Patient Safety MOVEMENT

NEW2020 THE PATIENTS SAFETY MOVEMENT FOUNDATIO'NS ACTIONABLE PATIENT SAFETY SOLUTION (APPS)

FSP Chile

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 3 - NÚMERO 1 - AÑO 2020 - ISSN 2452-4468

EN ESTE NÚMERO:

MARY GAMBLE Y EL JUEZ CARDOZO
Dra. Edita Falco de Torres

THE PATIENT SAFETY MOVEMENT FOUNDATION'S ACTIONABLE PATIENT SAFETY SOLUTIONS (APSS)
Donna M. Prosser

METODOLOGÍA DE LA GESTIÓN DE RIESGOS SEGÚN NORMA ISO 31000:2018
Ing. Com. Mg. SP Paola - Dr. Hugo Guajardo Guzmán

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.
CONCEPTOS Y APLICACIÓN EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.
Bioq. Karina Fiezzoni

PRÁCTICAS RECOMENDADAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
Resumen de Conferencia realizada en primeras Jornadas Región Patagónica – Seguridad de Pacientes - Neuquén, Argentina 29 de noviembre 2019
Dr. Fabián Vítolo - Dr. Hugo Guajardo G.

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
VOLUMEN 3 | NÚMERO 1 | AÑO 2020
ISSN 2452-4468

SUMARIO

EDITORIAL PÁG.04

PRÓLOGO PÁG.07

NADIE ESTÁ EXENTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS,
INCLUSO LOS QUE TRABAJAMOS EN SALUD.., A MÍ TAMBIÉN ME PASÓ.
Jessica Ortiz Caro

MARY GAMBLE Y EL JUEZ CARDOZO PÁG.10
Dra. Edita Falco de Torres

THE PATIENT SAFETY MOVEMENT FOUNDATION'S
ACTIONABLE PATIENT SAFETY SOLUTIONS (APSS) PÁG.16
Donna M. Prosser

METODOLOGÍA DE LA GESTIÓN DE RIESGOS SEGÚN NORMA ISO 31000:2018 PÁG.18
Ing. Com. Mg. SP Paola Martínez Osorio - Dr. Hugo Guajardo Guzmán

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.
CONCEPTOS Y APLICACIÓN EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS. PÁG.30
Bioq. Karina Fiezzoni

PRÁCTICAS RECOMENDADAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE PÁG.42
Resumen de Conferencia realizada en primeras Jornadas Región Patagónica
– Seguridad de Pacientes Neuquén, Argentina 29 de noviembre 2019
Dr. Fabián Vítolo - Dr. Hugo Guajardo G.

NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP PÁG.53

REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL
Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ EDITORIAL
Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ CIENTIFICO
Dr. Luis López Valenzuela
Ing. Com. Paola Martínez Osorio
EU Gladys Osorio Uribe
EU Yasna Oppliger Negrón
QF Mariela Valenzuela Guajardo
QF Sergio Hernández Muñoz
TM Adriana Van Weezel Herrera
TM Valeska Abarca Arce
Kglo. Gonzalo Hormazabal Rioseco
Mat. María Angélica Cifuentes Canales
Nut. Pamela Herrera González

PRESIDENTA CAPITULO QUÍMICOS FARMACÉUTICOS
QF. Ximena Alarcón T.

PRESIDENTE CAPITULO DE ENFERMERAS
EU Maritza Fuenzalida M.

PRESIDENTA CAPITULO TECNÓLOGOS MÉDICOS
TM Eglia Marisol Morales B.

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL: NIMBO
DISEÑO:
(5411) 6041-3930 - www.nimbodg.com.ar -
hola@nimbodg.com.ar

Fundación para la Seguridad del Paciente -Chile
www.fspchile.org

Institucional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO:
CALIDAD, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y ACREDITACIÓN PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

21 HORAS PEDAGÓGICAS | **100% ONLINE**

Curso gratuito por invitación | educacion@fspchile.org

www.fspchile.org

Foto de Personas creado por freepik - www.freepik.es

FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 3 | NÚMERO 1 | AÑO 2020

ISSN 2452-4468

EDITORIAL

Estimados lectores

*Se escribe esta editorial cuando el **coronavirus, llamado COVID-19,** cobra vidas en el mundo transformándose en una pandemia y marcando con su corona a **720.117 personas** y dando **muerte a 33.925** en distintos lugares del mundo. Saltó del Asia a Europa y América. Ha arrasado con miles de vidas a diario. Italia la hizo suya contaminando a 97.689 personas y dando muerte a 10.779 en una curva creciente que no para, superando a China donde esta pandemia se había iniciado. Continuó cual tifón y estiró su brutal brazo a España donde hoy lleva 80.000 personas contaminadas y 6.803 muertos. Los españoles, prontos a recibir el cristo resucitado, ya no podrá salir a templos en Semana Santa y menos disfrutar de esa primavera europea donde los enamorados se besan al lado del Sena y las fiestas en las provincias de España iluminan todo.*

En América la presencia en USA y la velocidad con que crece en Ecuador da cuenta de la agresividad del virus. Chile no escapa de esta tendencia importando casos que hoy nos llevan a 2.139 personas infectadas y 7 muertes. El virus ya se instaló en cárceles, hogares de ancianos; tenemos comunas y regiones casi sitiadas.

Los grupos de personas mayores tienen la más alta letalidad y se espera que el virus ataque especialmente a este grupo y con mayor agresión a enfermos crónicos que estén en ese grupo etario.

Los coronavirus son una extensa familia de virus que pueden causar enfermedades tanto en animales como en humanos. Se sabe que varios coronavirus causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de oriente medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). El coronavirus que se ha descubierto más recientemente causa la enfermedad por coronavirus COVID-19.

Esta arremetida sanitaria que tiene en ascuas al mundo, paralizando la economía del gigante asiático con todas sus consecuencias, encontró a los equipos de salud prontos a recibir la influenza, la que en el hemisferio norte cobró varias vidas. Por ello, el MINSAL había adelantado el inicio de la campaña de vacunación.

Al día de hoy (30 de marzo de 2020), los centros de salud ya vacunaron contra la influenza al 68% de las personas de los grupos objetivos. Principalmente las embarazadas y niños, aún están a la espera de que esos grupos logren mejores porcentajes de vacunación. El aislamiento de los escolares ha jugado en contra del cumplimiento de metas. Los colegios no están funcionando por lo que no es posible utilizar la mejor estrategia para lograr cobertura: la vacunación en la sala de clases.

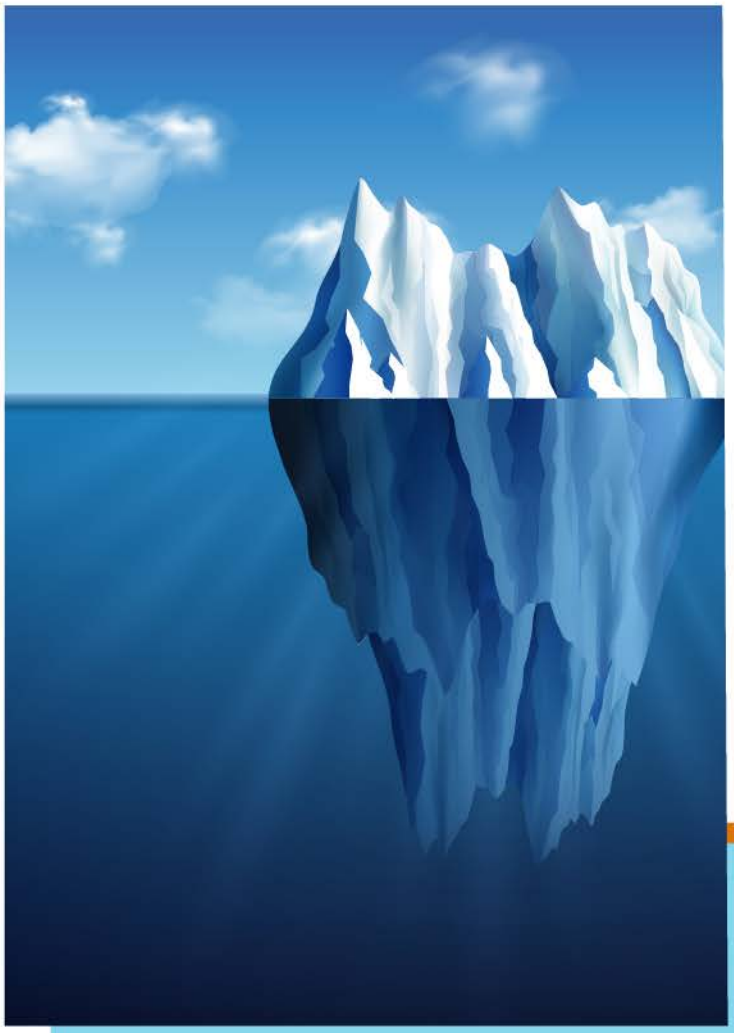
*Todavía tenemos mucho por aprender sobre la forma en que el **COVID-2019** afecta a los humanos, pero parece que las personas mayores y las que padecen afecciones médicas preexistentes (como hipertensión arterial, enfermedades cardiacas o diabetes) desarrollan casos graves de la enfermedad con más frecuencia que otras. Este virus COVID-19 requiere, más que en cualquier otra patología, que nuestros equipos de salud adopten todas las precauciones estándar conocidas. Requiere que la seguridad de pacientes y los equipos de salud transiten sobre cintas de producción sanitaria seguras sin riesgos y con cero falta. El riesgo al que se están exponiendo nuestros equipos no conoce práctica.*

La mortalidad en equipos de salud es real y ya se notan centros hospitalarios y clínicas en Europa con equipos diezmados por la pandemia.

La actual generación de equipos de salud no conoce el comportamiento real de una pandemia. Esta va creciendo epidemiológicamente y se ha perdido el caso índice, siendo todos vectores anónimos.
Se apuesta al aislamiento social, pero un virus que permanece hasta 15 días sin síntomas es difícil de detectar. Tanto así que llegan pacientes con diversos síntomas a los servicios de urgencia y terminan con un resultado positivo para este virus. La sintomatología múltiple, donde no siempre cursa con fiebre, distorsiona la hipótesis diagnostica inicial.

El virus seguirá poblando nuestros recintos de salud sin que existan todos los recursos que se requiere. Es por ello que la Seguridad del Paciente está nuevamente en manos de los equipos profesionales y técnicos que deben exigirse su máximo estándar. Esta vez el riesgo también lo corren ellos. Ya hay victimas en nuestros equipos también, por lo que la exigencia de protección y las técnicas de IAAS en este escenario son vitales.

Pamela Herrera González
Magister (MBA) Internacional en Alta Dirección de Empresas en Salud.



Fundación para la Seguridad del Paciente -Chile
www.fspchile.org

Institucional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO:

HERRAMIENTA PARA IDENTIFICAR EVENTOS ADVERSOS EN ATENCIÓN CERRADA BASADO EN GLOBAL TRIGGERS TOOLS

30 HORAS PEDAGÓGICAS | **100% ONLINE**

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org

Vector de Invierno creado por macrovector - www.freepik.es

Fundación para la Seguridad del Paciente -Chile
www.fspchile.org

Institucional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO:
USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

90 HORAS PEDAGÓGICAS | **100% ONLINE** | VALOR: **$80.000. USD 120**

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org

Capítulo de Químicos Farmaceúticos Fundacion para la Seguridad del Paciente CHILE

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
VOLUMEN 3 | NÚMERO 1 | AÑO 2020
ISSN 2452-4468

NADIE ESTÁ EXENTO DE LOS EVENTOS ADVERSOS, INCLUSO LOS QUE TRABAJAMOS EN SALUD.., A MÍ TAMBIÉN ME PASÓ.

Jessica Ortiz Caro

Ingeniero en Administración de Empresas
Gestora de la Gerencia de Experiencia Cliente en Rayen Salud - Chile

j.ortiz.caro@gmail.com

Soy miembro de la Fundación de Seguridad del Paciente Chile desde el año 2016, y llevo 21 años trabajando en área de salud. Fui Jefe Administrativo del Departamento de Salud una comuna del sur de nuestro país, después gané un concurso como Directora de un Hospital Comunitario de la zona centro, y me vine hace 8 años a Santiago, donde me desempeño en una empresa de tecnología para la salud, a cargo de la prestación de servicios de registro clínico electrónico de comunas, entre Coquimbo y Padre Las Casas por el sur.

El 2017 estuve a punto de morir por una trombosis portal -que milagrosamente hoy está recuperada, gracias a Dios-; pero lo pasé muy mal, jamás imaginé que pasaría por algo así. Hoy sé que nadie está exento de vivir un evento adverso... Decidí compartirles mi experiencia para evitar que a alguien más le pueda pasar algo similar.

Yo era una persona común y corriente, que tenía la fortuna de trabajar en lo que me apasiona, disfrutaba mi tiempo libre en con mis hijos (soy divorciada), practicaba yoga, había dejado de fumar hacía ya 5 años, tomaba - muy de vez en cuando - una copa de vino en cenas o un vaso de champaña en fiestas familiares, comía sano; por lo tanto, nada hacía presagiar que podría haber presentado un diagnóstico tan grave, con una probabilidad de sobrevida tan baja.

De un día a otro, mientras hacía mis ejercicios de yoga, comencé a sentir un dolor abdominal en el costado derecho; como ya me habían operado de vesícula no me preocupaba que el dolor fuese producto de algo de esa índole; y como mi amiga y compañera de yoga me comentaba que le molestaba al hacer ciertas posturas, pensé que mi dolencia era algo normal. Poco a poco mi dolor comenzó a aumentar, hasta que un día tuve que avisar en la oficina, me fui a la Urgencia de una clínica que ya no existe, donde me categorizaron C4, me dieron

un analgésico y me mandaron a casa.

