



# REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

VOLUMEN 4 - NÚMERO 2 - AÑO 2021 - ISSN 2452-4468

## EN ESTE NÚMERO:

**TRABAJOS ORIGINALES: DISMINUCIÓN DE LA TASA DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA SEDACIÓN Y ANALGESIA EN PACIENTES ADULTOS TRAS LA APLICACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD.**

Fajreldines A.; Valerio M.; Bazzano M.; Pratesi P.; Alvarez J.; Pellizzari M.

**RESUMENES DE PRESENTACIONES DEL V CONGRESO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**RESUMENES DE PRESENTACIONES DEL 2do ENCUENTRO LATINOAMERICANO DE ENFERMERÍA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**RESUMENES DE PRESENTACIONES DEL 1er ENCUENTRO LATINOAMERICANO DE TECNÓLOGOS MÉDICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**RESUMENES DE PRESENTACIONES DEL 1er ENCUENTRO LATINOAMERICANO DE QUÍMICOS FARMACÉUTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**RESUMEN DE CONFERENCIA PRESENTADA EN EL INTERNATIONAL FORUM, PARA EL ESTUDIO DEL FENÓMENO DE LAS SEGUNDAS (EUROPEAN RESEARCH NETWORK ON SECOND VICTIMS).** Sakurada A; Godorecci G; Leal M.

**ENTREVISTA: 10 PREGUNTAS PARA CARLOS ACEVES GONZALEZ**

**REVISTA DE REVISTAS**

**CALENDARIO DE LA PROGRAMACION DEL ZOOM 17 a las 7 año 2021**



## SUMARIO

EDITORIAL PÁG.04

### TRABAJOS ORIGINALES

DISMINUCIÓN DE LA TASA DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA SEDACIÓN Y ANALGESIA EN PACIENTES ADULTOS TRAS LA APLICACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD - Fajreldines A.; Valerio M.; Bazzano M.; Pratesi P.; Alvarez J.; Pellizzari M. PÁG.06

### V CONGRESO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE / MODALIDAD ON LINE PÁG.19

MENTE Y SEGURIDAD DEL PACIENTE - M. Cecilia Solar Hormazábal PÁG.20

WASTE IN PATIENT SAFETY - Lais Junqueira PÁG.23

SECOND VICTIMS: DEVELOPMENT OF A SUPPORT NETWORK - Susan D. Scott PÁG.26

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESTA PANDEMIA - Pamela Herrera G. PÁG.29

GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE - Santiago Tomás Vecina PÁG.32

PATIENT SAFETY IN 2025 WHAT MUST WE DO TO BE SAFE? - Peter Lachman PÁG.35

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD. RETOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS - José Noé Rizo A PÁG.38

EL HUMANO NO GENERA EL ERROR, EL HUMANO SALVA VIDAS - Fabián Vítolo PÁG.41

LOS FACTORES HUMANOS EN LA AVIACIÓN - José J. Castellanos Lores PÁG.44

### 2DO ENCUENTRO LATINOAMERICANO DE ENFERMERÍA PÁG.47

GESTIÓN Y MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO - Ana Fajreldines PÁG.48

IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD HOSPITALIZACIÓN COVID-19 EN PACÍFICA SALUD - Argelis Olmedo PÁG.51

SEGUNDAS VÍCTIMAS: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE UN EVENTO ADVERSO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO CHILENO - Sandra Mena V. PÁG.53

MEJORA EN LA REDUCCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES CENTRALES - Evangelina Herrera PÁG.56

NURSES LEADING FOR BETTER QUALITY AND CARE - Maureen Bisognano PÁG.59

BUENAS PRÁCTICAS EN LA SUPERVISIÓN DE DOCENCIA Y PASANTÍA CLÍNICA - Eliana Escudero Zúñiga PÁG.62

GOBERNANZA COMPARTIDA: UNA ESTRATEGIA QUE TRANSFORMA LOS DESENLACES CLINICOS DE ENFERMERÍA - Diana Cristina Castellanos Uribe PÁG.67



QUE SON LAS BUENAS PRÁCTICAS DE LA ENFERMERÍA - Claudia Regina Laselva	PÁG.70
<b>1ER ENCUENTRO LATINOAMERICANO DE TECNÓLOGOS MÉDICOS</b>	<b>PÁG.73</b>
LA SEGURIDAD DEL PACIENTES EN OFTALMOLOGÍA - Constanza Castillo León	PÁG.74
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN BIOLOGIA MOLECULAR - Hildegard Kranen	PÁG.77
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN MICOLOGÍA MÉDICA - Dr. TM. Victor Silva	PÁG.80
SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CONTROL DE LOS PROCESOS DE LA FASE PRE-ANALÍTICA DE LABORATORIO CLÍNICO, KAIZEN, LEAN MANUFACTURY - Silvia Valencia Rojas	PÁG.83
SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CONTROL DE LOS PROCESOS DE LA FASE PRE-ANALÍTICA HISTOCITOPATOLOGÍA PANAMERICANA: CONTRIBUYENDO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Tm. Mg. Juan Carlos Araya	PÁG.85
<b>1ER ENCUENTRO LATINOAMERICANO DE QUÍMICOS FARMACÉUTICOS</b>	<b>PÁG.88</b>
ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN FARMACIA COMUNITARIA - Q.F. Catalina Cano Abásolo	PÁG.89
SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA DE CHILE - Q.F Verónica Vergara Galván, M.Sc	PÁG.92
ASPECTOS PRÁCTICOS CLÍNICOS EN LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS: EXPERIENCIA EN FARMACIA ASISTENCIAL. QF. Marcia Yzoard Aguayo	PÁG.94
DESAFÍOS FARMACEÚTICOS ANTE LA PANDEMIA Y SU APOORTE EN LA INOCULACIÓN - QF. Stephan Jarpa Cuadra	PÁG.97
BIOEQUIVALENCIA: CALIDAD, SEGURIDAD Y EFICACIA - Dr. QF. Jaime Sasso Aguirre	PÁG.99
CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: CON LA COMUNIDAD Y EL MODELO DE SALUD FAMILIAR- Q.F. Karla Reyes Kohler	PÁG.102
OTROS CONGRESOS	PÁG.105
¿QUÉ ESPERAN Y QUÉ NECESITAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS PARA AFRONTAR EL FENÓMENO DE LA SEGUNDA VÍCTIMA? Sakurada A; Godorecci G; Leal M	PÁG.106
ENTREVISTA: 10 PREGUNTAS PARA CARLOS ACEVES GONZALEZ	PÁG.110
REVISTA DE REVISTAS - Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente	PÁG. 115
CALENDARIO DE LA PROGRAMACION DEL ZOOM 17 a las 7 año 2021	PÁG. 121

**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 Jorge Cienfuegos Silva

TM Adriana Van Weezel Herrera

TM Valeska Abarca Arce

Kglo. Gonzalo Hormazabal Rioseco

Mat. María Angélica Cifuentes Canales

Nut. Pamela Herrera González

**PRESIDENTA CAPITULO TECNÓLOGOS****MÉDICOS**

TM Eglia Marisol Morales B.

**PRESIDENTA CAPITULO QUÍMICOS FARMACÉUTICOS**

QF. Ximena Alarcón T.

**PRESIDENTE CAPITULO DE ENFERMERAS**

EU Maritza Fuenzalida M.

**RESPONSABLE INYTERNACIONAL****EN LA UNION EUROPEA**

Dr. med. María Ines Cartes

**DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL: NIMBO****DISEÑO:**

(5411) 6041-3930 - www.nimbodg.com.ar - hola@nimbodg.com.ar

Imágen de tapa e interior extraídas de:  
<https://www.freepik.es/>



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 4  
ISSN 2452-4468

NÚMERO 2

AÑO 2021

## EDITORIAL

*La calidad en la atención en salud es un concepto que es tan antiguo como la salud misma, desde los principios de la civilización humana, donde aparece el como el “sanador y su arte”, hasta nuestros tiempos.*

*Una de las primeras normativas en torno a temas de atención en salud es la realizada en la antigua Mesopotamia, el Código de Hammurabi, que contiene 282 leyes, de las cuales once están referidas al acto médico, destacando la ley 218 “ley del Talión”, que significa idéntico o semejante, que dice: “Si un médico hizo una operación grave con el bisturí de bronce y lo ha hecho morir, o bien si lo operó de una catarata en el ojo y destruyó el ojo de este hombre, se cortarán sus manos”<sup>3</sup>. Posteriormente destaca la sabiduría de Hipócrates de Cos que establece en Epidemias, libro I, sección II, número V, que el acto médico no debe causar daño al paciente, “**primum non nocere**”, principio que se refuerza con el juramento hipocrático.*

*El libro “Errar es humano” en el año 2000 señala que los errores en la atención médica pueden ocasionar entre 44.000 y 98.000 fallecimientos en Estados Unidos, siendo la tercera causa de muerte en ese país, lo que además tiene costos económicos asociados a las complicaciones que presentan los pacientes por errores propios de los diferentes procedimientos médicos, en este libro se realiza la siguiente afirmación “el problema no son las malas personas en el cuidado de la salud, es que las buenas personas están trabajando en malos sistemas que necesitan ser más seguros”.*

*A raíz de esta publicación la OMS pone en marcha una alianza mundial para fomentar la seguridad del paciente, en la publicación de “Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety” el año 2009, se define el concepto como “la reducción de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable”.*

*Posteriormente en la 72va convención realizada en mayo del 2019 la misma OMS publica el documento denominado “Acción mundial en pro de la seguridad del paciente”, donde en primer lugar establece como día Mundial de la Seguridad del Paciente el **17 de septiembre** de cada año. Junto con ello insta a los países miembros a aplicar una serie de medidas, entre las que podemos destacar: “reconocer la seguridad del paciente como una prioridad sanitaria en las políticas y programas del sector de la salud y a convertirla en un componente esencial para fortalecer los sistemas de atención de la salud con miras a lograr la cobertura sanitaria universal”, entre otras medidas que van desde potenciar el diagnóstico de cada miembro en esta materia, la inclusión dentro de la formación de profesionales de salud en materias de seguridad del paciente hasta desarrollar una cultura no culpabilizante en temas de notificación de eventos adversos. Entre las indicaciones realizadas por la OMS, está también, la de poder organizar instancias de difusión y discusión de las diferentes perspectivas temáticas asociadas a la seguridad de nuestros pacientes. Es así como nuestra fundación ha organizado, con un tremendo éxito, el V congreso Internacional de Seguridad del Paciente Chile en el mes de junio de este año, donde pudimos contar con la presencia de im-*

portantes expositores de reconocimiento nacional e internacional. Además de realizar pre-congresos en las áreas de Tecnología Médica, Enfermería y Química y Farmacia, lo que nos permite iniciar la sensibilización de estos profesionales, contribuyendo además con la formación y educación que según la OMS debe ser realizada, dejando a nuestra fundación como pionera en la instalación de esta importante temática a nivel nacional e internacional.

La Seguridad del Paciente es un concepto que en general, en Chile, se asocia al proceso de Acreditación y a un sin número de acciones, procedimientos, protocolos e indicadores, pero lo más importante en el desarrollo de este ámbito, es como los diferentes funcionarios de salud se involucran o no con el tema y cómo ellos lo perciben desde su quehacer laboral, como dijo Sonia Morales Díaz durante su exposición en el Pre Congreso de Tecnología Médica, "La seguridad del paciente no puede ser una frase de moda, lo tenemos que volver una CULTURA".

Dentro de cada organización de salud cada una de las personas que se desempeñan, tanto en la atención directa de los pacientes como también en servicios anexos, como lavandería, bodega o incluso los encargados del aseo, tienen un impacto directo en la seguridad de los pacientes y todos ellos, con el aporte realizado a través de su desempeño laboral, suman para lograr una óptima atención, en el complejo camino de lograr una seguridad integral en la atención en salud.

Nuestros desafíos como fundación:

- Potenciar los encuentros de los funcionarios y usuarios de la salud en Chile en torno a desarrollar temáticas asociadas a seguridad del paciente y calidad en la atención de salud.
- Promover el levantamiento de información, en los diferentes recintos asistenciales, que nos permitan contar con un diagnóstico local de los índices de error asociado a la atención en salud y sean un punto de partida para participar activamente en el desarrollo de prácticas de mejoras, cuál sería nuestra realidad si escribiéramos nuestra versión del libro "Error es humano"?
- Ampliar la creación de capítulos profesionales que nos permitan organizar actividades focalizadas en las diferentes especialidades.
- Seguir potenciando nuestro capítulo de pacientes, son ellos los que nos ayudan a concientizar, en los funcionarios que trabajan en salud, el concepto de Seguridad del Paciente.

