



REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

EN ESTE NÚMERO:

EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán
CEO y Presidente de Directorio
Fundación para la Seguridad
del Paciente CHILE

EFICACIA DE LA
APLICACIÓN DEL
PROTOCOLO DE
PREVENCIÓN DE ÚLCERAS
POR PRESIÓN EN
PACIENTES EN SITUACIÓN
DE DISCAPACIDAD
POR ENFERMEDADES
NEUROLÓGICAS

VISIÓN
INTERDISCIPLINARIA
DE LA SALUD Y LA
ENFERMEDAD

CRÓNICAS
USO SEGURO DE
OPIOIDES

REVISTAS DE REVISTAS





REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

VOLUMEN 6

AÑO 2023

ISSN 2452-4468

Nº3

REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Luis López Valenzuela

Ing. Com. Mg Salud Pública Paola Martínez Osorio

EU Mg Bioética Gladys Osorio Uribe

QF Mariela Valenzuela Guajardo

QF Jorge Cienfuegos Silva

TM Valeska Abarca Arce

Kglo. Gonzalo Hormazabal Rioseco

Mat. María Angélica Cifuentes Canales

Dr. en Matemáticas Luis Guajardo Rui-Pérez

Odontólogo Mg Bioética Jorge Oliva Te-Kloot

RESPONSABLE INTERNACIONAL EN LA UNION EUROPEA

Dr. Med. María Inés Cartes

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL:

NIMBO DISEÑO:

(5411) 6041-3930

www.nimbodg.com.ar

hola@nimbodg.com.ar



Sumario

04

EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

CEO y Presidente de Directorio

Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE

06

EFICACIA DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

María de los Ángeles Peña-Figueroa

Delaray García Domínguez

José Ignacio Escalante Quintero

Lisette Miranda Lara

Claudia Vega Peña

19

VISIÓN INTERDISCIPLINARIA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Jorge Oliva Te-Kloot

25

CRÓNICAS

USO SEGURO DE OPIOIDES

Matías Ramírez Allendes

27

REVISTAS DE REVISTAS

EDITORIAL

8 años /

17 de Julio del 2015, fue el día en que firmamos los estatutos de **Fundación para la Seguridad del Paciente**, fue el sueño de creer que colocando estos principios en el centro del hacer, lograríamos un cambio en la Cultura de nuestro sistema de Salud.

Estamos ya trabajando para nuestro **8vo Congreso** el 6 y 7 de Junio del 2024.

- Han sido 8 eventos internacionales y contar con la presencia de referentes mundiales. En estos años más de 15.000 personas que han escuchado, en vivo u online, la voz de quienes generosamente y “gratis” han estado.

Nuestra **Plataforma Educativa** a través de Moodle® ha tenido en estos años 1.755 alumnos, que han participado de nuestros cursos, que hemos creado y desarrollado para expandir conceptos de Seguridad.

Nuestra Revista, “**Revista Chilena de Seguridad del Paciente**”, Volumen 6 N°3, que está en sus manos. Gracias a quienes generosamente han regalado pensamientos, palabras y tiempo para escribir y regalarles un pedacito de experiencias, conocimientos y sentimientos.

ZOOM 17 a las 7: Creamos un espacio de difusión en YouTube,

<https://www.youtube.com/c/FundaciónparaLaSeguridaddelPacienteChile>, de libre acceso, en donde trabajamos para difundir conocimientos on line para las personas y profesionales de Salud. Tenemos 1.09 K de Suscriptores.

Nuestra Biblioteca contiene 176 videos relacionados a Seguridad del Paciente, que han recibido 17.546 visualizaciones.

17 de Septiembre, Día Internacional de la Seguridad del Paciente de OMS:

- 2020, por primera vez hicimos un mágico Concurso de cuentos, “**Yo, el COVID y la Seguridad del Paciente en 100 palabras**”. 164 cuentos recibidos desde varias partes del mundo, el primer premio voló a Venezuela.

- 2021, un Concurso Latinoamericano de Videos, “**La Comunicación y la Seguridad del Paciente en 40 segundos**”, mensajes de motivación cuyo primer lugar esta vez voló a Colombia.

- 2022, escribimos un libro de reconocimiento a quienes han escrito la Seguridad del Paciente, “**Personalidades de la Seguridad del Paciente en Latinoamérica**” hay páginas que entregan historia, de 30 referentes, amigos de Latinoamérica.



Ha sido muy difícil el camino, no ha estado exento de grietas, desencuentros, desconfianzas y desánimo, sin embargo hemos seguido y estamos.

Gracias a muchas personas que han confiado en nosotros y que nos dieron su apoyo.

Les invitamos a nuestra fiesta final, Junio 2024, en Santiago de Chile.

¡Gracias Totales!

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

CEO y Presidente de Directorio

Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE

hugoguajardo@fspchile.org

www.fspchile.org

EFICACIA DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

María de los Ángeles Peña-Figueroa

<https://orcid.org/0000-0001-6522-2040>

Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN). La Habana, Cuba

Delaray García Domínguez

<https://orcid.org/0009-0009-3488-2308>

Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN). La Habana, Cuba

José Ignacio Escalante Quinteiro

<https://orcid.org/0000-0002-2313-8091>

Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN). La Habana, Cuba

Lisette Miranda Lara

<https://orcid.org/0000-0002-9900-2270>

Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN). La Habana, Cuba

Claudia Vega Peña

<https://orcid.org/0009-0005-8005-8628>

Universidad Tecnológica de la Habana José Antonio Echeverría, CUJAE.

Instituto de Ciencias Básicas. La Habana, Cuba.

CENTRO INTERNACIONAL DE RESTAURACIÓN NEUROLÓGICA. LA HABANA. CUBA 2023



RESUMEN

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) son relativamente frecuentes en todos los hospitales del mundo, su incidencia se relaciona como indicador de calidad y de la seguridad del paciente. Los pacientes con discapacidad por secuelas neurológicas son tributarias para presentar mayor número de riesgo de UPP intrahospitalaria que la mayoría de los pacientes.

Material y método: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, con (3) pacientes neurológicos en situación de discapacidad que se reportan úlceras por presión intrahospitalarias en el Centro Internacional de Restauración Neurológica, con el objetivo de evaluar la eficacia del protocolo de úlcera por presión en el Centro Internacional de Restauración Neurológica en el periodo 2018-2022.

Resultado: Durante los 5 años de estudio el 0,4 % (3) pacientes que se reportan UPP por grupos de edades se aprecia que la mayoría de las pacientes pertenecen al grupo de edad de 60 y más y en el sexo femenino. El diagnóstico más frecuente en los pacientes estudiados que sufren úlceras son las Lesiones Raquímedulares, y las secuelas discapacitantes que predominan son Cuadriparesia espástica, en cuanto a la valoración de riesgo sobresale el alto riesgo en pacientes que tienen un nivel de dependencia total y los factores de riesgo que prevalecen son la humedad, la incontinencia urinaria y la pérdida sensitiva motora.

Conclusiones: El protocolo de actuación de Enfermería representa un método eficaz para la prevención de úlceras por presión en pacientes neurológicos en situación de discapacidad.

Palabras clave: Úlceras por presión, Seguridad del paciente, Enfermería

SUMMARY

Introduction: Pressure ulcers (UPP) are relatively frequent in all hospitals in the world, their incidence is related as an indicator of quality and patient safety. Patients with disabilities due to neurological sequelae are likely to present a greater number of in-hospital PU risk than most patients.

Material and method: A descriptive, retrospective study was carried out with (3) neurological patients with disabilities who reported intrahospital pressure ulcers at the International Center for Neurological Restoration, with the aim of evaluating the efficacy of the pressure ulcer protocol at the International Center for Neurological Restoration in the period 2018-2022.

Result: During the 5 years of study, 0.4% (3) patients who reported PU by age groups, it can be seen that most of the patients belong to the age group of 60 and over and are female. The most frequent diagnosis in. The patients studied who suffer from ulcers are Spinal Cord Lesions, and the disabling sequelae that predominate are Spastic Quadriplegia, in terms of risk assessment, the high risk stands out in patients who have a level of total dependence and the risk factors that prevail are moisture, urinary incontinence, and sensory-motor loss.

Conclusions: The Nursing action protocol represents an effective method for the prevention of pressure ulcers in neurological patients with disabilities.

Keywords: Pressure ulcers, Patient safety, Nursing

INTRODUCCIÓN

Las UPP son lesiones de la piel producidas como consecuencia de un proceso de isquemia que puede afectar, e incluso necrosar, zonas de la epidermis, dermis, tejido subcutáneo y músculo (1). Es un grave problema sanitario que prolonga la estancia hospitalaria, genera un impacto negativo en la persona hospitalizada y eleva los costos de atención, por lo que constituyen un problema de salud pública y un indicador de la calidad del cuidado de enfermería (2).

