



REVISTA DE REVISTAS

En aras de cumplir nuestra misión de difundir las prácticas sobre Seguridad del Paciente, hechos, acontecimientos, reflexiones, pensamientos que nos llevan a pensar que es posible colaborar y co-construir sistemas de salud seguros para pacientes y profesionales.

Colocamos en vuestras manos publicaciones del ultimo tiempo. Se presenta la traducción de casi todo el texto publicado en la revista de origen.

Dr. Hugo Guajardo Guzmán
Editor Revista Chilena de
Seguridad del Paciente

revista@fspchile.org



FRONTIERS IN HUMAN FACTORS: INTEGRATING HUMAN FACTORS AND ERGONOMICS TO IMPROVE SAFETY AND QUALITY IN LATIN AMERICAN HEALTHCARE SYSTEMS

Carlos Aceves-González¹, Yordán Rodríguez², Carlos Manuel Escobar-Galindo³, Elizabeth Pérez⁴, Beatriz Gutierrez-Moreno⁵, Sue Hignett⁶ And Alexandra Rosewall Lang⁷

1- Centro de Investigaciones en Ergonomía, Universidad de Guadalajara, Mexico. 2- National School of Public Health, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. 3- Human Factors Research Group, University of Nottingham, UK. 4- Industrial Engineering School, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. 5- Gerencia de Calidad, Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Juan I. Menchaca, Mexico. 6- School of Design & Creative Arts, Loughborough University, UK, and. 7- Human Factors Research Group, Faculty of Engineering, University of Nottingham, UK

International Journal for Quality in Health Care, 2021, 33(S1), 45-50

Address reprint requests to: Carlos Aceves-González. Calzada Independencia Norte 5075, Guadalajara, 44250 Mexico.

Tel: +52 3312023000, ext 38552; Fax: +52 331378860;

E-mail: c.aceves@academicos.udg.mx

Antecedentes:

La importancia de los factores humanos/ergonomía (HFE) está bien establecida en todos los sistemas de alta fiabilidad, pero su aplicación en el sector sanitario es relativamente reciente. En muchos sectores, países de renta baja/media (PRMB) van a la zaga de los países económicamente más desarrollados en la aplicación de esta ciencia de la seguridad, debido a la falta de recursos

y, en algunos casos, a la concienciación y los conocimientos técnicos.

La mayoría de las aplicaciones anteriores de la HFE estaban relacionadas con la ergonomía laboral y no con la seguridad sanitaria.

Métodos:

El artículo detalla cómo se está desarrollando la reputación de la HFE dentro de las comunidades sanitarias de América Latina (LatAm), a través de una mayor concienciación y comprensión de su papel como ciencia de la seguridad en el sector sanitario. Comienza articulando la necesidad de la HFE y luego proporciona ejemplos de México, Colombia y Perú.

Resultados:

Los ejemplos prácticos para la investigación y la educación ilustran el desarrollo de la conciencia de la importancia de la HFE para los sectores sanitarios de América Latina y la apreciación de su valor para mejorar la calidad de los servicios sanitarios y la seguridad de los pacientes a través de la atención sanitaria. Una nueva Red Latinoamericana de Red de HFE en los Sistemas de Salud (RELAESA) se formó en 2019, que ha proporcionado una plataforma de asesoramiento sobre HFE durante la pandemia de COVID-19.

Conclusión:

Existe una oportunidad real en LatAm y en otros servicios de salud de países de ingresos bajos y medios para lograr un progreso de forma más rápida y sostenible en la atención sanitaria de la HFE que en los servicios sanitarios de los países más desarrollados.

Palabras clave:

Factores humanos, atención sanitaria, PIBM, mejora, seguridad del paciente, ergonomía de los sistemas.



CHARACTERISING THE TYPES OF PAEDIATRIC ADVERSE EVENTS DETECTED BY THE GLOBAL TRIGGER TOOL - CARETRACK KIDS

Peter D Hibbert^{1, 2, 3}, William B Runciman^{1, 2, 3}, Andrew Carson-Stevens⁴, Peter Lachman⁵, Gavin Wheaton⁶, Andrew R Hallahan⁷, Adam Jaffe^{8, 9}, Les White^{1, 8}, Stephen Muething¹⁰, Louise K Wiles^{1, 2, 3}, Charlotte J Molloy^{1, 2, 3}, Anita Deakin³, Jeffrey Braithwaite¹

