paciente crítico es la coexistencia de tres factores clave:

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Incertidumbre
- Presión temporal
- Complejidad

La incertidumbre aparece desde el primer momento de la activación, la información inicial puede ser incompleta, inexacta o incluso errónea, lo que obliga al equipo a construir una interpretación progresiva de la situación a medida que se obtienen datos.

La presión temporal condiciona la toma de decisiones.

Las intervenciones deben realizarse en un tiempo limitado, lo que reduce la posibilidad de análisis prolongado y favorece la toma de decisiones rápidas.

La complejidad se manifiesta en la interacción de múltiples variables:

- Estado clínico del paciente
- Entorno físico
- Recursos disponibles
- Número de intervinientes
- Evolución de la situación

20

La combinación de estos factores genera un entorno en el que el error es posible si no existe una estructura que guíe el proceso de actuación.

En este tipo de escenarios, el rendimiento no depende únicamente del conocimiento técnico, sino de la capacidad del equipo para:

- Organizar la información
- Priorizar acciones
- Tomar decisiones en contexto
- Adaptarse a la evolución del paciente

3.3. El factor humano en emergencias

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

El factor humano se define como la interacción entre las personas, el entorno, las herramientas y los procedimientos dentro de un sistema de trabajo.

En la atención al paciente crítico, el factor humano tiene un impacto directo sobre el resultado asistencial.

Las decisiones no se toman en un entorno neutro, sino bajo la influencia de:

- Estrés
- Fatiga
- Experiencia previa
- Carga cognitiva
- Dinámica del equipo

Tal y como se describe en el modelo, el cerebro humano tiende a procesar la información de forma automática, utilizando atajos mentales basados en experiencias previas.

Este mecanismo, útil en situaciones cotidianas, puede generar errores en entornos críticos si no se hace consciente.

Entre los principales riesgos asociados al factor humano se encuentran:

- Sesgos cognitivos
- Errores de interpretación
- Fallos en la comunicación
- Dificultades en la coordinación
- Pérdida de consciencia situacional

Este modelo no pretende eliminar el factor humano, sino estructurarlo.

Es decir, proporcionar herramientas que permitan:

- Hacer consciente el pensamiento
- Reducir la influencia de sesgos

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Mejorar la toma de decisiones
- Optimizar la interacción entre miembros del equipo

3.4. Variabilidad clínica, errores y pérdida de rendimiento

Uno de los principales problemas observados en la atención al paciente crítico es la variabilidad en la práctica clínica.

Ante situaciones similares, pueden producirse actuaciones diferentes en función de:

- El profesional que interviene
- El equipo
- El entorno
- La interpretación inicial del caso

Esta variabilidad no siempre se debe a diferencias en el conocimiento, sino a la forma en que se organiza la actuación.

Los errores más frecuentes en este contexto no suelen ser técnicos, sino sistémicos:

- Interpretaciones incorrectas de la situación
- Priorización inadecuada de intervenciones
- Falta de comunicación entre miembros del equipo
- Ausencia de una estrategia común
- Pérdida de información relevante

En muchos casos, estos errores tienen su origen en:

- La falta de una estructura clara
- La ausencia de un marco mental compartido
- La toma de decisiones individual no comunicada

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Esto conduce a una pérdida de rendimiento global del equipo, incluso cuando los profesionales tienen la capacidad técnica necesaria.

3.5. Seguridad del paciente y seguridad del profesional

La seguridad del paciente es uno de los pilares fundamentales de la práctica clínica.

En el contexto del paciente crítico, esta seguridad depende no solo de la correcta ejecución técnica, sino del funcionamiento global del sistema asistencial.

La ausencia de estructura y coordinación puede comprometer la seguridad del paciente a través de:

- Retrasos en la identificación de problemas críticos
- Intervenciones no prioritarias
- Errores en la administración de tratamientos
- Fallos en la transferencia de información

De forma paralela, la seguridad del profesional también se ve afectada.

23

Trabajar en entornos de alta presión sin una estructura clara puede generar:

- Incremento del estrés
- Sobrecarga cognitiva
- Sensación de inseguridad
- Dificultad para tomar decisiones

Tal y como se ha observado en la aplicación del modelo SCPC, la existencia de una estructura:

- Disminuye el estrés profesional
- Aumenta la sensación de control
- Mejora la capacidad de adaptación
- Favorece la toma de decisiones seguras

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

La seguridad del paciente y del profesional no son elementos independientes, ambas dependen del funcionamiento del equipo como sistema.

3.6. Necesidad de una estructura reproducible

Ante un entorno caracterizado por la incertidumbre, la presión y la complejidad, se hace necesario disponer de una estructura que permita organizar la actuación de forma consistente.

Una estructura reproducible permite:

- Reducir la variabilidad en la práctica clínica
- Facilitar la toma de decisiones
- Mejorar la coordinación del equipo
- Aumentar la eficiencia operativa
- Disminuir la probabilidad de error

Esta estructura no debe entenderse como una rigidez que limite la actuación, sino como un marco que permita adaptarse a diferentes situaciones manteniendo un orden y una lógica.

En este sentido, la valoración XABCDE ya aporta una base estructurada.

Sin embargo, tal y como se ha observado en el desarrollo del modelo, es necesario ir más allá de la valoración técnica e integrar:

- El razonamiento clínico
- La comunicación
- El trabajo en equipo
- La anticipación

Esto da lugar a una estructura más amplia que abarca todo el proceso asistencial.

3.7. Del conocimiento técnico al funcionamiento del equipo como sistema

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

El conocimiento técnico es imprescindible para la atención al paciente crítico, sin embargo, por sí solo no garantiza un buen resultado clínico.

En la práctica real, el profesional como hemos mencionado en otras ocasiones, no actúa de forma aislada, sino dentro de un sistema en el que:

- Se comparte información
- Se toman decisiones conjuntas
- Se distribuyen tareas
- Se coordina la actuación

Esto implica que el rendimiento clínico depende de:

- Cómo se organiza el pensamiento
- Cómo se comunica la información
- Cómo se coordina el equipo
- Cómo se anticipan los eventos

25

El modelo SCPC propone un cambio de enfoque:

Pasar de un modelo centrado en el conocimiento individual a un modelo centrado en el funcionamiento del equipo como sistema.

Este cambio implica:

- Compartir el marco mental
- Verbalizar el razonamiento clínico
- Utilizar la comunicación como herramienta operativa
- Integrar habilidades técnicas y no técnicas
- Aplicar una estructura común de actuación

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

De este modo, el equipo deja de ser un conjunto de profesionales que actúan de forma individual y pasa a convertirse en un sistema organizado, capaz de responder de forma coordinada y eficaz ante el paciente crítico.



SCPC

4. EL MARCO MENTAL EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÍTICO

4.1. Qué es el marco mental

El marco mental se define como el conjunto de conocimientos, experiencias, creencias, valores y condicionantes contextuales que influyen en la forma en que un profesional percibe, interpreta y actúa ante una situación clínica.

No se trata únicamente de lo que el profesional sabe, sino de cómo utiliza ese conocimiento en un contexto determinado.

El marco mental actúa como una lente a través de la cual se interpreta la realidad. Esta lente no es neutra, sino que está condicionada por:

- La formación previa
- La experiencia acumulada
- Las creencias personales
- El entorno en el que se desarrolla la asistencia
- La presión temporal y emocional

27

En la atención al paciente crítico, donde la información es limitada y el tiempo es un factor determinante, el marco mental tiene un impacto directo sobre la toma de decisiones.

4.2. Cómo pensamos, interpretamos y actuamos

La actuación clínica no comienza con una intervención, sino con un proceso interno de análisis de la información.

Este proceso sigue una secuencia que, en muchas ocasiones, ocurre de forma automática:

1. Se observan datos
2. Se selecciona parte de la información disponible
3. Se interpreta esa información

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

4. Se generan suposiciones
5. Se extraen conclusiones
6. Se construyen creencias
7. Se actúa

Este proceso, descrito en la escalera de la inferencia, explica cómo el pensamiento progresa desde la observación hasta la acción.

En condiciones ideales, este proceso debería estar basado en datos objetivos. Sin embargo, en la práctica clínica real, está influido por múltiples factores que pueden distorsionar la interpretación.

La siguiente figura integra los elementos clave del proceso de razonamiento clínico:

- Componentes del marco mental
- Entrada de información
- Proceso de interpretación
- Escalera de la inferencia
- Sesgos cognitivos
- Marco mental compartido

28

La figura muestra cómo la información no se procesa de forma directa, sino que pasa por diferentes filtros antes de convertirse en acción.

Desde el momento en que se observa un dato, comienza un proceso condicionado por:

- Experiencias previas
- Conocimientos
- Creencias
- Valores
- Contexto

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Esto explica por qué dos profesionales pueden observar el mismo paciente y llegar a interpretaciones diferentes.

4.3. El riesgo de actuar desde automatismos

El cerebro humano está diseñado para tomar decisiones de forma rápida mediante el uso de atajos mentales.

Estos automatismos permiten responder con rapidez en situaciones habituales, pero pueden convertirse en un riesgo en entornos críticos.

En la atención al paciente crítico, actuar desde el automatismo puede implicar:

- Interpretar la situación sin analizar todos los datos
- Confirmar una primera impresión sin cuestionarla
- Priorizar información que encaja con la hipótesis inicial
- Ignorar datos relevantes que contradicen esa hipótesis

29

Este tipo de funcionamiento puede llevar a errores que no son técnicos, sino cognitivos.

El problema no es la falta de conocimiento, sino la falta de estructura en el pensamiento.

4.4. Modelos mentales y toma de decisiones

Los modelos mentales son estructuras internas que utilizamos para comprender y dar sentido a la realidad.

Permiten simplificar la complejidad del entorno, pero también pueden limitar la capacidad de adaptación si no se revisan de forma consciente.

En la práctica clínica, el modelo mental determina:

- Qué información se percibe
- Qué información se ignora
- Cómo se interpreta lo que se observa

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Qué decisiones se toman

En situaciones de alta presión, el profesional tiende a utilizar modelos mentales previos para tomar decisiones rápidas.

Esto puede ser útil si el modelo es adecuado, pero peligroso si no lo es.

Por este motivo, el modelo SCPC introduce la necesidad de:

- Revisar continuamente la interpretación
- Mantener la flexibilidad cognitiva
- Evitar conclusiones prematuras

4.5. El sesgo cognitivo en la práctica asistencial

Los sesgos cognitivos son errores sistemáticos en el pensamiento que afectan a la forma en que se procesa la información.

En la atención al paciente crítico, los sesgos más frecuentes incluyen:

- Sesgo de confirmación: buscar información que confirme la hipótesis inicial
- Sesgo de anclaje: quedarse fijado en la primera impresión
- Cierre prematuro: aceptar una conclusión sin explorar otras opciones
- Sesgo de disponibilidad: dar más peso a experiencias recientes o impactantes

Estos sesgos pueden aparecer en cualquier punto del proceso de razonamiento y tienen un impacto directo sobre la seguridad del paciente.

Tal y como se representa en la escalera de la inferencia, en cada peldaño existe la posibilidad de introducir un sesgo que distorsione la realidad.

El problema no es la existencia de sesgos, sino no ser consciente de ellos.

4.6. La importancia de hacer consciente el pensamiento

Para reducir el impacto de los sesgos y mejorar la toma de decisiones, es necesario hacer consciente el proceso de razonamiento.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Esto implica:

- Observar sin interpretar de forma inmediata
- Cuestionar las propias suposiciones
- Verbalizar el razonamiento clínico
- Contrastar la información con el equipo
- Revisar continuamente la hipótesis diagnóstica

En el modelo SCPC, este proceso se convierte en una herramienta operativa.

El pensamiento deja de ser interno e individual y pasa a ser:

- Explícito
- Compartido
- Dinámico

4.7. Del marco mental individual al marco mental compartido

31

Uno de los elementos clave del modelo SCPC es la transición del pensamiento individual al pensamiento colectivo.

En la práctica asistencial, cada profesional llega a la escena con su propio marco mental.

Si este marco no se comparte:

- Cada miembro del equipo puede interpretar la situación de forma diferente
- Se pierde la coherencia en la actuación
- Disminuye la eficacia del equipo

El objetivo del modelo SCPC es construir un marco mental compartido.

Esto se consigue mediante:

- Verbalización del razonamiento

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Comunicación estructurada
- Escucha activa
- Confirmación de la información

La comunicación se convierte en la herramienta que permite alinear la interpretación del equipo.

Aquí es donde el **modelo BRIDGE** adquiere relevancia, al facilitar la comprensión de cómo se comunican y reaccionan los diferentes perfiles dentro del equipo, mejorando la interacción, el liderazgo y la toma de decisiones.

Cuando el equipo comparte el mismo marco mental:

- Se mejora la coordinación
- Se facilita la anticipación
- Se optimiza la toma de decisiones
- Se reduce el error

32

4.8. Impacto del marco mental en la seguridad del paciente

El marco mental tiene un impacto directo sobre la seguridad del paciente.

Una interpretación incorrecta de la situación puede conducir a:

- Diagnósticos erróneos
- Tratamientos inadecuados
- Retrasos en intervenciones críticas

Por el contrario, un marco mental estructurado y compartido permite:

- Identificar problemas de forma precoz
- Priorizar correctamente
- Adaptarse a la evolución del paciente
- Coordinar al equipo de forma eficaz

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

En el modelo SPCPC, este impacto se materializa a través de su integración con la valoración estructurada.

El XABCDE deja de ser únicamente una secuencia técnica y se convierte en:

- Una herramienta de recogida de datos
- Un sistema de razonamiento clínico
- Un lenguaje común del equipo

Cada letra no solo implica una acción, sino una interpretación que debe ser verbalizada y compartida.

De este modo, el marco mental, la valoración estructurada y el trabajo en equipo quedan integrados dentro de un mismo sistema orientado a mejorar la seguridad del paciente.



4.9. MÁS ALLÁ DE LA VALORACIÓN ABCDE

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Tras varias ediciones del curso SCPC, se ha observado que disponer de una estructura, no solo en la aplicación del XABCDE, sino en la forma de razonarlo, interpretarlo y comunicarlo, tiene un impacto directo en el rendimiento clínico.

Cuando la valoración se realiza desde un razonamiento lógico y crítico, siendo capaces de:

- Entrelazar signos y síntomas
- Construir una interpretación clínica coherente
- Integrar la información dentro de una estructura global del servicio

Se produce una mejora significativa en:

- La disminución del estrés profesional
- La sensación de seguridad
- La capacidad de adaptación
- La anticipación ante posibles complicaciones del paciente crítico

El XABCDE, por tanto, no debe entenderse únicamente como una secuencia técnica, sino como una herramienta de razonamiento clínico estructurado dentro de un sistema de trabajo.

34

4.9.1. El procesamiento automático de la información

El cerebro humano procesa de forma constante grandes cantidades de información.

La mayor parte de este procesamiento se realiza de forma inconsciente, utilizando automatismos basados en la experiencia previa.

Ejemplos cotidianos de este funcionamiento son:

- Observar que un cordón está desatado y atarlo automáticamente
- Coger un paraguas si está lloviendo
- Suponer que un alimento está en buen estado si ha estado refrigerado
- Pensar que un congelador averiado ha estropeado su contenido

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

En estas situaciones, el cerebro utiliza atajos mentales que permiten actuar de forma rápida y eficiente.

Sin embargo, este tipo de procesamiento automático puede ser inadecuado en situaciones donde:

- La información es crítica
- La decisión tiene consecuencias relevantes
- La situación requiere análisis y verificación

En estos casos, es necesario sustituir el automatismo por un razonamiento estructurado basado en datos.

4.9.2. *La necesidad de razonar con datos y no con suposiciones*

Cuando nos enfrentamos a un paciente crítico, no podemos basar nuestras decisiones en suposiciones derivadas de experiencias previas.

Es necesario construir la toma de decisiones a partir de:

- Datos observables
- Información objetiva
- Valoración estructurada

Es en este contexto donde adquiere relevancia la herramienta de la **escalera de la inferencia**.

5. LA ESCALERA DE LA INFERENCIA

5.1. Qué es la escalera de la inferencia

La escalera de la inferencia es una herramienta que describe cómo el cerebro humano procesa la información y toma decisiones a partir de los datos observados.

Este modelo fue desarrollado por Chris Argyris en 1970 para explicar cómo las personas construyen y mantienen sus interpretaciones de la realidad a través de sus modelos mentales.

La escalera representa un proceso en el que el pensamiento asciende desde la observación de datos hasta la acción, pasando por diferentes niveles de interpretación.

Este proceso es natural, automático y continuo, y está influido por:

- Experiencias previas
- Creencias
- Contexto
- Expectativas

36

En cada uno de estos niveles existe el riesgo de introducir sesgos cognitivos que pueden distorsionar la realidad y condicionar la toma de decisiones.

5.2. Utilidad clínica de la escalera de la inferencia

En la atención al paciente crítico, la toma de decisiones se produce en un contexto de:

- Incertidumbre
- Presión temporal
- Alta carga cognitiva

En este entorno, el profesional puede interpretar la situación de forma rápida basándose en experiencias previas, sin analizar todos los datos disponibles.

La escalera de la inferencia permite:

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Comprender cómo se construyen las decisiones clínicas
- Detectar errores de razonamiento
- Evitar conclusiones prematuras
- Fomentar la curiosidad clínica
- Volver a los datos objetivos

Ser consciente de este proceso permite al profesional evitar interpretar lo observado como una verdad absoluta y mantener una actitud analítica frente al paciente crítico.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

A continuación, se muestra una representación gráfica de la escalera de la inferencia aplicada al contexto clínico:



1. Observación de datos

Se observan los hechos sin realizar ninguna interpretación.

Se trata de percibir la realidad tal y como ocurre.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Ejemplo:

Paciente de 22 años inconsciente.

2. Selección de datos

Se selecciona parte de la información en función de experiencias previas y creencias.

Aquí aparece el primer riesgo de sesgo cognitivo.

Ejemplo:

Paciente inconsciente en un barrio marginal a las 2:00 de la madrugada.

Interpretación implícita:

Consumo de alcohol o drogas.

3. Dar significado a los datos

Se interpreta la información en función del contexto y la experiencia.

Ejemplo:

Experiencia previa en esa zona con pacientes similares.

Realidad alternativa:

También pueden existir pacientes críticos en ese mismo contexto.

4. Hacer suposiciones

Se generan hipótesis sin verificar si se ajustan a la situación actual.

Ejemplo:

“Este paciente tiene lo mismo que el de la semana pasada”.

5. Sacar conclusiones

Se establecen conclusiones a partir de suposiciones no comprobadas.

Ejemplo:

“Es una intoxicación etílica”.

Realidad posible:

Hipoglucemia, TCE, sepsis, intoxicación, etc.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

6. Adoptar creencias

Las conclusiones se convierten en creencias que se refuerzan con el tiempo.

Aquí aparece el **bucle simple**, en el que se repite la misma respuesta ante situaciones similares.

El modelo SCPC introduce el concepto de **bucle doble**, que implica:

- Revisar la interpretación
- Cuestionar las creencias
- Adaptar la respuesta

7. Acción

Se actúa en función de las creencias construidas.

Ejemplo:

Traslado sin valoración completa.

Realidad alternativa:

Valoración XABCDE → detección de hipoglucemia → activación de recursos.

40

5.3. Sesgo de confirmación y sesgo implícito

En el paciente crítico, el problema no siempre está en la falta de conocimiento técnico, sino en **cómo interpretamos la información disponible**. En situaciones de presión, incertidumbre y carga emocional, el cerebro tiende a utilizar atajos mentales para decidir más rápido. Estos atajos se denominan **sesgos cognitivos**.

Los sesgos no son un fallo del profesional. Forman parte del funcionamiento normal del pensamiento humano. Sin embargo, pueden distorsionar el razonamiento clínico cuando no somos conscientes de ellos.

Uno de los sesgos más relevantes es el **sesgo de confirmación**. Consiste en dar más valor a la información que confirma la primera hipótesis y restar importancia a los datos que la contradicen. En la práctica, esto puede hacer que el equipo se quede anclado en una interpretación inicial aunque la evolución del paciente no encaje del todo.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Otro sesgo importante es el **sesgo implícito**. Se produce cuando asumimos información sin haberla comprobado, basándonos en experiencias previas, impresiones iniciales o ideas automatizadas. Esto puede llevar a interpretar la situación desde una perspectiva incompleta o condicionada.

El riesgo no está en que existan sesgos, sino en no detectarlos. Cuando el equipo no verbaliza lo que piensa, no contrasta hipótesis y no reevalúa, los sesgos pueden mantenerse durante toda la actuación.

Por este motivo, el modelo SCPC promueve una forma de razonamiento más consciente, compartida y revisable.

Ante una situación clínica podemos funcionar desde un **bucle simple** o desde un **bucle doble**.

El **bucle simple** aparece cuando el profesional interpreta una situación, actúa en consecuencia y mantiene la misma línea de actuación sin revisar si la interpretación inicial era correcta. Puede ser útil en situaciones muy claras, pero en escenarios complejos aumenta el riesgo de error, porque la actuación queda condicionada por la primera lectura del caso.

El **bucle doble**, en cambio, incorpora una revisión activa del razonamiento. El profesional no solo actúa, sino que analiza la situación, cuestiona sus propias suposiciones y adapta la respuesta según la evolución del paciente. No significa actuar más lento, sino actuar con mayor seguridad.

En SCPC, el bucle doble es una base del razonamiento clínico porque obliga al equipo a preguntarse si la interpretación sigue siendo válida, si existen datos que no encajan y si es necesario cambiar el enfoque.

5.4. Aplicación clínica en SCPC

En el paciente crítico, el principal riesgo no es la falta de conocimiento, sino quedarse anclado en una interpretación incorrecta.

La escalera de la inferencia, en el modelo SCPC, se utiliza para controlar cómo pensamos mientras actuamos, evitando errores derivados de interpretaciones rápidas y no

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

contrastadas. No es una herramienta teórica, sino una forma concreta de trabajar en la práctica asistencial.