La seguridad de los pacientes representa una prioridad del sistema de salud y un principio fundamental de la atención sanitaria(3). Los enfermeros tienen una gran responsabilidad, dentro de su rol independiente ya que se estima que un 51,6% de las UPP se producen dentro del propio hospital y que un 95% son evitables cuando se realizan cuidados y se utilizan recursos adecuados, por ello, es prioritaria la prevención basada fundamentalmente en métodos que cuantifican factores de riesgo y que ayudan a predecir la afectación de los tejidos (1, 2, 4). Talens F en el año 2018 afirma que el uso de protocolos y guías de buenas práctica clínica constituye la herramienta más eficiente en su prevención (4).

En este sentido, León Carlos A en el año 2020, plantea que es importante contar con un referente metodológico para la protocolización de la actuación de enfermería en la prevención de UPP en pacientes hospitalizados (5). Según Nieva C. en el año 2022, la enfermería juega un papel fundamental en el cuidado de la piel, tanto en la prevención del desarrollo de UPP como en la seguridad de cada paciente. La prevención de este tipo de lesiones es indicadora de la calidad en la atención (6).

Para los profesionales de Enfermería resulta indispensable generar cambios en la salud de la persona con discapacidad, para mejorar la calidad de

vida, ayudar e informar y educar sobre los efectos de la enfermedad y la discapacidad (7), abordar a la persona de manera holística en todas sus dimensiones, y brindar cuidados integrales que incluye aspectos tan importantes como la integridad de la piel, que puede verse alterada por heridas como las lesiones de la piel, debe tener siempre presente la visión de riesgo en su práctica asistencial. De esta manera, el cuidado de enfermería deberá orientarse primordialmente a la prevención e identificación de factores de riesgo para evitar el desarrollo de estas lesiones en el paciente hospitalizado, teniendo en cuenta que este es considerado un indicador de calidad en la atención en los servicios de salud. En este sentido, al realizar la valoración Inicial al paciente hospitalizado, además de los aspectos generales y específicos relacionados con el problema de salud, debe incorporar elementos que le permitan identificar los riesgos que pueda presentar el paciente y dentro de ellos, el de UPP (8).

Por lo tanto, teniendo claro los antecedentes que se describen, no cabe dudas que para la garantía de la seguridad del paciente los profesionales de enfermería son imprescindible en la ejecución de prácticas seguras en las instituciones de salud. Las intervenciones preventivas y oportunas, relativas al cuidado, posibilitan una asistencia adecuada y libre de daños. Diferentes estudios han demostrado que los protocolos de prevención permiten una reducción del número de úlceras. En el Centro Internacional Restauración Neurológica (CIREN), se atienden pacientes con discapacidades neurológicas con un alto riesgo de UPP según la escala de Braden- Bergstrom. El CIREN cuenta con un protocolo de actuación desde 2016 para prevenir las UPP y sus complicaciones. El objetivo del estudio es constatar la eficacia del protocolo de prevención de úlceras por presión en el CIREN en el periodo 2018-2022.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre la eficacia del protocolo de UPP en pacientes en situación de discapacidad, por enfermedades neurológicas en el CIREN ingresados durante el periodo enero 2018-diciembre 2022.

POBLACIÓN

La población la conformaron el 100 % de los pacientes adultos ingresados durante los años 2018-2022 en los diferentes servicios del CIREN.

MUESTRA

La muestra está constituida por los 676 pacientes adultos con el diagnóstico de enfermería de riesgo de úlceras por presión ingresados en los diferentes servicios del CIREN, durante el periodo de 2018 al 2022.

VARIABLES DE ESTUDIO

Para pacientes que se reportan con UPP se analizan las siguientes variables:

- Edad
- Sexo
- Identificación de riesgos al ingreso
- Diagnóstico clínico
- Tipo de discapacidad
- Grado del riesgo
- Nivel de dependencia identificada al ingreso del paciente
- Grado úlcera en la escala de Shear

MÉTODO PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de los datos se utilizó el registro de UPP y las historias clínicas de los pacientes. Se creó una base de datos, y los mismos se procesaron

en Microsoft Excel, en el que figuraban las variables mencionadas con anterioridad a evaluar para su posterior análisis.

ANÁLISIS DE DATOS

Se calculó la incidencia de UPP, como el número UPP entre todos los pacientes adultos ingresados en el periodo de estudio.

ASPECTOS ÉTICOS

El protocolo de actuación ha sido aprobado por el consejo científico del CIREN, siguiendo la normativa vigente y como se trata de datos de los pacientes se le solicitó el consentimiento informado.

DESARROLLO DEL PROCESO PARA LA PREVENCIÓN

A partir del año 2016, el Departamento de Enfermería del CIREN, como parte del proceso de la calidad asistencial, diseñó un protocolo de actuación para la prevención y control de las UPP, en pacientes hospitalizados, donde involucran a las trece especialidades como equipo multidisciplinario que intervienen en el proceso de atención asistencial, donde enfermería constituye un eslabón fundamental como profesional responsable de la identificación del riesgo, la prevención desde su ingreso, con seguimiento diario, bajo la metodología del proceso de atención de enfermería como método científico y la aplicación de escalas según protocolo aprobado.

Para la valoración se utiliza la valoración del riesgo escala de Braden-Bergstrom y hoja de valoración del riesgo de presentar UPP (anexo 1 y 2)

Para la evaluación externa el supervisor de enfermería, utiliza plantilla de evaluación que posibilita el cumplimiento de las pautas a seguir, así como el

registro para el reporte de UPP (anexos 3 y 4), y registro y seguimiento de la evolución de las UPP (anexo 5).

Para la toma de decisiones el CIREN cuenta con un comité de evaluación técnica, con nombramiento legal a nivel de institución, el cual consta de 5 miembros representado por el equipo multidisciplinario, cuyo objetivo es reducir o eliminar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las UPP

Las premisas establecidas del comité son:

1. Valorar el grado de riesgo de desarrollar UPP de una manera efectiva y fiable.
2. Identificar y describir correctamente los estadios de las UPP.

3. Registrar y protocolizar todas las actividades de enfermería encaminadas a la prevención, localización y tratamiento de las UPP

4. Reducir y optimizar el gasto económico y asistencial derivado de la aparición de las UPP

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la incidencia de UPP intrahospitalaria en pacientes con riesgo de UPP en el CIREN durante los años 2018-2022.

TABLA 1: INCIDENCIA DE ÚLCERAS POR PRESIÓN RELACIONADAS CON EL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA RIESGO DE UPP. (N=3) CIREN 2018-2022

	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Eventos						
Total de pacientes con diagnóstico de Enfermería relacionado con riesgo de úlceras por presión	200	250	116	115	110	676
NO. Pacientes con úlceras por presión intrahospitalaria.	1	0	0	2	0	3
% Pacientes con úlceras por presión	0,5	0	0	1,7	0	0,4

Fuente. Registro de UPP. CIREN

Se observa que en el año 2018 1 UPP intrahospitalaria, para 0,5%, en año 2021 2 para 1,7% y en los años, 2019, 2020 y 2022 no se reportaron pa-

cientes con diagnóstico de UPP. En total el índice general es de 0,4 %

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y GRUPO ETARIO DE PACIENTES UPP, INTRAHOSPITALARIA (N= 3) CIREN

Grupo etario	Masculino	%	Femenino	%
20-29 años			-	-
30-49 años	1	33	-	-
50-59 años	-	-	-	-
60 y más	-	-	2	67

Fuente: Registro de UPP, CIREN

Se observó que de los 3 pacientes CON UPP intrahospitalaria el 33 % fue del sexo masculino y pertenecen al grupo de edad de 30 a 39 años, el 67 % corresponde al sexo femenino, y pertenecen al grupo etario de 60 años y más

TABLA 3: DIAGNÓSTICO CLÍNICO MÁS FRECUENTES ENCONTRADOS EN PACIENTES UPP INTRAHOSPITALARIA (N=3). CIREN

Diagnóstico clínico	No	Por ciento
Neuroquirúrgico	0	-
Lesiones cerebrovascular	0	-
Trastorno del Movimiento	0	-
Lesiones Raquimedular	3	100%
Total	3	100%

Fuente: Registro de UPP

El diagnóstico clínico que predomina en los pacientes estudiados que sufren UPP intrahospitalaria fue las Lesiones Raquimedulares con el 100% de los pacientes.