La seguridad del paciente la construimos entre todos, en esta labor nadie sobra y como legado que nos deja este congreso, destacar que, **es nuestro deber transformarla en una cultura.**



**Marisol Morales B.**

Presidenta Capítulo de Tecnólogos Médicos  
Fundación para la Seguridad del Paciente Chile



## TRABAJOS ORIGINALES

# DISMINUCIÓN DE LA TASA DE EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA SEDACIÓN Y ANALGESIA EN PACIENTES ADULTOS TRAS LA APLICACIÓN DE UN PLAN DE MEJORA DE LA CALIDAD

Fajreldines A, Pharm.(1); Valerio M, Pharm.(2); Bazzano M, Pharm.(2); Pratesi P, MD.(2);  
Alvarez J, MD(2); Pellizzari M, MD.(2)

(1) Hospital Alemán Buenos Aires, Argentina

(2) Hospital Austral Buenos Aires, Argentina



## RESUMEN

**Fundamento y objetivos:** La práctica de la analgesia y la sedación es fundamental para la asistencia de pacientes críticos. Los eventos adversos a la sedación se han estudiado poco y también las intervenciones para reducirlos. Este estudio tiene como objetivo medir la tasa de eventos adversos a la sedación y analgesia y su implicación en los costos, antes y después de una intervención multidisciplinaria. **Material y métodos:** estudio cuasi-experimental de tipo antes y después. **Resultados:** Se estudiaron 595 pacientes, edad media: 49,4 DE: 14,7. Rango: 26-89 años. 59,5% (n = 354) hombres y 40,5% mujeres (n = 241). La intervención consistió en la creación de un grupo de sedación multidisciplinaria y la estandarización de la práctica y su seguimiento. Resultados: Se detectaron un total de 65 eventos adversos antes, es decir, 22,4% y 31 eventos en la post-intervención, es decir, 10,2% después. (p = 0,005).

Los días promedio de ventilación mecánica se redujeron en 0,13 días / paciente, (p = 0,001). Se obtuvo un ahorro de 33,9 días fan, lo que representa un total de 130260,53 + 76895,2 dólares anuales, 390780,9 + 221345,6 dólares en los tres años de intervención. En una regresión logística ajustada por la variable pluripatología, se encontró que los factores asociados a la ocurrencia de eventos adversos fueron: edad mayor de 80 años (OR 2,6), presencia de fármacos de alto riesgo (OR 2,9), presencia de infección: OR : 1,8, polimedicación: OR: 1,6 y presencia de cirugía: OR 1,34. Conclusiones: En esta muestra de pacientes hubo una disminución de los eventos adversos y la variabilidad de la práctica. Se redujo el promedio de días de ventilación mecánica, obteniendo importantes ahorros económicos.

**Palabras clave:** cuidados intensivos, eventos adversos por medicamentos.



## ABSTRACT

**Background and objectives:** Practicing analgesia and sedation is crucial for the assistance of critical patients. Adverse events to sedation have been poorly studied and also interventions to reduce them. This study aims to measure the rate of adverse events to sedation and analgesia and their implication in costs, before and after a multidisciplinary intervention. **Material and methods:** quasi-experimental study of type before and after. Results: 595 patients were studied, mean age: 49,4 SD: 14,7. Range: 26-89 years. 59,5% (n = 354) men and 40.5% women (n = 241). The intervention was the creation of a multidisciplinary sedation group and the standardization of the practice and its monitoring. **Results:** A total of 65 adverse events were detected before, that is, 22,4% and 31 events in the post intervention, that is, 10,2% after. (p = 0.005). The average days of mechanical ventilation were reduced by 0.13 days/patient, (p = 0.001). A saving of 33.9 fan days was obtained, representing a total of 130260.53+76895.2 dollars per year, 390780.9 + 221345.6 dollars in the three years of the intervention. In a logistic regression adjusted for the pluripatology variable, it was found that the factors associated with the occurrence of adverse events were: age over 80 years (OR 2.6), presence of high-risk drugs (OR 2.9), presence of infection: OR: 1.8, polymedication: OR: 1.6 and presence of surgery: OR 1.34. Conclusions: In this sample of patients there was a decrease in adverse events and the variability of the practice. The average number of days of mechanical ventilation was reduced, obtaining significant economic savings.

**Keywords:** critical care, adverse drug events

## INTRODUCCIÓN:

Iniciar y mantener niveles adecuados de analgesia y de sedación en pacientes críticos es crucial para la práctica de los cuidados intensivos<sup>1</sup>. La administración de analgésicos y sedantes es necesaria para dar al paciente la suficiente comodidad, reducir el estrés y evitar el retraso en la recuperación y en la liberación de la ventilación mecánica<sup>2</sup>. Tanto la inadecuada o excesiva sedación puede tener efectos negativos sobre el resultado en los pacientes, los eventos adversos a sedación son bien conocidos, y se conoce actualmente que muchos de ellos son prevenibles<sup>3-4</sup>

Las mejores prácticas recomiendan el uso mínimo de sedantes y la utilización de analgesia como primeros métodos para optimizar la sedación y reducir los efectos no deseados. La sobre-sedación además, se asocia a un aumento de la estancia en unidades de terapia intensiva (UCI), y a un mayor consumo de recursos sanitarios<sup>5</sup>.

Es escasa, la monitorización de los efectos indeseables de la sedación<sup>6</sup> y muy pobre también, la presencia de protocolos escritos de sedación en UCIs<sup>6</sup>. O Connor menciona que solo el 50% de los profesionales usan protocolos de sedación<sup>7</sup>.

Existe evidencia que las barreras para mejorar esta práctica son las siguientes: conducta del médico, resistencia al cambio, método inadecuado de evaluación, entre otros<sup>3</sup>.

La medición del nivel de sedación en los pacientes se puede realizar por medio de varias escalas, una de las más conocidas es la escala Richmond -Agitation Sedation Scale (RASS)<sup>8</sup>.



Esta escala mide específicamente niveles de agitación, y tiene valores negativos (niveles de sedación mayor), y niveles positivos (niveles de agitación mayor). El objetivo va desde mantener a los pacientes despiertos o con un grado de sedación que permita un fácil despertar (0-2), lo que posibilita una evaluación más fácil del dolor, un mejor contacto del paciente con el personal sanitario y la familia y una cooperación en técnicas como la fisioterapia respiratoria o la evaluación neurológica, hasta la sedación profunda: -4 a -5 en aquellos pacientes que así lo requieren para su recuperación clínica.

El sedante ideal debería caracterizarse por un inmediato inicio de acción, una rápida recuperación, un fácil ajuste de dosis, un amplio margen terapéutico, la ausencia de acumulación, de interacciones farmacológicas, de efectos secundarios y un bajo costo. Hasta el momen-

to no existe ningún fármaco que reúna dichas características y esto genera dificultades en el manejo diario de la sedación y analgesia y de la detección y prevención de eventos adversos en esta práctica<sup>5</sup>.

Los fármacos mayormente usados en la analgesia y sedación son las benzodiazepinas con perfil hipnótico como el midazolam, el fentanilo como analgésico mayor de tipo morfínico y el propofol<sup>9</sup>.

Este estudio se propone como objetivo medir la tasa de eventos adversos a sedación y analgesia antes y después de una intervención multidisciplinaria y su implicancia en los costos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

**Diseño:** Estudio quasi experimental de tipo antes y después no controlado. Se incluyeron



290 pacientes antes de la intervención y 305 pacientes después de la misma.

**Ámbito del estudio:** La unidad de terapia intensiva (UCI) donde se realizó el estudio es de tipo medico-quirúrgica, con médicos staff, residentes y fellows.

**Periodo:** El periodo antes fue: Febrero 2013-Diciembre 2016 y después: Febrero 2017-Diciembre 2020.

**Criterios de inclusión:** pacientes con asistencia respiratoria mecánica y sedación. Los pacientes incluidos tuvieron esquemas con fentanilo, midazolam y propofol con los siguientes rangos de velocidades de infusión: Fentanilo: 1-5 mcg/kg/h (hasta 20 mcg/kg/hora), Midazolam: 0,04-0,2 mg/kg/h, Propofol: 0,3-3 mg/kg/h. Todos los fármacos fueron analizados en pacientes en estado estacionario, no al comienzo de la sedación.

**Criterios de exclusión:** Se excluyeron pacientes críticos con patologías cardíacas, con demencia, patologías neurológicas, con insuficiencia renal y/o hepática al comienzo de la sedación y pacientes en cuidados de fin de vida. Se excluyeron también pacientes con menos de dos días de sedación y/o ventilación mecánica.

**Variables:** Los datos fueron relevados de la historia clínica electrónica de cada paciente: sexo, edad, diagnóstico actual con ICD-9<sup>10</sup>, pluripatología, polifarmacia, días de estancia en UCI, días de ventilación, datos de laboratorio, estudios, evoluciones de todos los profesionales, medicación, alergias, APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation)<sup>11</sup>, eventos adversos.

Se valoraron los siguientes eventos adversos: hipotensión-valores menores a 90mmHg de presión sistólica, valores mayores a 500mg/dl de triglicéridos séricos, depresión respiratoria y desaturación menores o iguales a 85%, taquicardia - frecuencia cardiaca mayor a 100 latidos por minuto (lpm), delirio según escala *Confusion Assessment Method (CAM-ICU)*<sup>12</sup>.

El algoritmo de causalidad de eventos por fármacos usado fue el de Naranjo et al<sup>12</sup>. Se tomaron las categorías definida, probable y posible, las demás categorías se excluyeron de la tasa de eventos calculada.

La categoría de daño usada fue la de la clasificación internacional de errores de medicación del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention<sup>14</sup> (NCCMERP) tomada por la herramienta "Global trigger tool"<sup>15</sup> del Institute for Healthcare Improvement con la que se detectaron los eventos adversos en la historia clínica. Esta categorización considera daño E- al que requiere intervención, daño F: al daño que produce prolongación de la hospitalización, daño G: daño permanente que no incapacita la vida normal, daño H: daño que requiere soporte vital, daño I: muerte asociada al cuidado.

**Muestra:** El estudio fue muestral, sobre el total de pacientes de UCI con criterios de inclusión. La manera de muestrear se hizo mediante números al azar emitidos por Excel (Windows 7) sobre el total de egresos de UCI con criterios de inclusión. El tamaño de la muestra se hizo sobre el cálculo para proporciones, de universos conocidos con un intervalo de confianza del 95%, un error del 5% y una precisión del 3%. Se calculó una tasa de eventos del 25% y una tasa luego de la intervención del 15%. El



tamaño del efecto calculado fue 0,87 (IC95% 0,35-0,93).

Se consideró polifarmacia a la presencia de cuatro o más medicamentos según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>16</sup>.

Se denominó pluripatología a la presencia simultánea de dos o más patologías vigentes en la historia clínica donde no es posible establecer la supremacía de una sobre otra<sup>17</sup>.

Se consideró paciente con infección a aquel que ingresó a UCI por infección o que la adquirió durante la estancia en UCI. Se caracterizaron los pacientes como quirúrgicos y clínicos si su ingreso a UCI fue post-cirugía, o no.

Se consideró medicamentos de alto riesgo a aquellos que figuran en la lista del Institute for Safe Medication Practices (ISMP)<sup>18</sup>.

Se usó el score de gravedad APACHE II que tiene en cuenta 18 variables para puntualizar la gravedad del paciente a las 24 hrs. de ingreso a UCI11.

Los datos fueron recolectados por un farmacéutico y validó una muestra "ad hoc" un segundo observador, obteniéndose un Kappa de 0,76 (IC 95% 0,52-0,97).

Se consultó la base de datos Uptodate<sup>19</sup> versión agosto 2017 para analizar datos de medicación.

Los costos fueron calculados sobre los días ventilación ahorrados (media, mediana, desviación estándar, rango) en el segundo grupo (después) respecto al primero (antes), estos

valores se compararon mediante la fórmula de costo minimización. La perspectiva del análisis fue hospitalaria. Se consideró el valor dólar del Banco Central al momento de la intervención en el año 2013.