¹Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University, New South Wales, Australia ²Australian Centre for Precision Health, Allied Health and Human Performance, University of South Australia, Adelaide, Australia. ³South Australian Health and Medical Research Institute (SAHMRI), Adelaide, Australia. ⁴Division of Population Medicine, School of Medicine, Cardiff University, Cardiff, UK. ⁵International Society for Quality in Health Care, Dublin, Ireland. ⁶Division of Paediatric Medicine, Women's and Children's Hospital, North Adelaide, Australia. ⁷Children's Health Queensland Hospital and Health Service, Herston, Australia. ⁸University of New South Wales, Sydney, Australia. ⁹Department of Respiratory Medicine, Sydney Children's Hospital, Sydney Children's Hospital Network, Randwick, Australia ¹⁰Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, USA

Corresponding Author: Jeffrey Braithwaite, Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University, Level 6, 75 Talavera Road, New South Wales 2109, Australia. Jeffrey.braithwaite@mq.edu.au

<https://doi.org/10.1177/2516043520969329>

Journal of Patient Safety and Risk Management

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2516043520969329>

Volume: 25 issue: 6, page(s): 239-249

Article first published online: November 1, 2020; Issue published: December 1, 2020

Introducción: Un método habitual para conocer los acontecimientos adversos (EA) es la revisión de las historias clínicas mediante la herramienta de desencadenamiento global (GTT). Sin embargo, estos estudios generalmente informan de las tasas de daño. El objetivo de este estudio es caracterizar los EA pediátricos detectados por la GTT mediante enfoques descriptivos y cualitativos.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de niños de 0 a 15 años para detectar la presencia de daños mediante la GTT. Se tomaron muestras de registros de 2012-2013 de pacientes hospitalizados, departamentos de emergencia, práctica general y prácticas pediátricas especializadas en tres estados australianos. Las enfermeras llevaron a cabo una revisión de cada registro y si se sospechaba de un EA, un médico realizó una revisión de verificación de un resumen creado por la enfermera. Se realizó un análisis de contenido cualitativo del resumen de los EA verificados.

Resultados: Se detectó un total de 232 EA de los 6.689 registros revisados. Más de cuatro quintas partes de los EA (193/232, 83%) provocaron un daño menor al paciente. Casi la mitad (112/232, 48%) estaban relacionados con la medicación o los líquidos intravenosos. De ellos, el 83% (93/112) fueron reacciones adversas a medicamentos. Los problemas con dispositivos/equipos médicos fueron los siguientes más frecuentes, con casi dos tercios (32/51, 63%) de ellos relacionados con dispositivos intravenosos. Los problemas asociados a los procesos/procedimientos clínicos comprenden uno de cada seis EA (38/232, 16%), de los cuales los problemas de diagnóstico (12/38, 32%) y las complicaciones del procedimiento (11/38, 29%) fueron los más frecuentes.

Conclusión: Las reacciones adversas a los medicamentos y los problemas con las vías intravenosas son EA identificados con frecuencia, lo que refleja su uso común en pediatría. El enfoque cualitativo adoptado en este estudio permitió caracterizar los tipos de EA, lo cual es un requisito previo para desarrollar y priorizar las mejoras en la práctica.

Palabras clave: Seguridad del paciente, pediatría, herramienta de activación global, acontecimientos adverso.



DISSEMINATING A PATIENT-CENTERED EDUCATION BUNDLE TO REDUCE MISSED DOSES OF PHARMACOLOGIC VENOUS THROMBOEMBOLISM (VTE) PROPHYLAXIS TO A COMMUNITY HOSPITAL

Oluwafemi P Owodunni^{1*}, Brandyn D Lau^{2, 3, 4, 5*}, Dauryne L Shaffer^{1, 6}, Danielle McQuigg⁷, Deborah Samuel⁷, Mindy Kantsiper⁷, James E Harris, Jr⁷, Deborah B Hobson^{1, 4, 6}, Peggy S Kraus⁸, Kristen LW Webster⁹, Christine G Holzmüller^{1, 4}, Mujan Varasteh Kia¹, Michael B Streiff^{4, 10}, Elliott R Haut^{1, 4, 5, 11, 12}

1- Department of Surgery, The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, USA 2- Russell H. Morgan Department of Radiology and Radiological Science, The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, USA 3- Division of Health Sciences Informatics, The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, USA 4- Armstrong Institute for Patient Safety and Quality, Johns Hopkins Medicine, Baltimore, USA 5- Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, USA 6- Department of Nursing, The Johns Hopkins Hospital, Baltimore, USA 7- Howard County General Hospital, Johns Hopkins Medicine, Baltimore, USA 8 - Department of Pharmacy, The Johns Hopkins Hospital, Baltimore, USA 9 - Process Improvement Department, University of Louisville, Louisville, USA 10 - Division of Hematology, Department of Medicine, The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, USA 11 - Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, USA 12 - Department of Emergency Medicine, The Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, USA Baltimore, USA