En este contexto, el primer paso es diferenciar claramente entre datos e interpretación. La valoración inicial debe centrarse en recoger información objetiva mediante XABCDE: observar, medir y describir lo que está ocurriendo. El error aparece cuando se interpreta demasiado pronto con información incompleta, condicionando todo el proceso posterior.

A partir de estos datos, el profesional debe hacer explícito su razonamiento clínico. No se trata solo de actuar, sino de verbalizar qué está ocurriendo, qué se cree que está pasando y en qué se basa esa interpretación. Esto permite que el pensamiento deje de ser individual y pase a ser accesible para el equipo.

Una vez planteada una primera hipótesis, es imprescindible cuestionarla de forma activa. La interpretación inicial no debe asumirse como correcta sin revisión. Es necesario comprobar si todos los datos encajan, identificar posibles incongruencias y plantear alternativas. Este paso es clave para reducir el sesgo de confirmación y evitar cierres prematuros.

En el modelo SCPC, este proceso no se realiza de forma individual, sino compartida. Por ello, es fundamental abrir el razonamiento al equipo, permitiendo que otros profesionales aporten información, planteen dudas o sugieran hipótesis alternativas. Esto no retrasa la actuación, sino que aumenta la seguridad y la calidad de la decisión.

Las decisiones clínicas deben basarse en este proceso estructurado: datos recogidos, interpretación verbalizada e hipótesis contrastadas. Además, deben comunicarse de forma clara, especificando qué se va a hacer, por qué y qué se espera conseguir. De este modo, el equipo trabaja con un mismo marco mental y una misma dirección.

Por último, todo el proceso requiere una reevaluación continua. La evolución del paciente obliga a revisar constantemente la interpretación inicial. Si la respuesta al tratamiento no es la esperada, es necesario replantear el enfoque. No hacerlo implica mantener errores durante más tiempo en un entorno donde cada minuto es crítico.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

De este modo, la escalera de la inferencia se integra en la práctica clínica como un proceso dinámico que permite pasar de un razonamiento individual a un razonamiento compartido de equipo, reduciendo el impacto de los sesgos y mejorando la toma de decisiones.

El objetivo no es acertar a la primera, sino detectar a tiempo cuando la interpretación puede ser incorrecta y corregirla en equipo.

5.5. Cómo evitar errores de razonamiento en paciente crítico

Para reducir los errores de razonamiento en el paciente crítico, no basta con conocer los protocolos. Es necesario utilizar una forma de trabajo que obligue al equipo a recoger datos, compartir la interpretación y revisar continuamente las decisiones.

En SCPC, esto se consigue mediante una combinación de valoración estructurada, comunicación efectiva y reevaluación continua.

La primera medida es basar las decisiones en **datos objetivos**. La información debe proceder de la valoración clínica, la monitorización, la exploración y la respuesta del paciente. Las impresiones iniciales pueden orientar, pero no deben sustituir a los datos.

También es fundamental evitar las **conclusiones prematuras**. Cerrar demasiado pronto una hipótesis puede hacer que el equipo deje de buscar información relevante o ignore signos que no encajan. En el paciente crítico, una hipótesis debe mantenerse abierta mientras la evolución no la confirme.

Otra estrategia clave es **verbalizar el razonamiento clínico**. Cuando el profesional dice en voz alta qué piensa, por qué lo piensa y qué decisión propone, el equipo puede comprender la lógica de la actuación y detectar posibles errores.

El razonamiento debe ser contrastado con el equipo. Cada miembro puede aportar datos distintos desde su posición, su tarea o su experiencia. Esta visión compartida permite ampliar el análisis y reducir el riesgo de sesgos individuales.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Finalmente, la reevaluación constante es imprescindible. Tras cada intervención, el equipo debe volver a valorar al paciente y comprobar si la respuesta obtenida confirma o contradice la hipótesis inicial. Si el paciente no mejora, el equipo debe plantearse si el problema está en el tratamiento, en la interpretación o en la prioridad asignada.

En este proceso, la comunicación no es un complemento, sino una herramienta de seguridad clínica. Permite detectar errores, alinear la interpretación del equipo y construir un **marco mental compartido**.

El objetivo final es que el equipo no actúe únicamente por automatismos, sino desde una comprensión común de la situación, tomando decisiones más seguras, coordinadas y adaptadas a la evolución real del paciente.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

SCPC
SIMULACIÓN CLÍNICA
EN PACIENTE CRÍTICO

LA ESCALERA DE LA INFERENCIA – MODELO SCPC

PENSO, COMUNICO, COMPARTO Y ACTÚO

SCPC
SISTEMA COMPLETO
PARA EL PACIENTE
CRÍTICO

Del pensamiento individual al marco mental compartido en el equipo



EL RIESGO DEL SESGO COGNITIVO

En cualquier peldaño podemos cometer un sesgo cognitivo que distorsione el proceso y nos aleje de la realidad del paciente.

SESGOS FRECUENTES:

- Sesgo de confirmación
- Anclaje prematuro
- Cierre prematuro
- Sesgo de disponibilidad
- Otros...

CÓMO LO ABORDAMOS EN SCPC

- Bajamos y subimos la escalera conscientemente.
- Volvemos a los datos.
- Cuestionamos nuestras suposiciones.
- Verificamos antes de concluir.
- Comunicamos y contrastamos en equipo.

COMUNICACIÓN EFECTIVA

- Verbalizo mi razonamiento.
- Escucho activamente.
- Confirmo comprensión.
- Bucle cerrado.
- Marco mental compartido.



CLAVE SCPC

No se trata solo de subir la escalera, sino de hacerlo **CONSCIENTEMENTE**, con datos, comunicando y construyendo un marco mental compartido. Así tomamos mejores decisiones y damos la mejor atención posible al paciente crítico.

SCPC

PENSO. COMUNICO. COMPARTO. ACTÚO. MEJORA CONTINUA.

MÁS SEGURIDAD PARA EL PACIENTE MÁS SEGURIDAD PARA EL PROFESIONAL MEJOR TRABAJO EN EQUIPO

6. MI MARCO MENTAL Y EL MARCO MENTAL DEL EQUIPO

6.1. Por qué no basta con valorar bien

En la atención al paciente crítico, saber valorar correctamente no garantiza que la asistencia sea eficaz.

Un profesional puede realizar un XABCDE técnicamente correcto, identificar signos relevantes y aplicar intervenciones adecuadas, y aun así el resultado global del equipo puede ser deficiente.

Esto ocurre porque la valoración no es un proceso individual, es un proceso compartido.

Cuando cada miembro del equipo interpreta la situación de forma diferente, aunque todos estén haciendo “bien” su parte, el resultado final puede ser incoherente. Las acciones no se alinean, las prioridades no coinciden y el equipo deja de funcionar como un sistema.

Por tanto, el problema no es únicamente cómo se valora, sino cómo se comparte lo que se está entendiendo del paciente.

46

6.2. Verbalizar el razonamiento clínico

El razonamiento clínico no puede quedarse en la mente del profesional, debe hacerse visible.

Verbalizar no significa describir lo que se está haciendo, sino expresar lo que se está pensando.

No es lo mismo decir:

“Está taquipneico”

que decir:

“Está taquipneico, con aumento del trabajo respiratorio y mala auscultación; probablemente no está ventilando adecuadamente.”

En el primer caso se transmite un dato; en el segundo, una interpretación clínica fundamentada.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Esto no solo describe la situación, sino que hace explícito el razonamiento, facilitando la construcción de un marco mental compartido y una mejor conciencia situacional dentro del equipo.

La diferencia es clave.

Cuando el razonamiento se verbaliza:

- El equipo entiende qué está ocurriendo
- Se alinean las interpretaciones
- Se anticipan las acciones
- Se detectan errores antes de que generen consecuencias

La verbalización convierte el pensamiento individual en una herramienta del equipo.

6.3. Compartir el marco mental

Cada profesional interpreta la realidad a través de su propio marco mental.

Este marco mental está formado por:

- Experiencias previas
- Conocimientos
- Creencias
- Hábitos
- Contexto

Dos profesionales pueden estar observando exactamente la misma situación y entender cosas distintas.

Esto no es un error. Es una característica del funcionamiento humano.

El problema aparece cuando esas interpretaciones no se comparten.

Si cada miembro del equipo trabaja con una idea diferente de lo que está ocurriendo, el equipo no funciona como una unidad.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Compartir el marco mental significa construir una interpretación común de la situación clínica.

No implica que todos piensen exactamente lo mismo, sino que todos entiendan hacia dónde se dirige la actuación y por qué.

6.4. Cómo se construye una consciencia situacional compartida

La consciencia situacional compartida es la capacidad del equipo para tener una comprensión común del estado del paciente, de los riesgos presentes y de la evolución probable.

No aparece de forma espontánea, se construye y se construye a través de tres elementos fundamentales:

Información

El equipo debe disponer de datos relevantes y actualizados.

Interpretación

Esos datos deben ser analizados y convertidos en significado clínico.

Comunicación

La interpretación debe compartirse de forma clara y continua.

Cuando estos tres elementos se mantienen activos, el equipo es capaz de anticipar, adaptarse y actuar de forma coordinada.

Cuando fallan, cada profesional trabaja desde su propia percepción, generando desalineación.

6.5. Qué ocurre cuando el equipo no comparte la misma interpretación

Cuando no existe un marco mental compartido, aparecen una serie de problemas que afectan directamente a la calidad de la asistencia:

- Se duplican intervenciones o se omiten acciones necesarias
- Se priorizan problemas distintos

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Se generan contradicciones en la actuación
- Se pierde tiempo en decisiones no alineadas
- Aumenta el riesgo de error

En estos casos, el equipo puede parecer activo, pero no es eficaz ya que cada profesional está trabajando, pero no están trabajando juntos.

La consecuencia es que el paciente deja de estar en el centro y la asistencia pierde coherencia.

6.6. Del pensamiento individual al funcionamiento colectivo

El paso de un conjunto de profesionales a un equipo real se produce cuando el pensamiento deja de ser individual y pasa a ser compartido.

Esto no significa que desaparezca la responsabilidad individual, significa que el razonamiento se construye de forma conjunta.

El líder aporta dirección e integración, el equipo aporta información, ejecución y contraste.

49

Cuando esta interacción es constante, el pensamiento se enriquece, se corrige y se adapta en tiempo real.

El resultado es un sistema dinámico, capaz de responder a la complejidad del paciente crítico.

6.7. El líder como transmisor de estructura

Reinterpretación en el entorno sanitario crítico

En una situación de paciente crítico, el liderazgo no se basa únicamente en dirigir, sino en organizar el pensamiento del equipo en tiempo real.

El líder no es solo quien toma decisiones, sino quien estructura la actuación colectiva bajo presión.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Su función principal no es dar órdenes constantes, sino hacer visible el razonamiento clínico, de forma que todo el equipo entienda qué está ocurriendo, qué se está priorizando y hacia dónde se dirige la intervención.

Esto se consigue a través de:

- La verbalización del razonamiento clínico
- La asignación clara de prioridades
- La dirección de las intervenciones en función de la situación
- La anticipación de los siguientes pasos

Cuando el líder transmite estructura, el equipo no depende de instrucciones continuas, sino que comparte un mismo marco mental y puede actuar de forma coordinada, anticipada y coherente.

6.8. El follower como complemento activo del razonamiento

50

Definición general de follower

El follower se entiende clásicamente como el miembro del equipo que ejecuta las indicaciones del líder dentro de una estructura jerárquica.

Reinterpretación en el entorno sanitario crítico

En el contexto asistencial, esta visión es insuficiente. El follower no es un ejecutor pasivo, sino un agente activo dentro del proceso de razonamiento clínico.

Su papel es complementar, enriquecer y, cuando es necesario, tensionar el pensamiento del equipo para mejorar la toma de decisiones.

Su función incluye:

- Aportar datos clínicos relevantes
- Comunicar cambios en la situación del paciente
- Ampliar o completar la información disponible

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Cuestionar decisiones cuando exista duda razonable
- Reforzar o matizar la interpretación del líder

De este modo, el equipo deja de depender de una única línea de pensamiento y pasa a funcionar como un sistema cognitivo compartido.

Un follower que observa, interpreta y comunica de forma activa no solo ejecuta mejor, sino que incrementa la seguridad, la anticipación y el rendimiento global del equipo.

6.9. Errores frecuentes en la dinámica líder–follower

A pesar de disponer de conocimientos técnicos adecuados, muchos fallos en la atención al paciente crítico no se deben a la falta de saber, sino a cómo se organiza y se comparte ese conocimiento dentro del equipo.

Errores frecuentes del líder

- No verbalizar el razonamiento: el equipo ejecuta tareas sin comprender el objetivo global.
- Dar órdenes aisladas sin estructura: se actúa por acciones sueltas, sin una dirección clara.
- No priorizar: todo parece urgente, dificultando la toma de decisiones eficaz.
- Falta de anticipación: el equipo reacciona en lugar de adelantarse a la evolución del paciente.

Consecuencia: el equipo trabaja, pero no funciona como sistema. Se pierde coordinación, aumenta la variabilidad y disminuye la seguridad.

Errores frecuentes del follower

- Actitud pasiva: se limita a ejecutar sin interpretar la situación.
- No comunicar cambios relevantes: se pierde información crítica para la toma de decisiones.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- No cuestionar: se asumen decisiones sin contraste, incluso cuando generan dudas.
- Focalización exclusiva en la técnica: se pierde visión global del paciente y del equipo.

Consecuencia: el razonamiento queda centralizado en una sola persona, aumentando el riesgo de error y reduciendo la capacidad de anticipación del equipo.

Clave operativa SCPC

El rendimiento del equipo no depende únicamente de un buen líder o de buenos followers, sino de la interacción entre ambos roles.

Cuando el líder estructura y el follower participa activamente en el razonamiento, se genera un funcionamiento coordinado, anticipado y seguro.

En este contexto, la responsabilidad no recae en una sola figura, sino en el conjunto del equipo:

El líder es responsable de hacer visible y comprensible el razonamiento, y el follower de implicarse activamente en él.

52

Ambos roles son imprescindibles, sin estructura, no hay dirección. Sin participación, no hay equipo.

6.10. Aplicación práctica durante la valoración

Durante la valoración XABCDE, el marco mental compartido se construye en tiempo real.

El proceso es continuo:

- El líder observa, interpreta y verbaliza.
- El equipo amplía la información, ejecuta y comunica.
- La información vuelve al líder, que la integra y ajusta la interpretación.

Este ciclo se repite de forma constante durante toda la asistencia.

Por ejemplo, en una valoración respiratoria:

- El líder identifica un patrón respiratorio alterado y lo verbaliza.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- El equipo amplía con pulsioximetría y capnografía.
- Se comunican los valores obtenidos.
- El líder integra esa información y redefine la situación clínica.
- El equipo actúa en consecuencia.

Este proceso permite que la valoración no sea estática, sino dinámica y adaptativa.

A este ciclo en concreto le llamamos valoración XABCDEF en vertical y horizontal, más adelante hablaremos de ello.

7. HABILIDADES NO TÉCNICAS EN SCPC

7.1. Qué son las habilidades no técnicas

Cuando se habla de atención al paciente crítico, lo primero que suele venir a la cabeza son las técnicas: canalizar una vía, ventilar, intubar, monitorizar o administrar un tratamiento. Sin embargo, en la práctica real, los problemas no suelen aparecer porque el profesional no sepa hacer una técnica, sino por cómo se organiza, interpreta y actúa el equipo mientras esa técnica se realiza.

Las habilidades no técnicas son precisamente eso: el conjunto de capacidades que permiten que todo lo técnico funcione en un entorno real. No son habilidades accesorias ni secundarias. Son las que hacen posible que el conocimiento se traduzca en una actuación eficaz.

Incluyen la forma en que un equipo se comunica, cómo comparte la información, cómo toma decisiones, cómo se anticipa a los problemas y cómo se adapta a los cambios. Son, en definitiva, las que permiten transformar una suma de profesionales en un equipo que funciona.

54

7.2. Relación entre habilidades no técnicas, competencias técnicas y seguridad del paciente

Las competencias técnicas y las habilidades no técnicas no pueden separarse. Una no sustituye a la otra. Se necesitan mutuamente.

Un profesional puede dominar perfectamente una técnica, pero si no comunica lo que está haciendo, si no entiende lo que está ocurriendo o si el equipo no está alineado, esa técnica pierde valor. Puede incluso convertirse en un riesgo.

En cambio, cuando las habilidades no técnicas están presentes, el equipo es capaz de utilizar los conocimientos técnicos de forma coherente. La información fluye, las decisiones se entienden y las intervenciones se coordinan.

La seguridad del paciente depende en gran medida de esta relación. No es suficiente con hacer bien las cosas de forma individual. Es necesario que el equipo funcione como un sistema.

7.3. El contexto de alta presión y el trabajo en equipo

La atención al paciente crítico no se produce en un entorno controlado y predecible. Se produce en situaciones donde hay presión, incertidumbre, múltiples estímulos y una necesidad constante de tomar decisiones en poco tiempo.

En este contexto, el cerebro humano no funciona de forma perfecta. Simplifica, se centra en lo más llamativo, interpreta de forma rápida y, en ocasiones, se equivoca. Por eso, trabajar solo no es una opción. El equipo es lo que permite compensar estas limitaciones.

Cuando el equipo funciona bien, es capaz de repartir la carga cognitiva, detectar errores antes de que tengan consecuencias y adaptarse a la evolución del paciente. Pero esto no ocurre de forma espontánea. No aparece por el simple hecho de trabajar juntos. Requiere estructura, entrenamiento y conocimiento de cómo se comportan las personas en este tipo de situaciones.

7.4. Factor humano y rendimiento clínico

El factor humano es uno de los elementos más determinantes en la práctica asistencial. No somos observadores neutrales. Interpretamos la realidad a través de nuestras experiencias, nuestras creencias y nuestro estado en ese momento.

Dos profesionales pueden estar viendo exactamente lo mismo y entender cosas diferentes. Esto ya se ha visto en el capítulo del marco mental y en la escalera de la inferencia. Pero en este punto es donde se entiende su impacto real: esas diferencias influyen directamente en cómo se actúa.

El rendimiento clínico no depende únicamente del conocimiento. Depende de cómo se piensa, de cómo se comunica y de cómo se interactúa dentro del equipo. Por eso, trabajar el factor humano no es algo teórico. Es una necesidad práctica.

En la práctica clínica, este proceso no ocurre de forma consciente ni ordenada. El cerebro no analiza paso a paso lo que sucede. Interpreta de forma rápida, automática y, en muchas ocasiones, incompleta.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

La escalera de la inferencia describe el proceso mental que seguimos de forma automática cuando interpretamos la realidad. Partimos de datos objetivos, seleccionamos parte de esa información, le damos un significado, construimos suposiciones, sacamos conclusiones y, finalmente, actuamos en base a ellas.

El problema es que este proceso no siempre es consciente. Y cuando no lo es, aumenta el riesgo de error.

7.5. Área 1. Comunicación: BRIDGE

La comunicación es el eje central de todas las habilidades no técnicas.

No es una habilidad más. Es la base sobre la que se construyen todas las demás.

Sin comunicación no existe el trabajo en equipo, porque la información no se comparte. No existe la consciencia situacional, porque cada uno entiende una cosa distinta. No existe la toma de decisiones compartida, porque nadie sabe en qué se basan los demás.

Comunicar no es hablar. Es conseguir que el otro entienda exactamente lo que se quiere transmitir. Y para eso no basta con emitir información. Es necesario estructurarla, priorizarla y adaptarla a quien la recibe.

En la práctica clínica, esto implica saber qué información es relevante en cada momento, cuándo debe transmitirse y cómo hacerlo para que tenga impacto. No es lo mismo decir un dato que compartir una interpretación. No es lo mismo hablar en general que dirigirse a una persona concreta. No es lo mismo dar una indicación que asegurarse de que ha sido entendida y ejecutada.

La comunicación también implica escuchar. Escuchar no es oír. Es prestar atención real a lo que el otro está diciendo, entenderlo y utilizar esa información para ajustar la actuación. En un entorno de alta presión, esto requiere entrenamiento, porque la tendencia natural es centrarse en lo propio y perder información del entorno.

En este contexto, el concepto de bucle cerrado es fundamental. La comunicación no termina cuando se emite un mensaje. Termina cuando ese mensaje se recibe, se confirma y se ejecuta. Este cierre evita errores y asegura que la información realmente ha sido integrada en la acción.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

7.6.7. **BRIDGE: entender cómo nos comunicamos**

La comunicación no depende únicamente de lo que se dice, sino de cómo somos las personas que participan en ella.

El modelo BRIDGE permite entender que no todos comunicamos ni interpretamos la información de la misma manera. Existen perfiles más orientados a la acción, otros más reflexivos, algunos más centrados en la lógica y otros más en lo emocional.

Estas diferencias influyen en cómo se dan las órdenes, cómo se reciben, cómo se interpretan los datos y cómo se toman decisiones.

Comprender esto cambia la forma de trabajar. Permite adaptar la comunicación, anticipar reacciones y mejorar la coordinación del equipo.

Este modelo se desarrolla en profundidad durante el entrenamiento, pero es importante entender que la comunicación no es neutra. Depende de quién la emite y de quién la recibe.

Reflexión clave

Durante años se ha asumido que las habilidades no técnicas forman parte de la experiencia, como si el simple hecho de trabajar en emergencias garantizara que un profesional sabe comunicarse, liderar o tomar decisiones en equipo.

¡Esto no es cierto!

Las habilidades no técnicas no aparecen por repetición. No se adquieren por inercia.

Se entrenan.

Requieren conocerse a uno mismo, entender cómo se reacciona bajo presión, identificar en qué situaciones se rinde mejor y en cuáles aparecen limitaciones.

Cada profesional aporta cosas diferentes al equipo. Y saber dónde puede aportar más cada uno es clave para mejorar el rendimiento global.