Al día siguiente, volví a trabajar... Tuve que ir desde Santiago a Antofagasta, porque tenía reunión en el Servicio de Salud. Hice la reunión con mucho dolor y regresamos a Santiago, cambiamos de avión en el aeropuerto, y nos fuimos a Concepción; porque al día siguiente teníamos reunión en Los Ángeles. A esas alturas mi dolor se había agudizado aún más y me costaba respirar. Mi colega me llevó al Hospital de Los Ángeles, me pusieron "un suero con analgesia", el dolor se calmó un poco; pero seguía con dificultad para respirar. El médico me dijo: la vamos a tener que dejar hospitalizada. Le respondí Dr. no soy de acá, tengo que ir a hacer una reunión en un rato más (ya eran las 4 am - mi reunión era a las 8 am-, y a las 16 teníamos vuelo a Santiago desde Concepción). Dígame al menos qué tengo?. El médico me respondió con cara preocupada... "no sé..".
Continuó diciendo: "podría ser incluso una trombosis, y si fuese así usted no debe volar, porque podría morir...; pero no puedo confirmarlo; porque acá no tenemos Scanner." (Yo no lo podía creer... Siempre he dicho que Santiago no es Chile, me carga vivir en una ciudad estresada, con smog, en fin.., pero en ese momento deseaba estar en la capital; porque sentí que en regiones, la gente se puede morir sólo por no contar con la tecnología necesaria para tener un diagnóstico certero y oportuno). Respondí, Dr. si voy a morir, quiero morir al lado de mis hijos, y decidí volar bajo mi responsabilidad. A mi llegada a Santiago el dolor era insoportable, avisé a unos tíos lo mal que me sentía, que presentía que iba a morir..; entonces, un taxi me llevó a casa, besé a mis hijos y mis tíos me llevaron a la misma clínica donde días antes me atendieron, cuando mi dolor era agudo, y me habían enviado a casa..

Esta vez, inicialmente me volvieron a categorizar C4 inicialmente; pero adentro me atendió un médico que era de mi querida tierra de Ñuble, Dr. JMB, del colegio Médico, a quien mi dolor le pareció anormal y extremó mis atenciones y cuidados.

ISSN 2452-4468

Solicitó un DIMERO D, examen que indica la existencia de una trombosis, en rango máximo en 500, y yo arrojé 14.300. Inmediatamente, me recategorizaron C1, enviaron a tomar scanner de urgencia, y me trasladaron a la UCI, pues se confirmó una Trombosis portal.

Nunca perdí la conciencia. Comprendía que con esa categorización y en el lugar donde me habían derivado, mi estado era muy delicado. Al día siguiente mi Dr. vino a visitarme, y le dije Dr. dígame más o menos cuánto tiempo estaré acá (yo pensaba en la cuenta que saldría mi estadía ahí). Como mis hijos aún no llegaban a verme (el médico llegaba a la UCI a las 7 am), y mis tíos se habían ido de madrugada, el médico sólo podía hablar conmigo sobre mi estado de salud, así que me miró con cara de "usted no está entendiendo nada"... y me respondió ***Jéssica yo haré todo lo que esté a mi alcance para sacarla viva de acá.*** *Recién ahí entendí mi estado de extrema gravedad.*

Hoy creo firmemente que ***si los médicos tratantes solicitaran los exámenes correctos, en el momento correcto, y contaran con la tecnología adecuada, podrían dar el diagnóstico certero de manera oportuna, así nadie más pasaría lo que pasé...***

Antes pensaba que ***a mí no me podría pasar un evento adverso; había hecho incluso el Curso de Evaluadores para la Acreditación, así que me sentía casi inmune a este tipo de cosas...*** *Pero tuve un diagnóstico inoportuno, estuve en lugares que no contaban con las condiciones necesarias para dar un diagnóstico certero, le bajé el perfil a mi dolencia, cometí la imprudencia de viajar en avión con una eventual trombosis en mi cuerpo, y además, en años anteriores a mi gravedad tuve comportamientos irresponsables; porque me auto-mediqué, tomé anti-jaquecosos, sin tener claridad del riesgo que tenía el tomar esos medicamentos, cuando tomaba en ese entonces anticonceptivos orales, lo que me provocó un ACV leve, gracias a Dios, que se descubrió estando hospitalizada, pero las consecuencias de mi irresponsabilidad pudieron ser graves.*

Así que aprendí la lección, ya no me auto-medico, presto atención a mis síntomas, y si mi cuerpo presenta un dolor extraño, pido que me soliciten los exámenes que correspondan, en lugares idealmente acreditados.

Hoy soy más feliz que antes, disfruto a concho mis días junto a mis hijos, incluso encontré pololo -se llama Andrés-, sigo trabajando en lo que me gusta y estoy comprometida con la evangelización de la Seguridad del Paciente; porque creo firmemente que los eventos adversos se pueden prevenir.

MARY GAMBLE
Y EL JUEZ CARDOZO

Dra. Edita Falco de Torres

Cirujano Pediatra
IHI OPENSCHOOL URUGUAY

edita.falco@gmail.com
J.Requena 1813
Montevideo

ISSN 2452-4468

Mary Berry Gamble recordada habitualmente por el apellido de su segundo esposo, Scholendorff trabajaba como profesora en San Francisco cuando el gran terremoto de abril de 1906 la decidió a mudarse a Nueva York donde vivía su hijo.

Meses más tarde, en enero de 1907 ingresa en el Hospital de Nueva York para estudio y tratamiento de un malestar digestivo.

En ese entonces la asistencia era gratuita para los indigentes y quienes podían pagar, como en el caso de Mrs. Mary abonaban una suma de siete dólares por semana.

Sus síntomas mejoraron pero poco antes del alta uno de los médicos creyó palpar una tumoración abdominal. La propia paciente refería haberla percibido desde hacía cinco años sin que le hubiese provocado molestias.

Entre los médicos no había unanimidad respecto a la existencia de dicho tumor, planteándose lo que en ese momento se denominaba tumores fantasmas producidos por el "estado nervioso de la paciente."

Dado que el examen físico resultaba difícil por la tensión de la misma se sugirió la posibilidad de efectuarlo bajo anestesia. Mrs. Mary aceptó dejando bien claro que accedía al examen pero no quería que se le practicase ningún tipo de cirugía.

Lo que pasó después esta dicho en sus propias palabras:

"Le pregunté al Dr. B. que quería decir con examen bajo éter y me dijo que se administraba un poco para tranquilizar los nervios y

Sala de operaciones

relajar el cuerpo. Yo le dije "No quiero ninguna operación doctor".

Pero la noche antes fui despertada por una nurse que me cambió de habitación, para prepararme para el examen bajo éter. Insistí varias veces en que no quería ser operada, y se me aseguró que solo se me iba a practicar un examen. Fui envuelta en paños antisépticos, atada como una momia y en la mañana transportada en una camilla a otra habitación donde un hombre estaba preparado para darme gas. Me resistí pero el hombre me empujó con su mano y me aplicó un aparato de goma en la cara. Me asusté y quise irme pero no pude. Cuando recuperé la conciencia estaba sumamente dolorida y debido a que mis gritos de dolor podían molestar al resto de las pacientes se me envió al sótano (Los abogados de Mrs. Mary no pudieron demostrar que una nurse la había amenazado con romperle el cuello si no dejaba de gritar)

Estaba cortada de un lado al otro, sufría más de lo que se pueda decir (el cirujano había encontrado cuatro tumores fibrosos en el útero y había practicado una histerectomía) y tenía dolores en mi mano izquierda que estaba muy fría y las uñas azules a lo que el médico me dijo

que yo era muy imaginativa. Mi mano empeoraba pero se le dijo a mi hijo que todo era fruto de mi imaginación. Además una de mis piernas estaba tan afectada como mi mano (El Dr. Shoeps que posteriormente trató a Mrs. Mary entre 1909 y 1911, cobrándole $100 dólares atribuyó el problema a una embolia postoperatoria. Declaró además que la cirugía del tumor había sido innecesaria. Los médicos tratantes declararon que el problema de la mano era culpa de la paciente por no haberla tenido en alto y por su extremo nerviosismo e impaciencia).

En marzo es dada de alta, pero sufre un desvanecimiento al salir del hospital y es reingresada diciéndole "esto es un error, Ud. en realidad no está dada de alta. "En Abril de 1907 es derivada a un centro de convalecientes, luego pasa por varios hospitales Presentaba además un gran edema de su pierna izquierda "hinchada tanto que parecía la pata de un elefante "). En Bellevue donde le fueron amputados los dedos de la mano izquierda se registró con su nombre de soltera Berry " porque deseaba ocultarse de la curiosidad ajena". Ese intento de anonimato fue usado en la corte como evidencia de su nula credibilidad.

En 1911 Mrs. Mary presentó una demanda contra el Hospital por haber actuado contra su voluntad, insistiendo que no había dado su consentimiento para la cirugía.

La prensa de la época titulaba así el caso
HER PHANTOM TUMOR LEFT HER ARM USELESS MRS. SCHLOENDORFF ASKS $50,000 DAMAGES FOR OPERATION

En el juicio el Hospital rechazó las acusaciones, sostuvo haber actuado con diligencia y acuso a la paciente de ser una persona emocionalmente inestable. Su declaración respecto a la impresión que le había producido el terremoto de San Francisco así con su intento de anonimato fueron usados para impugnar su reclamo. En 1912 su demanda fue desestimada por el juez Giegerich y llevada posteriormente a la Corte de Apelaciones que se expidió en abril de 1914.

¿Porque tratamos este tema?

El juez encargado de fallar en esa instancia fue Benjamín Cardozo que en ese momento llevaba solo un par de meses en el cargo. Es muy difícil encontrar algún artículo sobre el tema que no comience evocando la figura del Juez Cardozo y que no cite su famosa frase: --" Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body and the surgeon who performs an operation without his pacient´s consents commits an assault for wich he is liable in damages"

No es tan conocida la resolución final del Juez que establecía que el Hospital no era culpable, basándose en hecho de ser una institución de caridad (charitable inmunity).

Esto es llamativo porque ignora la ausencia de consentimiento para una cirugía no deseada y peligrosa haciendo hincapié en el hecho de que el hospital era una institución de caridad desestimando el hecho que Mrs. Mary había pago la suma estipulada de 7 dólares semanales.

Por otro lado consideró los médicos actuaban con independencia del Hospital y por lo tanto este no era responsable de sus posibles

ISSN 2452-4468

errores. Las nurses que formaban parte del staff fueron excusadas en razón a que debían estricta obediencia a las órdenes de los médicos. La sentencia concluye diciendo " que sería una vergüenza actuar contra el hospital y de esa manera reducir a las instituciones de caridad a limitar su beneficencia por temor a ser demandadas. El staff del hospital integrado por habilidosos y competentes médicos y enfermeras están a disposición de los afligidos sin pensar cuan poco merecedores puedan ser."

Mrs. Mary no sólo no recibió la indemnización sino que debió pagar los gastos del juicio que fueron de $292 dólares

Las consideraciones de Cardozo para liberar al hospital de responsabilidad fueron eliminadas en años posteriores. La misma Corte de Apelaciones criticó los argumentos sobre la charitable inmunity como débiles diez años después del juicio y fueron descartados definitivamente en 1957.

Sin embargo se sigue citando este caso como un triunfo de la autonomía del paciente y al Juez Cardozo como el padre del consentimiento soslayando el hecho de que a comienzos de siglo ya existía jurisprudencia al respecto.

Hay antecedentes que no se han divulgado con tanta frecuencia.

El más antiguo caso que se conoce data de 1767 Slater vs Baker and Stapleton (Inglaterra) en que un paciente que había sufrido la fractura de una de sus piernas y había ido a cambiar su curación es sometido a una nueva fractura por considerar que no había soldado el hueso de manera apropiada.

El fallo favoreció al demandante.

A comienzos del siglo XX en EEUU se recogen varias sentencias (sobre las cuales Cardozo fundamentó su sentencia):
En 1905 la Suprema corte de Minnesota resuelve indemnizar con $14.000 a Anna Mohr por la pérdida de audición de su oido izquierdo siendo que ella había otorgado autorización para ser intervenida del lado derecho. La Justicia consideró que una operación no consentida constituía un violent assault

En 1906 en Illinois da la razón a la Sra. Davies quien había sido histerectomizada sin su consentimiento. El médico basó su defensa en el hecho de que la paciente era epiléptica.

En 1913 en Oklahoma Mattie Strain reclama a su médico el Dr. Rolater porque en el curso

Juez Cardozo

Hoy New York-Presbyterian Hospital/ Weill Cornell Medical Center

del drenaje de un absceso en el pie el medico extrae un sesamoideo contrariando su deseo de que no se le retirara ningún hueso

Estas tres damas fueron en realidad las primeras demandantes respecto al consentimiento para una intervención.

Las sentencias de los jueces son bien claras

"Bajo un gobierno libre el mayor y primer derecho de un individuo, que subordina a todos los demás es el derecho a la inviolabilidad de su persona. Ese derecho prohíbe a un médico, no importa cuna hábil o eminente sea, a violar sin permiso la integridad de su cuerpo, para una operación importante colocándolo bajo anestesia a esos efectos. (Pratt vs Davies)

Consentimiento. .INFORMADO

Hay una diferencia importante entre aceptar ser sometido a un procedimiento. y estar adecuadamente informado en que consiste.,

Esta situación se puso de manifiesto en el año 1957 Salgo vs Stanford Universito en que el paciente, a quien se le había practicado una a ortografía quedó parapléjico. (Si hubiese conocido este riesgo no hubiera aceptado el examen)

Referencias bibliográficas

1-Phantom Tumors and Hysterical Women: Revising our View of the Schloendorff Case By Lombardo, Paul A The Journal of Law, Medicine and Ethics,January 2005
2-The World of Benjamin Cardozo: Personal Values and the Judicial Process
Richard Polenberg Harvard University Press, 1999ISBN 067496052ISBN 0674960521, 9780674960527

Fundación para la Seguridad del Paciente -Chile
www.fspchile.org

Institucional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO:
GESTIÓN DE RIESGOS EN SALUD: QUÉ ES Y CÓMO HACER

80 HORAS PEDAGÓGICAS | **100% ONLINE** | VALOR: **$80.000 USD 120**

Curso inscripto en el Departamento de Derechos
Intelectuales con el N° 327018
Ministerio de las Culturas, las artes y el Patrimonio - Chile

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org

Vector de Fondo creado por kjpargeter - www.freepik.es

THE PATIENT SAFETY MOVEMENT FOUNDATION'S ACTIONABLE PATIENT SAFETY SOLUTIONS (APSS)

Donna M. Prosser, DNP, RN, NE-BC, FACHE, BCPA

Chief Clinical Officer
Patient Safety Movement Foundation

patientsafetymovement.org
donna.prosser@patientsafetymovement.org

Medical error is the third leading cause of death in the United States, and globally results in more deaths than HIV, malaria, and tuberculosis combined. The Patient Safety Movement Foundation (PSMF) believes that eliminating harm from medical error is possible, but only if care is truly patient-centered and hospitals follow evidence-based protocols for practice.