TABLA 4: COMPORTAMIENTO DE LAS UPP INTRAHOSPITALARIA SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD (N=3). CIREN

Discapacidad	No	%
Paraplejías	1	33
Cuadriplejias	0	0
Cuadriparesia espástica	2	67

Fuente: Registro de UPP

El comportamiento de las UPP intrahospitalaria, según los tipos de discapacidad se reporta que el mayor índice son las cuadriparesia espástica con 2 pacientes para un 67 % seguida de las paraplejias con 1 paciente para un 33 %

TABLA 5: GRADO DE RIESGO DE LAS UPP INTRAHOSPITALARIA (N=3). CIREN

Discapacidad	No	%
Paraplejías	1	33
Cuadriplejias	0	0
Cuadriparesia espástica	2	67

Fuente: Registro de UPP

El grado de riesgo de las UPP intrahospitalaria, que predomina en los pacientes estudiados es el alto riesgo con 2 casos para un 67 % seguido de mediano riesgo con un caso para un 33 % y según escala de Shear prevalece el grado I con una puntuación entre 12 puntos

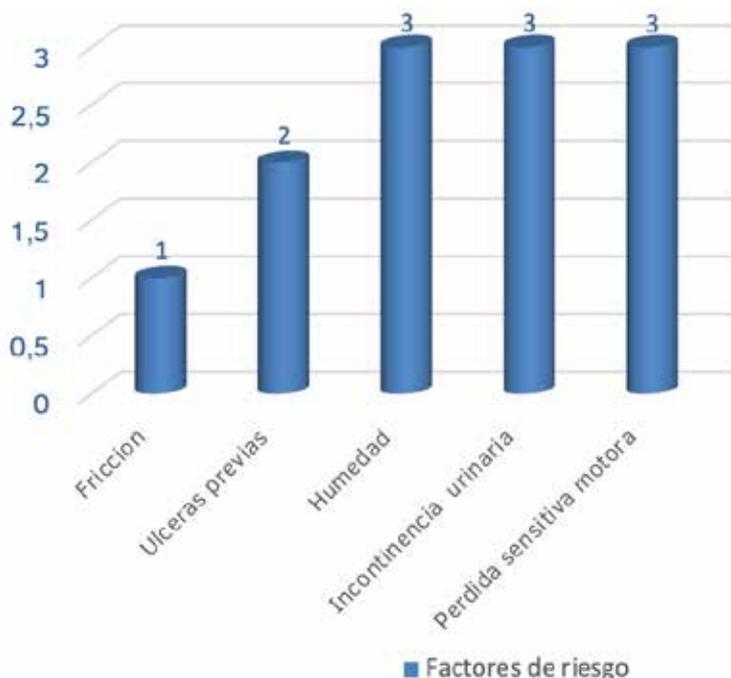
TABLA 5: GRADO DE RIESGO DE LAS UPP INTRAHOSPITALARIA (N=3). CIREN

Grado de riesgo al ingreso	No	Por ciento	Grado UPP según escala	Puntuación
Alto	2	67%	Grado I	12 puntos
Mediano	1	33%	Grado I	18 puntos
Bajo	0	0	-	-

Fuente: Registro de UPP

El grado de riesgo de las UPP intrahospitalaria, que predomina en los pacientes estudiados es el alto riesgo con 2 casos para un 67 % seguido de mediano riesgo con un caso para un 33 % y según escala de Shear prevalece el grado I con una puntuación entre 12 puntos

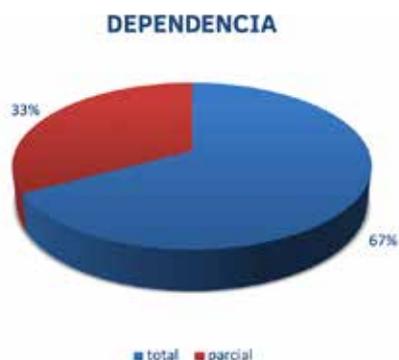
GRÁFICO 1. IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO (N=3). CIREN



Fuente: Registro de UPP

En el gráfico 1 observamos que los factores de riesgo que prevalecen son la humedad, la incontinencia urinaria y la pérdida sensitiva motora que se encuentran en los 3 pacientes estudiados, seguida de las úlceras previas con 2 pacientes.

GRÁFICO 2. NIVEL DE DEPENDENCIA DE LOS PACIENTES CON UPP, (N=3). CIREN



Fuente: Registro de UPP

En el gráfico 2 se observa que el nivel de dependencia total predomina con un 67% de los pacientes reportados con UPP intrahospitalaria, seguido del nivel de dependencia parcial con un 33 %

DISCUSIÓN

Las UPP deterioran las posibilidades de recuperación de los pacientes siendo en muchos casos lesiones agregadas a la patología original (9), son lesiones de etiología única y conocida, algunos autores muestran que estas están relacionadas con múltiples factores de riesgo. Son el resultado de la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, siendo determinante la relación presión-tiempo (10). Se presentan resultados de la evaluación de una muestra 676 pacientes adultos ingresados en el CIREN, en el periodo de 2018 al 2022, con diagnóstico de enfermedad de riesgo de UPP. En este estudio se identificó una incidencia de 0,4% de UPP intrahospitalaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que la incidencia de UPP ayuda a determinar la calidad de la asistencia de la red hospitalaria, como un indicador de calidad de cuidado, en el año 2015 informa OMS la prevalencia se encuentra entre el 5 al 12 % a nivel Mundial y en América es del 7%, el 65% de las UPP se presentan en pacientes de establecimientos sanitarios, otros estudios apuntan que la incidencia intrahospitalaria es de 10% aproximadamente, su prevalencia entre 3,5 y 29,5 %, que aumenta a 23% en pacientes parapléjicos(11).

En diversas investigaciones epidemiológicas han encontrado que van en decremento. A nivel internacional, la OMS reporta una prevalencia entre 5 y 12%, en América una prevalencia de 7% y en México oscila entre el 4.5 y el 13%(12). Es preciso conocer que las personas encamadas hospitalizadas presentan un riesgo de presión superior a dos horas, los enfermos terminales o con mucha afectación del estado normal, su deterioro tisular puede efectuarse muy rápido, en un tiempo menor a dos horas y habitualmente a todas las personas diagnosticadas como pa-

cientes de riesgo por diferentes agentes plantea que se producen 200.000 lesionados medulares por año, de los cuales 50.000 tendrán una escara durante su evolución (13). Los datos de nuestra investigación permiten evidenciar que la mayoría de las pacientes pertenecen al grupo de edad de 20-29 años por lo que predomina el sexo masculino(13).

Los pacientes neurológicos, generalmente, presentan alteraciones del nivel de consciencia, de movilidad perjudicada, de alteraciones sensoriales, de hipotensión ortostática, de historia previa de úlceras y de alteraciones vesicales o intestinales, factores que los tornan más susceptibles a las úlceras(14). Las enfermedades neurológicas, principalmente las Raquimedular, la enfermedad cerebrovascular, demencias, síndromes parkinsonianos y los procesos neurológicos afectan a los sistemas de control. En nuestro estudio los pacientes que predominan son las Lesiones Raquimedulares con el 100% de los casos.

El estudio de serie de casos sobre los factores de riesgo de úlceras de 932 adultos mayores de ambos sexos hospitalizados en un hospital Nacional Hipólito de Lima reporta que el grupo de mayor prevalencia que presentaba algún tipo de patología neurológica (45.2%), dentro de ellas, el desorden cerebro-vascular y el traumatismo vertebro medular, siendo las principales causas de postración en pacientes que presentan este tipo de patologías.

En relación a otros estudios, estos indican que las patologías más frecuentes de admisión en el hospital Nacional Hipólito en pacientes con UPP está relacionado con antecedente de DM – HTA, seguido por 23 pacientes con DCV secuela, 12 pacientes con neumonía, 10 con traumatismo Vertebro Medular, 7 presentaban TBC (15). En nuestro estudio el tipo de discapacidad que reporta mayor índice de úlceras

según los tipos de discapacidad se reporta que el mayor índice son las Cuadriparesia espástica con 2 casos para un 67 % seguida de la paraplejias con un caso para un 33,3 %. Otra cuestión a ser considerada investigadores con patologías específica demostraron que el perfil clínico e identificaron los factores de riesgo de caídas de los pacientes y la mayoría de ancianos, del género masculino, hospitalizados en las unidades clínicas, con tiempo de internación prolongado, portadores de enfermedades neurológicas, cardiovasculares y con varias enfermedades concomitantes (15).

Por otro lado, el grado de riesgo de las úlceras por presión que predomina en los pacientes estudiados es el alto riesgo con dos casos para un 67% seguido de mediano riesgo con un caso para un 33 % y el nivel de dependencia total es el que predomina con un 67 % de los casos reportados con úlceras por presión seguido del nivel de dependencia parcial con un 33 %. Estudio realizado determinar el riesgo de úlceras por presión en el paciente neurológico postrado, mediante la aplicación de la escala Braden en el Servicio de Neurología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins mostro que la escala Braden, dada su sensibilidad y especificidad, permitió reconocer el nivel de riesgo a úlcera por presión en los pacientes neurológicos. El estudio mostró que el mayor porcentaje de pacientes evaluados presentaron riesgo moderado con 49%, riesgo bajo con 31% y alto riesgo con 20% (14). Se ha realizado una amplia búsqueda bibliográfica y en la sistematización de nuestro estudio no encontramos otros antecedentes de instituciones con las características similares a la nuestra, por lo que no nos comparamos con otras investigaciones

CONCLUSIONES

Este estudio realizado pone de manifiesto que un protocolo de actuación de enfermería es una herramienta útil para la prevención de úlceras por presión, la evaluación de los riesgos al ingreso, las educaciones sanitarias a los pacientes han mostrado ser eficaz para reducir el número de úlceras en el paciente neurológico en situación de discapacidad, de forma general se evidencian los resultados, con el bajo comportamiento de estos eventos adversos.