7.6. Área 2. Trabajo en equipo

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Un equipo no es simplemente un grupo de profesionales trabajando en el mismo espacio.

Un equipo es un sistema en el que cada miembro tiene una función, entiende cuál es el objetivo común y actúa de forma coordinada con el resto.

En la atención al paciente crítico, el objetivo siempre es el mismo: el paciente. Recordar siempre, que trabajamos para él.

Sin embargo, en la práctica es fácil que ese objetivo se diluya si cada profesional se centra en su tarea sin tener en cuenta el conjunto. Cuando esto ocurre, el equipo puede estar muy activo, pero no necesariamente ser eficaz.

La estructura de líder y followers que se ha descrito en el capítulo anterior es la base de este funcionamiento. El líder sostiene el razonamiento y organiza la actuación. El equipo ejecuta, amplía la información y aporta datos que permiten ajustar ese razonamiento.

El liderazgo, en este contexto, no consiste en hacer más cosas que los demás, sino en gestionar los recursos disponibles. Esto incluye personas, tiempo, información y material. Un buen líder es capaz de mantener la visión global sin perderse en la ejecución constante.

Al mismo tiempo, el equipo no es pasivo. No se limita a recibir órdenes. Participa activamente en el proceso, aportando información, detectando cambios y contribuyendo al razonamiento. Esto es lo que permite que el liderazgo sea compartido en determinados momentos, sin perder la estructura general.

Existe además un concepto clave: el liderazgo “hands-off”. Esto significa que el líder no está continuamente ejecutando técnicas, sino que dirige, observa y toma decisiones. Cuando el líder se centra únicamente en hacer, deja de liderar. Y cuando esto ocurre, el equipo pierde estructura.

7.7. Área 3. Consciencia situacional

La consciencia situacional es la capacidad de entender qué está ocurriendo en cada momento, qué significa y qué puede suceder a continuación.

No se trata solo de ver lo que pasa. Se trata de interpretarlo y proyectarlo hacia el futuro.

Este proceso ocurre en tres niveles a los que vamos a llamar **P.I.P.**

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Primero se **percibe** la información, es decir, se recogen datos del entorno y del paciente. Después se **interpreta** esa información, dándole un significado clínico. Y finalmente se **proyecta**, anticipando qué puede ocurrir si la situación evoluciona de una determinada manera.

El equipo trabaja constantemente con tres preguntas implícitas: qué está pasando, qué significa y qué puede pasar después. Estas preguntas permiten mantener una visión dinámica de la situación y ajustar la actuación en tiempo real.

7.8. Área 4. Anticipación y planificación

Anticiparse significa adelantarse a los problemas antes de que ocurran.

En la atención al paciente crítico, esperar a que aparezca la complicación suele ser demasiado tarde. Por eso, la planificación es una parte fundamental del trabajo en equipo.

Planificar no significa predecir el futuro con exactitud, sino prepararse para diferentes escenarios. Esto se traduce en pensar en planes alternativos, prever dificultades y organizar los recursos antes de que sean necesarios.

Herramientas como los planes A, B, C y D permiten estructurar esta anticipación. No se trata de improvisar continuamente, sino de tener alternativas preparadas en función de cómo evolucione el paciente.

59

7.9. Área 5. Toma de decisiones

La toma de decisiones en el paciente crítico no es un acto aislado. Es el resultado de todo lo anterior: la información disponible, la interpretación de esa información, la comunicación dentro del equipo y la anticipación de escenarios.

Decidir en equipo no significa que todos opinen al mismo tiempo, sino que la información relevante esté disponible y que el razonamiento sea compartido. Esto permite que las decisiones sean más sólidas y menos dependientes de una única perspectiva.

Uno de los riesgos más importantes en la toma de decisiones es el error de fijación. Ocurre cuando el equipo se queda anclado en una primera interpretación y deja de considerar otras posibilidades. Evitarlo implica mantener una actitud abierta, reevaluar constantemente y permitir que el equipo aporte alternativas.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Para que esto sea posible, es necesario que exista seguridad cognitiva. Es decir, que los miembros del equipo puedan expresar dudas, aportar información o cuestionar una decisión sin miedo. Cuando esto ocurre, el razonamiento se enriquece y el equipo se vuelve más seguro.

Las habilidades no técnicas no son un complemento de la práctica clínica, son el sistema que permite que todo lo demás funcione.

Y dentro de ellas, la comunicación es el eje central. Es lo que conecta el pensamiento con la acción, al individuo con el equipo y la información con la decisión.

Sin comunicación no hay equipo.

Sin equipo no hay coordinación.

Sin coordinación no hay seguridad.

Las habilidades no técnicas no se adquieren por experiencia. Se entrenan, se trabajan y se desarrollan de forma consciente.

Y ese entrenamiento es lo que permite que un grupo de profesionales actúe como un sistema capaz de responder de forma eficaz ante el paciente crítico.

SCPC

8. DE LA VALORACIÓN XABCDE AL RAZONAMIENTO CLÍNICO ESTRUCTURADO

8.1. Historia y evolución del XABCDE

La valoración ABCDE surge como una herramienta para estructurar la atención al paciente crítico, especialmente en el ámbito del trauma y la emergencia.

Su desarrollo ha permitido establecer un orden lógico de actuación basado en la identificación y tratamiento de amenazas vitales de forma priorizada.

Con el tiempo, esta estructura ha evolucionado incorporando el concepto de X (hemorragia exanguinante), dando lugar al XABCDE, con el objetivo de identificar y tratar de forma inmediata una de las principales causas de muerte evitable.

Este modelo ha demostrado ser eficaz para:

- Organizar la actuación clínica
- Reducir la omisión de problemas críticos
- Estandarizar la práctica asistencial

61

Sin embargo, su evolución ha sido principalmente técnica.

El siguiente paso no es modificar las letras, el siguiente paso es modificar cómo se utilizan.

8.2. La valoración primaria como estructura de seguridad

La valoración primaria proporciona una estructura que actúa como red de seguridad en la atención al paciente crítico.

Permite mantener un orden en situaciones donde:

- La información es incompleta
- El entorno es inestable
- El tiempo es limitado

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Esta estructura evita que el profesional actúe de forma desorganizada o impulsiva.

Sin embargo, su eficacia depende de cómo se aplique.

Aplicar el XABCDE de forma estrictamente mecánica puede generar una falsa sensación de seguridad, ya que:

- Se pueden recoger datos sin interpretarlos
- Se pueden ejecutar técnicas sin comprender su indicación
- Se puede completar la secuencia sin entender al paciente

Por tanto, la estructura es necesaria, pero no suficiente.

8.3. Más allá del algoritmo técnico

El XABCDE no debe entenderse como una lista de acciones, sino como un marco que permite organizar el pensamiento clínico.

El problema aparece cuando el profesional se centra en:

- “hacer la X”
- “hacer la A”
- “pasar a la B”
- “completar la C”
- ...

sin integrar lo que está ocurriendo. Esto convierte la valoración en un proceso fragmentado, en la práctica real, el paciente no se presenta por letras.

Se presenta como un conjunto de signos, síntomas y contexto que deben ser interpretados de forma global.

El modelo SCPC propone superar este enfoque técnico mediante la incorporación de:

- Razonamiento clínico estructurado
- Integración de la información

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Verbalización del pensamiento
- Trabajo en equipo

8.4. Pensar las letras por órganos

Una de las claves para transformar el XABCDE es dejar de verlo como una secuencia y empezar a entenderlo como una valoración por sistemas fisiológicos.

Cada letra representa un sistema que debe ser analizado en profundidad:

- X: Hemorragias exanguinantes
- A: Vía aérea
- B: Sistema respiratorio
- C: Sistema circulatorio
- D: Sistema neurológico
- E: Exposición y entorno

Este enfoque permite:

- Comprender el funcionamiento del paciente
- Relacionar signos y síntomas
- Identificar causas subyacentes

No se trata de avanzar en la secuencia, sino de entender qué está ocurriendo en cada sistema.

8.5. El concepto de “bombilla”

En el modelo SCPC, cada hallazgo clínico se interpreta como una señal que se activa: una “bombilla”.

Una bombilla es cualquier dato que llama la atención y tiene relevancia clínica:

- Una hipotensión

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Una taquicardia
- Una disnea
- Una alteración del nivel de consciencia

El error más frecuente no es no detectar bombillas, el error es tratarlas de forma aislada.

El objetivo del razonamiento clínico no es acumular hallazgos, sino conectarlos.

Cuando las bombillas se relacionan entre sí, permiten construir una interpretación global de la situación clínica.

Esta integración es lo que permite pasar de observar a comprender.

8.6. Del signo al razonamiento

Cada signo clínico debe generar una pregunta; una tensión arterial baja no es un diagnóstico, es un dato que requiere interpretación.

Este proceso implica cuestionar constantemente la información:

- ¿Cuál es la causa de este signo?
- ¿Es un problema primario o secundario?
- ¿Encaja con el resto de la valoración?

64

Este enfoque evita que el profesional tome decisiones basadas en:

- Automatismos
- Experiencias previas no contrastadas
- Sesgos cognitivos

El razonamiento clínico se construye cuando los datos se analizan de forma consciente y estructurada.

8.7. Del razonamiento a la decisión

El razonamiento clínico tiene como objetivo final permitir la toma de decisiones.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Sin embargo, una decisión solo es válida si está basada en una interpretación coherente de la situación.

Cuando el razonamiento es débil o incompleto:

- Las decisiones se basan en suposiciones
- Se priorizan intervenciones incorrectas
- Aumenta el riesgo de error

Cuando el razonamiento es estructurado:

- Las decisiones son más precisas
- Se prioriza correctamente
- Se anticipa la evolución del paciente

En el modelo, la toma de decisiones no es un acto aislado, sino el resultado de un proceso continuo de interpretación y reevaluación.

8.8. Revaloración y dinámica clínica

El paciente crítico es dinámico. Su estado puede cambiar en cuestión de minutos o incluso segundos. Por este motivo, la valoración no es un proceso estático.

Debe repetirse de forma constante para:

- Confirmar hipótesis
- Detectar cambios
- Ajustar la actuación

La revaloración permite adaptar el razonamiento a la evolución del paciente.

Evita mantener decisiones basadas en una interpretación inicial que puede haber dejado de ser válida.

8.9. Riesgo Inminente de Muerte (RIM)

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Uno de los objetivos principales de la valoración es identificar situaciones de riesgo vital inmediato.

El concepto de Riesgo Inminente de Muerte (RIM) permite priorizar la actuación sobre aquellos problemas que requieren intervención urgente.

Esto implica:

- Detectar signos críticos
- Actuar sin demora
- No perder tiempo en elementos secundarios

El RIM no es un diagnóstico, sino una herramienta de priorización.

Permite centrar la actuación en aquello que realmente compromete la vida del paciente en ese momento.

8.10. La valoración como proceso técnico y cognitivo simultáneo

La valoración del paciente crítico integra dos dimensiones:

- Una dimensión técnica
- Una dimensión cognitiva

La dimensión técnica incluye:

- Exploración
- Monitorización
- Procedimientos

La dimensión cognitiva incluye:

- Interpretación
- Razonamiento
- Toma de decisiones

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

En muchos modelos formativos, ambas dimensiones se trabajan por separado el punto clave es integrarlo en un único proceso.

No se trata de hacer primero la técnica y luego pensar, se trata de pensar mientras se actúa.

Esta integración permite:

- Mejorar la calidad de la valoración
- Reducir errores
- Aumentar la eficacia del equipo

La valoración XABCDE no es el problema. El problema es cómo se utiliza.

Este modelo propone transformar el XABCDE en una herramienta de razonamiento clínico estructurado, capaz de integrar:

- Datos
- Interpretación
- Decisión
- Revaloración

67

Este enfoque permite pasar de una actuación basada en la secuencia a una actuación basada en la comprensión del paciente.

SCPC

9. VALORACIÓN XABCDE / XABCDEDEF EN SCPC

9.1. Introducción a la valoración estructurada

La valoración XABCDE constituye una de las herramientas más importantes en la atención al paciente crítico porque permite ordenar la asistencia, priorizar problemas y evitar que amenazas vitales pasen desapercibidas. Sin embargo, su verdadero valor no depende únicamente de conocer la secuencia, sino de saber utilizarla con criterio.

En muchas ocasiones, los profesionales conocen el XABCDE y, aun así, la valoración no es eficaz. Esto ocurre porque el problema no suele estar en memorizar las letras, sino en la forma en que se interpretan los hallazgos y en cómo trabaja el equipo mientras se realiza la valoración. Cuando la situación es sencilla, esta diferencia puede pasar desapercibida. Pero cuando el paciente está realmente grave, el entorno es complejo o la información es incompleta, la valoración puede convertirse en una secuencia desordenada de acciones si no existe una estructura clara de pensamiento y de trabajo.

Por este motivo, la valoración XABCDE no se entiende como una simple sucesión de pasos técnicos. Se entiende como un proceso integrado en el que, al mismo tiempo, se observa, se interpreta, se decide, se comunica y se actúa. La valoración deja de ser un acto individual para convertirse en una construcción compartida entre quien dirige el razonamiento y quienes amplían la información y ejecutan las intervenciones.

La diferencia, por tanto, no está en las letras del algoritmo. La diferencia está en cómo se utiliza esa estructura para organizar el pensamiento clínico y hacer funcionar al equipo como un sistema.

9.2. Principios: estructura, orden y acción

La valoración XABCDEDEF en SCPC se sostiene sobre tres principios fundamentales:

- **Estructura**
- **Orden**
- **Acción.**

La **estructura** es lo que permite que el equipo no se pierda. En una situación de alta presión, el cerebro tiende a ir hacia lo más llamativo, a fijarse en un único problema o a

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

actuar de forma impulsiva. Tener una estructura obliga a mantener un orden, a no dejar vacíos y a no convertir la asistencia en una suma de reacciones inconexas. El XABCDE funciona, así como un eje sobre el que se apoya toda la valoración.

El **orden** implica priorización. No todo tiene el mismo valor clínico en cada momento. Hay problemas que pueden esperar unos segundos y otros que no. El orden del algoritmo no es arbitrario: responde a la lógica de identificar primero aquello que mata antes y actuar sobre ello. Trabajar con orden significa saber qué mirar primero, qué interpretar después y cuándo avanzar.

La **acción** es el tercer pilar. Valorar no es observar pasivamente, valorar implica que cada dato recogido genere una interpretación, y que cada interpretación abra la puerta a una decisión. La valoración está orientada a actuar.

No se recogen datos por acumular datos, sino para dirigir la asistencia con sentido.

Cuando estos tres principios se respetan, la valoración deja de ser una lista de comprobación y se convierte en una herramienta clínica real.

9.3. Liderazgo vertical y ejecución horizontal

Aquí se encuentra una de las claves más importantes del modelo SCPC.

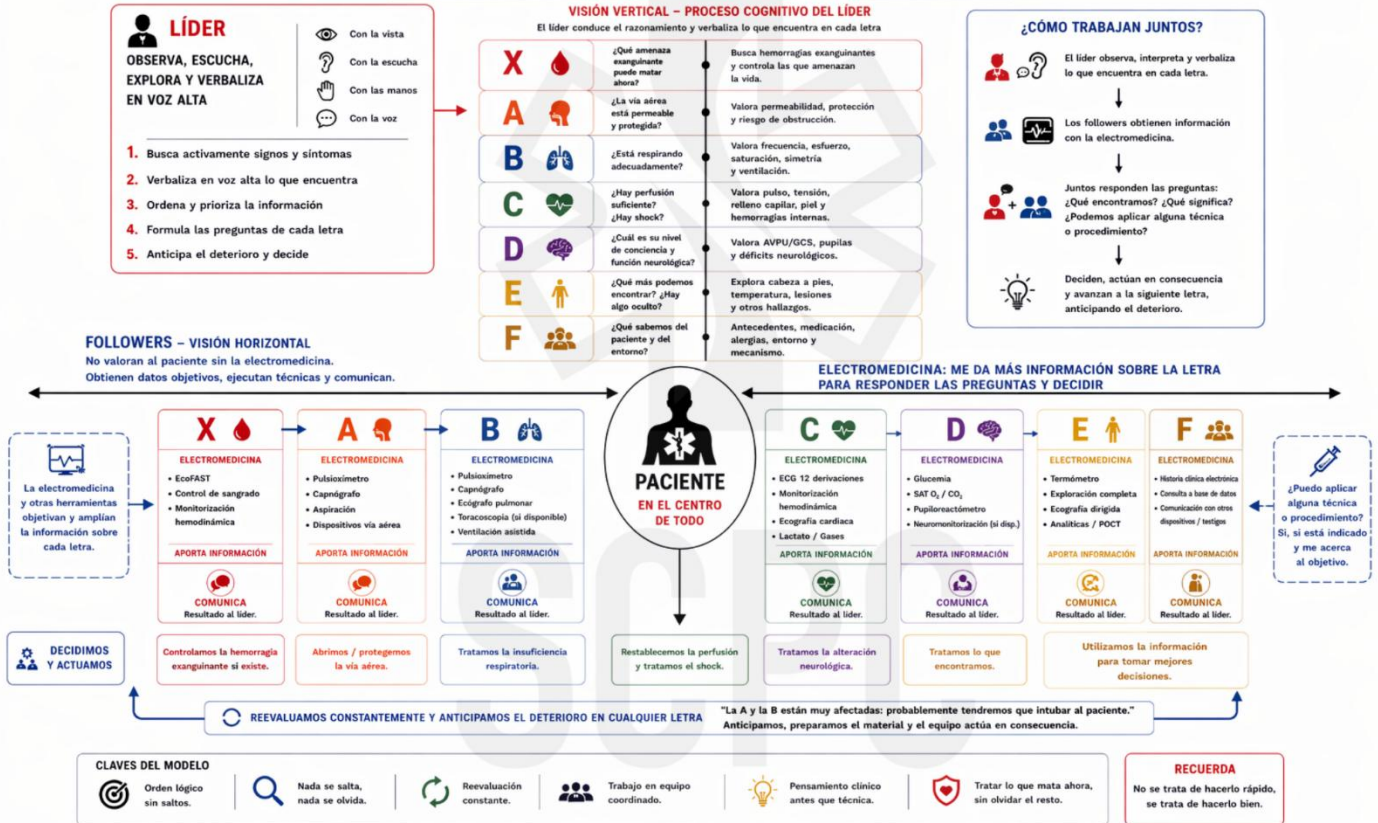
La valoración del paciente crítico no puede organizarse como si todos los miembros del equipo hicieran lo mismo al mismo tiempo y con el mismo nivel de responsabilidad cognitiva. Si eso ocurre, el razonamiento se fragmenta, las acciones se pisan y el equipo pierde eficacia. Por eso, la valoración se organiza en dos ejes distintos y complementarios: un eje vertical de pensamiento y un eje horizontal de ejecución.

El eje vertical corresponde al líder. El eje horizontal corresponde a los followers.

Esta organización no es una idea teórica, sino una forma concreta de trabajar durante la asistencia.

ALGORITMO XABCDE EN AFECTADO VIVO

OBJETIVO: BUSCAR LA BOMBILLA MADRE Y ACTUAR



El eje vertical: el líder

El líder es quien sostiene el razonamiento clínico del equipo. Esto no significa que sea quien más sabe ni quien más manda en un sentido jerárquico clásico. Significa que es la persona que asume la responsabilidad de integrar la información, dar sentido a lo que se está encontrando y mantener la visión global del paciente.

La valoración comienza siempre desde la clínica directa. El líder mira al paciente, lo escucha y lo explora con sus manos. Observa el aspecto general, la posición, la respiración, el color de la piel, la respuesta al medio, la calidad del pulso, la temperatura, la presencia de sangrado o cualquier otro hallazgo relevante. Este primer contacto con el paciente no lo sustituye ningún monitor ni ningún dispositivo. Es la base del razonamiento.

Pero no basta con mirar. El líder debe verbalizar. Debe decir en voz alta qué está encontrando y qué significado puede tener. Esa verbalización no es un añadido, sino una

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

necesidad funcional. Si el líder piensa pero no lo comparte, el equipo no puede alinearse. Si el equipo no se alinea, no hay consciencia situacional compartida. Y si no hay consciencia situacional compartida, cada profesional trabajará con una idea distinta de lo que está ocurriendo.

Por tanto, el eje vertical del líder se construye en tres movimientos sucesivos. Primero, realiza una valoración clínica directa. Segundo, interpreta y verbaliza lo que encuentra. Tercero, integra la información y decide. Esa integración es la que permite pasar de datos aislados a una interpretación global del paciente.

Dentro de este eje vertical, el liderazgo no es estático, sino **adaptativo**. En función del escenario, la complejidad y los recursos disponibles, el líder puede adoptar dos formas de actuación:

- **Líder** **hands off:**
Es un liderazgo centrado en la dirección y la supervisión. El líder no realiza tareas técnicas directas, sino que mantiene la visión global, coordina al equipo, prioriza acciones y anticipa la evolución. Su función principal es sostener el razonamiento clínico, asegurar la comunicación y garantizar que el equipo trabaja alineado.
- **Líder** **hands in:**
Aparece cuando los recursos son limitados o la situación lo requiere. En este caso, el líder combina la función de dirección con la ejecución técnica. Es decir, asume simultáneamente el rol de líder y el de uno de los miembros operativos del equipo, ocupando la posición que considere más prioritaria en ese momento (vía aérea, compresiones, accesos, etc.).

Este cambio no es una pérdida de liderazgo, sino una **adaptación necesaria al contexto**. Sin embargo, implica una mayor carga cognitiva, ya que el líder debe seguir manteniendo el eje vertical (pensar, interpretar y decidir) mientras ejecuta.