La intervención consistió en la conformación de un equipo multidisciplinario formado por: 2 médicos, 2 farmacéuticos clínicos y 1 enfermera. Este equipo se reunió durante 3 meses semanalmente para revisar la bibliografía y la evidencia sobre medicación. El equipo realizó la revisión de la guía de sedación establecida para la institución, separó los goteos de analgesia y sedación, incorporó la interrupción diaria de la sedación, estandarizó los goteos por peso y por droga usada, capacitaron a todos los profesionales médicos y enfermeros staff en la guía y la medición del RASS real y objetivo para cada paciente, y monitorizó a diario a todos los pacientes.

Se usó para el análisis estadístico el programa SPSS 19, IBM®. Se consideró significancia estadística a  $p < 0.05$ , IC 95%, se usó el test  $\chi^2$  para variables dicotómicas y el test ANOVA para variables continuas. Se realizaron test de correlación y una regresión logística ajustada para verificar asociación de variables con la aparición de eventos adversos.

Este estudio siguió todas las normas Bioéticas y de ética en investigación del Hospital donde se realizó el estudio.

**Conflictos de interés:** ninguno para declarar.

## RESULTADOS

Se estudiaron 595 pacientes, media de edad: 49,4 DE: 14,7. Rango: 26-89 años. El 59,5%



(n=354) hombres y 40,5% mujeres (n=241). La distribución fue: antes 290 pacientes y después 305.

Se detectó un total de 65 eventos adversos antes, es decir 22,4 eventos adversos cada 100 admisiones y 31 eventos en la post intervención, es decir 10,2 eventos cada 100 admisiones después. (p=0,005). El 39% (113) de los pacientes fue quirúrgico antes y el 31,1% (95) después. (Tabla 1).

Las proporciones de eventos analizados antes de la intervención fueron: taquicardia 11,4% (33), hipotensión 6,9% (20), desaturación y depresión respiratoria 2% (6), aumento de triglicéridos 1,4% (4), delirio 0,7% (2). Los tipos de eventos encontrados luego de la intervención fueron: taquicardia 6,9% (21), hipotensión 2,3% (7), depresión respiratoria 0,7% (2), delirio 0,3% (1). (Tabla 2)

El daño encontrado antes de la intervención ha sido: daño E (aquel que requiere intervención clínica) -53 casos, 11 casos fueron F (daño que prolonga la hospitalización), 1 fue H (daño que requiere soporte vital). Después de la intervención: 25 fueron E, 6 fueron F, y no hubo H. En ningún caso se encontró muerte asociada a la sedación-analgésia.

Se redujo la media de días ventilación mecánica en 0,13 días/paciente, de una media inicial de 4,55 días-DE 2,46, mediana 3,81 a 4,42 DE 1,24 mediana 3,63 (p=0,001). Se obtuvo un ahorro de 33,9 días ventilador que representaron un total de 130260,53+ 76895,2 dólares al año, 390780,9+221345,6 dólares en los tres años de la intervención.

En una regresión logística ajustada por la varia-

ble pluripatología, se encontró que los factores asociados a la aparición de eventos adversos en esta muestra de pacientes fueron: la edad superior a 80 años (OR 2,6), la presencia de medicamentos de alto riesgo (OR 2,9), la presencia de infección: OR: 1,8, la polimedicación: OR: 1,6 y la presencia de cirugía: OR 1,34 (Tabla 3).

No se asociaron a la presencia de eventos adversos la edad inferior a 80 años, el sexo, y el APACHE II (Tabla 3).

## DISCUSIÓN

La evidencia no es concluyente en cuanto a estas intervenciones para reducir los eventos y el impacto de los estudios son muy bajos, así lo consigna Mehta S et al<sup>20</sup>.

Diversos autores, como Byrd y col.<sup>21</sup> mencionan que las intervenciones dirigidas a la optimización de la analgesia por encima de la sedación reducen los eventos y la prolongación de la ventilación mecánica, nuestro estudio coincide con este hallazgo pues la intervención separó la analgesia y la sedación en goteos diferentes.

El delirio presente en nuestro estudio y asociado a medicamentos como el fentanilo y midazolam ha sido del 0,7% y del 0,3% antes y después de la intervención, en este sentido, los autores Palencia et al<sup>22</sup>, mencionan que el delirio es causa de morbilidad, mortalidad, aumento de estancia hospitalaria y de días ventilación mecánica y destaca que el delirio encontrado en UCI es amplio en su rango y es multifactorial (19%-22% con CAM-ICU). Nunes S et al<sup>23</sup>, destaca tasas de delirio en UCI similares a las encontradas por nuestro estudio.



La utilización de escalas de sedación y sedación objetivo valorado clínicamente es una de las estrategias recomendadas por Barr J et al<sup>24</sup> hallazgo también relevado en nuestro estudio, implementando la valoración del RASS objetivo como una de las estrategias de mejora.

Los autores Varrahona et al<sup>25</sup>, encontraron que los pacientes quirúrgicos padecen mayores riesgos de eventos adversos que los pacientes no quirúrgicos, hallazgo confirmado en este estudio. Yan et al<sup>26</sup>, en su estudio mostraron que puntajes mayores de SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) favorece el delirio y destaca que el score APACHE II no es un predictor de este evento, nuestro estudio encontró que APACHEs II mayores no estarían asociados a los eventos adversos analizados, el delirio entre ellos, coincidente con estos autores. Un reciente estudio<sup>27</sup> de medidas repetidas mostró que al menos un 57% de los pacientes de UCI padecen dolor, y al menos un 34% delirio, estas dos medidas siguen siendo problemas a trabajar mediante medidas de mejora basadas en la evidencia para reducir la dimensión de estos problemas. Walsh et al<sup>28</sup>, en su estudio desarrollaron un modelo de medición y seguimiento del manejo del dolor, la sedación y la agitación, en ello se evidencia que es esta metodología permitiría explorar la variación de la práctica, mejorar la calidad y monitorear esto con el tiempo, nuestro estudio permitió y sigue permitiendo monitorizar la adherencia al proceso y la medición de medidas de resultado como la aparición de eventos adversos ocasionados por la sedación.

La intervención funcionó positivamente en esta muestra de pacientes, los valores hallados en la post intervención son menores a lo reportado por la literatura tal vez porque se

midieron eventos en estado estacionario, con variables objetivas fisiológicas y con algunas categorías restrictivas del algoritmo de Naranjo de causalidad, por ello las limitaciones del estudio fueron: el diseño no controlado, los eventos considerados, y las categorías incluidas del algoritmo de causalidad. Los datos al ser de una sola institución también constituyen una debilidad.

## CONCLUSIONES

En esta muestra de pacientes se vió un decremento en la aparición de eventos adversos, se redujo la media de días de ventilación mecánica y se observó un importante ahorro anual. Las variables asociadas a los eventos adversos fueron la polimedicación, edad superior a 80 años presencia de infección, presencia de cirugía y de medicamentos de alto riesgo. Como conclusión, una intervención multidisciplinaria puede conseguir una disminución de los eventos adversos y de los costos de la práctica de sedación y analgesia en UCI.

## Bibliografía

1. Sessler CN, Pedram S. Protocolized and target-based sedation and analgesia in the ICU. *Crit Care Clin*, 2009;25:489-513
2. Herling SF, Greve IE, Vasilevskis EE, Egerod I, Bekker Mortensen C, Møller AM, Svenningsen H, Thomsen T. Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Nov 23;11:CD009783. doi: 10.1002/14651858.CD009783.pub2. Review.
3. Kumar AB, Brennan TJ. Pain assessment, sedation, and analgesic administration in the intensive care unit. *Anesthesiology*, 2009;111:1187-1188.
4. Yang J, Zhou Y, Kang Y, Xu B, Wang P, Lv Y, Wang Z. Risk Factors of Delirium in Sequential Sedation Patients in Intensive Care Units. *Biomed Res Int*. 2017;2017:3539872. doi: 10.1155/2017/3539872. Epub 2017 Oct 21.
5. Suominen H, Lundgrén-Laine H, Salanterä S, Salakoski T. Evaluating pain in intensive care. *Stud Health Technol Inform*, 2009;146:192-196.
6. Ürkmez S, Erdoğan E, Utku T, Dikmen Y. Turk J Sedation Practices and Preferences of Turkish Intensive Care



- Physicians: A National Survey. *Anaesthesiol Reanim.* 2019 Jun;47(3):220-227. doi: 10.5152/TJAR.2019.49799. Epub 2019 Feb 24.
7. O'Connor M, Bucknall T, Manias E. Sedation management in Australian and New Zealand intensive care units: doctors' and nurses' practices and opinions. *Am J Crit Care*, 2010;19:285-295.
8. Sessler CN, Gosnell MS, Grap MJ, Brophy GM, O'Neal PV, Keane KA, Tesoro EP, Elswick RK. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166:1338-44.
9. Fichas técnicas de fármacos, disponibles en: <https://cima.aemps.es/cima/pdfs/Consulta> en Marzo 2017.
10. International Classification of Diseases, ninth revision. En: <http://www.cdc.gov/nchs/acd/icd9>; consultado el 14/03/2017
11. APACHE II Calculator Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE) II score to predict hospital mortality Disponible en <https://clincalc.com/IcuMortality/APACHEII.aspx> consultado en marzo 2017.
12. Ely EW, Margolin R, Francis J, May L, Truman B, Dittus R, Speroff T, Gautam S, Bernard GR, Inouye SK. Evaluation of delirium in critically ill patients: Validation of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU). *Crit Care Med.* 2001;29:1370-9
13. Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, Janecek E, Domecq C, Greenblatt DJ. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther* 1981; 30:239-45.
14. National Council Coordinating for Medication Error Reporting and Prevention en <http://www.nccmerp.org/taxonomy-medication-errors-now> consultado el 10 de agosto 2014.
15. Griffin FA, Resar RK. IHI Global Trigger Tool for measuring adverse events. 2nd edn. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. 2009
16. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. En: <http://www.who.int/es/>; consultado el 01/03/2014.
17. Documento "Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidades y pluripatología". Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina de familia y Comunitaria, Federación de asociaciones de Enfermería comunitaria y de Atención Primaria. Abril 2013. ISBN: 978-84-695-7582-6. Disponible en: [http://www.semfiyc.es/pfw\\_files/cma/biblioteca/\\_DesarrolloGuiasPluripatologia.pdf](http://www.semfiyc.es/pfw_files/cma/biblioteca/_DesarrolloGuiasPluripatologia.pdf) consultada el 11 de nov 2017
18. Cohen MR, Smetzer JL, Tuohy NR, Kilo CM. High-alert medications: safeguarding against errors. En: Cohen MR, editor. *Medication Errors*. 2nd ed. Washington (DC): American Pharmaceutical Association; 2007. p. 317- 411.
19. Información de mecanismos de acción, dosis y efectos secundarios de fármacos: <http://www.uptodate.com/contents/search> visitado el 14-21/08/2014
20. Mehta S, McCullagh I, Burry L. Current sedation practices: lessons learned from international surveys. *Crit Care Clin*, 2009;25:471-488.
21. Byrd PJ, Gonzales I, Parsons V. Exploring barriers to pain management in newborn intensive care units: a pilot survey of NICU nurses. *Adv Neonatal Care*, 2009;9:299-306
22. Palencia-Herrejón, M.Á. Romera, J.A. Silva. GRUPO DE TRABAJO DE ANALGESIA Y SEDACIÓN DE LA SEMICYUC. *Med Intensiva*. 2008;32 Supl 1:77-9.
23. Nunes SL, Forsberg S, Blomqvist H, Berggren L5, Sörberg M, Saraphoja T, Wickerts CJ. Effect of Sedation Regimen on Weaning from Mechanical Ventilation in the Intensive Care Unit. *Clin Drug Investig.* 2018 Jun;38(6):535-543. doi: 10.1007/s40261-018-0636-2.
24. Barr J, Donner A. Optimal intravenous dosing strategies for sedatives and analgesics in the intensive care unit. *Crit Care Clin.* 1995 Oct;11(4):827-47.
25. Palacios-Barahona AU, Bareño-Silva. Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. *Rev CES Med* 2012; 26(1):19-28
26. Vincent JL, Moreno R, Takala J, Willatts S, De Mendonça A, Bruining H, Reinhart CK, Suter PM, Thijs LG. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med* 1996 Jul;22(7):707-10. PMID 8844239.
27. Arroyo-Novoa CM, Figueroa-Ramos MI, Puntillo KA. Occurrence and Practices for Pain, Agitation, and Delirium in Intensive Care Unit Patients. *P R Health Sci J.* 2019 Sep;38(3):156-162.
28. Walsh TS, Kydonaki K, Lee RJ, Everingham K, Antonelli J, Harkness RT, Cole S, Quasim T, Ruddy J, McDougall M, Davidson A, Rutherford J, Richards J, Weir CJ. Development and Evaluation of Strategies to Improve Sedation practice in intensive care Study Investigators. Collaborators. *Crit Care Med.* 2016 Mar;44(3):564-74. DOI: 10.1097/CCM.0000000000001463. Development of Process Control Methodology for Tracking the Quality and Safety of Pain, Agitation, and Sedation Management in Critical Care Units.