ANEXOS

ANEXO 1. ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM

	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Roce y peligro de Lesiones.
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Muy limitada	Probablemente e inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Ligeramente limitada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Sin limitaciones	Excelente	

RIESGO DE UPP

BRADEN-BERGSTROM <13 = ALTO RIESGO

BRADEN-BERGSTROM 13 - 14 = RIESGO MODERADO

BRADEN-BERGSTROM >14 = BAJO RIESGO

ANEXO 2.

CENTRO INTERNACIONAL DE
RESTAURACION NEUROLÓGICA
CIREN
HOJA DE VALORACIÓN DEL
RIESGO DE PRESENTAR ÚLCERAS
POR PRESION

Nombre y Apellidos del Paciente: _____ Historia Clínica _____

Edad: _____

Sexo: _____

Sala: _____

Casa: _____

Habitación: _____

Fecha de ingreso: ___/___/___

Nacionalidad: _____

1) Identificación de factores de riesgo

Pérdida de sensibilidad

Alteraciones circulatorias

Anemia

Malnutrición

Deshidratación

Edema

Sonda vesical

Parálisis, paresia o inmovilidad por algún dispositivo restrictivo

Enfermedad crónica. Especificar: _____

Presencia de úlceras previas. Localización _____

Otros motivos de riesgo: _____

TOTAL FACTORES DE RIESGO: _____

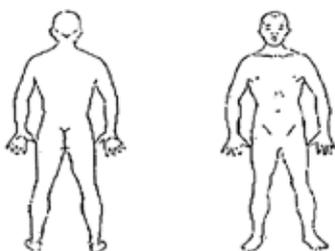
ANEXO 4.**CENTRO INTERNACIONAL
DE RESTAURACION NEURO-
LOGICA****CIREN****REGISTRO PARA EL REPORTE
DE ÚLCERAS POR PRESIÓN**

- 1- Fecha y hora:
- 2- Nombre y apellidos del paciente:
- 3- Ubicación:
- 4- Edad:
- 5- Diagnostico medico al ingreso:
- 6- Sexo:
- 7- Historia Clínica:
- 8- Fecha de ingreso:
- 9- País de origen:
- 10- Nivel de dependencia :
- 11- Identificación de Riesgos al ingreso registrado en la historia clínica:
- 12- Aplicación de la escala Norton
- 13- Medidas preventivas con el paciente y familiar:
- 14- Descripción de la lesión
 - Causas.
 - Localización.
 - Grado de la lesión.
 - Presencia o no de infección

Nombre y apellido de quien lo notifica: _____

ANEXO 5.**CENTRO INTERNACIONAL DE RESTAURACION NEUROLOGICA****REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCIÓN DE LAS U.P.P.**

Apellidos:
Nombre: Edad:
Fecha nacimiento: Sexo:
Fecha de ingreso:
Habitación:
LOCALIZACIÓN:

**ESTADÍOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN****(-) ESTADÍO I**

Enrojecimiento, ligero edema y sin pérdida de sustancia.

(+) ESTADÍO II

Erosión epidérmica, y/o ampollas, y/o abrasión.

(x) ESTADÍO III

Afectación de la totalidad de la dermis y tejido subcutáneo con posible presencia de tejido necrótico

(* ESTADÍO IV

Destrucción del tejido subcutáneo, músculo, tendón e incluso hueso

Fecha	Estadio	Tratamiento	situación	Tamaño	Exudado	Olor	Pauta	Firma

Bibliografía

1. Guerrero Miralles M. Úlceras por presión: un problema potencial en los servicios de urgencias colapsados. Gerokomos 2008;19(2):55-62.
2. Janeth JA, de la Hoz Mercado M, Montes L, Morales Alba Pardo R. Cumplimiento de las actividades de enfermería en la prevención de úlceras por presión. Revista Cubana de Enfermería 2016;32(2):151-61.
3. Homs-Romero Èrica, Esperón Güimil José Antonio, Loureiro Rodríguez M.^a Teresa, Cegri Lombardo Francisco, Cueto Pérez Mónica, Luisa PAM, et al. Percepción de los profesionales sanitarios sobre la gravedad de las úlceras por presión como evento adverso. Gerokomos. 2018;29(1):39-44.
4. Talens Belén F, Martínez Duce N. Úlceras por presión: un paso más en el cuidado y la seguridad de nuestros pacientes. Gerokomos. 2018;29(4):192-6.
5. León Román CA, Cairo Soler C. Metodología para la protocolización de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Revista Cubana de Enfermería. 2020;36(1).
6. Nieva-Sausa C, López-Medina IM. Eficacia de las medidas de prevención de úlceras por presión en neonatos y niños: revisión sistemática. Gerokomos. 2022;33(2):127-32.
7. Peña-Figueroa MdlÁ, Espinosa Aguilar A, Elers-Mastrapa Y, Escalante Quinteiro J, Vega Peña C. Discapacidad por enfermedad cerebrovascular como problema de salud en el contexto de la Enfermería. Salud, Ciencia y Tecnología 2023.
8. Gonzalez-Consuegra RV C-MD, Murcia-Trujillo PA, Matiz-Vera GD. Prevalencia de úlceras por presión en Colombia: informe preliminar. Rev la Fac Med. 2015;62(3):369-77.
9. Osvaldo J. Patiño, cols. Úlceras por presión: cómo prevenirlas Hospital Italiano de Buenos Aires. 2018;38(1):40-6.
10. Zapata-Rodríguez MM, Murillo-Panameño CL, Millán-Estupiñan JC. Validez de las Escalas de Braden y EVARUCI en Pacientes Hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. Revista médica Risaralda 2019;25(2):138-48.
11. Jara Sagñay Melissa Anabel, Alexander; GSD, ; LMF, Isabel VCA. Prevención de las úlceras por presión (UPP) 2019;3(3).
12. RODRIGUEZ-RENOBATO R, ESPARZA-ACOSTA GdR, GONZÁLEZ-FLORES SP. Conocimientos del personal de enfermería sobre la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, [SI]. 2017;25(4):245-56.
13. Álvarez Cuervo B. Evaluación del riesgo de desarrollar úlceras por presión. ENPunto. 2021 IV(38):4-32.
14. Ascarruz-Vargas C, Tapia-Estrada D, Tito-Pacheco E, R V-B. Valoración del riesgo de ulcera por presión según la escala de Braden en el paciente-neurológico. Rev enferm Herediana. 2014;7(1):10-6.
15. P. Chacón-Mejía A, Carpio-Alosilla. ED. Indicadores clínico-epidemiológicos asociados a úlceras por presión en un hospital de Lima. 2019;19(2).



VISIÓN INTERDISCIPLINARIA DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Jorge Oliva Te-Kloot

Cirujano Dentista

Magíster en Bioética Universidad de Chile

jolivatk@gmail.com

No es posible referirnos a la calidad y seguridad de la atención clínica, sin que estemos motivados por tener una visión de la salud como una realidad moral. Lo contrario predomina en aquellas interpretaciones dualistas, en las que hay dos estados: o se está sano o se está enfermo; se está vital o se está impedido. Creemos en la necesidad de interpretar los sucesos terapéuticos como un arcoíris constituido de muchos matices. “Es preciso reconocer que el sufrimiento humano vive en el desamparo, en parte inabordable, pero en buena medida posible de ser reducido o eliminado” (Kottow, 2007)

La salud entendida como un bien deseable por todas las personas, es sinónimo de orden interno de nuestra vida –nos sentimos bien y alegres–, y también un orden externo por intermedio del cual podemos desarrollar nuestras actividades personales, laborales y familiares. Así, la salud representa un bien corporal, pero también un sentir, la salud se siente y se vive. Lo contrapuesto es el caos de la enfermedad incluso pudiendo a llegar a constituir una crisis existencial y vital. Los sistemas sanitarios, en realidad, personifican una sumatoria de crisis que afectan de una u otra manera a las personas.

La enfermedad tiene su expresión objetiva en el cuerpo, que es lo más próximo a nosotros mismos, sin embargo la patología corporal, ya sea física o mental, es finalmente también una enfermedad del alma. La salud más que un estado individual y propio, es una relación con el mundo en el que estamos y vivimos, es sustancialmente un equilibrio facilitador para cumplir con nuestros proyectos de vida. A la inversa, sobrellevar una enfermedad, puede significar de una u otra manera un cierto aislamiento del mundo social y laboral. El mundo de los sanos y los enfermos se constituye y entiende como entidades separadas, los sanos en el trabajo y en las calles y plazas desplazándose; en cambio, los enfermos aislados en hospitales

y casas, en otras palabras, reclusos. “Igual que el hambre, el dolor tiene un arraigo biológico, pero de la misma manera que los hombres no sienten el hambre en el mismo momento, ni perciben los mismos sabores ni comen alimentos idénticos ni satisfacen tampoco los mismo deberes rituales atribuyendo a lo que comen el mismo significado, tampoco sufren de la misma manera ni de acuerdo con una misma intensidad de agresión” (Le Breton, 1999).