Por este motivo, cuando el líder trabaja en modalidad hands in, es fundamental que:

- Siga verbalizando el razonamiento
- Mantenga la visión global del paciente

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Delegue en cuanto sea posible
- Recupere el rol hands off en cuanto la situación y el equipo lo permitan

El liderazgo en SCPC no depende de una posición fija, sino de la capacidad de **adaptarse a la situación sin perder el control del razonamiento clínico del equipo.**

El eje horizontal: los followers

Los followers son quienes ejecutan y amplían. Su papel no es pasivo ni secundario. No están para “ayudar” sin criterio, sino para aportar información objetiva, ejecutar intervenciones y alimentar el razonamiento del líder con datos útiles.

La lógica de trabajo de los followers se basa en dos preguntas que deben repetirse en cada letra del XABCDE.

La primera pregunta es: **¿Puedo ampliar la información de esta letra con electromedicina o con alguna exploración complementaria?**

La segunda pregunta es: **¿Puedo aplicar alguna técnica, procedimiento o tratamiento en esta letra?**

72

Estas dos preguntas son fundamentales porque ordenan la actuación. Primero se parte de la clínica, luego se amplía la información y finalmente se actúa. Esto evita que la electromedicina se convierta en el centro de la valoración y que el equipo tome decisiones basadas en un único dato objetivo fuera de contexto.

Así, por ejemplo, si el líder identifica un problema respiratorio en la B porque el paciente está taquipneico, presenta aumento del trabajo respiratorio y una auscultación patológica, el follower puede ampliar esa información mediante pulsioximetría y capnografía.

Una vez ampliada, la siguiente cuestión es qué intervención corresponde en esa letra: oxígeno, ventilación, VMNI, nebulización u otras medidas según el caso.

En este punto, el follower no actúa por reflejo, sino dentro de un razonamiento compartido: observa, aporta y ejecuta.

El líder, por su parte, integra la información disponible, prioriza y orienta la intervención.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

De este modo, la actuación no depende de una única persona, sino que se construye de forma conjunta: el follower contribuye activamente al proceso, y el líder da coherencia, dirección y sentido clínico a las acciones.

La decisión final no es una imposición, sino el resultado de un razonamiento compartido que permite al equipo actuar de forma alineada, segura y eficaz.

La secuencia operativa real

La secuencia correcta de valoración no es “primero pongo el monitor y luego veo qué pasa”.

La secuencia correcta es otra:

1. Primero la clínica.
2. Después la ampliación de información
3. Finalmente la intervención.

Dicho de otro modo: primero el paciente, después el dispositivo.

Esto es muy importante porque uno de los errores más frecuentes en la práctica asistencial es invertir el orden. Cuando se empieza por la tecnología y se deja la clínica en segundo plano, la valoración pierde coherencia. El profesional puede terminar actuando sobre un número, una cifra o una señal del monitor sin haber entendido de verdad qué está ocurriendo en el paciente.

En cambio, cuando la valoración se inicia desde la observación clínica directa, la tecnología adquiere su función correcta: objetivar, confirmar o completar lo que ya se ha sospechado clínicamente.

La conexión entre ambos ejes

El líder y los followers no trabajan por separado. Su relación es continua y bidireccional.

El líder necesita que el equipo le aporte datos fiables y le comunique cambios. Los followers necesitan que el líder les dé dirección, priorización y contexto. Esa conexión se sostiene a través de la comunicación constante.

Cuando el líder verbaliza lo que piensa y el equipo responde aportando hallazgos, se construye un marco mental compartido. En ese momento, el equipo deja de ser un grupo

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

de personas haciendo tareas y pasa a funcionar como un sistema con un objetivo común.

Un equipo.

El objetivo no es hacer muchas cosas. El objetivo es entender al paciente para actuar con sentido.

X – Hemorragia exanguinante

La X hace referencia a la hemorragia exanguinante, es decir, a aquella pérdida sanguínea que compromete la vida de forma inmediata y que debe ser identificada y controlada antes de continuar con el resto de la valoración.

Su importancia radica en que se trata de una de las causas de muerte evitable más relevantes en el paciente crítico, especialmente en trauma, pero no exclusivamente. Si existe una hemorragia masiva y no se controla de inmediato, cualquier otra intervención pierde valor porque el paciente puede fallecer en minutos.

Desde el eje vertical, el líder debe identificar clínicamente la presencia o sospecha de hemorragia grave. Desde el eje horizontal, los followers ejecutan de inmediato las maniobras de control: compresión directa, torniquete, vendaje compresivo o material hemostático según el caso.

El error frecuente aquí es retrasar el control del sangrado por iniciar otras partes del algoritmo. En esta letra no hay ambigüedad: si la hemorragia mata antes, se trata primero.

A – Vía aérea

La A corresponde a la valoración de la vía aérea. Su objetivo es determinar si el paciente puede mantenerla permeable y si existe riesgo de compromiso inmediato o progresivo.

La clave no es solo detectar una vía aérea ya obstruida. La clave es anticipar cuándo puede perderse. Un paciente que ahora habla puede dejar de hacerlo en minutos. Un paciente con disminución del nivel de conciencia, secreciones, vómitos, trauma facial o edema puede deteriorarse rápidamente.

El líder inicia esta valoración desde la clínica: observa si el paciente habla, escucha ruidos respiratorios anómalos, valora la presencia de secreciones, ronquidos, estridor o ausencia

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

de paso de aire. Con esa información verbaliza su interpretación. Después, el equipo complementa y ejecuta: aspiración, apertura de vía aérea, cánula, preparación de dispositivos, oxigenación o técnicas avanzadas si son necesarias.

Aquí vuelve a aplicarse la misma lógica: primero miro y entiendo, después amplío si hace falta, y finalmente actúo.

B – Respiración

La B corresponde a la respiración y a la capacidad del paciente para ventilar y oxigenar de forma eficaz.

Es una de las letras donde más claramente se ve el funcionamiento vertical-horizontal. El líder realiza la primera lectura clínica: frecuencia respiratoria, patrón ventilatorio, uso de musculatura accesoria, posición del paciente, simetría, auscultación, presencia de disnea o signos de agotamiento. Todo eso se verbaliza.

A partir de ahí, el equipo amplía con electromedicina. Pulsioximetría, capnografía y otros elementos complementan la valoración, pero no la sustituyen. Solo entonces se plantea la siguiente pregunta: ¿qué puedo hacer en esta letra? Oxígeno, ventilación asistida, nebulización, VMNI o cualquier otra medida según la interpretación global del cuadro.

El error frecuente es centrarse en un único parámetro, especialmente la saturación, y olvidar que un paciente puede estar ventilando mal aun con una cifra aparentemente aceptable. La clínica sigue siendo el inicio del razonamiento.

C – Circulación

La C evalúa la perfusión y el estado hemodinámico del paciente.

Desde la clínica directa, el líder debe valorar color de la piel, humedad, temperatura, calidad del pulso, relleno capilar, estado general y cualquier signo de compromiso circulatorio. Esa primera impresión se verbaliza y orienta el razonamiento. El equipo amplía después con monitorización, tensión arterial, ECG u otras exploraciones.

El razonamiento clínico en esta letra es especialmente importante porque muchos hallazgos deben interpretarse en conjunto. Una taquicardia no significa lo mismo aislada

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

que acompañada de piel fría, hipotensión y alteración del estado mental. La C obliga a integrar.

Después de ampliar la información, el siguiente paso es actuar: accesos, fluidoterapia, control de hemorragia no exanguinante, tratamiento dirigido o lo que corresponda según el problema identificado.

D – Estado neurológico

La D corresponde a la valoración neurológica y permite detectar alteraciones del nivel de consciencia, respuesta al medio, pupilas y otros signos relevantes.

El punto importante aquí es no interpretar de forma precipitada. Una alteración neurológica puede tener origen neurológico primario, pero también puede ser secundaria a hipoxia, shock, hipoglucemia, tóxicos u otras causas. Por eso, la D no debe aislarse del resto de letras.

El líder valora clínicamente la respuesta del paciente, el nivel de consciencia y la interacción. El equipo amplía con Glasgow, glucemia y otras exploraciones necesarias. Después se decide qué intervención es necesaria en función de la interpretación global.

El error más frecuente es convertir la D en una etiqueta rápida en lugar de usarla como parte del razonamiento global del paciente.

E – Exposición y control térmico

La E hace referencia a la exposición y al control térmico. Su objetivo es descubrir lo que no se ve a simple vista y, al mismo tiempo, evitar que la propia exploración genere daño, especialmente hipotermia.

El paciente debe ser expuesto de forma sistemática y con sentido clínico, buscando lesiones, signos cutáneos, dispositivos, sangrados ocultos o hallazgos que ayuden a completar la interpretación.

El entorno también forma parte de esta letra. Lo que rodea al paciente aporta información. No se expone solo el cuerpo; también se “expone” la escena a través de la observación.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Una vez realizada la exploración, el equipo protege térmicamente al paciente y mantiene el control de temperatura como parte del tratamiento.

F – Fuente de información

La F añade un componente diferencial muy importante: la fuente de información.

No todo está en el cuerpo del paciente. Muchas veces, una parte esencial del razonamiento clínico se construye a través de familiares, testigos, entorno, antecedentes o historia clínica disponible.

Esta letra recuerda que el razonamiento no puede limitarse a lo que se ve y se mide. Hay información contextual que puede cambiar completamente la interpretación del caso.

La F completa la valoración y ayuda a reforzar o corregir la hipótesis clínica.

Electromedicina y exploración complementaria

La electromedicina tiene un papel importante, pero subordinado al razonamiento clínico.

Su función es ampliar, confirmar o matizar la información obtenida previamente a través de la clínica. Nunca debe sustituirla.

La pregunta no es “qué aparato puedo poner”, sino “qué información necesito objetivar en esta letra”.

Cuando se utiliza con esa lógica, la electromedicina mejora la valoración. Cuando se usa sin dirección clínica, puede desorganizarla.

8.12. Buscar la “bombilla madre”

Toda la valoración está orientada a un objetivo final: integrar la información en una interpretación coherente.

La “bombilla madre” no es un hallazgo aislado. Es la explicación global que da sentido a lo encontrado y orienta la actuación.

Permite comprender qué está pasando, priorizar intervenciones, anticipar complicaciones y actuar con dirección.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

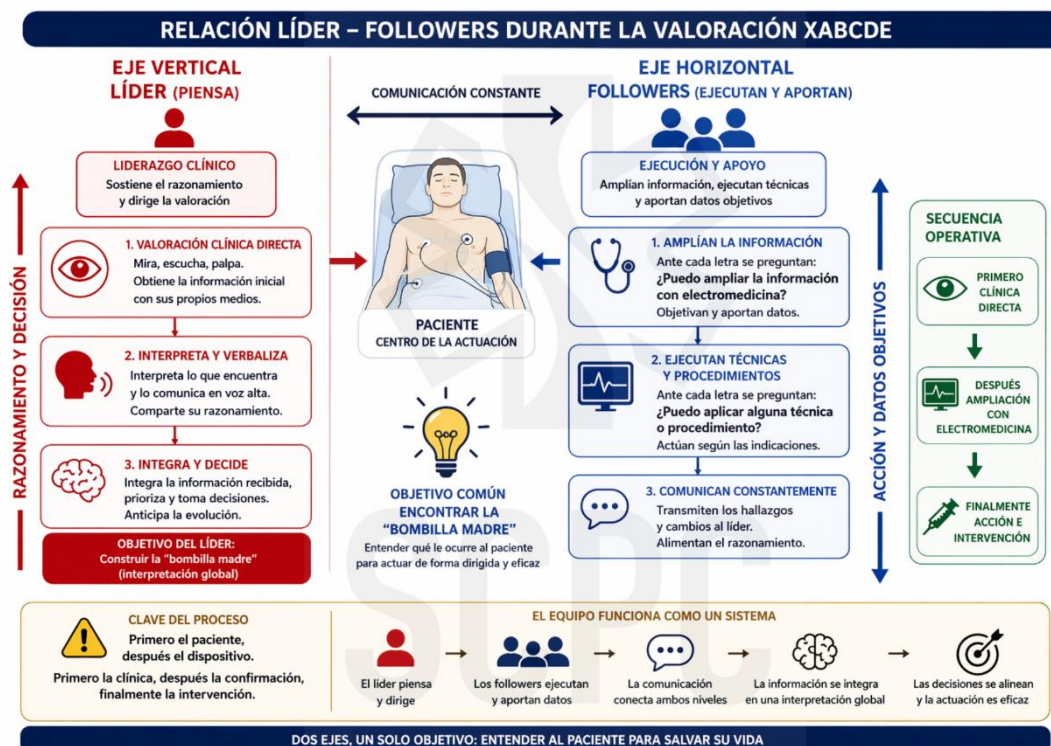
Sin esa integración, las acciones pueden ser técnicamente correctas y, aun así, clínicamente insuficientes o incoherentes.

La valoración XABCDEF no consiste únicamente en seguir un orden. Consiste en comprender, decidir y actuar en equipo.

Cuando se trabaja con una organización clara entre pensamiento vertical y ejecución horizontal, el algoritmo deja de ser una secuencia de letras y se convierte en una herramienta real de asistencia al paciente crítico.

La valoración adquiere sentido cuando el equipo es capaz de observar, interpretar, ampliar información y actuar de forma coordinada.

Más adelante hablaremos de ello.



10. EL ALGORITMO DE SERVICIO SCPC

10.1. Introducción al algoritmo de servicio

Hasta este punto se han desarrollado elementos clave de la atención al paciente crítico: cómo pensamos, cómo tomamos decisiones, cómo valoramos y cómo funciona el equipo.

Sin embargo, en la práctica real, estos elementos no aparecen de forma aislada. Ocurren dentro de un proceso continuo que empieza antes de ver al paciente y no termina hasta que la intervención ha finalizado.

El problema es que, tradicionalmente, nos hemos centrado en momentos concretos de la asistencia, especialmente en la valoración y el tratamiento. Se ha trabajado el “qué hacer” en situaciones específicas, pero no siempre el “cómo funciona todo el proceso desde el inicio hasta el final”.

El algoritmo de servicio surge para dar respuesta a esta necesidad.

Es una estructura que organiza toda la intervención, desde que se recibe la información hasta que se cierra el caso, integrando:

- Preparación mental
- Trabajo en equipo
- Valoración clínica
- Toma de decisiones
- Actuación
- Análisis posterior

El objetivo no es hacer más cosas, es hacer que todo tenga sentido dentro de una misma línea de trabajo.

10.2. Preparar la mente antes de llegar al paciente

La atención al paciente crítico no empieza cuando se entra en contacto con él. Empieza antes, en el momento en el que se recibe la activación.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

En ese instante, el equipo ya está construyendo una idea de lo que puede encontrarse. Esa primera interpretación, aunque sea incompleta, condiciona todo lo que ocurre después.

Si este proceso no se gestiona de forma consciente, el profesional puede llegar al paciente con una idea preconcebida que influya en su valoración. Esto conecta directamente con lo visto en el marco mental y en la escalera de la inferencia.

Por eso, uno de los primeros elementos del algoritmo de servicio es preparar la mente.

Esto implica detenerse, aunque sea durante unos segundos, y organizar la información disponible:

¿Qué sabemos? ¿Qué no sabemos? ¿Qué podemos encontrarnos?

También implica anticipar:

- Posibles escenarios
- Riesgos
- Necesidades de material
- Distribución del equipo

80

Este momento previo no es tiempo perdido. Es tiempo ganado. Permite que el equipo llegue con una base común, reduzca la incertidumbre inicial y empiece a trabajar de forma coordinada desde el primer contacto.

10.2.1. Qué ocurre en el cerebro cuando anticipamos

Anticipar no es adivinar. Es un proceso cognitivo mediante el cual el cerebro utiliza la información disponible, junto con la experiencia previa, para generar posibles escenarios antes de que ocurran.

Cuando el equipo recibe una activación, el cerebro empieza de forma automática a construir hipótesis sobre lo que puede encontrarse. Este proceso permite:

- Activar conocimientos previos relevantes
- Preparar respuestas antes de que la situación ocurra
- Reducir el tiempo de reacción

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Disminuir la incertidumbre inicial

Desde el punto de vista cognitivo, anticipar reduce la carga mental en el momento crítico, ya que parte del trabajo ya está iniciado antes del contacto con el paciente.

Sin embargo, este mismo mecanismo tiene un riesgo: si no se gestiona de forma consciente, la anticipación puede convertirse en una idea fija que condicione la valoración posterior.

Es decir, el profesional puede dejar de observar lo que realmente ocurre para confirmar lo que esperaba encontrar. Esto conecta directamente con los sesgos descritos previamente, especialmente el sesgo de confirmación y la escalera de la inferencia.

Por este motivo, en el modelo SCPC, anticipar no significa asumir, sino prepararse manteniendo la flexibilidad cognitiva.

Se anticipan escenarios, pero se validan siempre con la realidad clínica.

Integración operativa

Anticipar correctamente permite que el equipo llegue con una base común, comparta un marco mental inicial y empiece a trabajar de forma coordinada desde el primer momento.

Pero esa anticipación solo es útil si se mantiene abierta a ser confirmada, modificada o descartada en función de la valoración del paciente.

10.3. Competencia inconsciente y automatización útil

En la práctica asistencial, muchas acciones se realizan de forma automática. Esto es necesario y útil.

Nadie puede pensar de forma consciente cada gesto técnico en una situación de alta presión. La automatización permite liberar carga cognitiva y actuar con rapidez.

Sin embargo, no toda automatización es adecuada.

Existe una diferencia importante entre automatizar habilidades útiles y actuar de forma automática sin cuestionar lo que se está haciendo.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

La competencia inconsciente aparece cuando una habilidad se ha entrenado lo suficiente como para ejecutarse sin esfuerzo consciente. En ese punto, el profesional ya no tiene que pensar en cómo hacer algo, lo que le permite centrarse en el contexto y en la toma de decisiones.

El problema aparece cuando se automatizan errores o cuando se actúa sin reflexión.

El algoritmo de servicio no elimina la automatización. La utiliza. Permite que las acciones técnicas estén automatizadas, pero mantiene activo el razonamiento clínico y la estructura de trabajo.

De este modo, el profesional no se limita a hacer, sino que sigue entendiendo qué está haciendo y por qué.

10.4. El algoritmo de servicio como nueva manera de trabajar

El algoritmo de servicio introduce una visión más completa y estructurada. Organiza la intervención en una secuencia lógica en la que cada paso tiene un sentido y una función concreta dentro del conjunto.

Esta estructura permite:

- Reducir la improvisación
- Mejorar la coordinación del equipo
- Integrar el razonamiento clínico en todo el proceso
- Anticipar situaciones
- Analizar lo ocurrido

No se trata de añadir complejidad, sino de ordenar lo que ya ocurre en la práctica, dándole coherencia.

Cuando esta forma de trabajar se interioriza, la asistencia deja de depender de la improvisación y pasa a ser reproducible.

10.4.1. Los 8 pasos del algoritmo de servicio

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

El algoritmo de servicio no es una secuencia rígida de acciones, sino una estructura operativa que organiza todo el proceso asistencial desde antes del contacto con el paciente hasta después de finalizar el servicio.

Lo que define este modelo no es únicamente qué se hace en cada paso, sino cómo se conecta cada uno con el siguiente, generando un proceso continuo, coherente y reproducible.

Tal y como se representa en el modelo operativo, el algoritmo se construye sobre una idea clave:

el servicio no empieza en el paciente, empieza antes. Y no termina en la intervención, termina cuando el equipo aprende.

Antes de entender cada uno de los pasos, es importante visualizar el algoritmo de servicio como un proceso completo.

No se trata de una secuencia aislada de acciones, sino de una forma estructurada de trabajar en la que cada fase tiene un sentido y está conectada con la siguiente.

Este modelo permite ordenar la asistencia desde el inicio, reducir la improvisación y mantener una coherencia en la toma de decisiones, incluso en situaciones de alta presión.

Entrenamos una manera de trabajar que hace que equipos diferentes funcionen como uno desde el primer momento.

A continuación, se representa de forma global el algoritmo de servicio SCPC.

SCPC



© Programa del curso SCPC_Simulación clínica en patient crític

Este material se distribuye bajo licencia de la propiedad intelectual. Se permite su utilización y reproducción explícita de la autora. No se permite su uso comercial ni tampoco modificaciones ni adaptaciones.

Estructura operativa del algoritmo

El algoritmo se organiza en ocho pasos que corresponden directamente con el ciclo operativo del modelo:

Anticipar → Valorar → Interpretar → Actuar → Transferir → Mejorar

Cada uno de los pasos tiene una función específica dentro del proceso, pero todos están interconectados.

1. Briefing – Anticipación y alineación del equipo

Como bien hemos dicho con anterioridad, el servicio empieza antes de ver al paciente, pero no solo en un sentido teórico. en el momento en el que el equipo decide parar unos segundos y pensar de forma conjunta.

Ese momento es el briefing.

Hasta ahora se ha explicado qué es y por qué es importante. Pero para que realmente tenga impacto, es necesario entender cómo se utiliza en la práctica y qué debe ocurrir dentro de ese espacio de tiempo.

La ficha de briefing no es un documento administrativo ni un checklist que rellenar de forma mecánica. Es una herramienta para ordenar el pensamiento del equipo y convertir la incertidumbre en una anticipación estructurada.