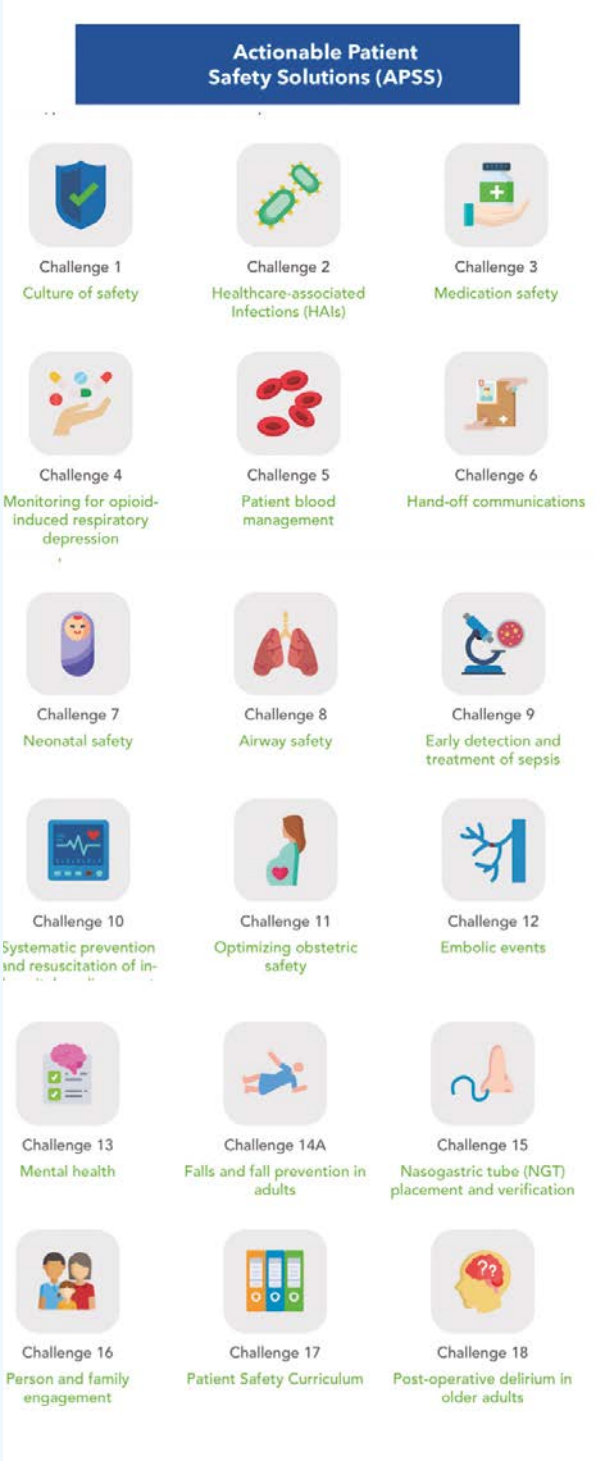
In an effort to help hospitals to more easily implement these best practices, we have created our Actionable Patient Safety Solutions (APSS). These documents were written by a team of volunteer, content matter experts from across the globe, and are revised annually. We have identified 18 specific challenges for hospitals and have designed 39 APSS which summarize the best practices that all hospitals should follow.

ISSN 2452-4468

These actionable solutions are available for free download on our website: https://patientsafetymovement.org/actionable-solutions/actionable-patient-safety-solutions-apss/

We are continuously revising, updating, and developing new content, and are always looking for clinical experts who are interested in joining an APSS workgroup. Although workgroup season has not yet started, you can sign up for more information if you are interested at https://patientsafetymovement.org/actionable-solutions/apss-workgroups/, and we will let you know when we have more information to share.

We invite you to join us on World Patient Safety Day, September 17, 2020 in Washington, DC for the March for Patient Safety starting at Freedom Plaza. If you cannot join us for the March, we encourage you to activate in solidarity with the Patient Safety Movement Foundation and the World Health Organization by creating an activity or event in your community. Please go to www.marchforpatientsafety.org for more information.



METODOLOGÍA DE LA GESTIÓN DE RIESGOS SEGÚN NORMA ISO 31000:2018

Paola Martínez Osorio

Ingeniero Comercial Magister en Salud Pública

paolamartinezosorio@gmail.com

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

CEO FSP Chile

hugoguajardo@fspchile.org

ISSN 2452-4468

La metodología propuesta por ISO 31000:2018 puede ser un gran aporte para la Seguridad del Paciente pues cambia el centro y lleva a observar a la organización y al paciente mismo como una fuente de riesgos que, mediante el conocimiento y la experiencia, pueden ser detectados y trabajados antes de que ocurran. Así se logra la definición de procesos con barreras para que los riesgos no se transformen en efecto sobre los pacientes, y, además, se logra la definición de estrategias alternativas ante la posibilidad de que un riesgo se transforme en efecto sobre los objetivos.

ISO 31.000 es una norma que guía en la implementación de la gestión de riesgos que se puede utilizar en cualquier establecimiento de salud. Esta se estructura en tres elementos claves o tres pilares bases:

1.- Los principios de la gestión de riesgos: son aquellos elementos en los cuales se apoya, donde descansa todo el proceso general. Son los que orientan respecto a como debería ser la gestión de riesgos de una organización. Son los elementos que van insertos en el alma de la organización.

2.- El marco de referencia o trabajo: es el conjunto de elementos que proporcionan los fundamentos y lineamientos para el diseño, implementación, el seguimiento (monitoreo y revisión) y la mejora continua de la gestión del riesgo en toda la organización.

Es el ambiente de trabajo, la estructura sobre la cual se ha de desarrollar el trabajo, es el "rayado de cancha" para la gestión que haremos. Este marco de referencia para la gestión del riesgo debe estar incluido en las políticas y prácticas estratégicas y operacionales globales de la organización.

3.- El Proceso de la gestión de riesgos: que implica la aplicación sistemática de las políticas, los procedimientos y las prácticas de gestión a las

actividades de comunicación, consulta, establecimiento del contexto, y de identificación, análisis, evaluación, tratamiento, monitoreo y revisión del riesgo. Son las acciones específicas que realiza la organización para gestionar los riegos que enfrenta.

En este artículo revisaremos el Proceso de la Gestión de Riesgo de ISO 31000:2018 y aplicación en establecimientos de salud para lograr una atención más segura para los pacientes.

PROCESO DE LA GESTION DE RIESGOS

Una vez definido un marco de referencias del establecimiento de salud como una globalidad, se puede iniciar el proceso de gestión de riesgos. Para ello, en una primera etapa, se decide dónde específicamente se aplicará la gestión de riesgos para luego, con base en las particularidades de cada organización, se define qué será considerado un riesgo y que tan importantes será en el desarrollo de una actividad asistencial.

La gestión de riesgos incluye 3 etapas:

1. Definición de alcance, contexto y criterios: Es la etapa en que se realizan acciones y hacen definiciones que permiten adaptar el proceso de gestión de riesgos a la realidad del lugar donde se ha de trabajar. Esto incluye definir qué será considerado riesgo y qué no en una organización.

En la primera etapa los directivos deben tener claro y definir bien el "alcance" (área de influencia o dónde vamos a trabajar). Es básico realizarlo considerando los objetivos de la organización. ISO 31.000 debe estar alineada con los objetivos estratégicos del establecimiento en que estamos trabajando.

El alcance de la gestión de riesgos puede abarcar desde los riesgos de todo un hospital hasta los riesgos que se generan en un área o proceso específico, como por ejemplo, "los riesgos que se generan en neonatología asociados a la atención de enfermería". Es importante que se defina este alcance pues focaliza los esfuerzos y recursos de quienes administran. Entonces, cuando se declara este alcance, se evita que se incluya, por ejemplo, los procesos médicos o de aseo que se realizan en este servicio.

Continuando con este ejemplo, en el siguiente paso se realiza un "análisis de contexto" interno y externo. Este análisis no se refiere a todo el establecimiento, sino que es el entorno interno y externo de los procesos de enfermería en neonatología. Como ejemplo, mencionar en el contexto interno la disponibilidad de insumos para punciones en la Unidad y como externo el proceso de laboratorio que provee los exámenes a los recién nacidos. Aquí se ve claramente que, aunque el laboratorio es parte del hospital (contexto interno del hospital), en la gestión de riesgos para el alcance definido, este pasa a ser contexto externo.

Luego corresponde definir los "criterios de riesgo". Esta etapa es de reflexión, ya que se establecen las bases de cómo se va a medir, valorar y comparar resultados y riesgos.

La organización debe precisar qué será considerado un riesgo y la cantidad de riesgo que puede o no puede tomar. ¿Cuál de nuestros procesos o resultados consideramos riesgo?

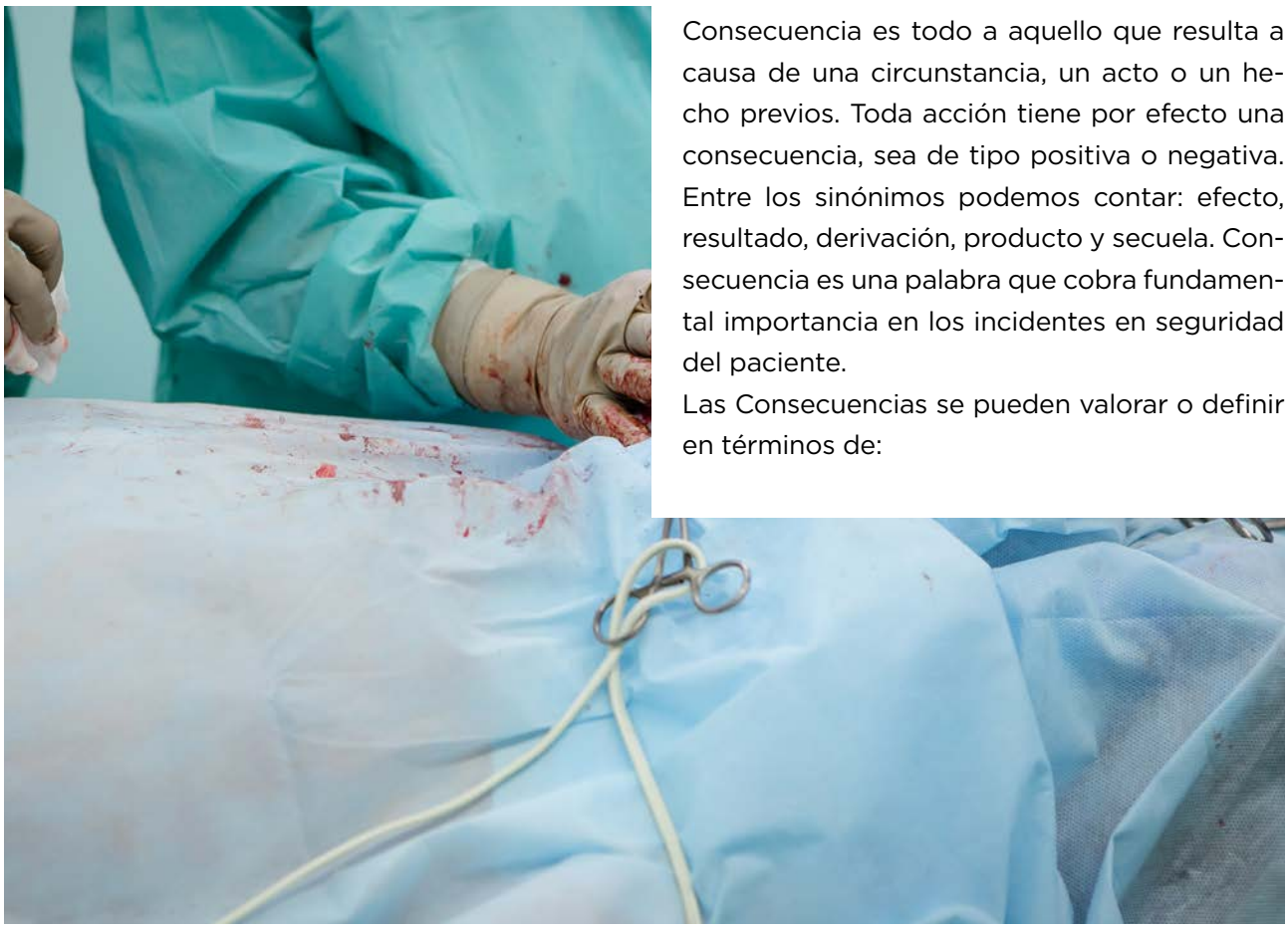
Y si lo miramos así, que valor tiene para noso-

ISSN 2452-4468

tros. ¿Cómo evaluaremos la probabilidad y las consecuencias para esos riesgos? ¿Qué escalas usaremos?

Esta es una mirada hacia nuestro interior, nuestra realidad, y esta es una de las razones por la cual la Gestión de Riesgos NO es copiable desde otro "Unidad, Servicio u Hospital", es una mirada a nuestra realidad.

La definición de los criterios debe establecer cuáles serán los parámetros para medir posteriormente estos riesgos. En general, los criterios más utilizados son la "probabilidad" de que ocurra un incidente y los niveles de "consecuencias" que puede tener este incidente, toda vez que ISO define Nivel de riesgo como el producto de Probabilidad por Consecuencia.



PROBABILIDAD: (LIKELIHOOD)
Probabilidad es la mayor o menor posibilidad de que ocurra un determinado suceso. Es la espectativa que se tiene de que algo ocurra.

La probabilidad se puede medir o valorar en términos de:

- Posibilidad de ocurrencia: Desde el nunca hasta casi siempre o siempre.