Esta percepción individual de la salud, el Dr. Alejandro Goic la define como: “podríamos considerar sana a una persona que, en ausencia de apoyo medicamentoso, goza de un grado suficiente de bienestar físico, psicológico y social, que le permite desarrollar sus labores habituales, propias de la edad y rol, con agrado, sin sufrimiento, angustia, ni conflictos con los demás”. (Goic, 2000)

La anterior descripción nos lleva necesariamente a la individualización de los estados patológicos y su real acontecer con la vivencia de la salud y la enfermedad. Más que objetividad de estar o no enfermo, la piedra angular de la atención en salud está o debiera estar centrada en la subjetividad de sentirse sano o enfermo en virtud de una experiencia física, psicológica o social. Y el tratamiento de enfermedades, más que un quehacer científico exclusivo, su calidad está dada por el logro de una intersubjetividad, donde la conciencia está en que los servicios profesionales se entregan de persona a persona, aportando cada uno sus propias experiencias y conocimientos.

Desde la perspectiva moral, la salud no es algo concreto, es un valor y por lo tanto su concepción y grado de cercanía o desencuentro es personal a cada individuo en su condición existencial única e irreplicable. La salud es apreciada por cada ser humano por su disponibilidad para el “poder hacer”. En la medida que cada persona pueda realizar las actividades pro-

pías de su vida se sentirá sano, por el contrario, la enfermedad es sinónimo de limitación. La enfermedad es el estado donde la capacidad “del poder hacer” se encuentra abolida total o parcialmente. La vida del hombre se proyecta en las cosas que hacemos y sentimos, y la salud es un medio para llevar a cabo nuestros proyectos. Cuando estamos enfermos no podemos llevar a efecto nuestros deseos, nos sentimos débiles y por lo tanto estamos limitados.

El médico francés citado por Reinaldo Bustos dice: “La salud es el silencio de los órganos” (Bustos, 2000). Podemos agregar que el silencio del espíritu constituye en cierta forma el estado que llamamos de felicidad. Ambos, el silencio de los órganos y el silencio del espíritu, es el mayor anhelo humano. Quienes se dedican al cuidado de la salud, cualquiera que sea la profesión, deberán comprender y asumir su valor y su valoración individual que cada ser humano le otorga y al mismo tiempo estar consciente del disvalor que implica su falta de cuidado y la enfermedad.

Ante la circunstancia que la salud es algo que no se puede hacer se pregunta:

“¿Qué es en realidad la salud?, ¿Es un objeto de investigación científica en la medida en que, cuando se produce una perturbación, se convierte en nuestro propio objeto? Porque en definitiva, la meta suprema es volver a estar sano”. (Gadamer, 2001).

Salud es homologable a estar en el mundo, en la vida, satisfecho de sí mismo, con el deseo de enfrentar los problemas que el vivir plantea en forma continua, es estar dispuesto a nuestro desarrollo como mujeres y hombres. La salud es el ritmo de la vida, es el proceso continuo de equilibrio con nuestra intimidad. La salud es un estado oculto conocido, pero realmente desconocido en su última realidad. La salud no llama la atención por sí misma y si quisiéramos aplicarle elementos de medida objetivos como lo hacemos

cotidianamente con la enfermedad, nos encontraríamos que ella no los acepta, pues aplicar estas medidas al hombre sano en particular, no sólo carecería de valor, sino que lo enfermará.

Desde la interpretación de la enfermedad como un castigo divino (Bustos, 1998) y en la que su sanación estaba bajo la responsabilidad de un hechicero, a la concepción como un proceso natural, nos ha permitido comprender de mejor manera lo siguiente:

- 1.- La terapéutica médica y su objetivo en el sanar.
- 2.- Las limitaciones de los conocimientos y técnica médica ante la enfermedad.
- 3.- Las implicancias emocionales que reviste un proceso patológico para la vivencia humana.
- 4.- Dada la amplia capacidad técnica de la medicina desde el punto de vista tecnológico, es necesario la incorporación de los valores humanos en medicina.

La persona humana es una persona indigente, es decir, un ser frágil y quebradizo, no sólo en su génesis, sino también en su desarrollo. La enfermedad es una posibilidad cierta para todas las personas desde el momento de la concepción, la enfermedad puede tocar a cualquiera en un juego de azar, constituye una especie de causalidad en algún momento de nuestra existencia. La asistencia sanitaria encarna un encuentro con perspectivas heterogéneas, donde el objetivo a seguir es la complementación de las bases científico – técnicas con el humanismo.

“Podemos definir la enfermedad como: alteración fisiológica o mental, basada en una desviación de la norma estadística, que causa malestar o discapacidad, o bien aumenta la probabilidad de muerte prematura. El malestar o padecimiento es la sensación subjetiva por parte de una persona de que su bienestar físico o mental se halla ausente o mermado, de

modo que no puede desenvolverse con normalidad en la vida diaria. La dolencia es la percepción por parte de la sociedad del estado de salud de una persona, lo cual implica normalmente que desde el exterior se percibe una alteración del funcionamiento normal, físico o mental de la persona”. (Fundación Victor Grifols i Lucas, 2004)

“Está enfermo aquel individuo que, aunque no lo desea, está incapacitado física y psicológicamente para realizar las labores habituales o las lleva a cabo con sufrimiento físico y psicológico o en serio conflicto con los demás; o bien que para poder realizarlas, requiere de conflicto con los demás; o bien que, requiere de apoyo medicamentoso de mantención”. (Goic, 2000)

“La enfermedad es un desorden del cuerpo percibido como imposición, externo y ajeno. Nadie desea la enfermedad y por lo tanto es rechazada en lo físico e incomprendible en lo emocional. Siendo psico-orgánica, biográfica, íntima y social la realidad del hombre, la enfermedad además de ser un hecho orgánico, es siempre un modo de vivir, padeciendo la enfermedad como un vivir, siendo experiencia de uno mismo” (Lain, 2006). La objetividad es la enfermedad con carácter científico, en cambio la subjetividad es la visión antropológica de la enfermedad, patología versus patosofía (Lain, 2006)

La enfermedad es en realidad un proceso natural que cuenta además de la evaluación objetiva, con la subjetividad humana como persona enferma y con una proyección social (Lain, 2006). La primera está representada por la vida de la persona y la segunda por la posición social que ocupe en su entorno social, familia, profesión, trabajo, etc., es lo que Pedro Lain Entralgo denomina socio – patología.

La subjetividad introduce al sujeto en la medicina, en la que el enfermo observa en sí mismo la pérdida

del equilibrio natural de su vida, es un trastorno que afecta en el enfermo tanto su corporalidad como su espiritualidad. Esta pérdida del equilibrio biológico empieza a hacerse sentir, tomando conciencia de los órganos corporales propios. “Enfermo: caracterizado por el sufrimiento y la conciencia de la experiencia mórbida, con sus componentes irracionales de angustia y esperanza” (Laplantine, 1965)

Por lo tanto, la enfermedad es un hecho médico-biológico y también un hecho de la historia de la vida, una experiencia, una biografía de esa persona enferma y donde también se verá afectada su vida de relación con las personas cercanas y con el medio social en general. El hecho de estar enfermo o caer enfermo, produce en quién la padece un sentimiento, integrado por una serie de momentos vivenciales: invalidez, molestia, amenaza, succión por el cuerpo propio, soledad, anomalía, agitación, aislamiento. “La enfermedad se origina en las moléculas, pero se expresa en el enfermo, lo que Zuckerkandl y Pauling citado por expresan que existen enfermedades moleculares pero no moléculas enfermas. (Lain, 2006)

La enfermedad rompe el silencio de la salud, la enfermedad hace sentir la importancia de la salud. La persona enferma ya no es el mismo que antes, es alguien distinto que está dañado, dando inicio a una vida diferente en la que el enfermo se deberá enfrentar obligadamente con un nuevo estado en el que primará la debilidad, la fragilidad y la finitud humana.

La enfermedad no es un proceso natural aislado constreñido a los enfermos únicamente, es también un proceso social, pero inexorablemente es al mismo tiempo una vivencia íntima en la soledad y en el anonimato. Social, ya que la vida de la persona enferma trastoca su entorno familiar, su trabajo, sus amistades, deja de compartir con quienes lo podía hacer. Existe una interdependencia dinámica entre enfermedad, familia, médico, desviación, sociali-

zación y control social (Bustos, 1998) determinando las relaciones médico – paciente y los roles correspondientes a uno y otro. Francis Peabody describe la enfermedad de la siguiente manera: “Es un cuadro clínico, no es sólo una fotografía de un hombre enfermo en cama, es una pintura impresionista del paciente rodeado de su hogar, su trabajo, sus relaciones, sus amigos, sus alegrías, penas, esperanzas y temores”. Si bien es cierto, el fin último de la medicina es la curación de enfermedades, debemos comprender también la subjetividad de su vivencia, no tratamos cuadros o casos clínicos, sino que tratamos pacientes enfermos. (Goic, 2000).