**TABLA 1: EVENTOS ADVERSOS ANTES Y DESPUÉS**

Variable	Antes	Después
Eventos adversos cada cien admisiones	22,4 (IC95% 19,3-23,8)	10,2 (IC 95% 9,2-11,5)

**TABLA 2: TIPOS DE EVENTOS ANTES Y DESPUÉS**

Evento	Antes	Después
Taquicardia	11,4% (33)	6,9% (21)
Hipotensión	6,9% (20)	2,3% (7)
Desaturación y depresión respiratoria	2% (6)	0,7% (2)
Aumento de triglicéridos	1,4% (4)	0% ( )
Delirio	0,7% (2)	0,3% (1)

**TABLA 3: FACTORES ASOCIADOS A LA APARICIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

Variable	ORAJ	IC 95%
Sexo femenino	1.1	0.3- 4,12 (NS)
Presencia de medicamentos de alto riesgo	2.9	1.9 - 3.8
Infección	1.8	1.3-4.7
APACHE II	1.8	0.4-2.9 (NS)
Presencia de cirugía	1.3	1.1- 4.5
Polimedicación	1.6	1.1-6.5
Edad mayor a 80 años	2.6	1.9 - 2.9
Edad menor a 80 años	1.3	0.6 - 3.3 (NS)

OR: odd ratio, IC: intervalo de confianza. NS: no significativa. La variable de ajuste fue la pluripatología.



## APACHE II. Predictores de gravedad en Pancreatitis aguda

### APACHE II. Predictores de gravedad en Pancreatitis aguda

Héctor M. Meijide Miguez

Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña

- Existen otros índices de severidad de pancreatitis aguda. Entre ellos cabe mencionar, a parte de la Escala de Ranson, los scores de Atlanta, Apache, Glasgow, Banks, Agarwal and Pitchumoni (1). Ninguno de los mencionados es ideal, pero sí son herramienta de ayuda que mejora la valoración exclusivamente clínica que sólo identifica un 35-45 % de las pancreatitis severas. Suelen requerir 48 horas para su evaluación y no presentan elevadas tasas de sensibilidad ni especificidad.
- De todos ellos, el más exacto predictor es el denominado **APACHE** ( Acute Physiology And Chronic Health Evaluation ), que surge en 1981 como un sistema que permite cuantificar la gravedad de la enfermedad a través de 34 variables fisiológicas que expresan la intensidad de la enfermedad. Aunque de inicio se utilizó en pacientes ingresados en UCI, posteriormente se propuso para otras unidades.
- Una versión del APACHE (II) utiliza 12 parámetros de los 34 del Acute Physiology Score (2), con la finalidad de obtener un índice que refleje el nivel de los servicios recibidos. Así pues, para calcular el score se suman a las 12 variables fisiológicas, la puntuación obtenida por edad y aquella obtenida por enfermedad crónica. Este sistema se va perfeccionando de forma continua con la aparición de nuevas versiones, adaptadas para ser usadas como técnicas de medición de pacientes ingresados en unidades de hospitalización (3,4).

PUNTUACIÓN A → APS total (Acute Physiology Score) : suma de las 12 variables

	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
<b>Frecuencia cardíaca</b>	≥180	140-179	110-139		70-109		55-69	40-54	≤39
<b>TA media</b>	≥160	130-159	110-129		70-109		50-69		≤49
<b>Tª rectal (axial +0.5°C)</b>	≥41	39-40.9		38.5-38.9	36-38.4	34-35.9	32-33.9	30-31.9	≤29.9
<b>Frecuencia respiratoria</b>	≥50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		≤5
<b>Escala de Glasgow : puntuar 15- Glasgow actual</b>									
<b>Oxigenación...elegir</b>									
a) Si FIO <sub>2</sub> ≥0.5 anotar PA-aO <sub>2</sub>	≥500	350-499	200-349		<200 >70	61-70		55-60	<55
b) Si FIO <sub>2</sub> <0.5 anotar PaO <sub>2</sub>									



## APACHE II. Predictores de gravedad en Pancreatitis aguda

pH arterial (mejor)	≥7.7	7.6-7.59		7.5-7.59	7.33-7.49		7.25-7.32	7.15-7.24	<7.1
HCO <sub>3</sub> sérico	≥52	41-51.9		32-40.9	22-31.9		18-21.9	15-17.9	5
Hematocrito (%)	≥60		50-59.9	46-49.9	30-45.9		20-29.9		<20
Leucocitos/mm <sup>3</sup> (miles)	≥40		20-39.9	15-19.9	3-14.9		1-2.9		<1
Creatinina (ptos x2 si agudo)	≥3.5	2-3.4	1.5-1.9		0.6-1.4		<0.6		
Na sérico	≥180	160-179	155-159	150-154	130-149		120-129	111-119	≤110
K sérico	≥7	6-6.9		5.5-5.9	3.5-5.4	3-3.4	2.5-2.9		<2.5

PUNTUACIÓN B → Edad: ≤ 44 (0), 45-54 (2), 55-54 (3), 65-74 (5), >75 (6)

### PUNTUACIÓN C → ENFERMEDAD CRÓNICA

Postcirugía urgente o no quirúrgicos: 5 puntos

Postcirugía electiva: 2 puntos

Cardiovascular	• NYHA IV
Renal	• Hemodiálisis
Respiratorio	• EPOC, enfermedad restrictiva o vascular que limite actividad funcional • Hipoxia crónica y/o hipercapnia; dependencia respiratoria • Policitemia o hipertensión pulmonar severa (>40mmHg)
Hepático	• Cirrosis (por biopsia) • Encefalopatía previa • Hipertensión portal documentada • Historia de hemorragia digestiva debida a hipertensión portal
Inmunosupresión	• Farmacológico: quimioterapia, radioterapia, esteroides... • SIDA, linfoma, leucemias...

### PUNTUACIÓN APACHE II (A+B+C)

Puntuación	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	>34
Mortalidad (%)	4	8	15	25	40	55	75	85

• VENTAJAS:

- Es el más exacto predictor, con aceptables tasas de sensibilidad y especificidad.
- Puede evaluarse en las primeras 24 horas.
- Puede cotejarse continuamente.



## APACHE II. Predictores de gravedad en Pancreatitis aguda

- DESVENTAJAS:
  - Es complejo y demasiado engorroso para su uso en la práctica clínica.
  - Presenta variantes, que todavía lo hace menos manejable.
    - APACHE III: difieren en el score total ( incrementa 5 items), valora el estado de salud crónico y es peor que APACHE II para diferenciar formas leves vs grave
    - APACHE O : añade el índice de masa corporal y mejora con ello el valor predictivo positivo.

### BIBLIOGRAFIA

1. Agarwal N, Pitchumoni CS. Simplified prognostic criteria in acute pancreatitis. *Pancreas* 1986;1:69
2. Larvin M, McMahon MJ. APACHE II score for assessment and monitoring of acute pancreatitis. *Lancet* 1989;2:201
3. Dervenis C, Johnson CD, Bassi C, et al. Diagnosis, objective assessment of severity and management of acute pancreatitis. Santorini consensus conference. *Int J Pancreatol* 1999;25:195
4. Williams M, Simms HH. Prognostic usefulness of scoring systems in critically ill patients with severe acute pancreatitis. *Crit Care Med* 1999;27:901

V Congreso Internacional  
**Seguridad del  
Paciente**  
VERSIÓN ONLINE

**Resúmenes de  
Presentaciones realizadas en  
el V Congreso Internacional  
para la Seguridad del  
Paciente**



**9, 10 y 11 | JUNIO**  
2021

Plataforma:



Con la Colaboración y Apoyo de:



[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)



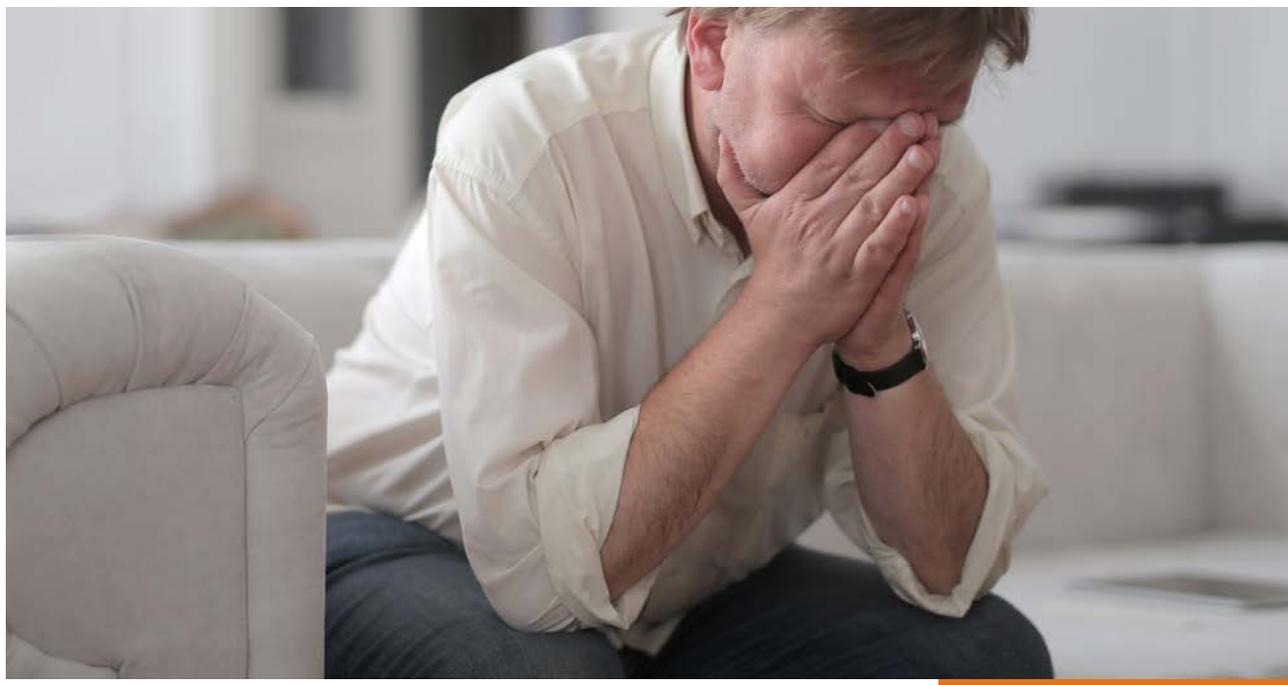
# MENTE Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



**M. Cecilia Solar Hormazábal**

Médico Psiquiatra. Magister en filosofía de la mente, del lenguaje y la cognición

[mcsolar@vtr.net](mailto:mcsolar@vtr.net)



La situación de pandemia, la incertidumbre reinante y la búsqueda de certeza ha hecho que todo el mundo se vuelque a buscar seguridad. Felizmente nos encontramos con un cuerpo de información robusta y un grupo humano entusiasta que viene hace muchos años investigando y estudiando el qué y el cómo de la seguridad de los pacientes. Un punto de partida puede ser preguntarnos ¿cómo sabemos que sabemos? ¿creer que se sabe? es igual que: ¿saber que se sabe?

Humberto Maturana, biólogo chileno, recientemente fallecido a los 92 años, nos acercó al conocimiento haciéndonos entender a los organismos vivos. El hallazgo temprano que realizó este científico con la visión de la rana cuestionó el modelo reinante de representación literal del mundo exterior. Estos experimentos nos han permitido comprobar que nuestros sistemas perceptivos tienen como objetivo construir un modelo interno del mundo que pueda interpretarse y permitir actuar sobre él (1).

Desde comienzos del siglo pasado hay psicólogos que estudiaron los procesos cerebrales superiores y el efecto de la memoria y las ilusiones ópticas. Hermann Ebbinghaus es uno de ellos y descubrió que la percepción del tamaño de un objeto varía según el tamaño de los que lo rodean. En esta presentación se refrenda la idea de que el proceso de adaptación y de aprendizaje por refuerzo en los seres vivos, tiene una doble cara. Una cara nos otorga los beneficios de asimilar los cambios y otra cara nos muestra el detrimento de percibirlo (2). Es decir, nos encontramos en serios problemas si nos olvidamos de las metas internacionales para la seguridad del paciente.