- Probabilidad matemática: Desde menor al 10%, entre 20 y 50 % o sobre 90%

- Frecuencia: 1 error cada 100 operaciones, 1 error por mil operaciones, 1 error por cada 10.000 operaciones.

CONSECUENCIA:
Consecuencia es todo a aquello que resulta a causa de una circunstancia, un acto o un hecho previos. Toda acción tiene por efecto una consecuencia, sea de tipo positiva o negativa. Entre los sinónimos podemos contar: efecto, resultado, derivación, producto y secuela. Consecuencia es una palabra que cobra fundamental importancia en los incidentes en seguridad del paciente.
Las Consecuencias se pueden valorar o definir en términos de:

- Severidad del daño: desde insignificante a catastrófico. (Desde no pasó nada hasta la muerte del paciente)

- Perdidas económicas de la organización: desde 1 a millones de pesos. (Desde no se gasto nada, hasta una demanda millonaria)

- Pérdida de reputación de la organización. (Desde nadie se enteró hasta se perdió posición en el ranking Hospitalario)

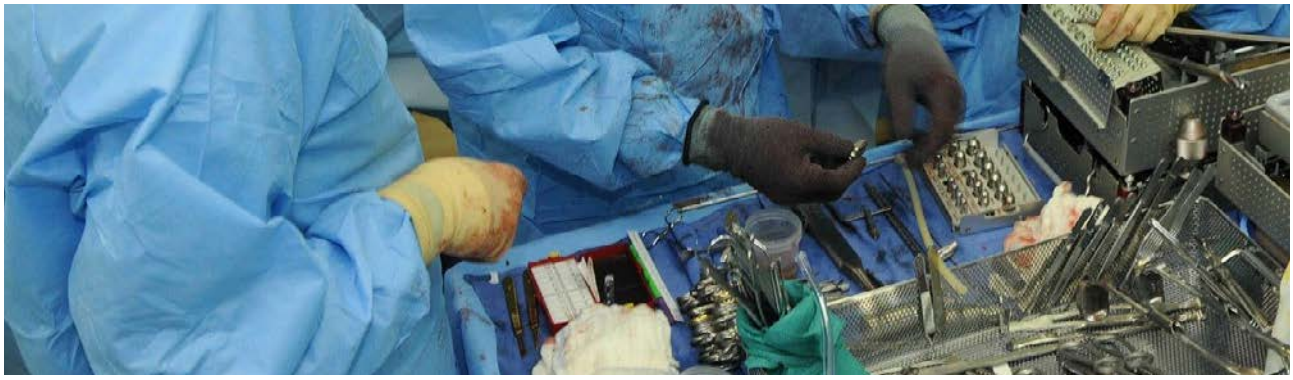
- Impacto periodístico ((Desde nadie se enteró hasta que fue noticia de nivel mundial)

Luego se debe valorizar la probabilidad y la consecuencia para lo cual se sugiere utilizar una escala de 1 a 5 ya que permite obtener valores mas amplios y genera más posibilidades de valorar el riesgo.

En el ejemplo:

CLASIFICACIÓN	VALORACIÓN	**CONSECUENCIA** DEL RIESGO
Extrema	5	Si se puede provocar la muerte de un recién nacido.
Grave	4	Si se puede provocar una incapacidad grave al recién nacido.
Media	3	Si se puedo provocar alguna lesiín al recién nacido.
Pequeña	2	Si se puede afectar al recié nacido sin lesionarlo.
Insignificante	1	Si algo ocurre pero no afecra al recién nadido.

CLASIFICACIÓN	VALORACIÓN	**CONSECUENCIA** DEL RIESGO
Muy alta	5	Si hay 3 casos o más en un año.
Alta	4	Si hay 2 casos al año.
Media	3	Si hay un caso al año.
Baja	2	Si hay un caso cada 2 años.
Muy baja	1	Si hay menos de 1 caso cada 2 años.



ISSN 2452-4468

Finalmente, se procede a valorizar las diferentes combinaciones de las posibilidades ocurrencia de las "consecuencias" y las "probabilidades", para así establecer a priori el "criterio" respecto a qué será considerado un riesgo alto, medio o bajo.

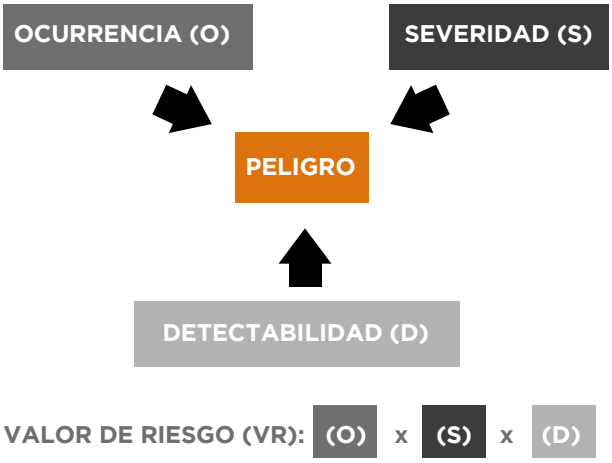
Una metodología habitual para esto es una tabla resumen de los niveles de riesgos que enfrenta la organización, donde se define el "nivel de riesgo" como:

NIVEL DE RIESGO = PROBABILIDAD X CONSECUENCIA

Todo esto se resume en una tabla como esta:

CLASIFICACIÓN	VALORACIÓN	Probabilidad	NIVEL DE RIESGO				
Muy alta	5		5 BAJO	10 MEDIA	15 ALTO	20 ALTO	25 ALTO
Alta	4		4 BAJO	8 MEDIA	12 ALTO	16 ALTO	20 ALTO
Media	3		3 BAJO	6 MEDIA	9 MEDIO	12 ALTO	15 ALTO
Baja	2		2 BAJO	4 BAJO	6 MEDIO	8 MEDIO	10 MEDIO
Muy baja	1		1 BAJO	2 BAJO	3 BAJO	4 BAJO	5 BAJO
			Consecuencia				
			1 INSIGNIFICANTE	2 PEQUEÑA	3 MEDIA	4 GRAVE	5 EXTREMA

Con esto se termina la etapa de Definición de Alcance, Contexto y Criterios. Lo siguiente en la metodología de ISO 31000:2018 es la evaluación de los riesgos existentes dentro de la organización.



DETECTABILIDAD

En algunas áreas, existe un tercer elemento a considerar en esta formula, que es Detectabilidad, que es considerar la capacidad que tiene la organización para detectar el peligro y desde allí hacer gestión del riesgo.

El mejor ejemplo es la nula capacidad que tiene la ciencia de detectar la ocurrencia de un terremoto, lo que es permanente preocupación de las organizaciones de emergencias.

Esta es una variable que es adecuado considerar en algunos riesgos en salud.

Ej.: Que capacidad existe de detectar un brote de sarampión en una determinada comunidad. Puede que la probabilidad sea alta, sus consecuencias graves, si detectamos a tiempo tendremos mejores resultados, si no hay posibilidades de alertas, de generar barreras, de generar controles.

Se muestra un ejemplo de tabla de valoración de la Detectabilidad.

	DETECTABILIDAD	TABLA DE VALORACIÓNDE LA DETECTABILIDAD
1	Muy alta	El fallo es obvio. Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles existentes.
2	Alta	El fallo, aunque es obvio y fácilmente detectable, podría en alguna ocasión escapar a un primer control, aunque sería dettectado con toda seguridad a posteriori.
3	Mediana	El fallo es detectable y posiblemente no llegue al cliente. Posiblemente se detecte en los últimos estadios de producción.
4	Poco probable	El fallo es de tal naturaleza que resulta difícil detectarlo con los procedimientos establecidos hasta el momento.
5	No detectable	El fallo no puede detectarse. Casi seguro que lo percibirá el cliente final.

En estos casos el nivel de riesgo es = **Probabilidad x Consecuencia x Detectabilidad**

ISSN 2452-4468

2. Evaluación del riesgo:

Es la etapa donde se observan los riesgos que pueden existir en la organización y se analizan para tener una valoración de cada uno de ellos. La evaluación de los riesgos supone la comparación del "nivel de riesgo" con los "criterios de riesgo" establecidos cuando se analizó el contexto.

La evaluación del riesgo es un insumo para la toma de decisiones, que además, debe tener en cuenta el contexto más amplio del riesgo y debe incluir la consideración de la tolerancia de los riesgos asumidos por otras partes de la organización. La evaluación del riesgo, incluso, puede dar lugar a una decisión de no tratar el riesgo y de mantener los controles existentes. Esta decisión se verá influida por la actitud hacia el riesgo de la organización y los criterios de riesgo que han sido establecidos en su oportunidad.

La evaluación del riegos se inicia con la "identificación del riesgo" mediante la observación de los procesos involucrados en el "alcance" definido previamente para detectar los riesgos presentes en ellos.

Existe asociado a ISO 31.000 múltiples y variadas técnicas que permiten identificación de los riesgos. Técnicas diferentes para riesgos clínicos o riesgos de estructura o riesgos contables.

De entre las más usadas para riesgo clínico están:
- Listas de verificación
- Análisis preliminar de riesgos
- Entrevista estructurada y tormenta de ideas
- Técnica Delphi
- SWIFT estructurado ("¿y si...?")
- Análisis de Escenarios
- HAZOP
- Esquema de clasificación de los factores contribuyentes: Nacional Patient Safety Agency (NPSA)

Esto, en el ejemplo anterior, considera observar el proceso de enfermería para luego declarar que los riesgos identificados son: "la no reposición de medicamentos en el plazo establecido" y "medicación por vía incorrecta a un recién nacido".

Identificados estos riesgos se procede a su "análisis", incluyendo su incertidumbre, las fuentes de riesgo, las probabilidades, las consecuencias, los posibles escenarios, entre otros. De esta forma se comprende la naturaleza de cada riesgo.

Luego se ha de analizar cada uno de los riesgos identificados considerando los criterios definidos en el punto anterior. En el ejemplo, se observa qué tan probable y qué consecuencias hay si no existe reposición de medicamentos en el plazo definido y si existe medicación por vía incorrecta a un recién nacido.

En este caso específico, el equipo de trabajo del establecimiento debe tomar los riesgos identificados y discutir respecto a la probabilidad de que cada uno de ellos ocurra y a las consecuencias que su ocurrencia puede tener. Hecho esto, se toma la conclusión establecida y se refleja en una tabla como la siguiente:

Nº	RIESGO	PROBABILIDAD	CONSECUENCIA	NIVEL DE RIESGO
1	La no reposición de medicamentos en el plazo establecido	4	3	12
2	Medicación por vía incorrecta a un recién nacido	3	5	15

Una vez analizado el riesgo, corresponde la "valoración del riesgo", lo que implica comparar los resultados del "análisis de riesgo" con los "criterios de riesgo" establecidos previamente, para decidir qué se va a hacer.

En la revisión de la tabla de criterios de riesgo observamos que el nivel de riesgo de ambos riesgos es alto, por ello, los directivos del establecimiento deben tomar una decisión en la que se puede optar por:

- No hacer nada
- Estudiar opciones para tratar el riesgo
- Realizar un estudio adicional para comprender mejor el riesgo
- Reconsidera los objetivos de la organización

En el ejemplo, ambos riesgos detectados tienen nivel de riesgo alto, por lo que el establecimiento debería tomar la opción de estudiar las opciones para tratar el riesgo

3. Tratamiento del riesgo

De acuerdo con el ranking de riesgos y al nivel de riesgo preestablecido por la organización (si es que han sido establecidos, ya sea por la dirección o por los equipos), hay que definir su tratamiento y/o monitoreo, desarrollando e implementando estrategias y planes de acción específicos, que mantengan el riesgo dentro de los niveles aceptados por la organización.

El tratamiento del riesgo consiste en seleccionar una o más opciones de modificación de los riesgos, y la aplicación de esas opciones. Una vez en marcha, los tratamientos proporcionan o modifican los controles.

El tratamiento del riesgo implica un proceso cíclico de evaluación de un tratamiento del riesgo, de decisión respecto si los niveles de riesgo residual son tolerables o no, generando un nuevo tratamiento del riesgo y, finalmente, la evaluación de la eficacia de ese tratamiento.

El tratamiento de riesgo debe contemplar estas etapas:

- Selección de opciones de tratamiento del riesgo
- Preparación e implementación de los planes de tratamiento de los riesgos
- Seguimiento y revisión

La **"selección de opciones de tratamiento del riesgo"** consiste en hacer un balance entre los beneficios potenciales derivados del logro de objetivos, comparados con costos, esfuerzo o desventajas de su implementación. La selección de la opción de tratamiento más adecuado de riesgos consiste en equilibrar los costes y los esfuerzos de la aplicación contra los beneficios obtenidos, con respecto a los requisitos legales, reglamentarios y otros, tales como la responsabilidad social y la protección del medio ambiente natural.

Estas opciones pueden ser una o más de:

- Evitar el riesgo, decidiendo no continuar con la actividad que lo genera
- Aceptar o aumentar el riesgo buscando una oportunidad
- Eliminar fuente del riesgo
- Modificar la probabilidad
- Modificar las consecuencias
- Compartir el riesgo
- Retener el riesgo, o sea, no hacer nada

Al seleccionar opciones de tratamiento la organización debe considerar más allá de lo económico, valores, percepciones, involucrar par-

ISSN 2452-4468

tes interesadas. Los planes de tratamiento no siempre producirán el resultado esperado, y puede tener consecuencias no previstas.

Luego viene la etapa de **"preparación e implementación de los planes de tratamiento de los riesgos"** donde se debe especificar la manera en que implementarán las opciones elegidas para el tratamiento.

Es el momento de establecer planes de trabajo para cada uno de los riesgos identificados dentro del proceso, definiendo objetivos, acciones e indicadores.

Finalmente se debe realizar el **"seguimiento y revisión"** del plan de trabajo que ha de mejorar la calidad y eficacia, la implementación y resultados del proceso. El seguimiento continuo y la revisión periódica del proceso y resultados debe ser una actividad planificada, con responsabilidades definidas. El seguimiento de indicadores y actividades planificadas debe ser constante para, finalmente si el "Proceso de Gestión de Riesgo" está contribuyendo al logro de los objetivos organizacionales para el cual fue creado.