El verdadero accionar clínico de los profesionales de la salud queda muy bien estampado en la siguiente frase de: “El médico como profesional debe poder ver más allá del “caso” a tratar, para captar al hombre en la totalidad de su situación vital”. (Gadamer, 2001)

La cercanía entre la enfermedad individual y social involucra las influencias en el modo de vivir de las personas y cómo este modo de llevar la vida y bajo qué condiciones se vive, constituyen las relaciones multifactoriales como causa de la enfermedad, entre las que podemos mencionar el stress, la alimentación, la contaminación, las condiciones del trabajo, la disponibilidad de agua potable, la calidad de la vivienda, equilibrio psico-social, etc.

En definitiva, la enfermedad siempre será vivida en forma individual, afrontando el paciente el golpe a las limitaciones de la vida humana, con la enfermedad desaparece el efímero equilibrio de la salud y los trastornos en su vida de relación. La enfermedad se vive en el anonimato social, en soledad y en la búsqueda de la sanación mientras existan esperanzas para el enfermo. Un paciente sin esperanza de recuperación cuenta con bastantes menos opciones de sanación. El enfermo luchará por su recuperación hasta que pierda las esperanzas, a lo que Gadamer llama un

retorno a la salud. O también, lo mismo lo expresa Nietzsche, “Quién tiene algo porque vivir, es capaz de soportar cualquier cosa” (Goic, 2000). También Víctor Frankl dice: “el hombre tiene la particularidad que no puede vivir si no mira al futuro, esto constituye su salvación en los momentos más difíciles de su existencia” (Goic, 2001).

La visión antropológica y patológica de la enfermedad, vale decir comprender la objetividad científica de la patología y la vivencia de la enfermedad en la persona, obligadamente tiene por consecuencia el que los tratamientos sean establecidos concomitantemente. El establecer un adecuado diagnóstico y el mejor de los tratamientos, es sin duda, el objetivo de la medicina, pero también el desafío está en comprender la representación que tiene el enfermo en la vivencia de la enfermedad y de sus consecuencias para su vida.

El mejor tratamiento es aquel que persigue lo que se denomina el sanar, el que en un contrasentido, puede que no necesariamente se logre curar a una persona de su patología y quizás de la muerte. El sanar en cambio involucra la ayuda al buen vivir, a la resignación ante la realidad y soportar el sufrimiento. Es la compañía del médico tratante al lado de la cama del enfermo.

CONCLUSIONES

Si nos hemos referido a la entrega de servicios médicos entre personas, los procesos de seguridad del paciente deben contener el contexto de la significación de la experiencia del paciente. Esta experiencia no puede quedar restringida exclusivamente al procedimiento a la consulta profesional, muy por el contrario, debe considerar una gran cuota de humanidad para que de forma empática y solidaria podamos los profesionales estimar y valorar las circunstancias vitales del proceso de salud y enfermedad,



donde lo corporal no representa la totalidad, sino que también, existen vivencias biográficas y consecuencias para el futuro de la vida de la persona padeciente.

Bibliografía

Kottow, Miguel. Ética de protección. Una propuesta de protección bioética. Universidad Nacional de Colombia, 2007

Le Breton, David. Antropología del dolor. Ed. Seix Barral, S.A., 1999

Laplantine, Francois. Antropología de la enfermedad. Ed. El Sol, 1965

Goic, Alejandro. El fin de la medicina. Ed. Mediterráneo, 2000

Bustos,Reinaldo. Acta Bioética; año VI, N° 1, 2000

Gadamer, H-G. El estado oculto de la salud. Ed. Gedisa, 2001

Bustos, Reinaldo. Las enfermedades de la medicina. Ed. Chile América, 1998

Fundación Victor Grífols i Lucas. Los Fines de la medicina, 2004

Lain, P. Historia de la medicina. Ed. Masson 2006

CRÓNICAS



USO SEGURO DE OPIOIDES

Matías Ramírez Allendes

Químico Farmacéutico egresado de la U de Chile.

Diplomado en Geriátría y Gerontología (INTA) ,

Diplomado en Farmacia Asistencial y Diplomado en Equivalencia Terapéutica de la Facultad de Cs químicas y farmacéuticas de la U de Chile.

Unidad de Dolor Crónico No Oncológico Hospital Clínico san Borja Arriarán

Director Asociación Chilena para el Estudio del Dolor y Cuidados Paliativos ACHED-CP

farmaceutico.matias@gmail.com

En relación al uso seguro de opioides es importante recordar que los analgésicos opioides son una herramienta esencial para tratar el dolor moderado a severo, tanto en el ámbito oncológico como no oncológico, sumado a condiciones clínicas de los pacientes como procedimientos quirúrgicos.

Son derivados de la planta *Papaver somniferum* siendo el principio activo la morfina el más abundante y con el pasar de los años y los avances de la ciencia y tecnologías farmacéutica podemos contar con un gran número de opioides, como fentanilo, tramadol, buprenorfina entre otros, sumado a que los encontramos en diversas formas farmacéuticas, como comprimidos, parches o gotas.

Como todos los medicamentos, se debe realizar un uso seguro, racional e individualizado del tratamiento, que involucra prescripción, validación de las indicaciones, dispensación y seguimiento a los usuarios de estos medicamentos.

Por mucho tiempo la forma de indicaciones de estos medicamentos se basaban en las recomendaciones de la OMS (1986) en la “escalera analgésica” creada y pensada en personas con dolor oncológico principalmente. Hoy en día el concepto esta migrando al de ascensor analgésico en donde se apunta a la inmediatez de la respuesta en la ida y vuelta de los analgésicos, así como la importancia de la EVALUACIÓN constante y SEGUIMIENTO.

La elección del opioide dependerá de cada persona, de su diagnóstico y etiología del dolor. Estos medicamentos utilizados a largo plazo o MAL utilizados pueden causar adicción y tolerancia por lo que contar con un SEGUIMIENTO por parte del equipo y un esquema definido de uso es esencial.

Como parte de los equipos multidisciplinarios que atienden a personas con dolor tanto oncológico como no oncológico está presente el Químico Farmacéutico, quien además de realizar la actividad dispensación actualmente logra desarrollar Servicios Farmacéuticos en este grupo de personas en los que se destacan 3:

- **Revisión de la Medicación** definido como la evaluación estructurada de la medicación con el objetivo de optimizar el uso de los medicamentos y mejorar los resultados clínicos.

- **Conciliación Farmacéutica** que consiste en la valoración del listado completo y exacto de la medicación previa y actual del usuario con la prescripción médica después de un cambio de nivel de atención, múltiples especialidades y auto reporte.

- **Educación Farmacéutica**, siendo una educación individual sobre su farmacoterapia. Patologías y/o cualquier otro tema relacionado con el uso seguro de sus medicamentos, incluye el servicio de apoyo a la adherencia.

Estos tres servicios esenciales en conjunto y según la frecuencia se engloban en el concepto de Atención Farmacéutica. Los Servicios Farmacéuticos deben ser considerados parte de las atenciones integrales multidisciplinarias en nuestros equipos de salud en los distintos niveles de atención en las distintas patologías que existen. El uso seguro de opioides depende de todos como equipo de salud y empoderar a los usuarios en el uso correcto y racional de los medicamentos para evitar consecuencias complejas como adicción y tolerancia.

Revistas de Revistas

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

Editor Revista Chilena
de Seguridad del Paciente

revista@fspchile.org



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

Colocamos en vuestras manos publicaciones del ultimo tiempo.

Se presenta la traducción del texto introductorio
de lo publicado en la revista de origen.

Traducciones realizadas con la versión gratuita del traductor www.DeepL.com/Translator

¿QUÉ SABEMOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ARABIA SAUDÍ? UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Alaska, Yasser A. MBBS,†; Alkutbe, Rabab B. PhD
From the Technical Affair, Saudi Patient Safety
Center (SPSC)

†Emergency Medicine, College of Medicine, King
Saud University, Riyadh, Saudi Arabia.

[Journal of Patient Safety 19\(8\):p 517-524, December 2023. | DOI: 10.1097/PTS.0000000000001165](#)

ANTECEDENTES

La seguridad del paciente se describe como la prevención y mitigación de los errores médicos que pueden provocar daños mientras el paciente recibe atención sanitaria. Una forma importante de mejorar la seguridad es mejorar la cultura de seguridad del paciente en la atención sanitaria. Los objetivos de este estudio son evaluar la tendencia de la cultura de seguridad del paciente en Arabia Saudí y valorar la mejora a lo largo del tiempo.

MÉTODOS

Este estudio es un estudio descriptivo que utilizó un análisis retrospectivo de un conjunto de datos nacionales durante 3 ciclos de 2019 a 2022. Para generar una línea de base y permitir la comparación de los resultados de la encuesta del hospital con los hallazgos agregados de la base de datos, se calcularon los percentiles 10, 25, 50, 75 y 90 para establecer el porcentaje de valores.