Por mucho tiempo, para investigar sobre mente se estudiaba al individuo desde el cuello hacia arriba. Se hizo imposible lograr avances científicos acerca de ésta, sin considerar al cuerpo en su totalidad y más aún, sin considerar la interacción con el medio. Aristóteles ya le había otorgado al corazón la capacidad de



pensar. El planteamiento de este filósofo era que el corazón estaba al centro de todo el organismo y además era sensible a los estímulos externos, en cambio el cerebro era un órgano que no mostraba reactividad y que sólo cumpliría la función de enfriar la sangre que llegaba caliente desde el corazón. Hoy en día, muchas respuestas se encuentran en las vías interoceptivas o propioceptivas y más aún en el eje: corazón-bazo-cerebro o en el eje microbiota-intestino -cerebro y tantos otros.

Nuestra experiencia previa, nuestras creencias y nuestras emociones están construyendo el modelo de seguridad. Convivimos en centros y en ocupaciones diversas, pero nos constituimos en una cultura en la que muchas veces se refuerza el paternalismo, asistencialismo o el heroísmo por sobre la calidad y seguridad. No queremos dejar fuera a los actores principales, es decir, necesitamos incorporar desde la partida a nuestros usuarios - pacientes-clientes (3).

Finalmente los desafío a reflexionar en cómo estamos siendo conscientes. Eso es lo más difícil para la consciencia humana. De ahí, la interminable lucha entre la realidad de cada cual y las realidades de todos.

#### Bibliografía:

1. Ward, J. (2015). The student's guide to cognitive neuroscience (3rd ed.). Psychology Press. cognitive neuroscience.
2. Sophie Bavard, Aldo Rustichini, Palminteri (2021) Two sides of the same coin: Beneficial and detrimental consequences of range adaptation in human reinforcement learning. Science Advances : Vol. 7, no. 14.
3. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.



# WASTE IN PATIENT SAFETY



**Lais Junqueira**

ELSEVIER | Clinical Solutions | South LATAM

[l.junqueira@elsevier.com](mailto:l.junqueira@elsevier.com)



Existe sólida evidencia que indica que estamos desperdiciando recursos en el cuidado de la salud. En dólares la cantidad es impresionante, pero las caras detrás de los números es lo que debería impulsarnos a cambiar, y cambiar rápidamente. Hoy vemos como el conocimiento, impulsado por la tecnología, está cambiando el panorama de la atención médica y por lo tanto la calidad de la atención, la seguridad del paciente y los costos asociados con la atención subóptima.

En los países de ingresos altos, se estima que una de cada 10 personas sufre daños mientras recibe atención hospitalaria, y hasta el 15% del gasto hospitalario se debe a fallas de seguridad en la atención. En los países de ingresos medios y bajos, uno de cada 4 pacientes sufre daños, con 154 millones de eventos adversos que ocurren anualmente por falta de seguridad en la atención recibida en los hospitales, lo que contribuye a alrededor de 3,6 millones de muertes. El costo social de los daños a los pa-

cientes puede valorarse entre 1 y 3 trillones de dólares al año. La eliminación del daño podría impulsar el crecimiento económico mundial en más de 0,7% anual. La mitad de la carga global de daños a los pacientes se origina en la atención primaria y ambulatoria, y hasta cuatro de cada diez pacientes enfrentan fallas de seguridad. Esto puede representar más del 6% de los días en camas de hospital y más de 7 millones de ingresos solo en los países de la OCDE. La mala seguridad tiene un precio. En los países desarrollados, el costo directo de tratar a los pacientes que han sufrido daños durante su atención se acerca al 13% del gasto sanitario total.

Y, lo que es más importante, estamos hablando de muertes evitables y daños a los pacientes. Cuando ocurre un evento prevenible, les estamos fallando a quienes son el núcleo de nuestra misión: los pacientes.

Necesitamos mejorar el sistema para que se



pueda brindar una atención de alta calidad y costo-eficiente a todos. Al hablar de sistemas, tenemos una forma tradicional de verlos sólo como una combinación de procesos pero la realidad es que un Sistema Seguro es el resultado de Procesos Seguros MÁS Decisiones Seguras. La atención médica segura proactiva solo es posible conectando a un mismo tiempo personas, procesos, conocimiento y tecnología.

Un componente clave que alimenta el proceso y la toma de decisiones es la práctica basada en la evidencia, la cual se compone de: la evidencia científica (el conocimiento y la tecnología), la experiencia clínica y las necesidades y preferencias del paciente.

Este conocimiento clínico no es estático. El tiempo en el que se duplica el conocimiento médico se estimó en cada 50 años en 1950; 7 años en 1980; 3,5 años en 2010 y 73 días en 2020. Solo sobre COVID-19, al 4 de junio de 2021 existían 273.298 artículos indexados en la base de datos COVID-19 de la OMS. Leyendo 20 artículos al día, se tardaría 37 años en terminarlos. Con esta velocidad, solo hay una forma de transmitir el conocimiento: a través de la tecnología.

En colaboración con la Sociedad Brasileira de Calidad del Cuidado y Seguridad del Paciente, en Elsevier hemos establecido una ruta hacia la Seguridad del Paciente que se apoya en 6 pilares: Participación Comunitaria y Alfabetización en Salud; Gestión de Información; Educación y habilidades del personal; Cuidado de los pacientes; Participación del paciente; y Investigación y mejora continua. En cada uno de

estos pasos, vemos cómo el contenido basado en evidencia proporcionado por la tecnología puede mejorar la calidad, la seguridad y el costo-eficiencia de los cuidados.



# SECOND VICTIMS: DEVELOPMENT OF A SUPPORT NETWORK

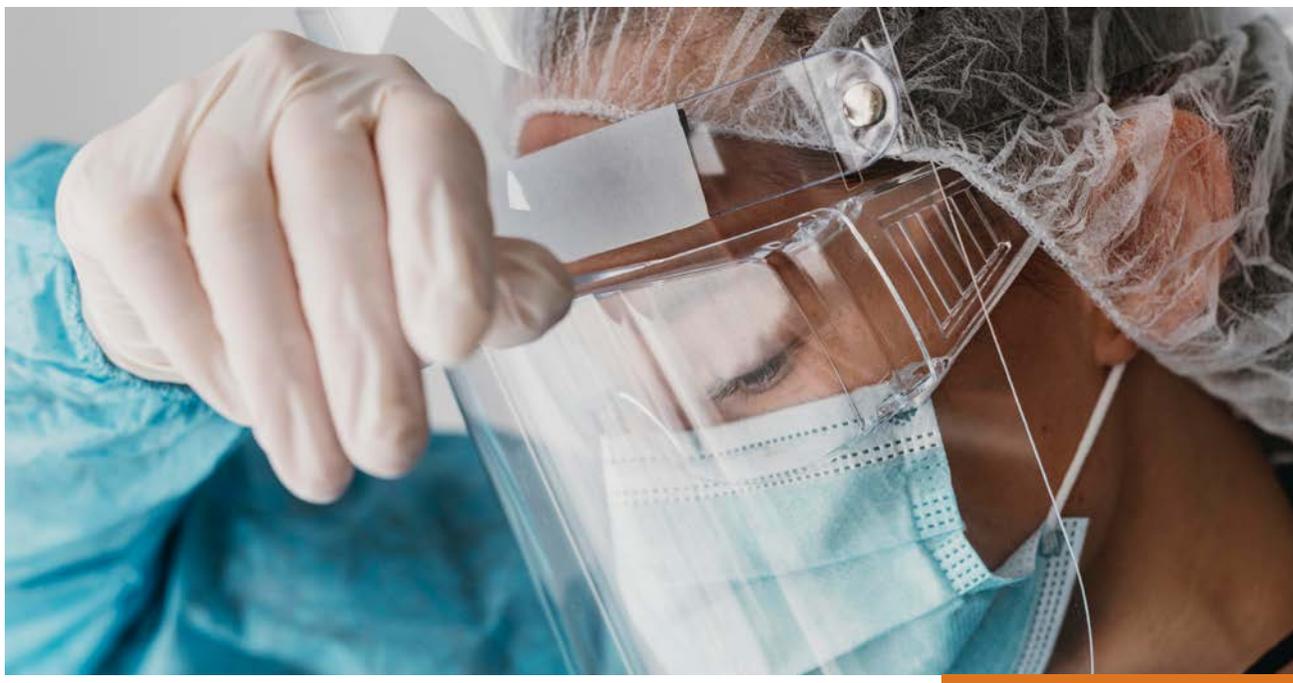


**Susan D. Scott**

PhD, RN, CPPS, FAAN

Dr. Scott is the nurse scientist at the University of Missouri Health Care and Adjunct Associate Professor of Nursing at Sinclair School of Nursing. Her research has defined the second victim phenomenon allowing for the design and deployment of the 'first of its kind' peer support network, the forYOU Team.

[scotts@health.missouri.edu](mailto:scotts@health.missouri.edu)



As healthcare systems slowly recover from the COVID-19 pandemic, a heightened awareness of the health care workforce's mental well-being has become readily apparent. The provision of emotional support has profound implications for the healthcare providers we serve. A formalized peer support program, serving as the fundamental underpinning of any institutional interventional plan, has been demonstrated to support the mental well-being of the workforce<sup>1</sup>. Comprehensive resources, many unique and specific to the institution, should be considered a necessary element for a healthcare organization's approach moving forward to addressing the care of workforce members<sup>2,3</sup>.

Interventional support should begin the moment the clinical event evoking a second victim response is identified. A holistic approach using surveillance strategies within a three-tiered model of support has become the basic framework for the design of comprehensive

interventional support at healthcare organizations around the globe<sup>1</sup>. This model ensures that readily accessible resources, such as professional mental health practitioners, are available to meet the needs of a healthcare team member suffering in the aftermath of emotionally challenging clinical events (Figure 1).

An organization's support infrastructure should be designed to address second victim responses of varying severity, ranging from basic supportive interactions to prolonged professional help in more severe clinician responses. Two basic types of support (one-on-one peer support and group briefings when a challenging clinical case impacts an entire team) should be incorporated into the program's design. Details regarding the support infrastructure should be broadly publicized throughout the healthcare institution via a well-defined marketing strategy so that individual clinicians are aware of available support,



service expectations, and how to access help in the time of need.

A trained peer responder's timely emotional support positively influences an individual clinician's ultimate recovery. Peer and colleagues, especially those who have previously suffered as a second victim, can offer unique support and powerful healing words to their suffering colleagues. Complementing peer support efforts, department/unit leaders offer pivotal assistance for the clinician with support ranging from arranging flex time off to assisting with healthcare record documentation. Both roles are critical components of a highly functioning supportive infrastructure within the context of the tiered approach to interventional support.

Today's clinicians and other healthcare workers face a clinically complex and demanding environment. Provision of clinician support in the aftermath of emotionally challenging clinical events is essential for the necessary support and care of the workforce. As a healthcare community, we are only now beginning to fully appreciate that the provision of reliable and predictable emotional support can be career-saving for our valued workforce.

#### References

1. Godfrey, K.M. & Scott, S.D. (2021). At the heart of the pandemic: Nursing peer support. *Nurse Leader*. 19(2),188-193. doi.org/10.1016/j.mnl.2020.09.006.
2. Scott, S.D. (2021). The pandemic's toll - a case for clinician support. *Missouri Medicine*. January/February,118(1):45-50.
3. Scott, S.D., Hirschinger, L.E., Cox, K.R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K., Phillips, E., and Hall, L.W. (2010) Caring for our Own: Deployment of a Second Victim Rapid Response System. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 36(5):233-240.