A continuación, se presenta la “FICHA DE BRIEFING”

FICHA DE BRIEFING

SERVICIO EXTRAHOSPITALARIO

SITUACIÓN



HORA DE ACTIVACIÓN: _____
DISTANCIA (KILÓMETROS): _____
TIPO DE VÍA: ☐ URBANA ☐ INTERURBANA ☐ DOMICILIO ☐ MONTAÑA
RIESGOS: _____

INFORMACIÓN



MOTIVO DE LA ALERTA: _____
INFORMACIÓN DISPONIBLE: _____
HISTORIA CLÍNICA/ANTECEDENTES: _____

PLAN INICIAL



POSIBLES DIAGNÓSTICOS: _____
POSIBLES TRATAMIENTOS: _____
HERRAMIENTAS COGNITIVAS: _____

ROLES DEFINIDOS



ROLES DEL EQUIPO	NOMBRE/FUNCIÓN
Líder unidad SVAE/SVA	
Follower unidad SVAE/SVA	
Líder unidad SVB	
Follower unidad SVB	
Monitor	
Medicación y técnicas	

MATERIAL A LLEVAR



MATERIAL FUNGIBLE: _____
MATERIAL NO FUNGIBLE: _____
PLAN DE EVACUACIÓN: _____

BUCLE CERRADO



DOBLE CHECK: ☐



COMUNICAMOS • CONFIRMAMOS • COORDINAMOS • ACTUAMOS

SCPC

© Programa del curso de SCPC_Simulación clínica en paciente crítico
Este material se distribuye bajo licencia de la propiedad intelectual. Se permite su utilización y reproducción explícita de la autora.
No se permite su uso comercial ni tampoco modificaciones ni adaptaciones.

Cómo utilizar la ficha de briefing en la práctica real

Cuando el equipo recibe la activación, no se trata de leer los datos y salir. Se trata de utilizar esa información para preparar la intervención.

La ficha guía ese proceso.

No hay que rellenarla entera ni escribir todo. Lo importante es que cada bloque active una forma de pensar concreta.

Situación: entender dónde nos estamos metiendo

En este primer bloque el objetivo no es describir el aviso, sino ubicarse mentalmente en el escenario.

El equipo debe hacerse preguntas como:

- ¿Dónde vamos exactamente?
- ¿Cómo vamos a acceder?
- ¿Qué tipo de entorno es?
- ¿Puede haber riesgos?

87

No es lo mismo un domicilio que una vía pública, ni un paciente solo que una escena con múltiples intervinientes o potencialmente inestable.

Este punto activa algo clave: la orientación espacial y contextual del equipo.

El cerebro empieza a situarse antes de llegar.

Información disponible: qué sabemos y qué no sabemos

Aquí aparece uno de los errores más frecuentes en la práctica real: dar por cierta la información del aviso sin cuestionarla. El sesgo cognitivo.

En este bloque no solo se recoge lo que se sabe, sino que se hace explícito lo que no se sabe.

El equipo debe entender que:

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- La información puede ser incompleta
- Puede estar sesgada
- Puede ser directamente incorrecta

Esto conecta directamente con la escalera de la inferencia.

Este paso evita algo muy peligroso: llegar al paciente con una idea cerrada.

Plan inicial: empezar a pensar antes de actuar

Este es uno de los puntos más potentes del briefing.

Aquí el equipo empieza a anticipar:

- ¿Qué puede tener el paciente?
- ¿Qué problemas pueden aparecer?
- ¿Qué intervenciones pueden ser necesarias?

No se trata de acertar, se trata de preparar el cerebro para reconocer escenarios.

Por ejemplo:

Un aviso de “paciente inconsciente en domicilio” puede activar diferentes líneas de pensamiento:

- ¿Puede ser neurológico?
- ¿Puede ser metabólico?
- ¿Puede ser tóxico?
- ¿Qué información previa tenemos en la historia clínica del paciente?

Y automáticamente el equipo empieza a pensar:

- ¿Material de vía aérea?
- ¿Monitor?
- ¿Posibles causas?

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- ¿Técnicas?

Esto genera una preparación real.

Cuando luego llegas al paciente, no empiezas desde cero. Tu cerebro ya ha recorrido caminos posibles.

Esto no es visión en túnel a la llegada, es un abanico de posibilidades abiertas en tu cerebro.

Herramientas cognitivas: entrenar la anticipación

Aquí es donde el briefing da un salto de calidad.

No se trata solo de pensar en lo que puede pasar, sino de utilizar herramientas para estructurar ese pensamiento.

Algunas de estas herramientas son:

- Plantear escenarios tipo: “si ocurre esto, hacemos esto otro”
- Definir planes alternativos (A, B, C...)
- Anticipar complicaciones
- Repartir tareas antes de que sean necesarias

89

Esto prepara el cerebro para algo fundamental:

La adaptación al cambio

Cuando la realidad no coincide con lo anticipado (que es lo habitual), el equipo no se bloquea, porque ya ha entrenado mentalmente diferentes escenarios.

Roles del equipo: llegar organizados, no organizarse al llegar

Uno de los errores más frecuentes en la asistencia real es que el equipo se organiza cuando ya está en el paciente.

Esto genera:

- Duplicidades

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Omisiones
- Caos inicial

El briefing evita eso.

Aquí se define quién hace qué.

- Quién lidera.
- Quién ejecuta.
- Quién monitoriza.
- Quién prepara medicación.

Esto no es rígido, pero sí necesario.

El equipo llega con una estructura mínima que luego se adapta a la situación real.

Material y logística: evitar perder tiempo después

Este punto es más importante de lo que parece.

Pensar qué material puede ser necesario antes de llegar evita:

- Tener que volver a la ambulancia
- Retrasos en intervenciones
- Pérdida de fluidez
- Partir el equipo

Pero además tiene un efecto cognitivo:

Obliga al equipo a visualizar la actuación. Y eso refuerza la anticipación.

Repaso en voz alta: preparar al equipo antes de ejecutar

Uno de los elementos más potentes del briefing es el repaso en voz alta.

No solo se piensa. Se verbaliza.

Esto puede incluir:

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Repasar un procedimiento o técnica que probablemente se va a realizar
- Repasar dosis de medicación
- Recordar pasos críticos
- Anticipar posibles errores

Por ejemplo:

“Si tenemos que intubar, revisamos: material, vía aérea difícil, plan B...”

Este tipo de repaso activa la memoria, reduce errores y alinea al equipo antes de actuar.

No es teoría. Es preparación real.

Bucle cerrado: asegurar que todos están en el mismo punto

El briefing no termina cuando alguien ha hablado, termina cuando todos han entendido lo mismo.

Aquí se aplica la comunicación en bucle cerrado:

- Se comparte la información
- Se confirma
- Se valida

Esto es lo que realmente construye el marco mental compartido.

Qué está ocurriendo realmente en el cerebro del equipo

Todo este proceso tiene un impacto directo a nivel cognitivo.

El briefing prepara el cerebro para:

- Anticipar
- Reconocer patrones
- Reaccionar con rapidez
- Adaptarse al cambio

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Cuando el equipo ha hecho este trabajo previo, ocurre algo muy importante:

Cuando la situación cambia, es más fácil alinearse. Porque ya existe una base común.

El equipo no tiene que empezar a pensar desde cero en mitad del caos. Ya ha empezado antes.

Ejemplo práctico

Aviso: “Varón de 35 años inconsciente en domicilio”

Sin briefing:

El equipo llega, entra, cada uno interpreta una cosa distinta y empieza a actuar sin coordinación clara.

Con briefing:

El equipo ya ha planteado:

- Posibles causas (neurológica, metabólica, tóxica)
- Necesidad de valoración rápida XABCDE vertical/horizontal
- Repaso de técnicas o procedimientos.

Al llegar:

- El líder valora (vertical)
- El equipo ya sabe qué buscar (followers)
- La actuación es más rápida
- La coordinación es inmediata

La diferencia no está en el conocimiento.

Está en la preparación.

2. Cuadrado de valoración – Entender dónde estamos y qué está pasando

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

El cuadrado de valoración constituye el primer filtro cognitivo tras la llegada al escenario. Su función no es sustituir la valoración clínica del paciente, sino preparar al equipo para hacerla mejor.

Antes de tocar al paciente, antes de colocar dispositivos y antes de entrar en la secuencia técnica del XABCDE (vertical y horizontal), el equipo necesita detenerse unos segundos y leer la situación de forma global. Esa lectura inicial es la que permite responder a una pregunta fundamental: **qué está pasando realmente y en qué sistema estamos entrando.**

Este punto es clave porque muchas veces el error no aparece en la técnica, sino antes. Aparece cuando el equipo empieza a actuar sin haber entendido el contexto, sin haber interpretado el entorno y sin haber construido una primera impresión organizada del paciente. Cuando eso ocurre, la asistencia puede volverse reactiva, desordenada y dependiente de lo primero que llama la atención.

El cuadrado de valoración evita justamente eso.

No se trata de una observación rápida y superficial. Se trata de una lectura estructurada que permite construir una visión global de la situación antes de iniciar la valoración técnica. En el modelo, esta lectura se organiza en cuatro ejes: observación, circulación, respiración e interacción. La propia imagen lo representa muy bien, porque el cuadrado no está pensado como cuatro casillas independientes, sino como cuatro entradas simultáneas de información que rodean una idea central: encontrar la primera “bombilla” que ayude a entender al paciente y al escenario.

En nada hablaremos de ello pero pensar que la bombilla es igual a **¡ALERTA DE PENSAMIENTO!**

Qué aporta realmente el cuadrado de valoración

CUADRADO DE VALORACIÓN DEL ADULTO



Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Cuando un equipo llega a un escenario, no solo se encuentra con un paciente. Se encuentra, un domicilio, unas escaleras, un ascensor, un barrio... Se encuentra con una escena, unas condiciones, unas barreras, unos riesgos, una posición del paciente, una forma de respirar, una interacción determinada y una primera impresión circulatoria. Todo eso ya está hablando antes de que empiece la valoración técnica.

El cuadrado de valoración obliga al profesional a no precipitarse. Le obliga a leer de forma organizada lo que tiene delante. Y eso cambia completamente la asistencia, porque permite empezar a pensar antes de actuar.

Su objetivo es construir una visión global de la situación que permita priorizar intervenciones, anticipar complicaciones y adaptar la actuación al contexto real. Esto aparece claramente en el documento base, donde se define como el primer filtro cognitivo tras la llegada a escena y como una herramienta para interpretar el entorno, al paciente y al sistema antes de iniciar la valoración técnica.

2.1. Observación – Dónde estamos y qué vemos

El primer eje del cuadrado es la observación. Y aquí lo importante es entender que no se trata solo de mirar. Se trata de **situarse**.

El equipo debe preguntarse: dónde estamos, qué estamos viendo, si la escena es segura y qué riesgos están presentes o pueden aparecer. Esto incluye tanto el lugar físico como las condiciones del entorno y la lógica del incidente. No es lo mismo un domicilio pequeño que una vía pública, una montaña o un espacio con barreras arquitectónicas. Tampoco es lo mismo un paciente aislado que una escena con varios intervinientes, familiares alterados o necesidad de recursos adicionales.

La observación, por tanto, no se limita a identificar si hay peligro evidente. Sirve para entender el sistema en el que se va a trabajar. En el documento se destaca precisamente eso: ubicación exacta, accesos, barreras arquitectónicas, condiciones del entorno y necesidad de otros recursos.

Aquí se activa una idea muy importante del modelo: **no solo se lee al paciente, se lee el sistema en el que se está trabajando**.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

2.2. Respiración – Cómo respira y en qué posición está

El segundo eje del cuadrado es la respiración. De nuevo, no se trata todavía de desarrollar toda la B del XABCDE, sino de obtener una primera impresión respiratoria que oriente la gravedad y ayude a priorizar.

Aquí la pregunta no es solo si el paciente respira. La pregunta es **cómo** respira. La imagen introduce muy bien esta idea cuando señala: “¿En qué posición se encuentra el paciente? Valorar escalas: Patrick y Borg”. Esto es importante porque la forma en que un paciente se coloca, su postura, su trabajo respiratorio o el uso de musculatura accesoria ya están dando mucha información antes de auscultar o monitorizar de la gravedad del paciente.

Este eje obliga al equipo a fijarse en el esfuerzo ventilatorio, en la posición de alivio, en la disnea evidente y en la impresión global del patrón respiratorio. El documento lo desarrolla justo en ese sentido: frecuencia, trabajo respiratorio, posición, uso de musculatura accesoria, disnea evidente y escalas como Borg o Patrick.

2.3. Circulación – Lo que el paciente ya está diciendo con su aspecto

El tercer eje del cuadrado es la circulación. No estamos todavía en la C del XABCDE. Aquí no se está haciendo una valoración hemodinámica completa. Lo que se está haciendo es una lectura rápida y orientada a amenazas vitales inmediatas.

La imagen lo expresa muy bien: “¿Se observa una hemorragia activa? ¿Aspecto general (coloración, perfusión)?”. Esa es la lógica exacta.

Lo primero que se busca es si existe una hemorragia evidente que pueda comprometer la vida de forma inmediata. Pero además se mira el aspecto general del paciente desde una perspectiva circulatoria: color de piel, sudoración, signos de hipoperfusión, sangrado visible. Todo ello permite construir una primera impresión muy rápida del estado circulatorio.

Este eje no pretende cerrar un diagnóstico. Su función es detectar si hay una amenaza vital inmediata o si la situación ya está apuntando hacia un compromiso circulatorio importante. El documento lo deja claro cuando plantea como preguntas clave si existe

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

hemorragia activa y si el paciente presenta signos de shock, apoyándose en indicadores como piel pálida, sudorosa o cianótica, sangrado visible y signos de hipoperfusión.

Lo importante aquí es que el equipo no empiece pensando en una cifra, sino en una impresión clínica directa: este paciente está respirando bien, está respirando mal o está haciendo un esfuerzo importante para seguir respirando.

2.4. Interacción – Qué relación tiene el paciente con el entorno

El cuarto eje del cuadrado es la interacción. Y aquí está una de las aportaciones más potentes del modelo, porque no se centra solo en el nivel de consciencia entendido de forma clásica, sino en la capacidad del paciente para interactuar con el entorno.

La imagen lo resume con una frase excelente: **“¿El paciente está despierto?”**. Es una pregunta sencilla, pero muy poderosa para el cerebro, porque obliga a fijarse en algo muy básico y muy clínico: si el paciente está consciente, si responde, si comprende, si interactúa o si hay alteración de la conducta.

La interacción es una lectura inicial del estado neurológico y conductual. Permite detectar de forma precoz si el paciente presenta agitación, confusión, incoherencia o disminución del nivel de consciencia. En el documento se remarca precisamente que la alteración de la interacción es un marcador precoz de gravedad.

Este punto es especialmente importante porque muchas veces la primera señal de que un paciente está grave no aparece en una técnica, sino en cómo está interactuando con el entorno.

2.5. El centro del cuadrado: la primera bombilla

La imagen del cuadrado coloca en el centro una bombilla, y eso no es decorativo. Es la clave del modelo.

El cuadrado de valoración no pretende completar cuatro apartados. Pretende **encender una primera bombilla (una alerta)**, es decir, generar una primera comprensión global del paciente y de la escena. A partir de esa primera lectura, el equipo puede priorizar mejor, anticipar necesidades logísticas, adaptar el material, activar recursos si hace falta y empezar la valoración técnica con mucha más dirección.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Dicho de otra forma: el cuadrado no sustituye al XABCDE, pero hace que el XABCDE empiece mejor.

Nos hace preguntar si el paciente está leve, potencialmente grave o grave

2.6. Qué cambia en la práctica cuando se utiliza bien

Cuando el cuadrado de valoración se aplica correctamente, el equipo deja de entrar “a ciegas” en la escena. Empieza a trabajar con contexto, con una primera priorización y con una lectura compartida del problema.

Eso permite reducir errores por falta de contexto, mejorar la priorización, anticipar necesidades logísticas y aumentar la seguridad del paciente y del equipo.

El cuadrado de valoración no es un detalle previo ni una observación “rápida” sin importancia.

Es el primer gran acto de interpretación clínica tras la llegada al escenario.

Permite leer el entorno, al paciente y al sistema antes de iniciar la valoración técnica. Y eso hace que todo lo que viene después tenga más sentido, más dirección y más seguridad.

97

3. Valoración XABCDE

La valoración XABCDE constituye el núcleo clínico del algoritmo de servicio. Sin embargo, en SCPC no se entiende como una simple secuencia técnica de exploración, ni como una lista de letras que deben ir completándose una tras otra. Se entiende como un proceso dinámico de toma de decisiones, liderazgo y ejecución coordinada, orientado a detectar y tratar de forma precoz las amenazas vitales del paciente.

En numerosos contextos formativos, el XABCDE se enseña como un algoritmo técnico que el profesional debe memorizar y aplicar de forma ordenada. Eso aporta estructura, pero no garantiza por sí mismo un buen rendimiento clínico. Lo que cambia realmente el resultado no es solo conocer las letras, sino saber utilizarlas como una herramienta de razonamiento y trabajo en equipo.

La finalidad de esta fase es clara: identificar y tratar de forma inmediata las amenazas vitales del paciente mediante una valoración estructurada, simultánea y orientada a la

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

acción. No se trata de valorar primero y actuar después como si fueran fases separadas. Se trata de valorar mientras se interpreta, de interpretar mientras se decide y de decidir mientras el equipo actúa.

3.1. El principio diferencial de esta fase

La aportación diferencial de SCPC en este punto no está en haber cambiado las letras del algoritmo, sino en cómo se ejecuta.

La valoración XABCDEF se desarrolla bajo una organización concreta del trabajo: liderazgo vertical y ejecución horizontal. El líder dirige, interpreta y anticipa. El equipo ejecuta técnicas, comunica y coordina. Esta forma de trabajar rompe con el modelo clásico secuencial e individual y lo transforma en un proceso colectivo, dinámico y eficiente.

Esto significa que la valoración no la hace una sola persona mientras el resto espera. Significa que el equipo funciona al mismo tiempo en dos planos. Por un lado, el líder mantiene la visión global, integra la información, detecta incoherencias y orienta la actuación. Por otro, los followers ejecutan, amplían la información con datos objetivos y mantienen el flujo comunicativo mediante bucle cerrado. La consecuencia directa de esta organización es que la valoración gana velocidad, reduce la carga cognitiva individual y mejora la consciencia situacional compartida.

98

3.2. X – Hemorragia exanguinante

La primera letra obliga al equipo a plantearse una pregunta crítica: ¿existe una hemorragia que comprometa la vida de forma inmediata? Si la respuesta es sí, cualquier otro paso se detiene. Esta es una prioridad absoluta.

La lógica aquí es muy clara: si el paciente está perdiendo sangre de forma masiva, no tiene sentido continuar avanzando por el algoritmo sin controlar primero aquello que lo está matando antes. Esta letra representa una idea fundamental de todo el modelo: la estructura existe para priorizar correctamente, no para seguir un orden rígido sin pensar.

Por eso, la X no es “la primera casilla del algoritmo”. Es la comprobación inmediata de si existe un problema que obliga a actuar en ese mismo instante. El equipo debe ser capaz de identificarlo y responder sin demora, integrando liderazgo, ejecución y comunicación.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Rol del líder:

El líder realiza una valoración visual inmediata y toma la decisión. Identifica si existe una amenaza vital evidente y prioriza la actuación sin dudar. No espera confirmaciones complejas. Si hay sospecha de sangrado crítico, actúa como tal. Además, verbaliza en voz alta la situación para alinear al equipo desde el primer momento.

Rol de los followers:

Los followers actúan de forma inmediata sobre el control de la hemorragia. Ejecutan la técnica necesaria, preparan el material y comunican continuamente lo que hacen y lo que encuentran. Aquí no hay espera: la respuesta debe ser simultánea, coordinada y orientada a detener aquello que compromete de forma inmediata la vida del paciente.

3.3. A – Vía aérea

Una vez descartada o controlada la hemorragia exanguinante, la siguiente pregunta es: ¿la vía aérea es permeable? ¿el paciente respira?

Aquí la clave no está solo en comprobar si la vía aérea está abierta en ese momento, sino en anticipar si puede dejar de estarlo. Esta idea es esencial en SCPC: no se espera al deterioro para reaccionar. Se trabaja con anticipación. El líder debe leer la situación clínica y pensar no solo en el estado actual, sino en lo que puede ocurrir a continuación. Si la vía aérea es frágil, si existe riesgo de obstrucción o si el paciente muestra un patrón que sugiere deterioro inminente, esa amenaza debe integrarse desde ese mismo momento en la estrategia del equipo.

La valoración de la vía aérea, por tanto, no es un gesto técnico aislado. Es una interpretación clínica que condiciona de forma inmediata la preparación del equipo, el material y las posibles decisiones siguientes.

Rol del líder:

El líder valora de forma directa el nivel de conciencia, la capacidad del paciente para mantener su vía aérea y la presencia de signos de obstrucción o inestabilidad. Interpreta la situación y anticipa. Si detecta riesgo, lo verbaliza y orienta la estrategia de actuación: mantener, proteger o intervenir.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Rol de los followers:

Los followers amplían la información mediante la observación directa y la identificación de signos que puedan comprometer la vía aérea. A partir de esa interpretación, ejecutan si procede las maniobras necesarias, preparan el material y mantienen una comunicación continua con el líder. Su función es convertir la sospecha clínica en una acción segura y coordinada.

3.4. B – Respiración

La siguiente fase obliga a responder a dos preguntas: ¿cómo respira el paciente? ¿existe compromiso respiratorio?

No basta con confirmar que hay respiración. Es necesario interpretar su calidad, su eficacia y su significado clínico. La respiración puede estar presente y, aun así, ser claramente insuficiente. Por eso este punto exige leer el patrón respiratorio, el esfuerzo ventilatorio, la frecuencia, la mecánica y cualquier signo precoz de insuficiencia respiratoria.

SCPC insiste aquí en algo muy importante: detectar precozmente el compromiso respiratorio. No esperar al colapso. No esperar al fallo evidente. No esperar a que la situación sea incuestionable. El equipo debe aprender a identificar los signos que anuncian el deterioro antes de que este se consolide. Esa capacidad cambia radicalmente la rapidez de la actuación y la seguridad del paciente.

100

Rol del líder:

El líder realiza una lectura clínica del patrón respiratorio, del esfuerzo ventilatorio y de la gravedad aparente. Integra la información y toma decisiones. Verbaliza lo que interpreta, anticipa la evolución y dirige la actuación según la situación clínica del paciente.