Corresponding Author: Brandyn D Lau, Russell H. Morgan Department of Radiology and Radiological Science, The Johns Hopkins University School of Medicine, 600 North Wolfe Street, Radiology 127, Baltimore, MD 21287, USA. blau2@jhmi.edu

<https://doi.org/10.1177/2516043520969324>

Journal of Patient Safety and Risk Management

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2516043520969324>

Volume: 26 issue: 1, page(s): 22-28

Article first published online: November 4, 2020;

Issue published: February 1, 2021

Introducción: El Tromboembolismo venoso (TEV) es una de las principales causas de daños evitables en los pacientes hospitalizados. Sin embargo, con frecuencia se omiten muchas dosis de profilaxis farmacológica de la TEV prescritas. Se investigó el efecto de un paquete educativo centrado en el paciente sobre las dosis omitidas de profilaxis de la TEV en un hospital comunitario.

Métodos: Se realizó un análisis pre-post en el que se examinaron las dosis perdidas de profilaxis de la ETV en un hospital comunitario. Una alerta en tiempo real del sistema de registro de salud electrónico facilitó la entrega de una intervención de paquete de educación del paciente. Se incluyeron todas las visitas de pacientes en una sola planta en las que se prescribió al menos 1 dosis de profilaxis de TEV durante los periodos de intervención previos (1 de enero de 2018 - 31 de noviembre de 2018) y posteriores (1 de enero - 31 de junio de 2019). Los resultados incluyeron cualquier dosis omitida (primario) y las razones de las dosis omitidas (rechazo, otros [secundarios]) y se compararon entre ambos periodos.

Resultados: Se incluyeron 1.614 visitas de pacientes. La proporción de cualquier dosis olvidada disminuyó significativamente (13,8% frente a 8,2% [OR, 0,56; IC del 95%, 0,48, 0,64]) entre los periodos pre-post intervención. El rechazo del paciente fue el motivo más frecuente de la pérdida de dosis. En el período posterior a la intervención, el rechazo del paciente disminuyó significativamente del 8,8% al 5,0% (OR, 0,54; IC del 95%, 0,46, 0,64). Del mismo modo, otras razones para la pérdida de dosis disminuyeron significativamente del 5,0% al 3,2% (OR, 0,62; IC del 95%, 0,51, 0,77).

Conclusiones: Un paquete educativo centrado en el paciente y activado por alertas en tiempo real, desarrollado y probado en un hospital académico, redujo significativamente las dosis omitidas de profilaxis farmacológica de la ETV prescrita cuando se difundió en un hospital comunitario.

Palabras clave: Dosis omitidas, tromboembolismo venoso, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, centrado en el paciente.



INTUBATION PRACTICES AND ADVERSE PERI-INTUBATION EVENTS IN CRITICALLY ILL PATIENTS FROM 29 COUNTRIES

Vincenzo Russotto, MD1.2; Sheila Nainan Myatra, MD3; John G. Laffey, MD, MA4.5; et al Elena Tassistro, MS1.6; Laura Antolini, PhD1.6; Philippe Bauer, MD, PhD7; Jean Baptiste Lascarrou, MD, PhD8; Konstanty Szuldrzy ski, MD, PhD9; Luigi Camporota, MD10; Paolo Pelosi, MDeleven; Massimiliano Sorbello, MD12; Andy Higgs, MD13; Robert Greif, MD14.15; Christian Putensen, MD16; Christina Agvald-Öhman, MD, PhD17; Athanasios Chalkias, MD, PhD18; Kristaps Bokums, MD19; David Brewster, MD20.21; Emanuela Rossi, MS1.6; Roberto Fumagalli, MD1.22; Antonio Pesenti, MD2. 3; Giuseppe Foti, MD1.2; Giacomo Bellani, MD, PhD1.2; for the INTUBE Study Investigators

JAMA. 2021; 325 (12): 1164-1172. doi: 10.1001 / jama.2021.1727

Resumen: La importancia La intubación traqueal es una de las intervenciones más realizadas y de mayor riesgo en los pacientes críticos. La información disponible sobre los eventos adversos peri-intubación es limitada.

Objetivo: Evaluar la incidencia y la naturaleza de los acontecimientos adversos periintubación y valorar la práctica actual de la intubación en pacientes críticos.