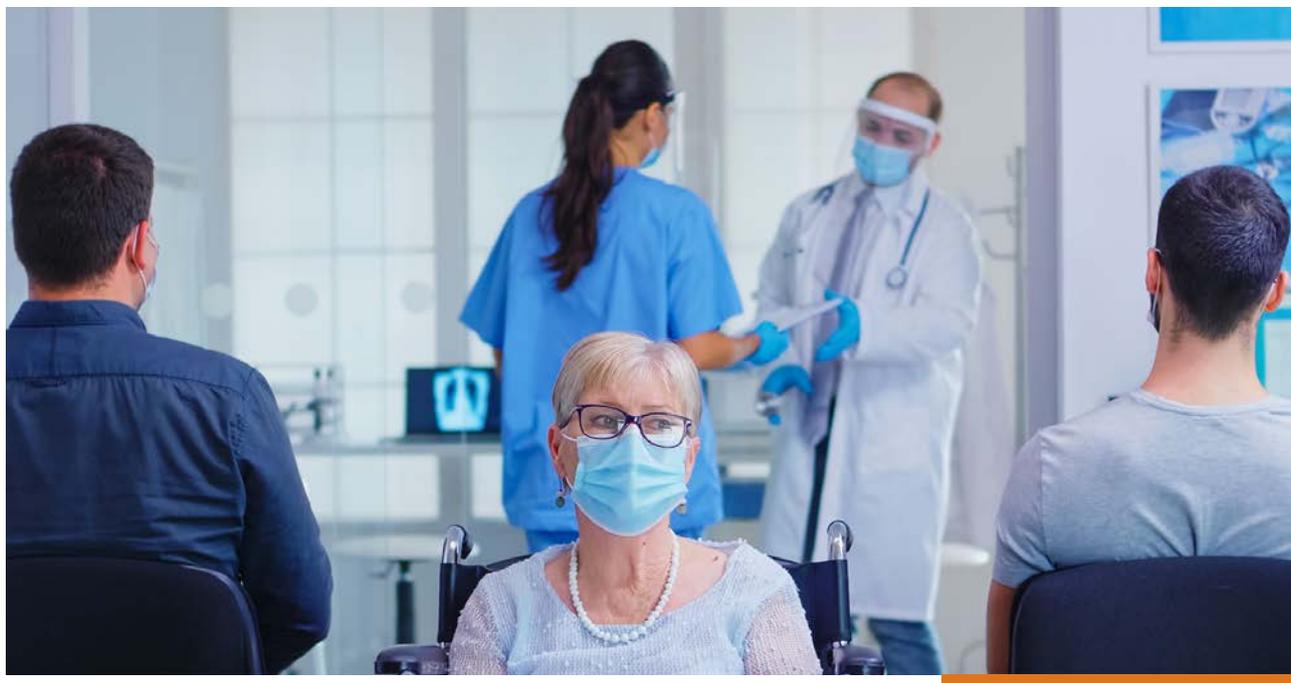
# LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ESTA PANDEMIA



**Pamela Herrera G.**

Magister (MBA) Internacional en Alta Dirección de Empresas en Salud

[paivohego@gmail.com](mailto:paivohego@gmail.com)



Como estaba preparada la atención primaria para enfrentar la Pandemia.

Las carencias de protocolos o más bien la ausencia de práctica y actualización de los mismos van dejando en evidencia que a la Atención Primaria de Salud (APS) no solo le llega esta ola Pandémica arreciando su cultura de atención asistencial.

La ausencia de una cultura de Calidad en la APS obliga a directivos y equipos gestores locales a vestir sus Cesfam de nuevos protocolos, de actualizar y rehacer roles a sus equipos técnicos transformándolos en equipos multipropósito, a capacitar en el hacer de nuevas técnicas y procedimientos.

La APS vive un sigma representado en sus más fieles clientes, los usuarios o pacientes, colectivos poblacionales que han visto por años a su consultorio de barrio como un aliado que vive las vicisitudes que el mismo poblador,

pobre de recursos, marginados de los grupos de poder y olvidados en la puerta trasera de la Red Pública.

La Pandemia ratifica que la APS es la puerta de entrada de la atención de salud en Chile y ante ello los equipos ven con estupor, miedo e ignorancia como el virus entra por los consultorios y se apropia de la vida de sus pacientes y ataca a sus funcionarios.

Este remezón hace que la Acreditación que nunca llegó en serio a la APS se olvide y que cada Cesfam empieza a seguir protocolos y normas emanadas de improviso de las Seremi. Se establece el Testeo, Trazabilidad y Aislamiento en la base de la APS y desde ahí los equipos de Salud se convierten en operadores de verdaderos "call center sanitario social" donde sin descanso día y noche sábados y domingos hacen trazabilidad a los miles de pacientes, con aciertos y errores, los gobiernos locales administrando las canastas de presta-



ciones sociales tan ignorantes y la evidencia clara que NO tienen capacidad resolutive alguna sobre sus territorios.

El Covid muestra que la APS ha estado distraída en programas fragmentados, con registros obsoletos y paralelos que no dicen lo que se requiere leer, donde la teoría técnica olvido la práctica clínica y entonces los equipos muestran la debilidad en su competencia técnica.

La oportunidad, el desafío, el nuevo propósito de la APS hoy es salir fortalecida de esta Pandemia reorientando, repensando su quehacer comunitario con alto refuerzo y base en las TIC y en los desafíos clínicos actuales, las cifras de daño sanitario son otra Pandemia y apoyarse en iniciativas como Telemedicina, hospital digital, resolución de largas prestaciones detenidas, nuevas tecnologías, nuevos formas de diagnósticos rápidos serán las herramientas que permitirán avanzar



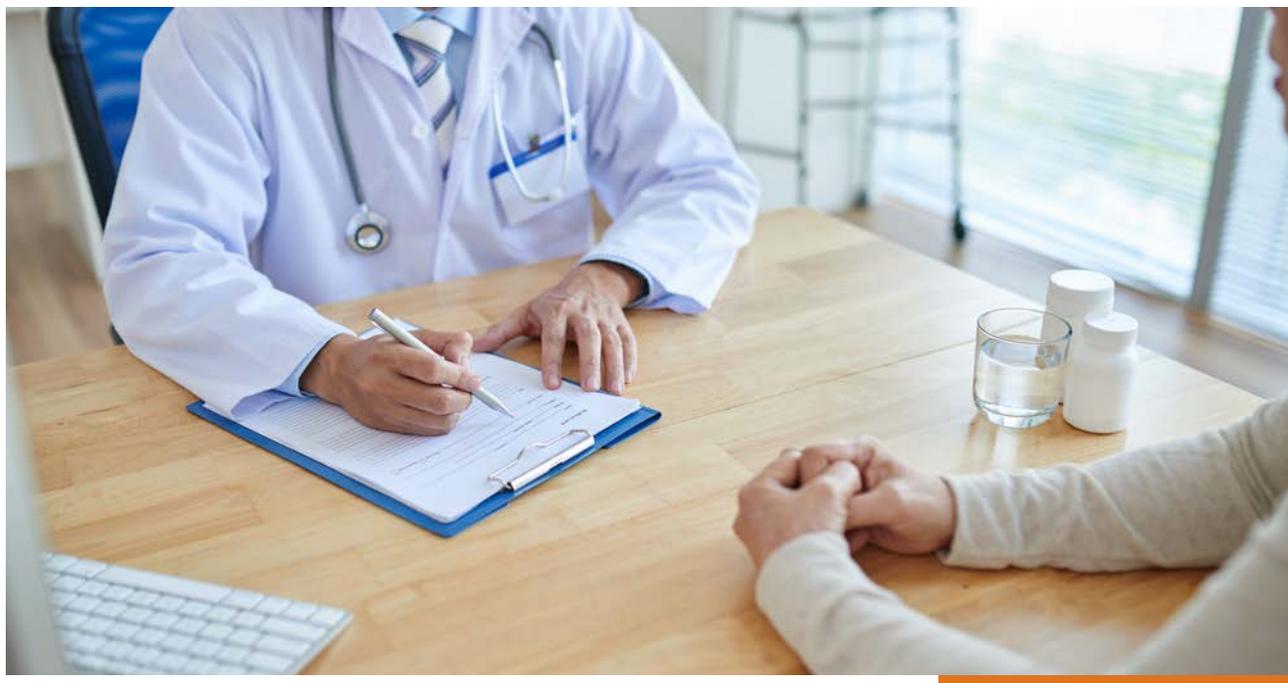
# GESTIÓN DE RIESGOS Y SEGURIDAD DEL PACIENTE.



**Dr Santiago Tomás Vecina**

Magister (MBA) Internacional en Alta Dirección de empresas en Salud  
Jefe de la unidad de calidad y seguridad del paciente de Badalona Serveis Assistencials (Badalona, España) y Director gerente de la Fundación por la investigación docencia e innovación en seguridad del paciente (FIDISP). España

**[stomas@fidisp.org](mailto:stomas@fidisp.org)**



La seguridad del paciente es una estrategia prioritaria en los sistemas sanitarios porque preocupa y mucho: afecta los pacientes, que van a sufrir las consecuencias de los riesgos innecesarios asociados a la asistencia sanitaria, a los profesionales como segundas víctimas que se ven involucrados en el desencadenamiento de un evento adverso y en tercer lugar las organizaciones y el sistema sanitario en general, por las repercusiones de pérdida de imagen y los costes de la no seguridad.

Referencias a los riesgos sanitarios y su manera de gestionarlos se pueden encontrar en la historia desde la época del código de Hammurabi hasta llegar a nuestros días. Entendemos por gestión de riesgos al proceso global de identificación análisis y evaluación de aquellas situaciones que pueden suponer un potencial perjuicio o daño para las personas u organizaciones, que se acompaña de medidas para reducir su o mitigar su aparición y que incluye el seguimiento de la eficiencia de las mismas,

todo ello englobado dentro de unos marcos normativos y procedimientos definidos. Un correcto modelo de gestión de riesgos en seguridad del paciente debe ser capaz de englobar en el mismo a la llamada macrogestión (o estrategias político-sociales) la mesogestión (las relacionadas con la organización de los hospitales) y la microgestión (actividades y procedimientos desarrollados a través de los profesionales). El liderazgo directivo es esencial para el correcto desarrollo de un buen modelo de gestión de riesgo.

La gestión de riesgos en el ámbito sanitario ha ido transcurriendo dentro de unos cauces más o menos controlados con unos objetivos y unas estrategias predefinidas, como por ejemplo las definidas en el plan estratégico de seguridad del paciente del Sistema Nacional de salud en España 2015 2020, con una implantación más o menos irregular, marcada por las diferencias territoriales dentro del mismo país, económicas y de objetivos de salud,



pero sobre todo por los diferentes liderazgos directivos. Entidades como la Fundación por la investigación docencia e innovación en seguridad del paciente (FIDISP) en España han ayudado a las organizaciones a la implantación de las mismas a través de actividades formativas, de asesoramiento e incluso de investigación.

Sin embargo en el último año se ha visto todo sacudido como consecuencia de la pandemia covid. Esa integración entre la macro-meso-microgestión ha quedado totalmente desestructurada y, frente a las dificultades para poder salvar vidas, los riesgos derivados de la asistencia se ha incrementado e incluso han aparecido situaciones nuevas. Todo ello puede consultarse con más detalle en los informes SEGCVID publicados por FIDISP disponibles en la página web <https://fidisp.org/segcovid-seguridad-paciente-covid-19/>

Consideramos que la gestión de riesgos ha de tener un enfoque proactivo con una visión holística desde el liderazgo directivo. Para ello es necesario desarrollar una planificación estratégica de riesgos a largo plazo, así como impulsar la cultura de la gestión de riesgos integrando en la misma todos los niveles de gestión. La variabilidad de los nuevos eventos adversos aparecidos como consecuencia del momento que vivimos en la pandemia obliga a las organizaciones a innovar en seguridad del paciente y en sus resultados en salud. Y, sobre todo no olvidar que hay que desarrollar estrategias de prevención y soporte del principal recurso de las organizaciones sanitarias: los profesionales



# PATIENT SAFETY IN 2025 WHAT MUST WE DO TO BE SAFE?



**Peter Lachman**

Ex - CEO - ISQUA  
International Society for Quality in Health Care

[peterlachman@rcpi.ie](mailto:peterlachman@rcpi.ie)



## THE CHALLENGE

As we emerge from the COVID-19 pandemic, we can reflect on where we were before the pandemic in terms of patient safety and where we want to be after the pandemic. From the perspective of the person receiving care, going back to the system of care prior to the pandemic is not the place where we want to go. In 2018 there were three reports on the state of patient safety and quality of care worldwide, with a focus on the LMIC. It was estimated that, due to poor care, 8 million people died in the LMIC every year. Extrapolate that world-wide and the number far exceeds the mortality rate for COVID-10 worldwide, which is currently 3-4 million. Both numbers are of course an underestimate, but they illustrate the gravity of the problem people face when seeking care, who have at best a 50% chance of receiving safe effective person-centred care, when they should receive it and how they want it. The key areas of concern are medication safety, infections, delayed diagnosis, maternal and child health, and sur-

gery. If we target the common issues, we can make a real difference.