RESULTADO

Nuestros resultados revelaron que uno de los obstáculos para el desarrollo de una sólida cultura de seguridad del paciente en Arabia Saudí es el apoyo de la dirección a la seguridad del paciente, que provocó una cultura de culpabilización. Esto podría explicar la ausencia de mejora en el porcentaje medio de notificación de sucesos relacionados con la seguridad del paciente en los 3 ciclos. Por otra parte, se observó una disminución del aprendizaje organizativo/mejora continua, así como una reducción del porcentaje positivo de valoraciones de la seguridad del paciente en el último ciclo. Además, las áreas de fortaleza en los 3 ciclos no alcanzaron el percentil 75, mientras que los dominios de dotación de personal y respuesta a errores siguieron siendo los compuestos con puntuaciones más bajas en todos los ciclos.

CONCLUSIÓN

Nuestros resultados han determinado el percentil de la tasa positiva que podría orientar a los hospitales para mejorar los resultados de sus encuestas de cultura. Más investigaciones pueden centrarse en el cambio a lo largo de los años tanto en la cultura de seguridad del paciente como en la eficacia de la aplicación de intervenciones para medir el impacto en la calidad de la atención.

VALIDACIÓN DE UN CONJUNTO REDUCIDO DE ACTIVADORES DE ALTO RENDIMIENTO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON DAÑO EN ATENCIÓN PRIMARIA: PROYECTO TRIGGERPRIM. UN ESTUDIO DESCRIPTIVO.

Garzón González, Gerardo PhD¹; Alonso Safont, Tamara MD²; Conejos Míquel, Dolores MD¹; Castelo Jurado, Marta MD³; Aguado Arroyo, Oscar RN⁴; Jurado Balbuena, Juan José RN⁵; Villanueva Sanz, Cristina RN⁶; Zamarrón Fraile, Ester PhD⁷; Luaces Gayán, Arancha MD⁸; Cañada Dorado, Asunción RN¹; Martínez Patiño, Dolores MD¹; Magán Tapia, Purificación PhD¹; Barberá Martín, Aurora RN¹; Toribio Vicente, María José MD⁹; Drake Canela, Mercedes MD¹⁰; Mediavilla Herrera, Inmaculada MD¹

¹Quality and Safety Unit, Primary Care Management (Gerencia Asistencial de Atención Primaria), Madrid Health Service (SERMAS)

²Information Systems Unit, Primary Care Management (Gerencia Asistencial de Atención Primaria), Madrid Health Service (SERMAS)

³"Federica Montseny" Primary Healthcare Centre (Centro de Salud Federica Montseny), Primary Care Management (Gerencia Asistencial de Atención Primaria), Madrid Health Service (SERMAS)

⁴"Francia" Primary Healthcare Centre (Centro de Salud Francia), Primary Care Management (Gerencia Asistencial de Atención Primaria), Madrid Health Service (SERMAS)

⁵"Alicante" Primary Healthcare Centre (Centro de Salud Alicante), Primary Care Management (Gerencia Asistencial de Atención Primaria), Madrid Health Service (SERMAS)

⁶"Vicente Muzas" Primary Healthcare Centre (Centro de Salud Vicente Muzas), Primary Care Management (Gerencia Asistencial de Atención Primaria), Madrid Health Service (SERMAS)

⁷"Baviera" Primary Healthcare Centre (Centro de Salud Baviera), Primary Care Management (Gerencia Asistencial de Atención Primaria), Madrid Health Service (SERMAS)

⁸"Torrelodones" Primary Healthcare Centre (Centro de Salud Torrelodones), Primary Care Management (Gerencia Asistencial de Atención Primaria), Madrid Health Service (SERMAS)

⁹"Gregorio Marañón" University General Hospital (Hospital General Universitario Gregorio Marañón), Madrid Health Service (SERMAS)

¹⁰"Infanta Leonor" University Hospital (Hospital Universitario Infanta Leonor), Madrid Health Service (SERMAS), Madrid (Spain)

[Journal of Patient Safety 19\(8\):p 508-](#)

[516, December 2023. | DOI: 10.1097/](#)

[PTS.0000000000001161](#)

RESUMEN

OBJETIVO

El objetivo del estudio fue construir y validar un conjunto reducido de disparadores de alto rendimiento para la identificación de eventos adversos (EA) a través de la revisión de historias clínicas electrónicas (HCE) en atención primaria (AP).

MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo transversal para

validar una prueba diagnóstica. Se incluyeron los 262 centros de AP de la Comunidad de Madrid (España). Los pacientes eran mayores de 18 años que acudieron a su centro de AP durante el último trimestre de 2018. La muestra aleatorizada fue $n = 1797$. Las mediciones principales fueron las siguientes: (a) presencia de cada uno de los 19 desencadenantes específicos identificados por ordenador en el EMR y (b) aparición de un EA. Para recopilar los datos, tres equipos de médicos y enfermeras revisaron los registros médicos electrónicos. Los desencadenantes con odds ratio estadísticamente significativas para identificar EA se seleccionaron para el conjunto final tras ajustar por edad y sexo mediante regresión logística.

RESULTADOS

La sensibilidad (SS) y especificidad (SP) para los desencadenantes seleccionados fueron:

≥ 3 citas en una semana en el centro de AP (SS = 32,3% [intervalo de confianza {CI} del 95%, 22,8%-41,8%]; SP = 92,8% [IC del 95%, 91,6%-94,0%]); ingreso hospitalario (SS = 19,4% [IC del 95%, 11,4%-27,4%]; SP = 97,2% [IC del 95%, 96,4%-98,2%]); PE = 99,8% [IC 95%, 99,6%-100%]); y tratamiento crónico con benzodiazepinas en pacientes de 75 años o más (SS = 14,0% [IC 95%, 6,9%-21,1%]; PE = 95,5% [IC 95%, 94,5%-96,5%]).

En la validación de este conjunto de desencadenantes (la aparición de al menos uno de estos desencadenantes en el EMR) se obtuvieron los siguientes valores SS = 60,2% (IC 95%, 50,2%-70,1%), SP = 80,8% (IC 95%, 78,8%-82,6%), valor predictivo positivo = 14,6% (IC 95%, 11,0%-18,1%), valor predictivo negativo = 97,4% (IC 95%, 96,5%-98,2%), cociente de probabilidad positivo = 3,13 (IC 95%, 2,3-4,2) y cociente de probabilidad negativo = 0,49 (IC 95%, 0,3-0,7).

CONCLUSIONES

El conjunto que contiene los 5 desencadenantes seleccionados casi triplica la eficacia de la revisión de los REM en la detección de EA. Esto sugiere que este conjunto es fácilmente implementable y de gran utilidad en la práctica de la gestión de riesgos.

¿HASTA QUÉ PUNTO ES UN PROBLEMA DE SEGUN- DAS VÍCTIMAS PARA EL PERSONAL MÉDICO? .UN ESTUDIO PILOTO EN CROACIA.

Anatoliy G. Goncharuk

Hauge School of Management, NLA University
College, Bergtoras vei 120, Kristiansand, 4606,
Norway.

anagon@nla.no

Bojana Knežević

Department for Quality Assurance and Improve-
ment in Healthcare, University Hospital Centre
Zagreb, Zagreb, Croatia

Sandra C Buttigieg

Department of Health Systems Management and
Leadership, Faculty of Health Sciences, Mater Dei
Hospital, University of Malta, Msida, Malta

José Joaquín Mira

Fundación para el Fomento de la Investigación
Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana
(FISABIO), Valencia, Spain

Health Psychology Department, Miguel Hernández
University, Elche, Spain

Journal of Patient Safety and Risk Management

[https://journals.sagepub.com/doi/](https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/25160435231213296)

[abs/10.1177/25160435231213296](https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/25160435231213296)

<https://doi.org/10.1177/25160435231213296>

RESUMEN

Los acontecimientos adversos dan lugar a la aparición de varios grupos de víctimas, entre las cuales las segundas víctimas son el personal médico implicado en ellos. El sufrimiento de las segundas víctimas puede dar lugar a nuevos acontecimientos adversos y a nuevas víctimas. Este estudio describe el

ciclo de un acontecimiento adverso y sus víctimas. Tomando como ejemplo el mayor Centro Hospitalario Croata, los autores intentan comprender en qué profundidad vive los acontecimientos adversos el personal médico y cómo perciben los acontecimientos adversos los distintos grupos de personal médico (por profesión, sexo, cualificación y cargo).

Con la ayuda de una encuesta especial en la que se utilizó el método Bonferroni de ANOVA, se estableció que los varones sienten más estrés mental tras los acontecimientos adversos que las mujeres. Los resultados indican que el personal médico de distintas profesiones percibe los acontecimientos adversos de forma diferente, por ejemplo, son los menos dolorosos para los psiquiatras y los microbiólogos y los más estresantes para los trabajadores de urgencias y cuidados intensivos. Además, los enfermeros son más vulnerables a los acontecimientos adversos y experimentan diversos tipos de trastornos mentales con mayor intensidad que los médicos. Sin embargo, las cualificaciones no parecen afectar al grado en que el personal médico percibe los acontecimientos adversos. Los resultados de este estudio difieren de los datos anteriores para otros países y sugieren nuevas implicaciones.

LA ASOCIACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE CON LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: EL PAPEL DE LA ACTUACIÓN DEL FARMACÉUTICO.