ISO 31000:2018 es una metodología que ofrece una oportunidad a todos los establecimientos de salud que esperan entregar una atención de salud segura. Centra la mirada en los pacientes como objetivo primordial de la atención de salud para luego definir los procesos que la dirección considera críticos.

Luego, observa cada uno de estos procesos buscando los puntos que pueden constituir un riesgo para el paciente, y desde ellos inicia su trabajo. Define a priori los riesgos asociados a la atención y trabaja sobre ellos, estableciendo barreras, para disminuir la probabilidad de que alcancen al paciente.

Finalmente, hay que señalar que la aplicación de ISO 31000:2018 a la atención de salud puede ser la herramienta que logre mejorar la Seguridad en la Atención de Salud.

GESTION DE RIESGOS EN CRISIS

Las organizaciones, a lo largo del tiempo, enfrentan un escenario medianamente estable. Sin embargo, existe la posibilidad de que se presente una crisis que requiere un nivel de adaptación mucho mayor.

Una crisis trae algunas limitaciones a la Gestión de Riesgos pues el establecimiento no tiene ningún control sobre eventos totalmente inesperados.

Por ello, el gestor debe pensar en forma anticipada en el peor escenario que se puede presentar e incluirlo en su planificación, pues la probabilidad de que este escenario ocurra es baja, pero tiene un nivel de consecuencia demasiado alto. El establecimiento debe estar preparado o debe decidir conscientemente que no tendrá un plan de acción en este situación.

Como ejemplo, mencionar los terremotos que, aunque solo se presentan aproximadamente cada 50 años, tienen terribles consecuencias. Por ello, en países sísmicos, se gestiona para este escenario muy poco probable y se tienen definidos los procesos de actuación. Se toman decisiones y se establece un plan de acción concreto a priori, pues un evento como este, una vez ocurrido, no permite sentarse a planificar para luego actuar.

La gestión de riesgos en tiempos de crisis permite tener un plan preconcebido ante un hecho de esta envergadura pues las acciones a realizar, las priorizaciones de recursos y los protocolos ya estarán diseñados previamente. Así, el establecimiento podrá actuar rápidamente y no necesitará destinar tiempo ni recursos en recién pensar qué hacer.

En el escenario actual de la Pandemia por COVID-19, es oportuno plantearse como aprendizaje la posibilidad de gestionar el riesgo de las pandemias en cada uno de los establecimientos de salud.

ISO 31000:2018 proporciona una metodología que es una oportunidad de desarrollo y mejora para el sector salud y para sus pacientes en todo momento y para cualquier proceso.

¡Que hacer en una crisis debe ser parte de nuestra Gestión de Riesgos, debe estar pensado y planificado, no podemos pensar durante una crisis cómo hacer Gestión de Riesgos!

Recuerden Anticipar, Monitorear, Aprender y Responder es hacer Seguridad del Paciente.

No se gasta dinero con gestión de Riesgo, se evita perderlo.

Bibliografía:

• Sistemas de Gestión de Calidad, Requisitos (ISO 9001:2015), Aenor 2015.
• Sistemas de Gestión de Calidad, Requisitos (ISO 9001:2008), ISO, 2008
• Gestión de Riesgo, Principios y directrices (UNE – ISO 31000:2010), Aenor 2010.
• Gestión de Riesgo, Directrices (UNE – ISO 31000:2018), Asociación Española de Normalización, 2018.
• ISO 9001:2015 El futuro de la Calidad, e-book editado por ISOTools Excelence
• Luzángela Aldana de la Vega y María Patricia Alvarez Builes, "Administración por Calidad", Alfaomega, Colombia, 2010.

FUNDACIÓN
BASURA

Asesoramos empresas y formamos personas para conectarlas en la busqueda de una ***Economía Circular Basura Cero***

SELLO
BASURA CERO

Reconocemos productos y servicios que previenen, miden y gestionan la basura que generan de manera sustentable.
www.sellobasuracero.com

DESAFÍO
BASURA CERO

Desarrollamos asesorías en prevención y gestión sustentable de residuos sólidos en eventos masivos. Educando a la ciudadanía para la correcta clasificación de residuos.

ACADEMIA
BASURA CERO

Entregamos herramientas y desarrollamos habilidades en las personas para enfrentar la problemática de la basura de manera integral.

WWW.FUNDACIONBASURA.ORG

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

CONCEPTOS Y APLICACIÓN EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS.

Karina Fiezzoni

Bioquímica de Aseguramiento de la Calidad. Laboratorio Domecq y Lafage. Hospital Alemán. Argentina

kfiezzoni@labdl.com.ar

ISSN 2452-4468

Esa mañana preparaba una ponencia sobre "Seguridad del Paciente en el ámbito de los laboratorios de análisis clínicos". Mientras buscaba en Internet artículos y experiencias acerca de organizaciones de la salud seguras, encuentro una charla TEDx del Dr. Brian Goldman "Los médicos cometen errores" (https://www.youtube.com/watch?v=MOkECOMgLZI)

Imperdible.

El Dr. Goldman relata cómo se sentía, en el camino del aprendizaje y luego en el ejercicio de la profesión, cuando cometía un error que comprometía a un paciente: culpable, marginal, impotente, no podía perdonarse. Se prometía estudiar más. Se prometía mayor atención. Se prometía que NUNCA más le sucedería.

Pero lo peor era sentirse absolutamente solo. Sin poder compartir con sus colegas lo que había sucedido, ni como le pesaban las decisiones tomadas ni poder revisar donde había estado el error para que no volviera a suceder ni a él ni a otro colega. Era, sin saberlo, la segunda víctima de su propio error.

Pero el mayor problema aún era la falta de conciencia de la organización de la debilidad en sus propias prácticas.

Cuando un evento adverso llega al paciente, generalmente no sucede aislado y solo es la punta del iceberg. Por debajo, han transcurrido y se han ido acumulando incidentes y cuasi incidentes en toda la institución de salud, hasta que finalmente se hace visible el "gran error".

Y para mitigarlos se necesita crear una CULTURA SEGURA.

Y ésta surge cuando:

1. Superamos el pensamiento de que "nosotros trabajamos bien" (sensación de falsa seguridad) y que "los demás siempre se equivocan"

2. Asumimos que, como organización de salud, debemos revisar y aprender de nuestros errores.

3. Involucrarnos a cada uno, incluyendo pacientes y familiares, proveedores, y todo el personal para encontrar la manera más segura en cada atención que brindamos.

QUÉ PODEMOS HACER

Comencemos con ampliar la mirada:

- Observar otras organizaciones de salud que ya hayan vivido el mismo proceso en el que está la nuestra.

- Basarnos en estándares nacionales o internacionales que se ocupen del tema.

- Aprender de otras industrias (como la nuclear) o servicios (como la aviación) donde sus procesos son más seguros y están más entrenados en evitar fatalidades.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): "En los países desarrollados, se estima que hasta uno de cada 10 pacientes hospitalizados sufren daños de resultados de la atención recibida, y en el mundo en desarrollo la cifra es probablemente mucho mayor. Lo más importante en materia de seguridad de los pacientes es conseguir conocer la **manera de evitar que éstos sufran daños durante el tratamiento y la atención".**

Buscar aliados para que sea más fácil aprender y transitar el camino tal como lo hacen las instituciones más importantes, que se unen para lograr mayor impacto con sus propuestas. Así nacen los "centros colaboradores".

En 2005, la OMS lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente desarrollando las **"Soluciones para la seguridad del paciente"**. https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf?ua=1

En el mismo año, Joint Commission y Joint Commission International (JCI) fueron designadas como Centro Colaborador de la OMS para elaborar y difundir estas "Soluciones para la seguridad de los pacientes" que luego se transformaron en 6 Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente y acreditar aquellas organizaciones de salud que demostraran su implementación.

LAS METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Conocerlas, implementarlas y cumplirlas son el primer escalón para una cultura segura. Las mismas son:

1. Identificación correcta de pacientes

2. Mejorar la comunicación efectiva

3. Mejorar la seguridad de la medicación

4. Cirugía correcta, paciente correcto y procedimiento correcto

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica: Lavado de manos

6. Reducir el riesgo de caídas

Un artículo que las describe es el de "Seguridad del paciente" (Rev. Hosp. Niños (B. Aires)

2018;60(271):333-335 I 333). http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2019/01/Numero-271-333-Seguridad-paciente.pdf

¿QUÉ QUEREMOS DECIR CUANDO DECIMOS...? VOCABULARIO

Cuando comenzamos a hablar de seguridad del paciente uno de los aprendizajes es establecer el significado y armonizar el uso de los conceptos que utilizaremos en nuestra organización. Además, si nos encontramos en un proceso de acreditación, el vocabulario debe estar alineado con los estándares de la entidad acreditadora.

A continuación, se presentan algunas definiciones tomadas de la "Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP). 2009" de la OMS (https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf) y del manual "Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals" 6th Edition. 2017 que incluye "Standards for Academic Medical Center Hospitals".

SEGURIDAD DEL PACIENTE

"Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable".

CISP describe para "Seguridad: Grado en el que se reducen el riesgo de una intervención y el riesgo en el entorno asistencial para el paciente y para otras personas, incluidos los profesionales de la atención sanitaria."

Y para Seguridad del Paciente, amplía: "Evitación, prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de

atención sanitaria. Esos eventos comprenden «errores», «desvíos» y «accidentes».

La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no reside en una persona, un dispositivo o un departamento. Mejorar la seguridad depende de que se aprenda cómo emerge esta de las interacciones entre los componentes. La seguridad del paciente es un subconjunto de la calidad de la atención sanitaria".

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.

"El grado en el que la atención de las personas se **coordina** entre los profesionales sanitarios, entre organizaciones y a lo largo del tiempo".

La continuidad mejora cuando todos los profesionales que atienden al paciente tienen la **información necesaria para la toma de decisiones** a partir de las experiencias médicas anteriores hasta las actuales.

La **historia clínica** del paciente es una fuente primaria de información del proceso de atención y del progreso del paciente y, por lo tanto, es una herramienta de comunicación esencial. Debe estar **disponible** durante la atención del paciente hospitalizado, las visitas ambulatorias, y en cualquier otro momento en que sea requerida, y además se debe mantener actualizada".

ESTÁNDAR

"Una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar **establecidos** para que una organización proporcione atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad".

RIESGO

Es la probabilidad de que se produzca un incidente.

DAÑO

Alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de aquella. Comprende los conceptos de enfermedad, lesión, sufrimiento, discapacidad y muerte.

INCIDENTE

En el contexto de la CISP: "Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño involuntario o innecesario a una persona, y/o a una queja, una pérdida o un perjuicio".

O sea, el término "Incidente" engloba a toda circunstancia o hecho fuera de lo previsto que le ocurre a un paciente durante la atención sanitaria.

Según los términos de CISP: "Un incidente puede ser una circunstancia notificable, un cuasi incidente, un incidente sin daños o un incidente con daños (evento adverso)".

CIRCUNSTANCIA NOTIFICABLE

Es una situación con **gran capacidad** de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente. Por ejemplo, el del traslado de un desfibrilador a una urgencia y el descubrimiento de que no funciona, aunque finalmente no se necesite.

CUASI INCIDENTE

Según CISP: "Un cuasi incidente es un incidente que no alcanza al paciente (por ejemplo, se conecta una unidad de sangre a la vía de infusión intravenosa del paciente equivocado, pero se detecta el error antes de comenzar la infusión)"

Es muy importante la detección de los cuasi incidentes o "near miss". Segú JCI, la organización debe:

- "Tener un **proceso definido para la identificación y el análisis** de los incidentes de seguridad que no llegaron al paciente.

- Aprender de manera proactiva dónde pueden ser vulnerables los sistemas a la ocurrencia real de eventos adversos.

- Recoger datos e información de esos eventos identificados como incidentes de seguridad que no llegaron al paciente y evaluar para evitar su ocurrencia real".

INCIDENTE SIN DAÑOS

"Evento que alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable. "Por ejemplo, se infunde una unidad de sangre errónea a un paciente, pero por azar era compatible y no le generó daño".

INCIDENTE CON DAÑOS - EVENTO ADVERSO

"Incidente que causa daño al paciente. Por ejemplo, se infunde una unidad de sangre errónea y el paciente muere de una reacción hemolítica".

La máxima expresión de un evento adverso es el evento centinela.