## THE PARADIGM

The reasons for the poor quality and safety of clinical care are manifold. People often say it is due to the complex adaptive system within which we work. It may also be because we have been successful with medical innovation and people are living longer and therefore are more at risk due to the complexity of the systems to achieve good outcomes. Or it could be because we work in silos and the design of healthcare has not kept up with the increasing complexity of the system. And of course we have not trained our healthcare workers in patient safety science.

## THE OPPORTUNITY AND ACTIONS TO BE TAKEN

Covid 19 offers the opportunity to turn adversity into learning, as well as the recalibration of



our priorities and our approach to health and healthcare. Eight actions are required. These are not finite and can be changed and added to, but they are a start.

### **1. Culture of safety is the foundation for the future**

We need to adopt the recommendations of the three reports and have accountability for safety as the core of what we do. Safety must be our business. Health and healthcare is what we do. This requires safety leadership at every level.

### **2. Redefine quality to be seen from the eyes of the person receiving care**

We need to move from Quality 1.0 of accreditation and evaluation to Quality 2.0 of systems thinking, to Quality 3.0 of coproduction of health and of safety.

### **3. Improvement science must become common knowledge**

Over the past 20 years there has been increasing use of improvement and implementation science. These are still at the margins and need to be the foundation for the implementation of patient safety theories and methods.

### **4. Reliability and Human Factors will be a part of our daily lexicon and operations**

The theories of reliability and human factors and ergonomics must become mainstream and the SEIPS model offers a good way to achieve this.

### **5. Proactively managing risk is how we manage our business**

Reactive incident management masquerading as “patient safety” needs to end and we will think about safety differently and proactively manage risk before harm occurs.

### **6. Coproducing solutions with providers of care and receivers of care**

Coproduction and codesign of solutions with providers of care and those receiving are essential in a learning system that constantly learns. This will require a sharing of power.

### **7. Learn from what works**

We can think of safety differently, where people are the resource to find solutions for safety and learn from what works. This will ensure the psychological safety of our workforce to enable them to protect the people receiving care.

### **8. Implement the WHO World Action Plan**

Finally, we can take principles in the World Action plan and implement the actions using the theories and methods we have learnt to make a real difference.

The journey has started, so we now need to reach the destination of safe care in this Decade of Patient Safety. The implementation of digital solutions is required to achieve safety and quality in the future.

#### References

1. WHO, World Bank OECD. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. World Health Organization, OECD, and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2018.
2. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution [published correction appears in Lancet Glob Health. 2018 Sep 18; 2018 Nov;6(11):e1162] 2021 May 19; Lancet Glob Health. 2018;6(11):e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
3. National Academies of Sciences Crossing the Global Quality Chasm: Improving Health Care Worldwide. Washington (DC): National Academies Press (US); 2018.
4. Lachman P, Batalden P, Vanhaecht K. A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals to coproduce health [version 2; peer review: 2 approved with reservations]. F1000Research 2021, 9:1140 <https://doi.org/10.12688/f1000research.26368.2>
5. World Health Organisation. Patient Safety Action Plan 2021. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>



# LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CONTEXTO DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD.

## RETOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS.



**José Noé Rizo A**

Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED / México

[josenoerizoamezquita@gmail.com](mailto:josenoerizoamezquita@gmail.com)



## ¿CÓMO LA CONAMED HA LOGRADO APORTAR A MÉXICO, ASÍ COMO A OTROS PAÍSES DE NUESTRA REGIÓN?

La CONAMED es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado en 1996 para contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud así como a mejorar, la calidad en la prestación de los servicios médicos. Somos una institución que tiene por objeto contribuir a resolver en forma amigable y de buena fe los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos; promover y propiciar la buena relación, el trato digno, los valores, el apego a la lex artis médica y la ética en la relación médico-paciente.

En 2011 recibimos por primera vez el nombramiento de “Centro Colaborador en Calidad y Seguridad del Paciente”, por cuatro años. Se nos ratificó por otros cuatro años y actualmen-

te nos han concedido el periodo 2019-2023. Con esta renovación, buscamos coadyuvar en la formación de una cultura sobre la calidad de la atención y la seguridad del paciente, como uno de los Centros internacionales que desarrolla actividades de promoción de la cultura de la calidad de la atención desde la producción de materiales e instrumentos para la gestión de la mejora de la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente.

## ¿CUÁL ES SU PERSPECTIVA, CÓMO LA CONAMED DE MÉXICO ESTÁ ACOMPAÑANDO ESTE RETO, QUE OPORTUNIDADES DE COOPERACIÓN IDENTIFICA?

Nos manejamos bajo términos de referencia, para este periodo como centro colaborador, contamos con dos.

El primero dirigido a desarrollar una publica-



ción periódica en línea en español sobre las mejores prácticas y la evidencia disponible relacionada con la calidad de la Atención que se aplica a la Región. En el contexto de la Estrategia y el Plan de Acción de la OPS para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2030, esta publicación ha sido un recurso para los ministerios de salud y otras partes interesadas, proporcionando e impulsando el conocimiento sobre las mejores prácticas, la evidencia y los recursos para apoyar las acciones nacionales y locales para mejorar la calidad de la atención. Esta actividad se basa en la experiencia y el apoyo del CC de la OMS para abordar prioridades como las definidas por el programa de seguridad del paciente y otros programas pertinentes de la OPS/OMS con la visión de mejorar y abordar los atributos de la calidad de la atención con una perspectiva sistémica, con un enfoque global, integrado y coordinado.

El segundo, a solicitud de la OPS/OMS promover redes de colaboración, y capacitar en marcos y herramientas relacionadas con la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud. En el contexto de la Estrategia y el Plan de Acción de la OPS para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2030, es necesario abogar y educar para que el nuevo paradigma aborde la calidad desde una perspectiva de los sistemas de salud con una acción intersectorial, y el empoderamiento y la participación de las personas como impulsores de la mejora. Este cambio de paradigma requiere esfuerzos y debates colectivos, por lo que nos toca promover, defender y contribuir con las políticas y requisitos que nos encargue la OPS/OMS.



# EL HUMANO NO GENERA EL ERROR, EL HUMANO SALVA VIDAS



**Dr. Fabián Vítolo**

NOBLE Compañía de Seguros

[fabian.vitolo@nobleseguros.com](mailto:fabian.vitolo@nobleseguros.com)



El nombre mismo del documento fundacional del movimiento mundial por la seguridad del paciente “Error es humano” marcó el tono de las acciones que se llevarían a cabo desde entonces. Los humanos nos cansamos, nos distraemos, nos olvidamos, somos indisciplinados y, a consecuencia de estas debilidades que tenemos como especie, cometemos errores que cuestan millones de vidas.

Por supuesto que la ingeniería en factores humanos nos ha enseñado que la inmensa mayoría de estos errores se producen en el marco de interacciones complejas con otros humanos, el sistema, el ambiente y la tecnología. Pero más allá de esta comprensión, siempre queda implícito que las características humanas constituyen más parte del problema que de la solución. Cuanto menos cosas dependan de nuestras mentes y nuestras manos, mejor.

Aún cuando se piensan soluciones desde la ingeniería, los humanos ocupamos el escalón

más bajo. El foco en la capacitación, el entrenamiento y la vigilancia agrega muy poco a la confiabilidad del sistema. Es así que desarrollamos políticas, normas, estándares, listados de verificación, dobles controles, recordatorios y automatización para que lo correcto sea fácil de hacer y lo incorrecto difícil, y eso no está mal, pero...¿alcanza?

La atención médica de nuestros días es extremadamente compleja. Ni el sistema, ni el ambiente externo e interno es constante y la incertidumbre es la norma. Pocas veces la vida de un médico o un enfermero termina siendo como pensaron que iba a ser. En un sistema de esta naturaleza, los individuos son interdependientes y deben tomar decisiones. Decisiones que a veces pueden ir contra las normas, protocolos y estándares.

La visión «antigua» sobre seguridad sostiene que los sistemas pueden ser o hacerse esencialmente seguros. En otras palabras, el obje-



tivo sería lograr que el sistema se pareciera a un tanque blindado. Sin embargo son esencialmente inseguros e “intratables”. Más bien son las personas a distintos niveles de la organización las que generan seguridad utilizando herramientas y tecnología, balanceando su utilización entre objetivos que compiten. La seguridad es lo que el personal hace todos los días, es creada por la gente y es dinámica. No es una propiedad estática del sistema.

A esta altura del partido, quienes trabajamos en seguridad ya tenemos bastante en claro porque las cosas salen mal: falibilidad humana, complejidad y deficiencias del sistema, vulnerabilidad de las barreras defensivas, etc. Lo que no parece estar tan claro es por qué 9 de cada diez pacientes que se internan no sufren ningún evento adverso durante su estadía hospitalaria.

Y la principal razón por la cual las cosas mayormente salen bien es porque más allá de las normas, de los procesos y de los estándares, los humanos siempre estamos ahí para adaptar, corregir y tener éxito a pesar de los pocos recursos y la infinidad de obstáculos que se interponen en nuestro camino. Los humanos todavía somos mejor que las máquinas para conectarnos y comprender las necesidades variables de otros humanos, para reconocer y adaptarnos a contextos muy cambiantes y para desarrollar creativamente nuevos abordajes.

En el mundo actual, los conocimientos y habilidades se vuelven obsoletos rápidamente. Son las capacidades humanas permanentes las que permiten desarrollar soluciones in-

dependientemente del contexto. Algunas de ellas son innatas: la imaginación, empatía, curiosidad, resiliencia, creatividad. Otras son adquiridas: inteligencia emocional, trabajo en equipo, pensamiento crítico, conciencia de situación.

En resumen: errar es humano, acertar también.



# LOS FACTORES HUMANOS EN LA AVIACIÓN



**José J. Castellanos Lores**

QSL CONSULT  
Acredited Instructor Q/S/E/FH International  
Air Transport Association (IATA)

[jcastellanos@qslconsult.com](mailto:jcastellanos@qslconsult.com)



QSL Consult en base a su experiencia en la implementación de sistemas de gestión basado en procesos y focalizados en el talento humano y su confiabilidad, generó a partir del modelo SHELL original una forma de representar las interacciones de los elementos que componen los “Factores Humanos” como un subsistema que se replica en cada proceso, la organización y el propio sistema aeronáutico.

La investigación de accidentes de aviación y el entender sus causas como factores humanos inadecuados para el proceso de vuelo y los procesos que interactúan con el vuelo, permitió generar una serie de defensas tales como tecnología, reglamentación, estándares, mejoras en la supervisión, capacitación del personal e incremento de la confiabilidad técnica y humana, potenciando los elementos SHELL y sus interacciones, lo que ha permitido reducir el riesgo de accidentes. Si tuviéramos el mismo ratio anual, considerando vuelos rea-

lizados y accidentes producidos, que teníamos hace 70 años, hoy tendríamos alrededor de 72.000 accidentes de aviación en vez de los aproximadamente 40 que tenemos al año. La generación de defensas como contramedidas a las causas de los accidentes de aviación han generado una industria altamente segura, la cual sigue generando protocolos ante factores humanos inadecuados de una manera proactiva, es decir sin que se haya producido el accidente.

No podemos seguir aprendiendo de nuestros errores, debemos proyectarnos para establecer que podría fallar en nuestro sistema aeronáutico y nuestra organización y antes que falle establecer las defensas necesarias, es decir gestionar los riesgos de manera proactiva. Las lecciones que nos han permitido generar riesgo controlado frente a los accidentes de aviación es aplicable a todo tipo de organizaciones sociales y en especial en aquellas de



## MODELO SHELL - FFHH

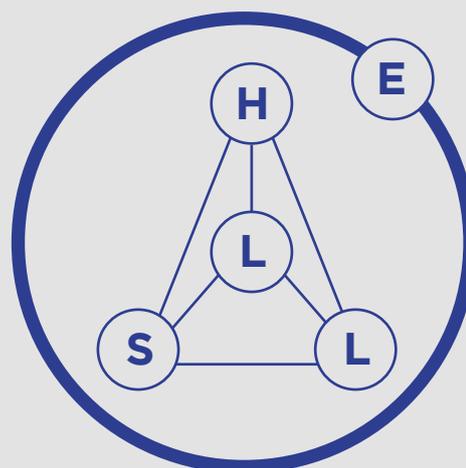
**Software:** información, datos, procedimientos, documentos, servicios que una persona usa en su puesto de trabajo

**Hardware:** Bienes, edificaciones, equipos, herramientas y maquinarias.

**Entorno:** ambiente en el cual las personas se desenvuelven. Puede ser físico, social o psicológico y es afectado por la organización, regulaciones, políticas, etc.