Main Naser Alolayyan

Health Management and Policy Department, Faculty of Medicine, Jordan University of Science and Technology (JUST), Jordan

Bushra Hijazi

Department of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Jordan University of Science and Technology (JUST), Jordan

Raneen Atef Jalaileh

Health Management and Policy Department, Faculty of Medicine, Jordan University of Science and Technology (JUST), Jordan

Journal of Patient Safety and Risk Management

[https://journals.sagepub.com/doi/](https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/25160435231160445)

[abs/10.1177/25160435231160445](https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/25160435231160445)

<https://doi.org/10.1177/25160435231160445>

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

Se trata de una investigación transversal, basada en un cuestionario, cuyo objetivo es investigar la asociación entre la cultura de seguridad del paciente y la satisfacción del paciente a través del rendimiento del farmacéutico, entre la cultura de seguridad del paciente y el rendimiento del farmacéutico, entre el rendimiento del farmacéutico y la satisfacción del paciente, y entre la cultura de seguridad del paciente y la satisfacción del paciente.

MÉTODOS

Los farmacéuticos y técnicos de farmacia que trabajan en las farmacias comunitarias evaluaron la cultura de seguridad del paciente mediante un cuestionario autoadministrado online cumplimen-

tado por los participantes. El primer cuestionario de investigación se adoptó de la agencia de investigación y calidad sanitaria (AHRQ), que era fiable y válido. El rendimiento de los farmacéuticos y la satisfacción de los pacientes se midieron mediante un cuestionario autoadministrado en línea que rellenaron los pacientes. Para medir el rendimiento, se utilizó un cuestionario previamente validado. Para medir la satisfacción del paciente, se utilizó la versión final del Cuestionario de Satisfacción del Paciente con los Servicios Clínicos Farmacéuticos (PSPSQ 2.0). Un total de 204 farmacéuticos, técnicos de farmacia y 204 pacientes constituyen la muestra de la investigación.

RESULTADOS

Los resultados mostraron que existe una asociación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y el desempeño del farmacéutico; una asociación insignificante entre la cultura de seguridad del paciente y la satisfacción del paciente; una asociación significativa entre el desempeño del farmacéutico y la satisfacción del paciente; y el desempeño del farmacéutico media la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la satisfacción del paciente.

CONCLUSIÓN

El sector farmacéutico puede reforzar eficazmente la cultura de seguridad del paciente en las farmacias comunitarias y mejorar la actuación de los farmacéuticos para mejorar la calidad de la asistencia y aumentar la satisfacción de los pacientes.

LO QUE REALMENTE IMPORTA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: CORRELACIÓN DE LA COMPETENCIA ENFERMERA CON LOS OBJETIVOS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Zubia Kalsoom

Shifa International Hospital, Islamabad, Pakistan-

Gideon Victor

Shifa Tameer-e-Millat University, Islamabad, Pakistan

Heli Virtanen

University of Turku, Turun yliopisto, Finland

Nuzhat Sultana

Shifa Tameer-e-Millat University, Islamabad, Pakistan

Journal of Patient Safety and Risk Management

[https://journals.sagepub.com/doi/](https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/25160435221133955)

[abs/10.1177/25160435221133955](https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/25160435221133955)

<https://doi.org/10.1177/25160435221133955>

RESUMEN

ANTECEDENTES

Un nivel óptimo de competencia enfermera es imprescindible para la seguridad del paciente y la calidad de los cuidados. Existe un vacío de investigación en las pruebas empíricas para asociar las competencias de las enfermeras con la seguridad de los pacientes.

PROPÓSITO

El propósito principal de este estudio fue medir la asociación entre las competencias de las enfermeras de sala general con los objetivos internacionales de seguridad del paciente.

MÉTODO

Se adoptó un diseño de investigación correlacional. Se utilizó un muestreo aleatorio estratificado para

reclutar (n = 182) enfermeras que trabajaban en dos hospitales acreditados y no acreditados por el JCIA. Los datos se recogieron utilizando el Inventario de Competencias para Enfermeras Diplomadas y los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente. La investigación fue aprobada por la junta de revisión institucional y el comité de ética.

RESULTADOS

El análisis de regresión mostró una mejora de la seguridad del paciente con una mejora de las competencias enfermeras $R^2 = 0,238$. Las competencias enfermeras mostraron una asociación positiva moderada con la seguridad general del paciente, como el pensamiento crítico y la aptitud para la investigación ($r = 0,420$, P - Valor $< 0,001$), la capacitación docente ($r = 0,469$, P - Valor $< 0,01$), el desarrollo profesional ($r = 0,436$, P - Valor $< 0,001$), prácticas legales y éticas ($r = 0,434$, P - Valor $< 0,001$), relaciones interpersonales ($r = 0,430$, P - Valor $< 0,001$), liderazgo ($r = 0,400$, P - Valor $< 0,001$) y atención clínica ($r = 0,541$, P - Valor $< 0,001$). Además, la experiencia y la formación profesional muestran una asociación positiva tanto con la seguridad del paciente como con las competencias de las enfermeras.

CONCLUSIÓN

Las competencias clínicas de las enfermeras son cruciales para mejorar la seguridad de los pacientes. Los atributos personales y profesionales afectan a las competencias de las enfermeras y a la seguridad de los pacientes. La dirección de los hospitales debería tomar medidas obligatorias para garantizar la mejora de las competencias de los enfermeros con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes.

CARTOGRAFÍA DE RIESGOS EN LAS FARMACIAS COMUNITARIAS

Joon Ho Lee

College of Pharmacy, Dalhousie University, Halifax,
Nova Scotia, Canada

Benoit A. Aubert

Information Technologies, HEC Montreal, Montreal,
Quebec, Canada

James R. Barker

Rowe School of Business, Dalhousie University,
Halifax, Nova Scotia, Canada

Journal of Patient Safety and Risk Management

[https://journals.sagepub.com/doi/](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/25160435231154167)

[full/10.1177/25160435231154167](https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/25160435231154167)

<https://doi.org/10.1177/25160435231154167>

RESUMEN

Los farmacéuticos comunitarios de todo el mundo trabajan con el riesgo continuo de que se produzcan errores (sucesos relacionados con la calidad) en sus procesos de dispensación. El análisis contemporáneo de los QREs en farmacia comunitaria tiende a concentrarse en los resultados del error, como el grado de daño al paciente, más que en los riesgos asociados con el desencadenamiento de un QRE. Basándonos en técnicas de identificación y mapeo de riesgos del sector de la seguridad de la información, llevamos a cabo un ejercicio de mapeo de riesgos de los QRE ocurridos en las farmacias comunitarias canadienses identificados en las investigaciones de accidentes disponibles públicamente. Los resultados del presente estudio identificaron relaciones y patrones entre diversos factores de riesgo, tipos de errores y resultados para los

pacientes. Por ejemplo, los factores de riesgo más asociados con los errores que provocan la muerte del paciente fueron el etiquetado de la medicación “que suena igual/que parece igual” y los procesos de comprobación y verificación de la dispensación en la farmacia. Los resultados del estudio apoyan la aplicación de técnicas de identificación y mapeo de riesgos a las prácticas y normativas de mitigación de riesgos y ERC de las farmacias comunitarias.



¿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 Análisis de Incidentes en Seguridad basados en ACR y Protocolo de Londres
- Curso Gestión de Riesgos en Salud
- Curso de Herramientas para identificar EA y EC en atención cerrada basados en Triggers Tools
- Curso de comunicación efectiva y trabajo en equipo basado en Team STEPPS
- Curso Programa de apoyo a Segundas Víctimas
- Curso Uso Seguro de Medicamentos
- Curso Gestión de Riesgos Clínicos en Farmacia
- Curso de Seguridad del Paciente, Calidad y Acreditación para Atención Primaria en Salud
- Curso de Comunicación Efectiva

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.



REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 6

AÑO 2023

ISSN 2452-4468

N°3

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:

- 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.
- Palabras claves: 3-6 palabras claves en español y también traducidas al inglés (Key Word)
- Introducción: breve exposición de los objetivos de la investigación.
- Material y Método: descripción del material de estudios y del método aplicado para su análisis.
- Resultados: Deben ser presentados en una secuencia lógica en el texto, al igual que las tablas e ilustraciones.
- Discusión y conclusiones: Destaque los aspectos más novedosos e importantes del estudio y sus conclusiones.
- Referencias: Deben hacerse en orden de aparición citadas en el texto, siguiendo la nomenclatura internacional. Las abreviaturas deben ser de acuerdo 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:

Resumen o análisis de publicaciones importantes en Seguridad del Paciente aparecidos en otras revistas.

8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

9. 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. 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.



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



www.fspchile.org

**Somos una organización sin fines de lucro cuya Misión es
“Promover, generar, gestionar conocimientos, herramientas
y experiencias que motiven e involucren a las personas,
equipos e instituciones para entregar atenciones
y prestaciones de salud seguras al paciente”**

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

Cel: +56 9 94427435
+56 9 77651330

contacto@fspchile.org
www.fspchile.org