EVENTO CENTINELA

Tomando la definición de JCI es "La ocurrencia de un acontecimiento **no previsto** que implica la muerte o una lesión física o psicológica grave. Dichos eventos se llaman centinela porque indican la necesidad de una **investigación y respuesta inmediata.**

La respuesta apropiada de una organización ante un evento centinela incluye:

1. Análisis oportuno, minucioso y creíble de la causa raíz.

2. Desarrollo de un plan de acción destinado a implementar mejoras para reducir los riesgos.

3. Implementar las mejoras.

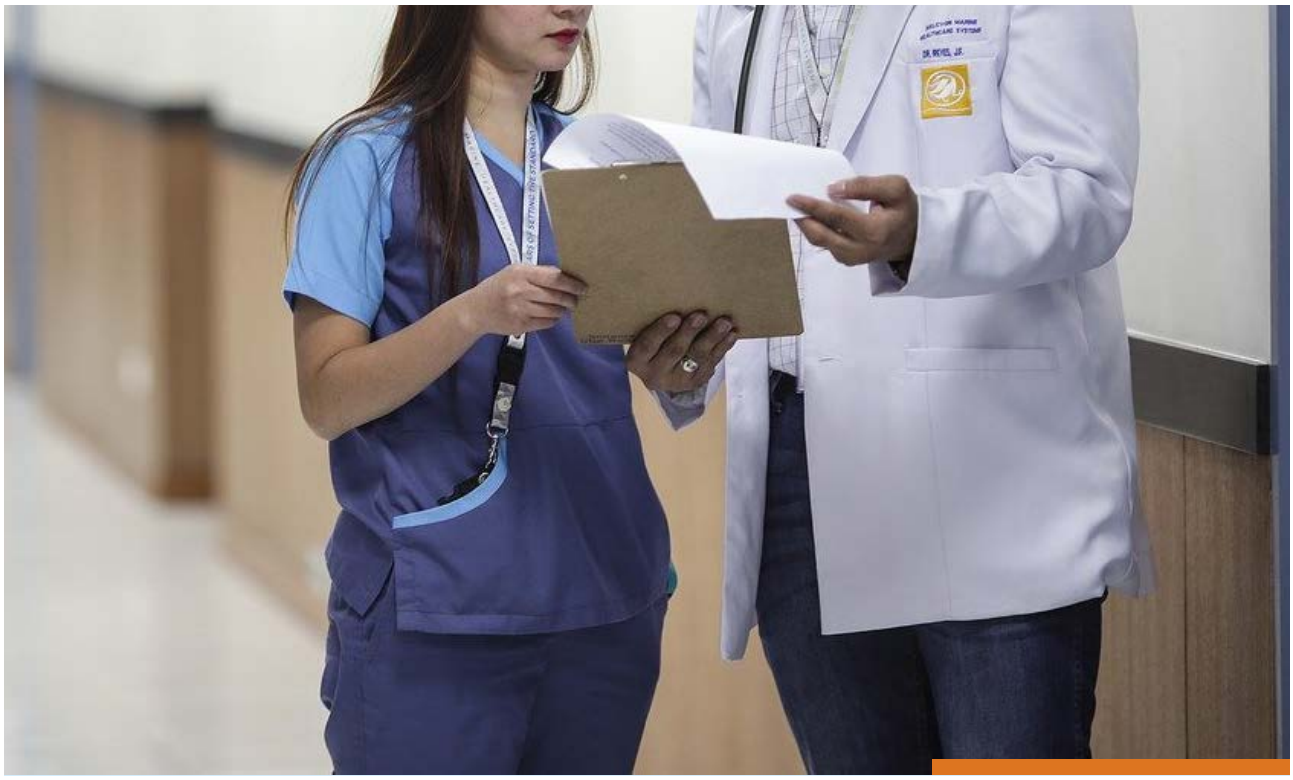
4. Monitorear la efectividad de esas mejoras.

Los términos evento centinela y error médico no son sinónimos.

No todos los eventos centinela ocurren debido a un error y no todos los errores ocasionan eventos centinela.

Cada hospital establece una definición operativa de evento centinela que incluye, al menos

a) una muerte imprevista, incluyendo, pero sin limitarse a, muerte no relacionada con el curso natural de la enfermedad o afección subyacente del paciente (por ejemplo, muerte por una infección posoperatoria o



embolia pulmonar adquirida en el hospital); muerte de un bebé a término; y suicidio;

b) pérdida permanente de una función principal no relacionada con el curso natural o afección subyacente del paciente;

c) cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto, o al paciente equivocado;

d) transmisión de una enfermedad o afección crónica o fatal como resultado de la transfusión de sangre o hemoderivados o del trasplante de órganos o tejidos contaminados;

e) robo de un bebé o entrega de un bebé a los padres equivocados; y

f) violación, violencia en el lugar de trabajo como un asalto (que provoque la muerte o la pérdida permanente de una función corporal) o el asesinato (homicidio intencional) de un paciente, un miembro del personal, un profesional sanitario, un estudiante de medicina, un profesional en prácticas, un visitante o un proveedor en las instalaciones del hospital".

ERROR

"El hecho de que una acción planeada no se lleve a cabo tal y como estaba previsto, o la aplicación de un plan erróneo, inadecuado o incorrecto para lograr un objetivo."

La CISP describe varios tipos de errores como los de "Comisión" (hacer algo erróneo) o los de "Omisión" (no hacer lo correcto).

SEGUNDA VÍCTIMA

"Un profesional sanitario implicado en un evento adverso de un paciente, un error médico, y/o una lesión relacionada con un paciente, que resulta victimizado en el sentido de que **el profesional queda traumatizado por el incidente.**

La respuesta emocional del profesional, que puede incluir remordimientos, ansiedad y angustia, puede tener un impacto en la calidad y la seguridad de la atención a los pacientes si las organizaciones sanitarias no reconocen y proporcionan apoyo para el profesional sanitario".

La siguiente página se enfoca exclusivamente en segundas y terceras víctimas en el ámbito de la Salud y contiene recursos para quienes profundizar este tema. http://www.segundas-victimas.es/

¿CÓMO EMPEZAR?

Los pasos para construir la cultura que deseamos son: incorporar al trabajo cotidiano los conceptos vistos y ampliarlos con los recursos hoy disponibles, sumarnos a los equipos de mejora para buscar soluciones a los problemas aplicando las Metas Internacionales para la Seguridad de Paciente y fomentar el compromiso del entorno en que nos desempeñamos.

Es importante ser persistente en las mejoras que se implementan. Monitorearlas, estimular el cumplimiento y escuchar las dificultades. Probablemente cada uno de nosotros, interesados en la calidad y seguridad podamos soportar varios cambios simultáneos, pero no es así para muchos de los colaboradores.

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

Cada departamento, servicio o sector de un hospital debe encontrar la mejor manera de contribuir al cuidado del paciente. El laboratorio de análisis clínicos, se encuentra fuertemente vinculado con las dos primeras metas internacionales: Identificación Correcta del Paciente y Comunicación Efectiva.

IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE Y SUS MUESTRAS

El número de pacientes que los laboratorios de análisis clínicos atienden a diario propone un gran desafío en cumplimiento de esta meta. Existe una oportunidad única e irrepetible para identificar correctamente y ese momento es en la toma y/o recepción de muestra. Además, mantener la trazabilidad a lo largo de todos los procesos hasta informar el resultado es parte de ese desafío y se encuentran descriptos en la guía "GP33Ed2E - Accuracy in Patient and specimen identification" (2° ed. abril 2019) desarrollada por "Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI)" de donde se toman los siguientes conceptos.

IDENTIFICAR CORRECTAMENTE

Significa que, en cada punto de interacción entre paciente y laboratorio, deben cumplirse los siguientes ítems para obtener una "mues-

tra correcta en tubo correcto" evitando entrecruzamiento de pacientes o muestras:

IDENTIFICADOR UNÍVOCO: DATOS INEQUÍVOCOS DEL PACIENTE QUE DEBEN SER UTILIZADOS EN TODA INTERVENCIÓN CON EL MISMO.

La OMS recomienda que se adopten al menos dos, y siendo los más efectivos, según la guía "GP33Ed2E - Accuracy in Patient and specimen identification" el nombre, apellido y fecha de nacimiento. Pueden utilizarse número de documento o pasaporte siempre que sean usados en conjunto con otros datos que impliquen palabras (como nombre y apellido). Esta combinación de letras y números es más segura que cuando se utilizan exclusivamente dígitos ya que evita el automatismo de tipeo al identificar al paciente.

El identificador "nombre, apellido y fecha de nacimiento" tiene fuerza particular ya que toda persona se identifica a sí misma con ellos por ser datos importantes, muy cercanos y fáciles de recordar tanto por el propio paciente como por sus cuidadores.

PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN

Definir las instancias, de acuerdo al contexto clínico del paciente, donde es obligatorio el uso de los identificadores unívocos.

Paciente ambulatorio: si es LA PRIMERA VEZ que concurre al laboratorio se le solicita nombre, apellido, fecha de nacimiento (datos identificatorios) y un documento que acredite esos datos.

En las siguientes oportunidades debe solicitársele los datos identificatorios, un documento que acredite los mismos, y CORROBORARLOS con los que ya se contaban en la base de datos. La verificación de la identidad debe hacerse al momento del ingreso de la orden y nuevamente en el box de extracción antes de la toma de muestra.

Paciente internado: si el paciente puede responder por sí mismo se le solicita que se identifique verbalmente y se constatan estos datos con los de la pulsera identificatoria que es recomendable que porten todos los pacientes internados.

Si el paciente no puede responder por sí mismo porque es un infante, por su estado de salud, habla un idioma diferente u otra causa, entonces se debe solicitar la identificación al cuidador más cercano, ya sea familiar o personal de salud.

El paciente no está presente en el laboratorio y solo se tiene la muestra proveniente de otro centro de salud: se debe establecer entre instituciones los identificadores que permitan trazar las muestras en todo momento en ambos lugares. Por ejemplo, el número de informe o protocolo que se asigna a los pacientes y sus muestras en cada visita al laboratorio. Si bien este número no es un identificador del paciente, puede establecerse como dato de valor para la trazabilidad de la muestra entre laboratorios.

COMUNICACIÓN EFECTIVA

La segunda Meta Internacional del Paciente enfatiza sobre todas las instancias de intercambio de información acerca de un paciente entre cuidadores.

ISSN 2452-4468

La información debe siempre mantenerse por escrito para poder corroborar los datos y evitar errores de interpretación. Las órdenes verbales deben restringirse solo a los casos dónde la urgencia es tal, que debe actuarse sin esperar al formato escrito.

Debe establecerse cuáles son las urgencias donde se permite la comunicación oral y el protocolo de transmisión segura de la información.

El laboratorio de análisis clínicos facilita el acceso, impreso o digital, a los resultados de los estudios de pacientes a los profesionales que los atienden. Solo se permite la transmisión oral frente a un valor crítico.

Se define como valor crítico aquel que indica una condición fisiopatológica que puede poner en riesgo la vida del paciente o provocarle un daño irreversible si no se actúa rápidamente y para el que existe tratamiento. Por eso debe **comunicarse inmediatamente**.

Cada laboratorio debe establecer, en conjunto con los profesionales que hacen uso de sus servicios, cuales son los valores críticos que impactan a la población atendida. También debe diseñarse el protocolo de comunicación, los responsables de la misma, los tiempos máximos estipulados para que la comunicación se considere efectiva y el escalamiento cuando sea necesario. A continuación, una breve descripción de cada punto:

VALORES CRÍTICOS:

Si bien la definición es universal, el **listado** de valores que son considerados críticos es particular de cada organización. Se debe acordar entre el laboratorio y los profesionales usuarios del mismo y actualizar periódicamente.

COMUNICACIÓN

Los valores críticos deben informarse **inmediatamente** luego de su detección y deben cumplirse dos instancias clave para que la comunicación oral se considere segura:

a. Usar siempre los identificadores elegidos (descriptos en la Primera Meta Internacional “Identificación correcta del paciente”)

b. La repetición (read back) de los datos transmitidos.

Y para considerar que la comunicación ha sido efectiva, además de los puntos anteriores, debe haberse cumplido dentro del tiempo máximo establecido. Usualmente, hasta **media hora** para pacientes internados y hasta **dos horas** para pacientes **ambulatorios**.

El siguiente protocolo es el que JCI aconseja para garantizar la comunicación efectiva:

Emisor enuncia al receptor que: tiene un valor crítico para comunicar, que debe tomarse nota y releerlo al final. Informa **nombre, apellido y fecha de nacimiento del paciente**. Luego informa el test y el resultado. En el caso de que el paciente tenga más de un resultado crítico para esa determinación, informa fecha y hora de la muestra de la que se habla.

Solicita al receptor la **relectura de cada uno de los datos**. Esta repetición es necesaria y obligatoria para asegurar que la información se comprendió apropiadamente.

Ejemplo:
Emisor: Habla la Dra. María Rodríguez

del Laboratorio Central.
Receptor: Habla la Dr. Silvia López del Pabellón 9.
Emisor: Voy a comunicarle un valor crítico de un paciente, por favor tome nota y reléamelo.
José Pérez, Fecha de nacimiento 13/02/61, potasio 7.4.
Receptor: José Pérez, Fecha de nacimiento 13/02/61, potasio 7.4.
Emisor: Correcto, muchas gracias

RESPONSABILIDADES Y ESCALAMIENTO

Definir claramente quienes pueden emitir resultados críticos y quienes pueden recibir los mismos es parte del acuerdo entre el laboratorio y los servicios usuarios.

El protocolo de comunicación debe prever cuando no se encuentra al primer receptor válido, generalmente el profesional médico que atiende al paciente, y establecerse cómo continúa la cadena de mandos hasta lograr la notificación y, de no ser posible la misma, quien decide que la comunicación no ha sido efectiva (imposibilidad de informar el valor crítico) y no se realizan más intentos.

Pacientes ambulatorios: Se debe contactar al médico solicitante del estudio. En caso de no localizarlo dentro de la hora, se llama al paciente o a un familiar. De ser posible, solicitar el número de contacto de su médico para corroborar si el teléfono al cual se llamó previamente es correcto, y ofrecerle comunicar el resultado al médico. Caso contrario, informar al paciente el resultado resaltando que se trata de un valor crítico y que debe contactar inmediatamente a un médico o concurrir a la guardia o emergencia.

En este caso, se debe tener especial precaución de que el paciente comprenda correctamente el resultado y la importancia y urgencia del mismo.

Pacientes internados: Se debe establecer cuál es la cadena de contactos, desde el primero hasta el último. Por ejemplo, generalmente el primer contacto es el médico a cargo o personal de enfermería. Si no se logra localizar a ningún responsable, se debe contactar al superior de personal médico o de enfermería. Si tampoco se localiza al superior, se sigue escalando y se contacta al Jefe de Servicio, luego al Jefe de Departamento y por último al Director del Hospital.

CONCLUSIÓN

Abrazar las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente, aplicarlas consistentemente, apoyarnos en bibliografía reconocida y en quienes ya han recorrido el camino, colaborar con otros con el mismo objetivo, principalmente con aquellos que se inician, es participar de las soluciones para cuidar a todos nuestros pacientes.

Aspiremos a ser parte de una cultura de segura que nos beneficia a todos: pacientes, familiares, trabajadores y el propio sistema de salud.

Caminando por la senda de la Acreditación para lograr Seguridad en la Atención

GECASEP
Gestión de Calidad en Salud y Seguridad del Paciente
www.gecasep.cl

www.gecasep.cl

PRÁCTICAS RECOMENDADAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dr. Fabián Vítolo

NOBLE Compañía de Seguros

fabian.vitolo@nobleseguros.com

Dr. Hugo Guajardo G.

Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE

hugoguajardo@fspchile.org

Conferencia realizada en primeras Jornadas Región Patagónica – Seguridad de Pacientes
29 de noviembre 2019

ISSN 2452-4468

El informe Making Health Care Safer II: An Updated Critical Analysis of the Evidence for Patient Safety Practices, se basa en la investigación realizada por el Southern California-RAND basada en la evidencia del Centro de Práctica (EPC) bajo contrato con la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ).

La información de este informe tiene por objeto ayudar a los responsables de la toma de decisiones en materia de atención de la salud para pacientes, clínicos, líderes del sistema de salud y responsables de la formulación de políticas, entre otros, para que estén bien informados en la toma de decisiones y así mejorar la calidad de los servicios de atención de la salud.

https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/seguridad_paciente/eu_def/adjuntos/2_Doc_referencia/ptsafetyII-full.pdf

Este es el resumen de la conferencia presentada, que muestra las 10 principales recomendaciones de ARQH como prácticas seguras para el uso clínico.

Muchos atribuyen al informe del Instituto de Medicina de 1999 "Errar es humano: la construcción de un sistema de salud más seguro" al haber puesto en marcha el movimiento moderno en pro de la seguridad del paciente.

Un año después de que se publicara este informe, como parte de su cartera inicial de actividades en materia de seguridad del paciente, la Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ) encargó a un grupo del Centro de Prácticas Basadas en la Evidencia (EPC) de la Universidad de California, San Francisco-Stanford, que analizara las pruebas que respaldaban un grupo diverso de prácticas de seguridad del paciente (PSP) que existía en ese momento.

El informe resultante de 2001, "Making Health Care Safer: Un análisis crítico de las prácticas de seguridad del paciente ", en adelante denominado "Making Health Care Safer", fue influyente y controvertido.

Desde que se publicó el informe "Making Health Care Safer", el campo de la seguridad ha madurado. Los reguladores y acreditadores alientan a las organizaciones de atención de la salud a que adopten "prácticas seguras" y eviten los acontecimientos adversos que se consideran total o ampliamente prevenibles. Se ha invertido una importante cantidad de dinero y horas-persona en los esfuerzos por mejorar la seguridad, y casi todas las organizaciones de atención de la salud consideran que la seguridad es una prioridad estratégica primordial.

Sin embargo, las pruebas indican que los progresos no han estado a la altura de los esfuerzos y las inversiones. Algunas prácticas de seguridad del paciente (PSP) han tenido consecuencias imprevistas, mientras que otras han demostrado ser muy dependientes del contexto, funcionando eficazmente en un entorno de investigación pero fracasando durante una aplicación más amplia.

En los últimos dos años, tres estudios han encontrado altas tasas de daños prevenibles en los hospitales, uno de los cuales no encontró ninguna mejora en las tasas de eventos adversos de 2003 a 2008.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO MAKING HEALTH CARE SAFER II:

Revisar las prácticas importantes en seguridad del paciente para obtener pruebas de su efectividad, aplicación y adopción.

FUENTES DE DATOS:

Búsquedas en múltiples bases de datos computarizadas, literatura, y las sentencias de un panel de 20 miembros de partes interesadas en la seguridad del paciente.

En los exámenes a fondo se evaluaron las prácticas sobre los siguientes dominios:

¿Qué tan importante es el problema?

¿Cuál es la práctica de seguridad del paciente?

¿Por qué debería funcionar esta práctica?

¿Cuáles son los efectos beneficiosos de la práctica?

¿Cuáles son los daños de la práctica?

¿Cómo se ha aplicado la práctica y en qué contextos?

¿Existen datos sobre los costos?

¿Existen datos sobre el efecto del contexto en la eficacia?

RESULTADOS:

A partir de una lista inicial de más de 100 prácticas de seguridad del paciente, los interesados identificaron 41 prácticas como una prioridad para este examen: 18 exámenes a fondo y 23 exámenes breves.

De estos, 20 de las prácticas tenían su fuerza de evidencia de efectividad calificada como "moderada", y 25 Las prácticas tenían al menos pruebas "moderadas" de cómo aplicarlas. 10 prácticas fueron clasificadas por los interesados como las que tienen pruebas suficientes de eficacia y aplicación, y que se debería "alentar enérgicamente" su adopción, y se clasificaron otras 12 prácticas como los que deben ser "alentados" para su adopción.

CONCLUSIONES

Las pruebas que respaldan la eficacia de muchas prácticas de seguridad del paciente han mejorado sustancialmente en la última década. Las pruebas sobre la aplicación y el contexto de su eso también han mejorado, pero sigue estando a la zaga de las pruebas de eficacia.

PRÁCTICAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE MUY RECOMENDADAS

- Listas de control preoperatorio y listas de control de anestesia para prevenir eventos operativos y postoperatorios.

- Paquetes que incluyen listas de control para prevenir infecciones del torrente sanguíneo asociadas a las líneas centrales.

- Intervenciones para reducir el uso de catéteres urinarios, incluyendo recordatorios de catéteres, órdenes de parada o protocolos de retirada iniciados por enfermeras.

- Paquetes que incluyen elevación de la cabecera de la cama, vacaciones con sedación, cuidado oral con clorhexidina y tubos endotraqueales con succión subglótica para prevenir la neumonía asociada al ventilador.

- Higiene de las manos

- Lista de "No usar" para abreviaturas peligrosas.

- Intervenciones multicomponentes para reducir las úlceras por presión.

- Precauciones de barrera para prevenir las infecciones asociadas a la atención sanitaria.

- Uso de ultrasonido en tiempo real para la colocación de la línea central.

- Intervenciones para mejorar la profilaxis de las tromboembolias venosas.

I.- CHECKLISTS PERI OPERATORIOS Y DE ANESTESIA

Los listados de control, listados de chequeo, checklist u hojas de verificación, son formatos generados para realizar actividades repetitivas, controlar el cumplimiento de un listado de requisitos o recolectar datos ordenadamente y de manera sistemática. Se utilizan para hacer comprobaciones sistemáticas de actividades o productos asegurándose de que el trabajador o inspector no se olvida de nada importante.

De aplicación generalizada y promovidos desde OMS que entregó Lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía y Lista de verificación en la Seguridad del parto.

Un Check list, tiene un gran potencial al reducir errores originados en fugas, o procesos fuera de norma, recordando los pasos mínimos necesarios de una manera explicita, por lo que su aplicación promueve una disciplina de alto rendimiento. Ajusta el trabajo individual y alinea el trabajo de los miembros del equipo.

II.- PAQUETE DE MEDIDAS ("BUNDLE") VÍAS CENTRALES y PAQUETE DE MEDIDAS ("BUNDLE") DE NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACION MECANICA

Bundle es un pequeño conjunto de intervenciones basadas en la evidencia, para un segmento/ población de pacientes definida y en un solo ámbito de atención, que cuando se implementan todas juntas derivan en resultados significativamente mejores que cuando se implementan individualmente.

Pautas para el diseño de bundles

- El Bundle debe tener de 3 a cinco intervenciones (elementos) con un fuerte acuerdo entre todos los profesionales

- Cada elemento del Bundle debe ser relativamente independiente.

- El Bundle debe utilizarse para una población definida de pacientes y en una sola localización.

- El Bundle debe ser desarrollado por un equipo multidisciplinario.

- Los elementos del Bundle deben ser más descriptivos que prescriptivos, para permitir la adaptación local y el apropiado juicio clínico.

- El cumplimiento de los Bundle debe medirse por el «todo o nada», con un objetivo de cumplimiento del 95% o más.

Bundle de Neumonías asociadas a ARM

- Elevación de la cabecera de la cama entre 30 y 45 grados

- Despertar diariamente al paciente ("vacaciones de la sedación") y evaluar si puede ser extubado

- Profilaxis de trombosis venosa profunda (TVP)

- Profilaxis de úlcera péptica

- (Nota: Un quinto elemento se agregó al bundle en 2010: "Higiene bucal diaria con clorhexidina"

Bundle de Vías Centrales

- Lavado de manos

- Precauciones de barrera máximas

- Antisepsia de piel con clorhexidina

- Selección juiciosa del sitio de acceso venoso evitando la vía femoral en adultos

- Revisión diaria de la necesidad de la vía y retirar rápidamente las que no sean necesarias.

III.- SOBRE CIERTAS PRÁCTICAS DE CONTROL DE INFECCIONES

- Higiene de manos

- Gestión de sondas vesicales

- Precauciones de barrera

Sabemos del impacto de las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS)

- 5 10% de pacientes egresados de centros de internación de agudos adquiere uno o más episodios de IACS

- ISQ e IAD (ITU/CUR; BACT/CVC; NEU/ARM): 85% de las IACS

- 25 50 % de las IACS ocurren en las UCIs 70% Microorganismos Resistentes)

- Burke JP. Infection Control: A problem for patient safety. N Engl J Med 2003;348: 651 6

- Weinstein RA. Nosocomial infection update. Emreg Infect Dis 1998; 4:416 20

- Jarvis WR. Select aspects of the socioeconomic impact of nosocomial infections: morbidity , mortality , cost and prevention . Infect Control Hosp Epidemiol 1996; 17: (8):552 7.

- Webzel RP, Edmond MB. The impact of hospital adquired bloodstream infections. Emerg Infect Dis 2001; 7: 174 177.

a.- Higiene de Manos:

Sabemos que el lavado de manos es la medida más efectiva para disminuir las infecciones asociadas al cuidado de la salud, lo preocupante es que la adherencia repostada es alrededor de un 40%.

El lavado de manos con soluciones alcohólicas es la mejor alternativa para mejorar la adherencia al lavado de manos. Lavado de manos con agua y jabón debe realizarse cuando las manos están visiblemente sucias o luego de exposición a fluidos corporales.

Los factores de riesgo observados para una baja adherencia a las recomendaciones sobre higiene de manos son:

- Ser médico (los médicos se lavan menos y peor que las enfermeras)

- Ser auxiliar de enfermería (menos y peor que enfermeras profesionales.)

- Ser varón

- Trabajar en una terapia intensiva

- Trabajar de lunes a viernes (vs. los fines de semana)

- Utilizar guantes o camisolín

- Grifería automática

- Actividades con un alto riesgo de contaminación cruzada

- Alto número de oportunidades para la higiene de manos por hora de atención al paciente

b.- Infecciones urinarias: Usos y abuso de sondas vesicales

- ITU corresponde al 25,6% de todas las infecciones hospitalarias

- ITU es responsable del 12,9% de las bacteriemias hospitalarias

- 80% son causadas por la instrumentación con sondas vesicales

- Entre el 12% y el 16% de los pacientes son sondados por períodos cortos durante su internación (en casi la mitad de los casos sin una indicación válida)

- Riesgo diario de adquisición entre un 3% a un 7% mientras la sonda permanece colocada.

Sondas vesicales: indicaciones

- Retención u obstrucción urinaria aguda

- Medición precisa de la diuresis en pacientes críticos

- Perioperatorio de algunos tipos de cirugía

- Para colaborar con la cicatrización de heridas perineales o sacras en pacientes con incontinencia

- Cuidados paliativos en paciente terminales

- Indicación de inmovilización por trauma o cirugía

APIC Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Epidemiology, "Guide to preventing catheter associated urinary tract infections April 2014

Gestión de sondas vesicales : Estrategias generales

- Colocar sondas sólo para las indicaciones apropiadas

- Dejar las sondas colocadas el mínimo indispensable

- Garantizar que sólo personal entrenado coloque y mantenga las sondas

- Insertar las sondas vesicales utilizando técnicas asépticas y equipo estéril

- Luego de la inserción aséptica, mantener un circuito cerrado

- Mantener el flujo de orina libre, sin obstrucciones

- Adecuada higiene de manos y precauciones estándar para la prevención de infecciones

APIC Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Epidemiology, "Guide to preventing catheter associated urinary tract infections April 2014

ISSN 2452-4468

IV.- SOBRE LAS ABREVIATURAS PELIGROSAS

La utilización de abreviaturas, acrónimos y símbolos no estandarizados en la prescripción médica para indicar el medicamento o expresar la dosis, vía y frecuencia de administración,

Es una causa conocida de errores de medicación. La utilización de abreviaturas, acrónimos o expresiones de dosis no estandarizadas no está exenta de riesgos, debido a que se pueden interpretar equivocadamente o pueden existir varios significados para una misma abreviatura o acrónimo.

Estos errores se ven favorecidos por una escritura poco legible o por una prescripción incompleta. Sin embargo, el uso de abreviaturas es una práctica generalizada entre los profesionales sanitarios y en especial dentro del ámbito hospitalario

Recomendaciones:

NQF (National Quality Forum (EE.UU)

- Utilizar solamente abreviaturas y expresiones de dosis estandarizadas.

- Las instituciones deben establecer normas y procedimientos explícitos y deben mantener una lista de las abreviaturas y expresiones de dosis que no pueden nunca ser utilizadas.

Joint Commission

- Se deben estandarizar las abreviaturas, acrónimos y símbolos que se emplean en la institución, y establecer una lista de todos aquellos que no se pueden utilizar.

V.- SOBRE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros (1). Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

Epidemiología:

La incidencia y prevalencia de las UPP varía ampliamente dependiendo de su ubicación. Diversos estudios estiman que entre un 3-11% de los pacientes que ingresan en los hospitales desarrollan UPP; cerca del 70% de éstas se producen en las primeras dos semanas de hospitalización. La incidencia de UPP en la comunidad se cifra en 1,7% anual en edades comprendidas entre los 55-69 años y 3,3% entre 70-75 años. En las residencias asistidas oscila en torno al 9,5% en el primer mes de estancia, y hasta el 20,4% a los dos años. Los pacientes con UPP tienen una mortalidad hospitalaria del 23-27%, y el riesgo de muerte aumenta de 2 a 5 veces en las residencias asistidas.

https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2021_II.pdf

Paciente:

- Aumento del dolor, sufrimiento y aislamiento.

- Incapacidad para volver a las funciones de la vida cotidiana.

- Reducción de la calidad de vida.

Gasto sanitario:

- Insumos costosos que las OS no reconocen

- Aumento de insumos (ATB ev, cultivos de la herida)
- Aumenta la carga de trabajo de enfermería.