Diseño, entorno y participantes: El estudio internacional de observación para comprender el impacto y las mejores prácticas del manejo de la vía aérea en pacientes críticos (INTUBE) fue un estudio de cohortes internacional, multicéntrico y prospectivo que incluyó a pacientes consecutivos en estado crítico sometidos a intubación traqueal en las unidades de cuidados intensivos (UCI), los servicios de urgencias y las salas, desde el 1 de octubre de 2018 hasta el 31 de julio de 2019 (el 28 de agosto de 2019 fue el seguimiento final) en una muestra de conveniencia de 197 centros de 29 países de los 5 continentes.

EXPOSICIONES: INTUBACIÓN TRAQUEAL.

Resultados y medidas principales: El resultado primario fue la incidencia de eventos adversos mayores peri-intubación definidos como al menos 1 de los siguientes eventos que ocurrieron dentro de los 30 minutos desde el inicio del procedimiento de intubación: inestabilidad cardiovascular (ya sea: presión sistólica <65 mm Hg al menos una vez, <90 mm Hg durante >30 minutos, nueva o aumento de la necesidad de vasopresores o bolo de fluidos >15 mL/kg), hipoxemia severa (saturación de oxígeno periférica <80%) o paro cardíaco. Los resultados secundarios incluyeron la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos.

Resultados: De los 3.659 pacientes examinados, se incluyeron 2.964 (edad media, 63 años; rango intercuartil [IQR], 49-74 años; 62,6% hombres) de 197 centros de los 5 continentes. El motivo principal de la intubación fue la insuficiencia respiratoria en el 52,3% de los pacientes, seguido del deterioro neurológico en el 30,5% y la inestabilidad cardiovascular en el 9,4%. Se dispuso de datos de resultados primarios para todos los pacientes. Entre los pacientes del estudio, el 45,2% experimentó al menos un acontecimiento adverso importante peri intubación. El acontecimiento predominante fue la inestabilidad cardiovascular, observada en el 42,6% de todos los pacientes sometidos a intubación de urgencia, seguida de la hipoxemia grave (9,3%) y la parada cardíaca (3,1%). La mortalidad global en la UCI fue del 32,8%.

Conclusiones y relevancia: En este estudio observacional de las prácticas de intubación en pacientes críticos de una muestra de conveniencia de 197 centros de 29 países, se observaron con frecuencia importantes acontecimientos adversos peri intubación, en particular inestabilidad cardiovascular.



FINAL DRAFT GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021-2030

The final draft of Global Patient Safety Action Plan is presented for the consideration of WHA74.

<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

Antecedentes: “Reconociendo que mejorar y garantizar la seguridad de los pacientes es un reto creciente para la prestación de servicios sanitarios a nivel mundial, la 72ª Asamblea Mundial de la Salud adoptó en 2019 la resolución WHA72.6 sobre la acción mundial en materia de seguridad de los pacientes. En ella se instaba a los Estados Miembros -y, en su caso, a las organizaciones regionales de integración económica-, entre otras cosas, a reconocer la seguridad del paciente como una prioridad sanitaria en las políticas y programas del sector de la salud.

La Asamblea de la Salud también pidió a la Directora General, entre otras cosas, que formulara un plan de acción mundial para la seguridad del paciente en consulta con los Estados Miembros y todas las partes interesadas pertinentes, incluido el sector privado, para presentarlo a la 74.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2021 por conducto del Consejo Ejecutivo en su 148.ª reunión.

En respuesta, la Secretaría ha iniciado la elaboración de un proyecto de plan de acción mundial para la seguridad del paciente. El plan de

acción tiene por objeto proporcionar a los Estados Miembros y a otras partes interesadas un marco orientado a la acción para facilitar la aplicación de intervenciones estratégicas en materia de seguridad del paciente en todos los niveles de los sistemas de salud a nivel mundial durante los próximos 10 años (2021-2030).

El proyecto de plan de acción proporcionará una dirección estratégica a todas las partes interesadas para mejorar la seguridad de los pacientes en su ámbito de actuación mediante acciones políticas y la aplicación de recomendaciones en el punto de atención. El proyecto de plan de acción proporcionará una lista de acciones sugeridas para los gobiernos, la sociedad civil, las organizaciones internacionales, las organizaciones intergubernamentales, la Secretaría y, sobre todo, para los centros de salud”..

Nota de la Redacción: Esta iniciativa OMS, se posiciona como la más importante guía para mostrar el camino en Seguridad del Paciente 2021-2030.

Este documento pretende instar a los lectores a comprender la finalidad, los puntos fuertes y las limitaciones de la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.