Rol de los followers:

Los followers amplían y objetivan la información respiratoria, complementando la impresión clínica del líder con datos y observaciones estructuradas. Además, ejecutan las intervenciones necesarias y comunican constantemente la respuesta del paciente. Su función es sostener la actuación respiratoria sin romper la coherencia del razonamiento global.

3.5. C – Circulación

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

En este punto la valoración se orienta a responder a dos preguntas fundamentales: ¿hay signos de shock? ¿existe compromiso hemodinámico?

La aportación importante aquí es que SCPC no trabaja esperando a la inestabilidad manifiesta. El modelo obliga a no esperar a que el paciente “se desplome” para reconocer que hay un problema circulatorio relevante. El equipo debe ser capaz de detectar precozmente el compromiso hemodinámico a partir del aspecto general, la perfusión, la respuesta circulatoria y el resto de la valoración.

Esto refuerza una de las ideas más características del algoritmo: el objetivo no es registrar hallazgos, sino identificar de forma precoz aquello que condiciona la supervivencia.

Rol del líder:

El líder integra la información clínica global, interpreta el aspecto general del paciente, la perfusión y el estado hemodinámico, e identifica patrones de gravedad. Verbaliza su interpretación, prioriza intervenciones y anticipa necesidades terapéuticas y organizativas.

Rol de los followers:

Los followers objetivan la situación circulatoria, amplían la información mediante monitorización y ejecutan las medidas necesarias según la prioridad marcada. Su función no es solo técnica, sino también comunicativa, ya que deben aportar de forma continua datos útiles para que el líder pueda integrar y decidir con precisión.

101

3.6. D – Estado neurológico

La fase neurológica se formula mediante dos preguntas clave: ¿el paciente está consciente? ¿existe deterioro neurológico?

Aquí el modelo subraya que las alteraciones neurológicas son un marcador de gravedad. No deben interpretarse como un dato secundario o aislado, sino como una señal de que algo importante está ocurriendo y de que el paciente puede encontrarse en una situación de compromiso mayor de lo que aparenta inicialmente.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

La valoración neurológica no se limita, por tanto, a medir un nivel de consciencia. Su función es integrar el estado neurológico dentro del contexto global del paciente, entender qué significado tiene y cómo modifica la prioridad de actuación.

Rol del líder:

El líder valora el nivel de consciencia de forma global, la respuesta, la coherencia y el comportamiento del paciente. Integra estos hallazgos con el resto del cuadro clínico y verbaliza su interpretación, ya que el estado neurológico condiciona decisiones inmediatas y modifica la orientación general del caso.

Rol de los followers:

Los followers amplían la valoración neurológica mediante herramientas objetivas y aportan datos que permitan afinar la interpretación. Además, ejecutan las acciones necesarias si se detecta una causa reversible o una prioridad inmediata. Todo ello debe ser comunicado de forma estructurada y útil.

3.7. E – Exposición

En la E el objetivo es claro: realizar una exploración completa del paciente y mantener el control del entorno térmico. El documento lo resume muy bien en una idea sencilla y potente: explorar sin generar daño.

Esto es especialmente relevante porque en la práctica es fácil convertir la exposición en un acto puramente mecánico. En realidad, esta fase debe equilibrar dos necesidades: por un lado, explorar lo suficiente como para no dejar sin ver información crítica; por otro, no generar una nueva agresión, especialmente en forma de hipotermia o pérdida de estabilidad.

La E recuerda que valorar también implica proteger.

Rol del líder:

El líder decide el nivel de exposición necesario, prioriza qué explorar, cuándo hacerlo y qué debe evitarse. Integra los hallazgos con el conjunto de la valoración y mantiene en todo momento la visión global del paciente.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Rol de los followers:

Los followers ejecutan la exposición, recogen la información adicional necesaria y protegen al paciente frente a daños derivados de la propia exploración. Deben comunicar cualquier hallazgo relevante y mantener el equilibrio entre exploración útil y protección.

3.8. F – Fuente de información

La F es uno de los elementos diferenciales más importantes del modelo. Su objetivo es completar la valoración con información contextual relevante procedente de familiares, testigos, entorno e historia clínica disponible.

Esta letra modifica de forma profunda la lógica clásica del algoritmo, porque introduce una idea central en SCPC: no todo está en el cuerpo del paciente. La información también salva vidas. En muchas situaciones, comprender lo que le ocurre al paciente depende tanto de los hallazgos clínicos como del contexto, de los antecedentes o de la escena.

Con ello, la valoración deja de ser exclusivamente física y pasa a ser realmente integral.

Rol del líder:

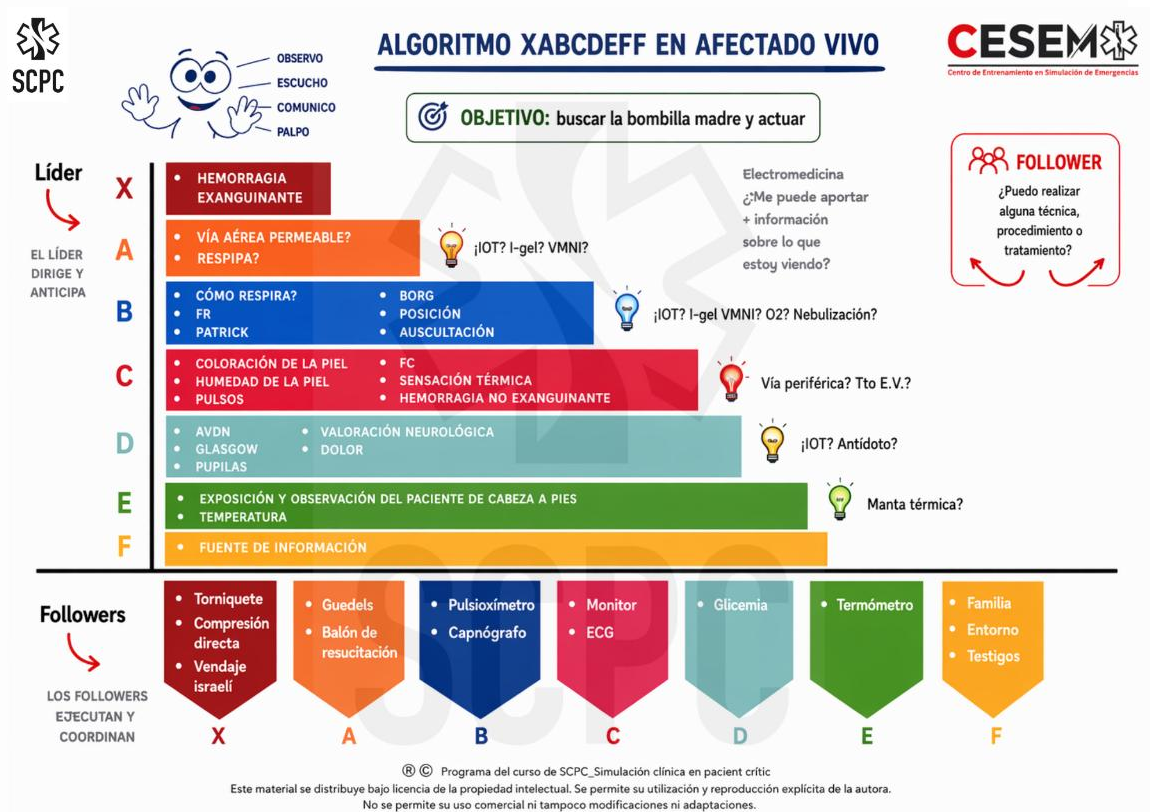
El líder dirige la recogida de información, decide qué es relevante e integra los datos clínicos y no clínicos en la interpretación global del paciente. Verbaliza hipótesis y ajusta la orientación diagnóstica según la nueva información disponible.

SCPC

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Rol de los followers:

Los followers obtienen información del entorno, de familiares, testigos y antecedentes, y



la transmiten de forma clara y útil. Su función es aportar contexto sin distorsionarlo, facilitando que el líder pueda incorporarlo al razonamiento clínico.

3.9. Buscar la “bombilla madre” y actuar

El concepto central de esta fase se resume en una frase del propio modelo: “Buscar la bombilla madre y actuar”.

Esta frase define perfectamente el sentido del XABCDEFF en SCPC. El objetivo no es completar una lista de pasos, sino detectar cuál es el problema crítico, priorizarlo y actuar de forma inmediata.

La “bombilla madre” no es un hallazgo aislado, sino la interpretación global que da sentido a la situación clínica. Es lo que permite pasar de recoger datos a entender realmente qué está ocurriendo. Sin esa integración, el algoritmo puede ejecutarse técnicamente y, aun así, no resolver el problema más importante del paciente.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

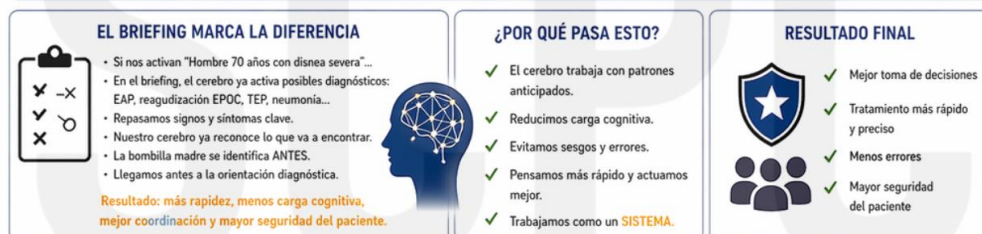
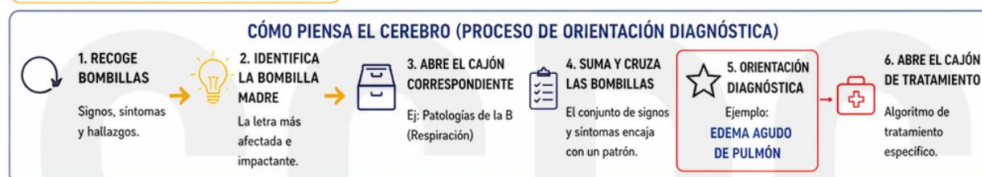
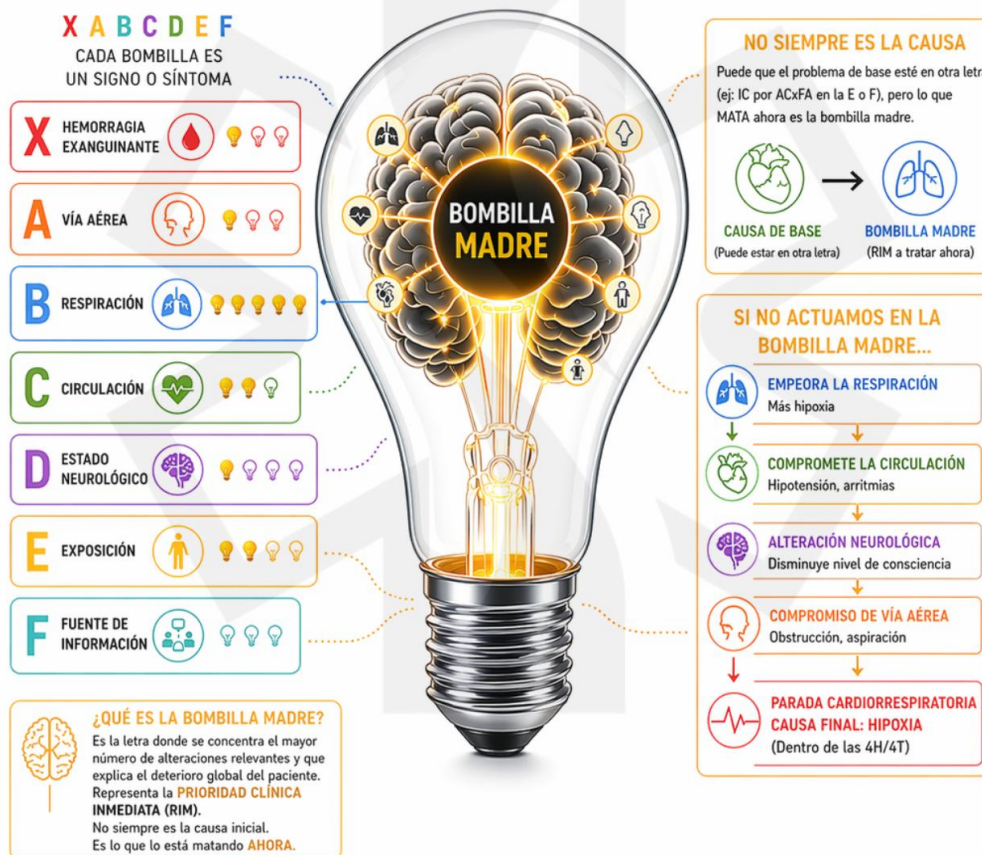
Durante toda la valoración ocurre un proceso continuo: el líder integra toda la información que el equipo va generando, los followers amplían y ejecutan, y la comunicación conecta ambos planos. El objetivo no es completar el algoritmo. El objetivo es entender qué le ocurre al paciente y actuar.



SCPC

LA BOMBILLA MADRE

ENCUENTRA • INTERPRETA • ACTÚA



Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

3.10. Integración con el equipo

Durante toda esta fase, el funcionamiento del equipo es inseparable de la valoración. El líder interpreta y anticipa. El equipo ejecuta y comunica en bucle cerrado. Esa interacción permite trabajo simultáneo, mayor rapidez, menor carga cognitiva individual y consciencia situacional compartida.

Esta es la razón por la que el XABCDE, dentro de SCPC, no puede enseñarse como una secuencia individual. Su rendimiento real depende de que el equipo trabaje como sistema.

3.11. Impacto en la práctica asistencial

La aplicación de esta valoración bajo esta estructura reduce tiempos de intervención, disminuye errores por omisión, mejora la coordinación del equipo y aumenta la seguridad del paciente. El texto base lo resume con una frase que debe mantenerse porque expresa exactamente la idea central: el BC-XABCDE no es una secuencia. Es un sistema de trabajo en equipo bajo presión.

La valoración BC-XABCDE es el momento en el que la estructura, el razonamiento clínico y el trabajo en equipo se unen de forma visible. Aquí se detectan amenazas vitales, se priorizan problemas y se empieza a construir la comprensión global del paciente. No es una fase técnica aislada, sino el núcleo operativo de todo el algoritmo de servicio.

107

4. Orientación diagnóstica

La orientación diagnóstica en el modelo SCPC no es un acto puntual ni aislado, sino el resultado de un proceso estructurado que se inicia antes del contacto con el paciente y se consolida tras la valoración clínica.

No aparece de forma súbita ni depende de la intuición individual. Es la consecuencia directa de haber trabajado con una estructura previa que permite interpretar la información de manera ordenada, lógica y compartida.

4.1. Transición desde la valoración

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Hasta este punto, el equipo ha desarrollado de forma estructurada el proceso **BC-XABCDEF**, que constituye la valoración integral del paciente crítico dentro del modelo SCPC.

Este proceso integra de forma secuencial y coherente:

- **B (Briefing):** anticipación, planificación inicial y alineación del equipo
- **C (Cuadrado de valoración):** contextualización del entorno, lectura de escena y primera impresión clínica
- **XABCDE:** identificación sistemática de amenazas vitales y recogida de datos objetivos
- **F (Fuente de información):** integración de la información contextual

Esto implica que el equipo no llega a la orientación diagnóstica desde la incertidumbre absoluta, sino con una base sólida construida a partir de:

- Información previa estructurada
- Contexto operativo claramente definido
- Signos y síntomas objetivados
- Priorización inicial ya establecida

108

A partir de este momento, el proceso evoluciona desde la recogida de información hacia la interpretación clínica.

Se pasa de ver datos a entender qué está ocurriendo.

4.2. Construcción de la orientación diagnóstica

La orientación diagnóstica se genera mediante la integración progresiva de tres niveles:

1. Anticipación (Briefing)

Generación de hipótesis iniciales, preparación ante posibles escenarios clínicos y definición de un plan preliminar.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

2. Contexto (Cuadrado de valoración)

Ajuste de la hipótesis inicial a la realidad, lectura del entorno y del sistema, identificación de limitaciones y recursos.

3. Evidencia clínica (XABCDE)

Confirmación o descarte de hipótesis, identificación de amenazas vitales y priorización de problemas clínicos.

Es en este último nivel donde se produce el cambio clave del modelo.

4.3. La bombilla madre: eje del razonamiento clínico

Durante la valoración clínica, el equipo va recogiendo múltiples signos y síntomas, lo que en el modelo se conceptualiza como “bombillas”.

Cada hallazgo es una bombilla que aporta información. Sin embargo, el objetivo no es acumular bombillas, sino interpretarlas.

El cerebro busca patrones. Detecta en qué letra del XABCDE se concentra el mayor número de alteraciones relevantes y establece un eje principal de interpretación.

Ese eje es la **bombilla madre**.

La bombilla madre es la letra donde se concentra el mayor compromiso clínico en ese momento y que explica el deterioro global del paciente.

Es fundamental entender que la bombilla madre no siempre representa la causa inicial del problema.

Representa la prioridad clínica inmediata, es decir, el Riesgo Inminente de Muerte (RIM) que debe tratarse sin demora.

4.4. Relación entre letras: comprender el sistema

En muchos pacientes, varias letras aparecen alteradas, pero no todas tienen el mismo peso clínico.

- Puede haber múltiples letras alteradas
- Pero no todas son el problema principal

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Muchas son consecuencia de una alteración dominante

El objetivo no es identificar todo lo que está mal, el objetivo es identificar qué está generando el deterioro del conjunto.

4.5. Ejemplo práctico integrado

Imaginemos un paciente que presenta:

- Disnea intensa
- Taquipnea
- Posición en trípode
- Escala de Patrick 5
- No puede terminar frases enteras
- Crepitantes bilaterales
- Cianosis peribucal

110

Hasta este punto, la mayor concentración de bombillas está en la **letra B (respiración)**.

Pero al continuar la valoración aparecen nuevos hallazgos:

- Piel pálida y diaforética
- Hipotensión
- Taquicardia arrítmica
- Alteración del nivel de consciencia
- Edemas en extremidades inferiores

El equipo ya no está ante una sola letra alterada, sino ante varias.

Aquí es donde el razonamiento clínico marca la diferencia.

La pregunta no es qué letras están alteradas.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

La pregunta es:

qué está poniendo en riesgo la vida del paciente en este momento.

La respuesta es la **B**.

La bombilla madre es la B porque es la que concentra el mayor compromiso inmediato y la que explica el deterioro progresivo del resto.

Las demás letras aportan información, pero no todas tienen el mismo significado:

- La **C** refleja la repercusión hemodinámica del cuadro. En este punto, es importante considerar que la patología de base del paciente podría estar actuando como desencadenante o como factor agravante de la situación actual, y tenerlo presente de cara a decisiones terapéuticas posteriores.
- La **E** (edemas en extremidades inferiores) orienta hacia un posible contexto de base, como una insuficiencia cardíaca, que conviene tener en mente aunque no sea el problema principal en ese momento.
- La **D** indica deterioro neurológico secundario.

111

Pero todas ellas están siendo arrastradas por una B gravemente afectada, este patrón clínico es compatible con un edema agudo de pulmón.

Sin embargo, ese edema puede no ser el origen del problema. Puede existir una fibrilación auricular rápida de base o una insuficiencia cardíaca descompensada que haya actuado como desencadenante. Pero eso no es lo prioritario en este momento.

Lo que está comprometiendo la vida del paciente es el problema de la B.

Si no se actúa sobre esa bombilla madre, el deterioro continuará en cascada:

- Aumentará la hipoxia
- Se agravará la inestabilidad hemodinámica
- Disminuirá el nivel de consciencia
- Se comprometerá la vía aérea
- El paciente evolucionará hacia una parada cardiorrespiratoria

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

El mecanismo final más probable será la hipoxia, dentro de las 4H/4T.

4.6. Integración con el briefing: por qué llegamos antes

Este mismo caso permite entender el papel del briefing dentro del modelo.

Si la activación hubiese sido:

“Hombre de 70 años con disnea severa”

Durante el briefing, el equipo habría anticipado diferentes escenarios clínicos:

- Edema agudo de pulmón
- Reagudización de EPOC
- Neumonía
- Tromboembolismo pulmonar

En ese momento, el equipo no solo nombra patologías. Activa patrones.

Repasa signos y síntomas, anticipa necesidades y prepara el cerebro para reconocer lo que va a encontrar.

Cuando posteriormente realiza la valoración XABCDE, las bombillas no aparecen como información nueva.

Ya han sido anticipadas.

El cerebro reconoce el patrón:

- Disnea
- Crepitantes
- Trípod
- Incapacidad para hablar

Y eso permite identificar antes la bombilla madre y llegar antes a la orientación diagnóstica.

No porque se piense más rápido.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Sino porque el pensamiento ya estaba preparado.

4.7. Definición operativa

La orientación diagnóstica es una hipótesis clínica dinámica, basada en la integración de datos, que permite guiar de forma inmediata el tratamiento y la toma de decisiones.

No es un diagnóstico definitivo.

Es una herramienta operativa para actuar bajo presión.

4.8. Elemento diferencial del modelo SCPC

El modelo introduce un cambio clave:

- El diagnóstico empieza antes del contacto con el paciente
- La toma de decisiones se basa en estructura, no en reacción
- Se integran datos clínicos y contextuales
- El pensamiento es compartido

No se trata de que una persona piense mejor, se trata de que el equipo piense como un sistema.

4.9. Relación con la seguridad del paciente

La estructura BC-XABCDEF reduce errores frecuentes:

- Sesgo de anclaje
- Cierre prematuro
- Visión en túnel
- Sobrecarga cognitiva

Porque obliga a estructurar, compartir y revisar el pensamiento.