- Aumento en IC con especialistas (Plástica, Infectología, Dermatología).

- Aumenta la duración de estadía hospitalaria.

- Implicaciones legales (demuestran negligencia asistencial).

Valoración Integral Del paciente

- Valoración del riesgo

- Valoración de la piel

Control Factores Etiológicos

- Movilización

- Cambios posturales

- Utilización de Semp

- Protección local

- Humedad

Control Factores Coadyuvantes

- Manejo de la nutrición

- Cuidados de la piel en riesgo

- Mejora de la oxigenación tisular Iatrogenia

VI.- SOBRE LA COLOCACIÓN DE VÍAS BAJO CONTROL ECOGRÁFICO

La cateterización venosa central es un procedimiento frecuente realizado en las unidades de terapia intensiva. Las indicaciones son variadas e incluyen monitoreo hemodinámico, nutrición parenteral total, terapia de reemplazo renal, administración de medicación, entre otras. En EE.UU. se estima que se colocan 5.000.000 de vías centrales al año. La tasa de complicaciones mecánicas durante el procedimiento oscila entre 6% y 19% . Esto representa entre 250.000 y 1.000.000 de complicaciones mecánicas anuales. En el Centro de Cuidados Especiales y en la sala de operaciones del Hospital Central de las Fuerzas Armadas se realizan alrededor de 1.500 cateterizaciones centrales anuales (datos no publicados), por lo que el número de complicaciones mecánicas anuales estimado oscila entre 75 y 300.

Los lugares habituales de inserción de las vías centrales son la vena yugular interna (VYI), la vena subclavia y la vena femoral. El acceso subclavio es el que potencialmente presenta mayor riesgo vital para el paciente por mayor riesgo de neumotórax. La vía venosa central femoral presenta mayor riesgo de punción arterial y de complicaciones infecciosas. Por estos motivos, la VYI es comúnmente utilizada para el acceso central.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12732013000100005

ISSN 2452-4468

Factores de riesgo en la colocación de vías centrales

- Las características del paciente ej : obesidad mórbida, caquexia o tejido cicatrizal local por cirugía o radiaciones previas.)

- La situación clínica ej : pacientes en asistencia respiratoria mecánica o durante emergencias tales como paros cardíacos.)

- Comorbilidades ej : enfisema bulloso o coagulopatías.

- El entrenamiento y experiencia variable del médico que realiza el procedimiento.

- El método de inserción ej : las inserciones percutáneas generalmente son realizadas a ciegas, dependiendo de reparos anatómicos.).

Ventajas del control ecográfico de la inserción

- Detección de variantes anatómicas

- Localización exacta de los vasos

- Detección de venas centrales con trombosis preexistentes

- Control de la localización de la guía u el catéter luego de la inserción de la aguja en piel

COMENTARIOS FINALES

El uso de practicas médicas, muchas veces sin revisar su recomendación y evidencia es frecuente en nuestras prácticas cínicas.

Por ello nos pareció importante incluir esta presentación, que refuerza nuestro pensar, y nos lleva a recomendar adoptar prácticas basadas en la evidencia, por ello es altamente recomendable el análisis y lectura del documento de ARHQ que da origen a esta conferencia.

Durante la edición de este número, ARQH nos sorprende y nos regala una nueva versión, que actualiza lo conversado.

Making Healthcare Safer III:
A Critical Analysis of Existing and Emerging Patient Safety Practices

https://www.ahrq.gov/research/findings/making-healthcare-safer/mhs3/index.html

NIMBO

DISEÑO PARA LA SALUD

DISEÑO

EDITORIAL

+

INFOGRAFÍAS

VIDEOS

EVENTOS

PRESENTACIONES

+

www.nimbodg.com.ar

hola@nimbodg.com.ar

+54 11 6 041 3930

Loyola 501 CABA

nimbodesign @nimbodg

ISSN 2452-4468

NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE es el órgano de difusión de la Fundación para la Seguridad del Paciente - CHILE. Es una revista destinada a los profesionales relacionados con la atención de pacientes y a todos aquellos que la Seguridad de los Paciente sea parte de su interés.

Los trabajos que se publiquen serán revisados por el Comité Científico; y se exigen los elementos científicos básicos para aceptar su publicación, siendo de responsabilidad de los autores la veracidad y coherencia de los escritos.

Presentamos las consideraciones generales, en las secciones descritas, en aras de crecimiento y libertad podemos incorporar otras que sean necesarias.

I. REGLAMENTO PARA PUBLICACIÓN

1. TRABAJOS ORIGINALES
Trabajos de investigación clínica o experimentales. Su extensión no debe sobrepasar las 2500 palabras. Los originales deben atenerse a las normas internacionales para la publicación de trabajos médicos científicos, y pueden ser devueltos al autor (autores) para su corrección o para darles una forma adecuada.
El orden de las diversas partes de un trabajo científico es el siguiente:
a) Resumen: debe contener el objetivo del trabajo, los hallazgos principales y las conclusiones que no exceda las 300 palabras. Resumen en español e inglés encabezado por el título del trabajo.
b) Palabras claves: 3-6 palabras claves en español y también traducidas al ingles (Key Word)
c) Introducción: breve exposición de los objetivos de la investigación.
d) Material y Método: descripción del material de estudios y del método aplicado para su análisis.
d) Resultados: Deben ser presentados en una secuencia lógica en el texto, al igual que las tablas e ilustraciones.
e) Discusión y conclusiones: Destaque los aspectos más novedosos e importantes del estudio y sus conclusiones.
f) Referencias: Deben hacerse en orden de aparición citadas en el texto, siguiendo la nomenclatura internacional. Las abreviaturas deben ser deacuerdo al Index Medicus.
Los autores son responsables de la exactitud de las referencias.

2. ¡ ARTÍCULOS DE REVISIÓN:
Revisión bibliográfica de temas de Seguridad del Paciente que requieren una actualización, ya sea porque hay nuevos datos o conocimientos sobre el tema, existen nuevas tecnologías e implican un avance del tema relacionado.
Su extensión no debe sobrepasar las 2.500 palabras.

3. ¡ RECOMENDACIONES DE FSP CHILE
Documentos de Consenso y Recomendaciones de los grupos de trabajo (propias o en colaboración con otras Sociedades Científicas)

4. CASOS CLÍNICOS
Análisis de casos, incidentes, eventos adversos, centinela que signifiquen un aporte docente importante en Seguridad del Paciente. Estos deberán incluir un breve resumen de la anamnesis, las investigaciones de laboratorio que sólo tengan relación con el cuadro en cuestión, un pequeño comentario y un resumen final.
Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

5. CRÓNICAS
Esta sección de la revista destinada a divulgar las actividades que se realizan durante el año por la sociedad u en otras organizaciones. Publicaremos resúmenes de una clase, conferencia, en Seguridad del Paciente. Junto al resumen, se dispondrá de link para .pdf in extenso en www.fspchile.org
Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

6. CONTRIBUCIONES
Resúmenes de contribuciones presentadas en Congresos o Jornadas, que se realizan durante el año, en cualquier evento relacionado a Seguridad del Paciente, las cuales deben ser enviadas por sus autores.
Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

7. REVISTA DE REVISTAS:
Resúmen o analisis de publicaciones importantes en Seguridad del Paciente aparecidos en otras revistas.

8. ENTREVISTAS
Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

9. Ç RECOMENDACIONES PRACTICAS
Las buenas practicas, sencillas y simples, creemos que deben ser compartidas para ser adaptadas en vuestro lugar de trabajo. Compartir lo que hacemos.

10. Ç CURSOS Y CONGRESOS
Cronología y actualización de cursos y congresos en Seguridad del Paciente.

11. CARTAS AL EDITOR
Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.
Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

II.- DISPOSICIONES VARIAS

a. Todo manuscrito debe indicar el nombre y apellido del o de los autores, servicio, cátedra o departamento universitario de donde procede, y, al pie del mismo, su dirección postal e-mail. Los trabajos deben tener una extensión y un número de gráficos y tablas razonables.

b. Se sugiere considerar que 1 pagina en nuestra edición, considera 500 palabras.

c. El Comité Científico podrá pedir al autor la reducción de los trabajos muy extensos. Todos los trabajos de la revista serán de acceso abierto y podrán ser reproducidos mencionando sus autores y origen.

d. El Comité Científico se reserva el derecho de aceptar o rechazar los trabajos enviados a publicación.

e. Los autores serán notificados de la aceptación o rechazo del manuscrito, que se le devolverá con las recomendaciones hechas por los revisores.

f. Queremos y podemos publicar trabajos o articulos de revisión, que ya hayan sido publicados en otros medios, con autorización expresa del autor y del medio en que fue publicado.

ÉTICA

a. La Revista Chilena de Seguridad del Paciente respalda las recomendaciones éticas de la declaración de Helsinki relacionadas a la investigación en seres humanos.

b. El editor se reserva el derecho de rechazar los manuscritos que no respeten dichas recomendaciones.

c. Todos los trabajos deben establecer en el texto que el protocolo fue aprobado por el comité de ética de la investigación de su institución y que se obtuvo el consentimiento informado de los sujetos del estudio o de sus tutores, si el comité así lo requirió.

d. Es necesario citar la fuente de financiamiento del trabajo de investigación si la hubiere.

Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente

¿QUÉ HACEMOS?

DIPLOMADOS ON LINE

- Diplomado en Seguridad del Paciente
- Diplomado en Gestión de Riesgos en Salud
- Diplomado en Gestión de Calidad en Salud

TALLERES/ CURSOS PRESENCIALES

- Taller de Gestión de Riesgos en Salud basado en ISO 31.000
- Taller de Gestión de Incidentes en Seguridad basados en Protocolo de Londres

CURSOS ON LINE

- Curso Cómo realizar Analisis de Eventos Adversos y Centinelas basado en Protocolo de Londres
- Curso Uso Seguro de Medicamentos
- Herramienta para Identificar Eventos Adversos en Atención Cerrada basado en Global Triggers Tools
- Curso Calidad, Seguridad del Paciente y Acreditación para Profesionales de Atención Primaria en Salud
- Curso Gestión de Riesgos en Salud

CONGRESOS Y JORNADAS

Como parte de la implementación de nuestra Misión, realizamos Congresos y Jornadas que tienen como objetivo dar a conocer la Seguridad del Paciente y las herramientas que se pueden utilizar en su gestión.

FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

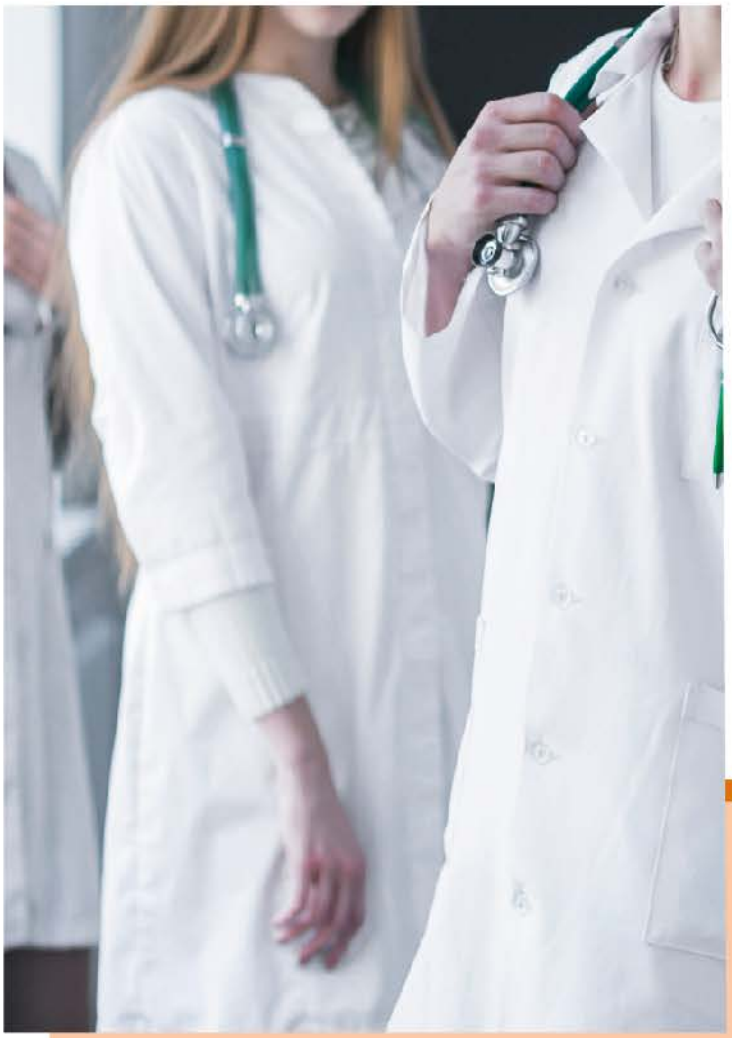
www.fspchile.org

Somos una organización sin fines de lucro, que centra su hacer en generar espacios de colaboración y crecimiento para que nuestros pacientes y aquellos que cuiden de ellos, estén en ambientes de mínimo riesgo, educando y motivando a los profesionales para instalar Gestión de Riesgos en aras de la Seguridad del Paciente.

Parque Andalucía, Granada 1125,
Región de Ñuble, Chillán / Chile

Cel: +56 9 94427435
+56 9 77651330

contacto@fspchile.org
www.fspchile.org



Fundación para la Seguridad del Paciente -Chile
www.fspchile.org

Institucional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO:

COMO REALIZAR ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS BASADO EN PROTOCOLO DE LONDRES

80 HORAS PEDAGÓGICAS | **100%** ONLINE | VALOR: **$80.000 USD 120**

Curso inscripto en el Departamento de Derechos
Intelectuales con el N° A-305544
Ministerio de las Culturas, las artes y el Patrimonio - Chile

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org

Fundación para la Seguridad del Paciente -Chile
www.fspchile.org

Institucional Member of the
International Society for Quality in Health Care - ISQua

CURSO:
USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

90 HORAS PEDAGÓGICAS | **100% ONLINE** | VALOR: **$80.000. USD 120**

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org

Capítulo de Químicos Farmaceúticos Fundacion para la Seguridad del Paciente CHILE