4.10. Aplicación operativa

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

La orientación diagnóstica debe ser:

- Explícita: el líder la verbaliza
- Compartida: todo el equipo la entiende
- Dinámica: se revisa continuamente

4.11. Impacto en la práctica asistencial

Este enfoque permite:

- Mayor rapidez en la toma de decisiones
- Mayor precisión diagnóstica
- Mejor coordinación
- Mayor seguridad del paciente

El BC-XABCDEF no es el final de la valoración, es la base sobre la que se construye la orientación diagnóstica i esta no aparece al final. Se empieza a construir en el briefing, se ajusta en el contexto, se objetiva en la valoración y se define cuando el equipo identifica la bombilla madre.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT
No llegamos al diagnóstico por intuición. Llegamos por estructura.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA – MODELO SCPC
DE LOS DATOS A LA DECISIÓN CLÍNICA



5. Tratamiento

El tratamiento no se entiende como una fase posterior a la valoración, sino como un proceso dinámico que comienza desde los primeros momentos del contacto con el paciente y evoluciona en paralelo al razonamiento clínico.

Aquí, el equipo:

- Valora
- Interpreta
- Decide
- Actúa

Todo al mismo tiempo.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

El equipo no espera a tener “todo claro” para empezar a tratar. Empieza a actuar desde el inicio, pero lo hace con una lógica clara y compartida.

5.1. Relación con el proceso previo

Para entender bien el tratamiento, primero hay que entender de dónde viene.

El tratamiento no aparece de forma aislada. Es la consecuencia directa de todo lo que el equipo ha hecho antes:

- Briefing (Anticipación)
- Cuadrado de valoración (Contexto)
- XABCDE (Datos clínicos)
- Orientación diagnóstica (Interpretación)

Esto significa que:

La calidad del tratamiento depende directamente de la calidad del proceso previo.

Si el proceso previo está mal hecho, el tratamiento será errático, si el proceso está bien estructurado, el tratamiento será claro y dirigido.

5.2. El papel del briefing en el tratamiento

Vamos una vez más con que el briefing no sirve solo para organizarse, sirve para preparar al equipo para actuar antes de ver al paciente.

Imaginemos que la activación es:

“Hombre de 70 años con disnea severa”.

Antes de llegar al paciente, el equipo ya está pensando:

- Qué puede estar pasando
- Qué se puede encontrar
- Qué tendrá que hacer

En ese momento, aparecen diferentes escenarios posibles:

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Edema agudo de pulmón
- Reagudización de EPOC
- Neumonía
- Tromboembolismo pulmonar

Y junto a esos escenarios, el equipo empieza a anticipar:

- Qué material necesitará
- Qué técnicas puede tener que realizar
- **Qué tratamiento podría aplicar (apoyándose en herramientas cognitivas para la seguridad del paciente)**

Cuando el equipo llega al paciente y comienza la valoración XABCDE, no empieza desde cero. El cerebro ya tiene referencias.

Por eso, cuando aparecen las bombillas, no solo las observa, las reconoce y eso permite que, cuando se identifica la bombilla madre, el tratamiento aparezca de forma más rápida, más clara y más coherente.

5.3. Relación directa con la bombilla madre

La bombilla madre indica cuál es el problema prioritario en ese momento. Y por tanto:

Define qué hay que tratar primero. Esto es clave.

En muchos pacientes hay múltiples alteraciones, pero no todas tienen el mismo peso.

Volviendo al ejemplo del paciente con disnea:

Puede presentar:

- Insuficiencia cardíaca
- Fibrilación auricular
- Edema agudo de pulmón

Pero la pregunta no es:

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

“¿Qué tiene el paciente?”

La pregunta es:

Qué le está poniendo en riesgo de muerte ahora mismo.

Y la respuesta es:

La insuficiencia respiratoria.

Por eso, el tratamiento se dirige primero a la B, no porque sea la única alteración, sino porque es la más relevante en ese momento.

5.5. Tratamiento como proceso continuo

El tratamiento no es una fase cerrada, es un proceso continuo, una adaptación constante.

Mientras el equipo actúa:

- Sigue valorando
- Sigue interpretando
- Sigue tomando decisiones

Esto implica que:

- Si el paciente mejora, el tratamiento se ajusta
- Si el paciente empeora, el tratamiento cambia
- Si aparece nueva información, se reorienta

5.6. Ejecución dentro del equipo

El tratamiento no lo realiza una sola persona, lo realiza el equipo de forma coordinada.

El líder:

- Interpreta la situación
- Prioriza intervenciones
- Dirige la estrategia terapéutica

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

- Anticipa la evolución

Los followers:

- Ejecutan técnicas
- Aportan datos objetivos
- Comunican resultados
- Mantienen el bucle cerrado

Esto permite que el tratamiento avance sin detener el razonamiento clínico.

5.7. Claves operativas del tratamiento en SCPC

El tratamiento eficaz dentro de este modelo se basa en:

- Priorización de intervenciones con impacto en la supervivencia
- Coordinación eficiente del equipo
- Reevaluación constante
- Adaptación continua a la evolución del paciente

119

No se trata de hacer más, se trata de hacer lo correcto en el momento adecuado.

5.8. Impacto en la práctica asistencial

Este enfoque permite:

- Mayor precisión en las intervenciones
- Reducción de errores técnicos y de decisión
- Optimización del tiempo en situaciones críticas
- Mejora de los resultados clínicos

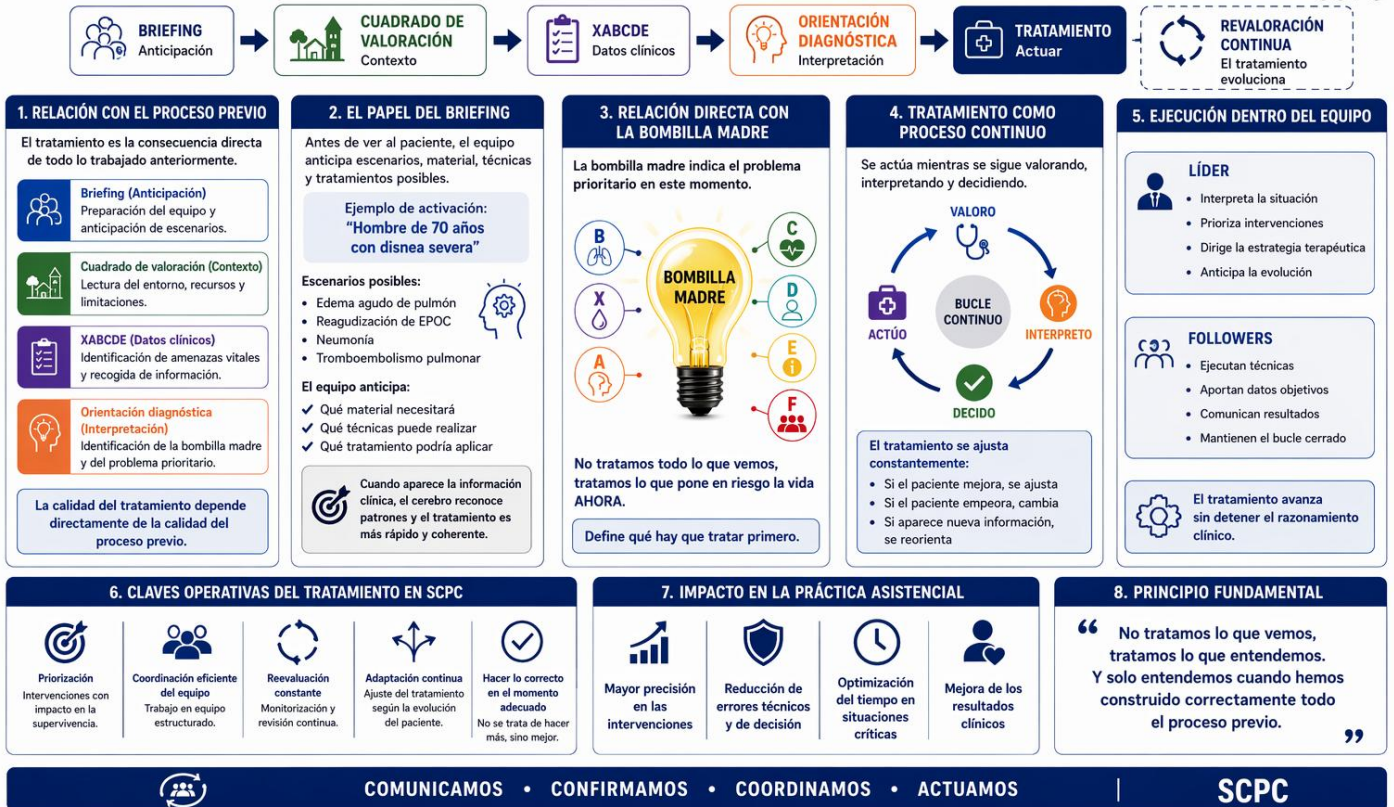
No tratamos lo que vemos, tratamos lo que entendemos. Y solo entendemos cuando hemos construido correctamente todo el proceso previo.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

La calidad del tratamiento depende directamente de la calidad del razonamiento que lo precede.

TRATAMIENTO – MODELO SCPC

ACTUAR DESDE EL PRIMER MOMENTO • PENSAR, DECIDIR Y ACTUAR EN PARALELO



© Programa del curso de SCPC_Simulación clínica en paciente crítico
Este material se distribuye bajo licencia de la propiedad intelectual. Se permite su utilización y reproducción explícita de la autora.
No se permite su uso comercial ni tampoco modificaciones ni adaptaciones.

6. Evacuación

La evacuación no aparece al final del proceso como una consecuencia tardía de lo que ha ocurrido, sino como una decisión clínica que empieza a construirse desde el primer momento.

Esto cambia completamente la forma de trabajar. En muchos entornos, el equipo valora, trata y, cuando ya tiene claro lo que ocurre, entonces se plantea cómo evacuar. Aquí no. Aquí el equipo entiende que el tiempo, el entorno y la logística forman parte del problema clínico desde el inicio.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Durante **el cuadrado de valoración**, el equipo ya está leyendo no solo al paciente, sino el sistema en el que está trabajando. Eso implica situarse en el espacio real:

Dónde estamos, cómo se accede, qué limitaciones existen, qué riesgos hay y qué recursos pueden ser necesarios.

No es lo mismo un paciente crítico en un domicilio con ascensor amplio que en un cuarto sin ascensor en un quinto piso. No es lo mismo una vía pública despejada que un entorno con tráfico, montaña o múltiples víctimas. Todo eso condiciona la asistencia tanto como la clínica.

Por eso, antes incluso de tocar al paciente, el equipo ya se está haciendo preguntas operativas clave:

Cómo lo vamos a evacuar, qué material vamos a necesitar, si necesitamos apoyo de otros servicios y qué dificultades vamos a encontrar.

Este planteamiento permite algo fundamental: **anticiparse**.

Anticiparse en este punto, significa activar recursos antes de necesitarlos, evitar tiempos muertos, reducir improvisación y preparar el escenario para cuando llegue el momento crítico. El equipo no espera a decidir evacuar para pensar cómo hacerlo. Cuando llega ese momento, ya lo tiene pensado.

Una vez realizada la valoración completa (BC-XABCDE) y construida la orientación diagnóstica, la evacuación deja de ser logística y pasa a ser claramente clínica.

Se decide en base a la gravedad del paciente, al riesgo de deterioro, a la respuesta al tratamiento y a la necesidad de recursos hospitalarios.

Aquí aparecen tres decisiones fundamentales:

1. Cuando evacuar.
2. A dónde evacuar.
3. En qué condiciones evacuar.

No todos los pacientes necesitan salir inmediatamente, pero los que lo necesitan no pueden esperar a que el equipo se organice. Esa es la diferencia.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

La evacuación, por tanto, tiene una doble dimensión inseparable:

Por un lado, una anticipación operativa que ocurre desde el inicio, durante la lectura del entorno. Por otro, una decisión clínica, que se toma una vez entendido el problema del paciente.

Cuando ambas cosas están alineadas, el equipo gana tiempo, reduce errores y mejora la seguridad.

Evacuar no es mover a un paciente. Es continuar tratándolo en el lugar adecuado.

EVALUACIÓN OPERATIVA SCPC

DECIDIR BIEN, EVACUAR SEGURO



PRINCIPIOS CLAVE



SEGURIDAD
PRIMERO



COMUNICACIÓN
CONSTANTE



COORDINACIÓN
DEL EQUIPO



PLANIFICACIÓN
FLEXIBLE



PACIENTE
EN EL CENTRO



PLANIFICAMOS ANTES, ACTUAMOS JUNTOS, LLEGAMOS SEGUROS

7. Transferencia de paciente

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

La transferencia de paciente no es simplemente un momento de comunicación entre equipos. Es un punto crítico de la asistencia donde se decide si todo lo que se ha hecho hasta ese momento se mantiene... o se pierde.

En este modelo, la transferencia no se plantea como un resumen de lo ocurrido, sino como una herramienta estructurada para garantizar la continuidad asistencial.

No se trata de contar lo que hemos hecho, se trata de preparar al siguiente equipo para lo que tiene que hacer.

Para conseguirlo, la transferencia se organiza mediante una estructura clara y reproducible:

“4A SCPC” → Activación – Análisis – Actuación – Actualización

Esta secuencia no es arbitraria. Es la traducción directa de todo el proceso asistencial en un lenguaje útil para quien recibe al paciente.

Activación

La transferencia comienza situando al equipo receptor en el origen del caso.

Aquí se responde a una pregunta muy sencilla pero fundamental:

¿Por qué estamos aquí? ¿Por qué nos han activado?

Se explica el motivo de la alerta, el tipo de incidente y el contexto inicial. No es un detalle menor. El contexto condiciona la interpretación clínica.

Ejemplo:

“Nos han activado a las 7:08 de la mañana por hombre de 70 años con disnea severa”

Con esta información, el equipo receptor ya empieza a construir una idea inicial. No parte de cero.

Análisis

Aquí se explica qué se ha encontrado. Pero no todo, solo lo relevante, solo lo que cambia decisiones.

Se trasladan los hallazgos clave del BC-XABCDE, el estado inicial del paciente y los signos más importantes.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Ejemplo:

“A nuestra llegada presenta disnea severa, no puede terminar frases, Patrick 5, uso de musculatura accesoria. Crepitantes bilaterales en bases. Saturación baja. Taquicárdico, hipotenso, piel pálida y diaforética. Disminución del nivel de conciencia progresiva.”

Esto permite al equipo receptor entender rápidamente la gravedad y el problema principal.

Actuación

En este punto se responde a:

¿Qué se ha hecho y cómo ha respondido el paciente?

No es un listado de técnicas. Es una línea de actuación lógica con un marco mental compartido.

Ejemplo:

“Se inicia oxigenoterapia de alto flujo, posteriormente ventilación con presión positiva. Se canaliza vía periférica, se administra tratamiento para probable edema agudo de pulmón. Mejora parcial de la saturación, pero persiste trabajo respiratorio elevado.”

Esto permite al equipo receptor no repetir intervenciones innecesarias y entender qué ha funcionado y qué no.

Actualización

Este es el punto más importante.

Aquí se responde a:

¿Cómo está el paciente ahora?

Porque lo que condiciona la actuación del siguiente equipo no es lo que pasó, sino **la situación actual**, observando la evolución.

Ejemplo:

“Actualmente el paciente tiene una mejora considerable, a disminuido el patrón respiratorio, esta más alerta y la saturación de oxígeno esta estable.”

Esto orienta directamente la siguiente decisión clínica.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Qué conseguimos con esta estructura

Cuando la transferencia se realiza de esta manera:

- El equipo receptor entiende rápidamente la situación
- No pierde tiempo reconstruyendo el caso
- Puede continuar la asistencia sin errores
- Se reduce el riesgo de omisiones
- Se mejora la seguridad del paciente

Qué errores evita

Esta estructura evita problemas muy habituales:

- Información desordenada
- Mensajes caóticos
- Omisión de datos relevantes
- Repetición innecesaria de actuaciones
- Decisiones incorrectas por falta de contexto

La transferencia no es el final del proceso. Es el punto donde se valida si todo lo anterior ha servido realmente para algo.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Si el siguiente equipo no entiende al paciente mejor que tú cuando llegaste, la transferencia ha fallado.

TRANSFERENCIA ESTRUCTURADA SCPC

MODELO 4A



126

El servicio no termina cuando dejas al paciente, termina cuando el siguiente equipo puede continuar sin perder nada.

8. Debriefing operativo (post-servicio)

El debriefing es probablemente uno de los elementos más infravalorados en la práctica real, y al mismo tiempo uno de los que más impacto tiene en el rendimiento del equipo.

No se plantea como una sesión formal ni como un análisis largo. Se plantea como una herramienta operativa inmediata.

Una pausa breve. Cinco minutos. Lo suficiente para convertir la experiencia en mejora.

Después de cada servicio, el equipo se detiene y se hace tres preguntas tanto de habilidades técnicas como de no técnicas:

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

1. Qué ha funcionado bien.
2. Qué se puede mejorar.
3. Qué se va a cambiar para el siguiente servicio.

No es una reflexión teórica. Es una decisión práctica.

1. Qué repetiríamos tal cual.
2. Qué no ha ido del todo bien.
3. Qué haremos diferente desde ya.

Este último punto es el que marca la diferencia. Si no hay cambio, no hay mejora.

El debriefing se realiza entre compañeros, sin jerarquías rígidas, sin juicio y sin culpabilización. **Se analiza el trabajo, no a las personas (recordar, trabajamos para los pacientes, no para los compañeros.).** No se trata de buscar errores individuales, sino de entender cómo ha funcionado el sistema.

Y hay algo importante: no se analiza todo. Solo lo relevante. Solo lo que realmente aporta.

Se puede hacer en la ambulancia, al salir del servicio o antes de volver a estar operativos. No requiere estructura compleja, pero sí intención.

Lo que se entrena se mejora.

Lo que no se revisa, se repite.

El debriefing cierra el servicio, pero al mismo tiempo abre el siguiente.

PLUS
¿QUÉ HA FUNCIONADO BIEN?



- ¿Qué hicimos bien?
- ¿Qué contribuyó al éxito?
- Reconocer fortalezas
- Reforzar lo positivo

DELTA
¿QUÉ PODEMOS MEJORAR?



- ¿Qué no salió como esperábamos?
- ¿Qué dificultó el proceso?
- Identificar áreas de mejora
- Analizar sin culpar

ACCIÓN
¿QUÉ VAMOS A CAMBIAR?



- ¿Qué acciones concretas tomamos?
- ¿Qué haremos diferente?
- Compromisos claros
- Aplicarlo en el próximo servicio

REGLAS DEL DEBRIEFING



RESPECTO
Y ESCUCHA



CONFIDENCIALIDAD
ABSOLUTA



ENFOQUE
EN EL APRENDIZAJE



CONSTRUYE,
NO DESTRUYE



BREVE, CLARO
Y EFECTIVO



“LO QUE NO SE REvisa, SE REPITE. LO QUE SE ANALIZA, SE MEJORA.”

Y cuando las habilidades técnicas y no técnicas se integran, el servicio deja de ser una suma de acciones y se convierte en una coreografía: como en la Quinta Sinfonía de Beethoven, donde la tensión inicial evoluciona hacia el orden, el equipo transforma el caos en una intervención estructurada y eficaz, funcionando como una sola unidad para cambiar el pronóstico del paciente.

11. EL CICLO SCPC

11.1. Introducción al ciclo operativo

Hasta ahora hemos ido construyendo una forma de trabajar muy concreta: primero el briefing, después la valoración, luego la toma de decisiones, el tratamiento, la evacuación, la transferencia y finalmente el debriefing. Visto así, es fácil pensar que se trata de una secuencia ordenada, como si el equipo fuera avanzando de un paso a otro de forma lineal.

Pero cuando esto ocurre en la práctica real, no sucede de esa manera.

Cuando un equipo se enfrenta a un paciente crítico, no va “terminando fases” para empezar otras. No deja de pensar para actuar, ni deja de actuar para valorar. Todo ocurre al mismo tiempo. Mientras uno observa, otro actúa. Mientras el equipo interviene, alguien está interpretando lo que está pasando. Mientras se toma una decisión, ya se está anticipando la siguiente.

Lo que realmente está ocurriendo no es una secuencia, es un proceso continuo. Un ciclo que empieza antes de ver al paciente y que no se detiene cuando el paciente se va. Un ciclo que se repite en cada servicio, en cada decisión y en cada momento de la atención, independientemente de la gravedad que creamos que tiene la situación para poder romper el sesgo cognitivo y estar preparados. Y que, aunque muchas veces no seamos conscientes, está siempre presente.

El algoritmo que hemos trabajado organiza lo que hacemos. Nos da una estructura clara para actuar en situaciones complejas. Nos permite no perdernos cuando la situación se complica.

Pero el ciclo explica algo más profundo. Explica cómo pensamos, cómo tomamos decisiones y cómo funciona un equipo cuando hay presión, incertidumbre y tiempo limitado.

El modelo SCPC se basa en ese ciclo:

Anticipar, valorar, interpretar, actuar, transferir y mejorar.

No como pasos separados, sino como partes de un mismo proceso que se repite constantemente y que se solapan entre sí.

11.2. El ciclo en la práctica

Para entenderlo bien, no hay que memorizarlo, hay que imaginarlo en una situación real.

Antes de llegar al paciente, el equipo ya está pensando. Recibe una activación, aunque sea breve, y automáticamente empieza a construir posibles escenarios. Qué puede estar pasando, qué puede encontrar, qué puede necesitar. Se organizan, reparten funciones, revisan material. Sin darse cuenta, ya están dentro del ciclo.

Están anticipando.

Cuando llegan al paciente, lo primero que hacen no es actuar sin más. Observan, escuchan, tocan, preguntan. Empiezan a recoger información. Miran el entorno, leen la escena, valoran al paciente. Están construyendo una imagen de lo que está ocurriendo.

Están valorando.

Pero mientras valoran, su cerebro no está en blanco. Está intentando entender. Está relacionando lo que ve con lo que sabe, buscando patrones, comparando situaciones. Empiezan a darle sentido a la información.

Están interpretando.

Y en ese mismo momento, empiezan a actuar. No porque “toque”, sino porque lo que han entendido les lleva a intervenir. Deciden qué es prioritario, por dónde empezar, qué puede esperar y qué no. Aplican técnicas, pero no de forma automática, sino con una intención clara.

Están actuando.

Mientras todo esto ocurre, el proceso no se detiene. El paciente cambia, la información cambia, la situación evoluciona. El equipo sigue valorando, sigue interpretando y sigue ajustando lo que hace. Y cuando llega el momento de pasar el paciente a otro equipo, no se limita a explicar lo ocurrido, sino que transmite lo necesario para que el proceso continúe.

Están transfiriendo.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Y cuando el servicio termina, el ciclo no se cierra sin más. El equipo se detiene un momento y revisa lo que ha pasado. Qué ha funcionado, qué no, qué harían diferente la próxima vez. No es una reflexión teórica, es una decisión práctica.

Están mejorando.

11.3. Qué cambia cuando se trabaja en ciclo

La diferencia no está en hacer cosas distintas, La diferencia está en cómo se hacen.

Cuando un equipo no tiene estructura, todo esto también ocurre, pero de forma desordenada. Se anticipa poco, se valora sin un objetivo claro, se interpreta con sesgos, se actúa por inercia y se comunica de forma incompleta. **Y lo más importante, no se aprende de forma consciente.**

En cambio, cuando el equipo entiende que está trabajando dentro de un ciclo, todo cambia.

Empieza a anticipar de forma activa. Valora con intención. Interpreta con criterio. Actúa con dirección. Transfiere con claridad. Y mejora de forma continua.

No porque haga más cosas, sino porque entiende mejor lo que se está haciendo, tienes fundamento y razonamiento. Se hace conciencia.

El algoritmo organiza la acción y el ciclo organiza el pensamiento.

Y cuando ambos están alineados, el equipo deja de reaccionar ante lo que ocurre y empieza a trabajar con estructura, criterio y anticipación.

¡Al final solo se trata de hacer lo básico, bien hecho!

12. SCPC EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA

12.1. La PCR como escenario de máxima exigencia

La parada cardiorrespiratoria es uno de los escenarios más exigentes de toda la atención al paciente crítico. El paciente está en situación de muerte clínica, el tiempo es limitado y cada segundo que pasa sin una actuación eficaz disminuye las probabilidades de supervivencia. La presión es inmediata, constante y compartida por todo el equipo.

Sin embargo, es fundamental entender bien qué tipo de exigencia implica este escenario.

La PCR es extremadamente grave, pero no es el escenario más complejo desde el punto de vista del razonamiento clínico. A diferencia del paciente crítico no parado, donde el equipo debe interpretar signos, integrar información incompleta y tomar decisiones con incertidumbre, en la parada cardiorrespiratoria el marco de actuación está mucho más definido. Existen algoritmos claros, interiorizados por la mayoría de profesionales tras múltiples formaciones en soporte vital avanzado.

El equipo no tiene que descubrir qué le ocurre al paciente, el equipo tiene que ejecutar correctamente lo que ya sabe. Y esto cambia completamente el foco.

Porque en la PCR, el problema principal no es el conocimiento, el problema es el rendimiento del equipo bajo presión.

12.2. Por qué la PCR no es solo técnica

La formación tradicional en parada cardiorrespiratoria ha estado centrada en la técnica. Se enseña el algoritmo, se practican maniobras y se entrena la secuencia. El profesional aprende qué hacer y cuándo hacerlo.

Pero cuando se analiza lo que ocurre en la práctica real, aparece una diferencia clara entre saber y hacer.

Los equipos conocen el algoritmo, pero las compresiones se interrumpen más de lo debido, la desfibrilación se retrasa, la medicación no se sincroniza correctamente y, sobre todo, falta una dirección clara durante la reanimación. No es un problema de desconocimiento. Es un problema de ejecución en contexto real.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

La parada cardiorrespiratoria no es solo técnica porque la técnica no se aplica en condiciones ideales. Se aplica en un entorno de alta presión, con múltiples estímulos, con carga emocional y con varios profesionales actuando a la vez.

Lo que determina la calidad de la reanimación no es solo qué se hace, sino cómo se organiza el equipo para hacerlo.

Por eso, el modelo SCPC-PCR no sustituye el SVA. Lo ordena a nivel de equipo.

Lo integra dentro de una estructura de trabajo que permite que el algoritmo sea realmente ejecutable cuando más falta hace.

12.3. Trabajo en equipo bajo máxima presión

En una parada cardiorrespiratoria, el equipo no puede funcionar como una suma de profesionales que realizan tareas aisladas. Tiene que comportarse como un sistema.

Desde el primer momento, alguien asume el liderazgo. No como una cuestión jerárquica, sino como una función clínica imprescindible. El líder es quien mantiene la estructura, organiza el trabajo, controla el tiempo y anticipa lo que va a ocurrir. No está centrado en hacer técnicas, sino en pensar, decidir y comunicar.

133

Mientras tanto, el resto del equipo trabaja en paralelo, dependiendo del número de profesionales se podría orientar de la siguiente manera:

1. Uno inicia compresiones sin esperar.
2. Otro coloca monitor y desfibrilador.
3. Otro prepara accesos y medicación.
4. Otro organiza la vía aérea.

Esa estructura es el XABCDE adaptado a PCR, que no actúa como un algoritmo secuencial, sino como un eje vertical de pensamiento que permite al líder mantener orden, priorizar y verbalizar decisiones. El equipo, en horizontal, ejecuta tareas concretas alineadas con ese marco, sin necesidad de reconstruir todo el razonamiento en cada momento.

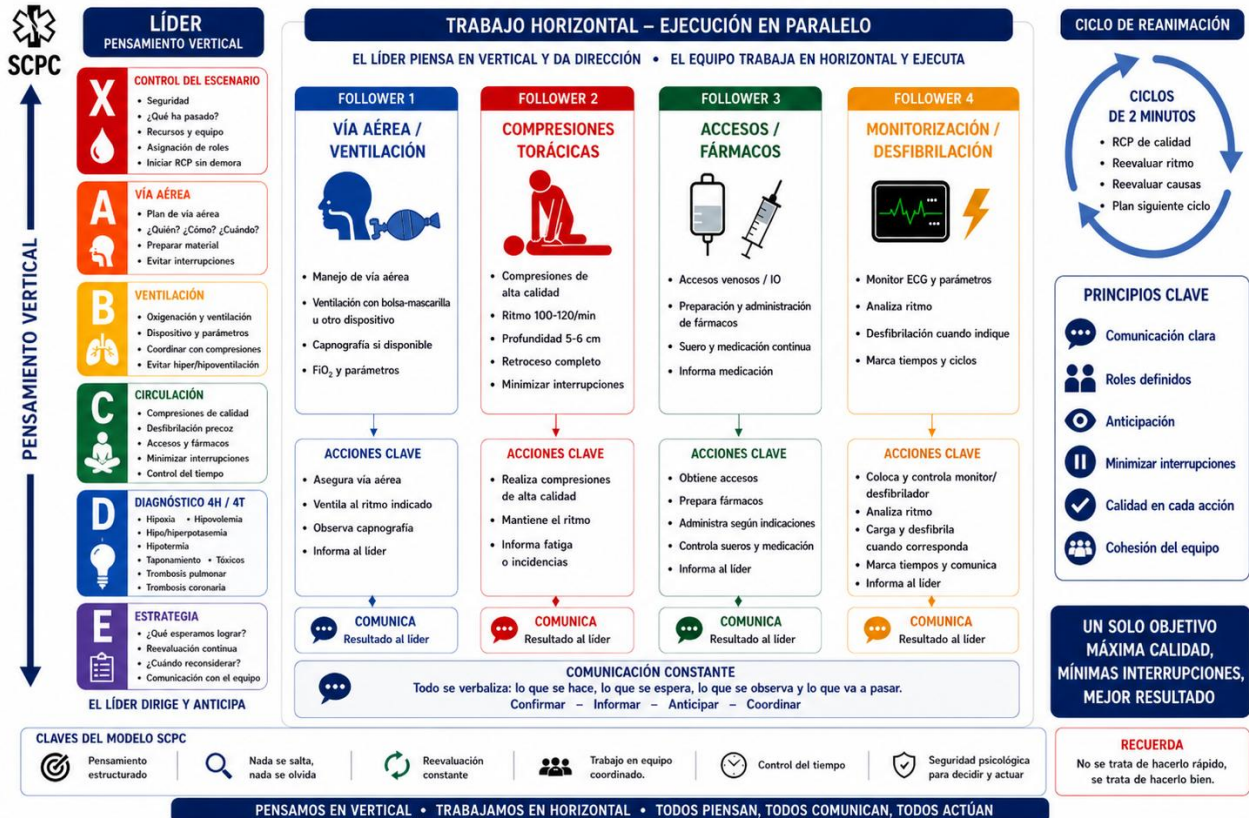
12.4. Integración del SVA dentro del modelo SCPC

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Para entender cómo se aplica el modelo SCPC en una parada cardiorrespiratoria, es clave apoyarse en una representación clara de cómo trabaja realmente el equipo. La imagen

SCPC EN PARADA CARDIORRESPIRATORIA

PENSAR EN VERTICAL • TRABAJAR EN HORIZONTAL



muestra de forma visual algo que, si no se explica bien, suele generar mucha confusión: la diferencia entre pensar y actuar, y cómo ambas cosas ocurren al mismo tiempo.

***El líder se puede convertir en líder y follower 1 dependiendo del tipo de liderazgo escogido en el servicio.**

En el lado izquierdo aparece el eje vertical, que representa el pensamiento del líder. Este eje no es una lista de tareas, sino una estructura mental que permite organizar el caos. El líder está o no ejecutando técnicas, está interpretando lo que ocurre, tomando decisiones y anticipando lo siguiente. Su función es dar sentido a todo lo que está pasando mientras el equipo trabaja.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

En una PCR, ese eje vertical se organiza en torno a un XABCDE adaptado al contexto de parada.

La **X** ya no es una comprobación como en el paciente traumático. Aquí representa el control del escenario. El líder necesita entender rápidamente dónde está, qué recursos tiene, cuántos intervinientes hay, si el entorno es seguro y si la situación está bajo control. No se trata solo del paciente, sino del sistema en el que se está trabajando. Sin ese control inicial, todo lo demás se desordena.

La **A** deja de ser simplemente “**vía aérea permeable**” y pasa a convertirse en un plan. El paciente no protege la vía aérea, pero eso no significa que haya que intervenir sin criterio. El líder decide qué estrategia de vía aérea se va a seguir, quién la va a realizar y en qué momento, siempre sin comprometer el elemento más importante de toda la reanimación: las compresiones.

La **B** se centra en la **ventilación**. No en valorar cómo respira el paciente, porque no lo hace, sino en cómo el equipo va a ventilar. El líder decide el tipo de soporte ventilatorio, el ritmo, la coordinación con las compresiones y anticipa posibles dificultades.

La **C** es el núcleo de la **parada cardiorrespiratoria**. Aquí el líder no está haciendo compresiones, pero sí está controlando su calidad, el tiempo, las pausas, la indicación de desfibrilación y la integración de fármacos. Es quien mantiene el ritmo de la reanimación y evita que el equipo se desorganice.

La **D** introduce **el diagnóstico** en un momento donde muchas veces se deja de pensar. Aquí el líder integra la búsqueda de causas reversibles (**4H y 4T**) dentro del proceso. No como un paso aislado, sino como un razonamiento continuo que puede cambiar completamente la evolución del paciente.

Y la **E** representa la **estrategia global**. Qué estamos haciendo, hacia dónde vamos, qué esperamos conseguir y cuándo debemos replantearnos la situación. Es la capa que conecta todas las anteriores y permite que la actuación tenga sentido.

Mientras todo esto ocurre en vertical, el lado derecho de la imagen muestra lo que sucede en horizontal.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Aquí está el resto del equipo.

Los followers no están pensando el algoritmo completo. Están ejecutando tareas concretas, bien definidas y coordinadas. Uno se encarga de compresiones, otro de monitorización, desfibrilación y apoyo a la vía aérea, otro de accesos y medicación. Cada uno tiene una función clara y trabaja en paralelo con el resto del equipo, pero con escucha y observación activa. Capacidad de comunicación y cambio; distribución de tareas.

Esto es clave para entender el modelo.

El líder piensa y organiza, el equipo ejecuta y comunica.

****Recordar que hay diferentes tipos de liderazgo y la actuación se realizará en base a ello.***

Y ambos planos están conectados constantemente.

El líder no actúa en silencio. Verbaliza lo que ocurre, lo que espera y lo que va a pasar. El equipo no actúa de forma aislada. Responde, confirma y aporta información.

Además, la imagen refleja algo fundamental: el equipo no se mueve de forma lineal. No se trata de ir pasando por letras como si fueran casillas. Se trata de sostener una estructura mientras se actúa de forma simultánea. Mientras se comprime, se ventila. Mientras se monitoriza, se desfibrila. Mientras se canaliza una vía, se administra medicación. Y todo ello ocurre sin perder el control global.

Por eso, el mensaje final que aparece en la imagen resume perfectamente el modelo:

Pensar en vertical - Trabajar en horizontal.

Y cuando se entiende, la parada cardiorrespiratoria deja de ser un escenario caótico para convertirse en un proceso estructurado, coordinado y mucho más eficaz.

12.5. SCPC-PCR como aplicación específica del modelo

La parada cardiorrespiratoria no es una excepción dentro del modelo SCPC. Es el escenario donde todo el modelo se pone a prueba bajo máxima presión.

El equipo anticipa desde el briefing, se organiza antes de llegar, identifica la situación en segundos y entra en modo operativo sin perder tiempo. A partir de ahí, trabaja dentro de un

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

ciclo continuo donde se anticipa, se actúa, se reevalúa y se reajusta la estrategia de forma constante.

El liderazgo se hace explícito.

La comunicación es constante.

El tiempo se controla.

Las acciones se sincronizan.

Y todo esto ocurre mientras se ejecuta el soporte vital avanzado.

Aquí aparece la idea más importante de todo este capítulo, y es clave que quien lea esto la entienda bien.

Aunque la parada cardiorrespiratoria es un escenario de máxima exigencia, no es el más complejo desde el punto de vista del razonamiento clínico pero sí a nivel de comunicación y trabajo en equipo.

El paciente más difícil a nivel cognitivo, no es el que está parado, es el que todavía no lo está.

Por eso, el verdadero valor de este modelo no está solo en mejorar la reanimación, sino en entrenar una forma de trabajar que después se pueda aplicar al paciente crítico no parado, donde la incertidumbre es mayor y el razonamiento clínico es mucho más exigente.

La parada cardiorrespiratoria no es el escenario donde más hay que pensar, es el escenario donde mejor hay que trabajar en equipo.

13. LA EXIGENCIA REAL DEL PACIENTE CRÍTICO



Este algoritmo no es un esquema. Es una declaración de exigencia. Es la representación fiel de lo que ocurre cuando un equipo se enfrenta a un paciente crítico. Y aquí hay una idea clave que debes integrar desde el inicio: la complejidad no cambia si el paciente está vivo o en parada. Cambia el contexto, cambian las decisiones, pero el nivel de exigencia cognitiva, técnica y humana es el mismo.

En ese momento, tu cerebro entra en máxima actividad. No solo ejecutas, piensas, priorizas, anticipas e interpretas de forma simultánea. No hay pausas reales. No hay tiempo para “pararse a analizar” como en un entorno teórico. Todo ocurre en continuo. Y para poder sostener ese nivel, necesitas algo más que conocimiento: necesitas entrenamiento real.

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Todo lo técnico (protocolos, algoritmos, procedimientos) forma parte de una estructura que has ido construyendo con el tiempo. Son patrones que, bien entrenados, emergen sin esfuerzo consciente. Es lo que llamamos competencia inconsciente: hacer lo correcto sin tener que pensar en cada paso. Pero esto, por sí solo, no garantiza un buen resultado.

Porque hay una parte que no es fija. La comunicación no es un protocolo. Es una herramienta viva, dinámica, cambiante. Depende de las personas, del contexto, del momento. No se ejecuta, se construye. Y es precisamente ahí donde los equipos fallan o destacan. Puedes tener un nivel técnico excelente y, aun así, fracasar como equipo si no eres capaz de alinear lo que piensas con lo que comunicas.

Por eso este modelo exige tanto. Porque no se trata de hacer bien una técnica aislada. Se trata de integrar pensamiento, acción y comunicación en tiempo real, bajo presión, con incertidumbre y con consecuencias directas sobre la vida del paciente.

Entrenar esto no es opcional. Es la única forma de poder sostener ese nivel cuando realmente importa.

Y aquí está el punto clave: si estás aquí, es porque eres capaz. Todo lo que necesitas ya está en ti: conocimiento, experiencia, capacidad de adaptación. Este entrenamiento no va de empezar de cero, va de ordenar, integrar y llevar al máximo nivel lo que ya sabes hacer.

Porque la excelencia no aparece en el momento crítico; La excelencia se entrena.

SCPC

14. CONCLUSIÓN

Después de todo lo que has leído, es importante entender una cosa muy concreta: este manual no describe una suma de técnicas, ni un conjunto de pasos que hay que memorizar. Describe una forma de trabajar. En la práctica real, el paciente no sigue un orden, la información no aparece estructurada y el tiempo nunca es suficiente. Por eso, lo que realmente marca la diferencia no es saber qué hacer, sino ser capaz de organizar lo que está pasando mientras está pasando, tomar decisiones con sentido y coordinar a un equipo en un entorno de presión.

El modelo SCPC nace exactamente de esa necesidad. No intenta simplificar la realidad, porque la realidad es compleja, sino dar una estructura que permita moverse dentro de esa complejidad sin perder el control. El briefing no es solo una preparación, es el inicio del pensamiento clínico. El cuadrado de valoración no es mirar, es entender dónde estás. El XABCDEF no es una lista, es una herramienta para detectar lo que mata. La orientación diagnóstica no es poner un nombre, es construir una hipótesis que permita actuar. El tratamiento no es aplicar técnicas, es intervenir con criterio. La evacuación no es trasladar, es decidir en el momento adecuado. La transferencia no es explicar, es asegurar que el siguiente equipo pueda continuar sin perder nada. Y el debriefing no es revisar, es mejorar para el siguiente paciente.

Todo esto, en la realidad, no ocurre por fases. Ocurre a la vez. Se solapa. Se adapta. Se corrige constantemente. Por eso el modelo se entiende como un ciclo. Porque el equipo no deja de anticipar, valorar, interpretar, actuar, transferir y mejorar en ningún momento. Y cuando esto se interioriza, ocurre algo importante: el equipo deja de reaccionar y empieza a anticiparse, deja de trabajar por tareas y empieza a trabajar con una visión compartida, deja de depender de acciones individuales y empieza a funcionar como un sistema.

Ese es el verdadero cambio. No es aprender algo nuevo, es trabajar de forma diferente.

Porque al final, lo que determina el resultado no es solo lo que sabes, sino cómo piensas cuando todo se complica, cómo decides cuando hay incertidumbre y cómo trabajas con otros cuando la presión es máxima. Y ahí es donde el modelo SCPC tiene sentido. No es un

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

curso más. No es un protocolo más. Es una estructura para que los equipos funcionen mejor cuando realmente importa.

Y si hay que quedarse con una sola idea de todo este manual, que sea esta:

No se trata de hacer más cosas, se trata de hacerlas con sentido, en equipo y en el momento adecuado.

15. BIBLIOGRAFIA

La presente bibliografía recoge las principales bases conceptuales, científicas y pedagógicas que sustentan el modelo SCPC, integrando evidencia en simulación clínica, habilidades no técnicas, aprendizaje, comunicación y guías clínicas internacionales.

Crespi R. *Modelo SCPC – Simulación Clínica en Paciente Crítico: desarrollo metodológico y aplicación en entrenamiento de equipos en entornos de alta presión.*

Rudolph J.W., Simon R., Dufresne R.L., Raemer D.B. *There's no such thing as "nonjudgmental" debriefing: a theory and method for debriefing with good judgment.* Simulation in Healthcare.

Rudolph J.W., Raemer D.B., Simon R. *Establishing a safe container for learning in simulation.* Simulation in Healthcare.

Dieckmann P., Gaba D., Rall M. *Deepening the theoretical foundations of patient simulation as social practice.* Simulation in Healthcare.

Gaba D.M. *The future vision of simulation in healthcare.* Simulation in Healthcare.

Lateef F. *Simulation-based learning: Just like the real thing.* Journal of Emergencies, Trauma and Shock.

Issenberg S.B., McGaghie W.C., Petrusa E.R., Gordon D.L., Scalese R.J. *Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review.* Medical Teacher.

McGaghie W.C., Issenberg S.B., Cohen E.R., Barsuk J.H., Wayne D.B. *Does simulation-based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education?* Academic Medicine.

Kolb D.A. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development.*

Ericsson K.A. *Deliberate practice and acquisition of expert performance.* Psychological Review.

Flin R., O'Connor P., Crichton M. *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills.*

Simulación Clínica en Paciente Crítico HNT

Yule S., Flin R., Paterson-Brown S., Maran N. *Non-technical skills for surgeons in the operating room: a review of the literature*. Surgery.

Salas E., Sims D.E., Burke C.S. *Is there a “Big Five” in teamwork?* Small Group Research.

Leonard M., Graham S., Bonacum D. *The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care*. Quality and Safety in Health Care.

Haerckens M.H.T.M., Jenkins D.H., van der Hoeven J.G. *Crew resource management in the ICU: the need for culture change*. Annals of Intensive Care.

Institute of Medicine. *To Err is Human: Building a Safer Health System*.

Bridge® – Instituto de la Comunicación. *Modelo Bridge® de estilos de comportamiento y comunicación aplicados al liderazgo y trabajo en equipo*.

European Resuscitation Council. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2025*.

American Heart Association. *Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care*.

National Association of Emergency Medical Technicians (NAEMT). *Advanced Medical Life Support (AMLS)*

SCPC