**Liveware (YO):** elementos personales o relacionados con uno mismo.

**Liveware (Otros):** elementos individuales de las otras personas con las quienes se relaciona.



alto riesgo como el de salud. Los sistemas de seguridad de pacientes debieran implementar las defensas basadas en mejorar la confiabilidad de los elementos SHELL y sus interacciones, privilegiando la metodología proactiva de gestión del riesgo.

Los Factores Humanos inciden directamente en el error humano y son como una moneda de dos caras: “Si no son adecuados y no se gestiona su eliminación o mejora, son la CAUSA del error humano y eventos no deseados”, sin embargo “Si son adecuados y se gestiona su idoneidad, son nuestra mejor DEFENSA.

Tal como lo dijo John Nance hace varios años: Hospitals Should Fly.

V Congreso Internacional  
**Seguridad del**  
**Paciente**  
VERSIÓN ONLINE



**Resúmenes de**  
**Presentaciones realizadas en**  
**el 2º Encuentro**  
**Latinoamericano de**  
**Enfermería para la Seguridad**  
**del Paciente**

**udp** FACULTAD DE  
SALUD Y ODONTOLOGÍA



**Auspicio:**

Facultad de Salud y Odontología Universidad  
Diego Portales

**Miércoles 9 de Junio 2021**



Fundación  
para la Seguridad del Paciente  
[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)

**9, 10 y 11 | JUNIO**  
2021

[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)



# GESTIÓN Y MANEJO DE MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO



**Dra. Ana Fajreldines**

Doctora en Ciencias Biomédicas  
Jefe de Departamento Calidad, Seguridad del Paciente y Acreditaciones  
Hospital Alemán - Buenos Aires - Argentina

[fajreldinesa@gmail.com](mailto:fajreldinesa@gmail.com)



El proceso de gestión de medicamentos debe asegurar el manejo eficaz de estos recursos para atender a las necesidades de los pacientes<sup>1</sup>. Los postulados principales de los estándares internacionales de la seguridad del paciente en la gestión y uso de medicamentos contienen las siguientes premisas:

1. Debe disponerse de un proceso de selección de medicamentos adecuada.
2. La prescripción y administración de medicamentos se debe realizar bajo normas y procedimientos.
3. Los medicamentos se deben almacenar, preparar y administrar en un entorno seguro y limpio.
4. Se debe identificar a los pacientes antes de administrar la medicación.
5. Se deben controlar los efectos de la medicación en el paciente<sup>2</sup>.

En la década del noventa hemos asistido a una nueva etapa de la seguridad de los medicamentos, lo que supuso un cambio en el enfoque metodológico de la vigilancia de los efectos adversos. Y este enfoque incluyó la descripción de que numerosos medicamentos generan efectos adversos por errores en algún punto de su complejo proceso de utilización clínica. En distintos estudios se ha podido evidenciar que los efectos adversos por errores de medicación son entre un 11 y un 56% del total de los efectos adversos detectados.

Manasse publicó un estudio llamado “Medication use in an imperfect world: drug misadventuring as an issue of public policy” (El uso de medicamentos en un mundo imperfecto: las desventuras de las drogas como un tema de salud pública). El autor expresa el interés por dos aspectos claves: primero, los medicamentos se usan en un mundo imperfecto por lo que a lo largo de todo el proceso de la cadena terapéutica se producen errores en la prescripción, dispensación y administración, que contribuyen a incrementar la potencialidad de eventos adversos y segundo, este tema tiene una enorme importancia para la salud pública. Manasse concluyó en su análisis que los accidentes con medicación constituyen un problema mundial cuya magnitud no puede ser descrita con precisión y cuyas consecuencias no son bien conocidas<sup>13</sup>. Los estudios disponibles actualmente sobre la morbilidad asociada a la medicación muestran cifras como: 7000 muertes al año por errores de medicación en pacientes hospitalizados y ambulatorios en Estados Unidos. Los acontecimientos adversos a medicación (AAM) que incluyen errores y efectos adversos, resultan en importantes daños a la salud, llegando a índices entre el 2 al 7% entre los ingresos hospitalarios por esta causa y un 28% de estos se asocia a errores de medicación (EM)<sup>15</sup>.



Un estudio de la universidad de Salamanca de Otero y col<sup>16</sup> ha analizado sobre seis meses de ingresos hospitalarios la prevalencia de las causas de los AAM y los clasificó en prevenibles y no prevenibles. Los prevenibles representaron casi el 80% de los ingresos por causa directa atribuida a la medicación y en los ingresos en los que la causa de medicación fue contribuyente, el 50% de los casos fueron errores prevenibles.

Los estudios sobre AAM se dirigen fundamentalmente al análisis de estos acontecimientos y a identificar sus causas y los tipos de errores que se desarrollan en la cadena terapéutica. Este análisis pretende indentificar las causas para la implementación de estrategias que puedan prevenir los fallos del sistema. Por tanto, para comenzar a transitar este cami-

no de la prevención es necesario comprender que los fallos no son de las personas sino de los sistemas. No se dirige a identificar “quién” sino “dónde y cómo” y luego de entender el sistema, poder revisar los potenciales riesgos del mismo para trabajar en la evitabilidad de los errores que producen daño<sup>14</sup>

Los objetivos en materia de medicación en los hospitales deberían ser la detección, el análisis y la prevención de los errores de medicación<sup>17</sup>.

Algunas de las estrategias que han desarrollado en los últimos años para abarcar esta problemática, incluyen protocolos de manejo de drogas de alto riesgo y conciliación de medicación<sup>18-19</sup>

El estudio de Otero y col. llamado “Errores de medicación: estandarización de la terminología y clasificación” agrupó y clasificó los errores de medicación en seis apartados que estudiaron las causas de los errores, el tipo de daño, procesos de la cadena terapéutica en donde se originaron y otras categorías. Dentro del apartado de “proceso donde se originó el error” encontramos que en la prescripción se origina el 47,0%, al que siguieron por orden de frecuencia los procesos de transcripción o validación con el 16,1%, el de dispensación con el 13,2% y de administración con el 10,4%. En los 423 errores registrados estuvieron implicados un gran número de medicamentos diferentes (n = 279). Los involucrados con más frecuencia fueron: morfina (n = 19), acenocumarol (n = 15) y metamizol (n = 11). Los tipos de errores observados con más frecuencia fueron “medicamento erróneo” (154; 34,0%) y “dosis incorrecta” (128; 28,3%). Un 53,2% de los errores tipificados como “medicamento erróneo” consistieron en la transcripción, dispensación o administración de un medicamento diferente al prescrito, un 16,9% en la selección de un medicamento no indicado para el diagnóstico que se pretendía tratar y un 8,4% en duplicidad terapéutica. Las principales causas a las que se atribuyeron los EM registrados fueron los factores humanos, los cuales motivaron un 56,8% (n = 285) de estos casos. Dentro de ellos, los más frecuentes fueron la falta de conocimiento o información sobre los medicamentos (110; 38,6%), los lapsus y despistes (70; 24,6%), los errores de cálculo en la dosis o en la velocidad de infusión (32; 11,2%) y la sobrecarga de trabajo (21; 7,4%). Los problemas de etiquetado, diseño o envasado de los medicamentos, así como los problemas de interpretación de las prescripciones constituyeron también causas frecuentes de los EM.



# IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD HOSPITALIZACIÓN COVID-19 EN PACÍFICA SALUD



**Argelis Olmedo**

Directora de Enfermería y Calidad  
Pacífica Salud, Hospital Punta Pacífica - Panamá

[aolmedo@pacificasalud.com](mailto:aolmedo@pacificasalud.com)



## OBJETIVO

Describir los pasos para la implementación de la Unidad Covid-19 en Pacífica Salud.

## ALCANCE

El proyecto tiene como alcance principal el desarrollo de la UH COVID en el Hospital Punta Pacífica que incluye, pero no se limita al diseño y delimitación de las áreas, más el establecimiento de flujos de atención y de trabajo en esta unidad. Esperando incidir positivamente en la operación del hospital en medio de la pandemia.

## ESTRATEGIA

1. Realización de una evaluación de riesgo del proyecto.
2. Establecimiento del alcance de los servicios Covid.
3. Gestión de las guías y procedimientos a seguir.
4. Gestión de la bioseguridad.
5. Gestión del talento humano.

## IMPLEMENTACION

1. La realización de la evaluación de riesgo por un equipo multidisciplinario en donde se mapea el proyecto y los índices de mayor puntaje

se ejecutan bajo un plan de acción.

2. El alcance de los servicios Covid para el paciente que acude por emergencias y área de hospitalización. Numero de camillas y cubículos en emergencias destinados para la atención y número de camas para paciente de sala y número de camas para pacientes que requieran Cuidados Intensivos. Delimitación de zonas para exclusiva, para colocarse y retirar equipo de protección personal. Área de descanso del personal.

3. Desarrollo de políticas y procedimientos, despliegue y adecuación de la intranet para que el personal pueda tener acceso a la información de manera directa.

4. Gestión de la bioseguridad en cuanto procedimientos para tamizaje del paciente al arribo al hospital, atención de los pacientes en la clínica preoperatoria, procedimiento para la atención del colaborador con Covid y su seguimiento ambulatorio y acceso para que el personal de requerir hospitalización se interne en Pacífica Salud.

5. Gestión del talento humano: educación y capacitación como herramienta principal de bioseguridad, jornadas de 12 horas con 3 a 4 días libres en la semana, rutina de sanitización de las áreas, programa de alimentación saludable.



# SEGUNDAS VÍCTIMAS: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE UN EVENTO ADVERSO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO CHILENO



**Sandra Mena V.**

Dirección de Calidad  
Hospital Clínico Universidad de Chile  
Chile

[smena@hcuch.cl](mailto:smena@hcuch.cl)

Carolina Salazar (Enfermera), Mario Vidal (Tecnólogo Médico), Sandra Mena (Enfermera), Daniela Aedo (Enfermera), Jonathan Veliz (Psiquiatra), Fernanda Farfán (Periodista), Iván Solís (Médico), Andrea Sakurada (Médico).



Las segundas víctimas corresponden a personal clínico que ha tenido participación en la ocurrencia de un evento adverso, y muchas veces quedan traumatizadas ante estas situaciones. Abundante literatura evidencia que debe existir una preocupación de la propia institución involucrada para su correcto manejo y prevenir sus consecuencias. Desconocemos estudios publicados de la realidad chilena y de programas formales que apoyen a segundas víctimas (SV), por lo que realizamos una revisión bibliográfica de experiencias locales e internacionales. Objetivo: describir la realidad de las segundas víctimas en un hospital universitario chileno. Material y métodos: Estudio descriptivo, cuali-cuantitativo, retrospectivo, transversal y aleatorizado, desarrollado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, ubicado en la comuna de Independencia, en Santiago de Chile; es un establecimiento docente de alta complejidad que cuenta con 495 camas. Se revisó literatura y se adaptó una encuesta, para segundas víctimas, a la

realidad local, que fue aplicada por servicios y estamentos, según muestra aleatorizada y estratificada. Resultados: Se encuestaron 191 personas, 66% sexo femenino, 56% en grupo etario de 31-50 años. Más del 50% pensó que el evento adverso (EA) es atribuible a la propia persona; 80% reconoció no tener información para informar la ocurrencia de un EA, alrededor del 50% señaló conocer el sistema de notificación de EA, cerca del 90% creyó que existió baja o media probabilidad de ocurrencia de un EA en un tiempo cercano, 58% manifestó interés en participar de grupos de apoyo a segundas víctimas. Al revisar dirigidamente estos resultados en el equipo de enfermería, los porcentajes son muy similares. Discusión: Los resultados mostraron percepción del personal de salud ante los eventos adversos en la institución. La mayoría consideró que es una situación individual y no institucional; que informar un evento adverso expone a los funcionarios a un reclamo, y que no se contaba con las competencias para entregar información a



los pacientes o familiares. Nuestro equipo de trabajo consideró necesario crear un grupo multidisciplinario de apoyo al personal afectado por un EA, lo que no prosperó dado que no fue priorizado por las autoridades; sin embargo, en el contexto de la pandemia, a instancias del Ministerio de Salud, se creó un equipo de apoyo permanente hacia los funcionarios que atienden a estos pacientes y vemos en ellos la oportunidad de contar con apoyo a las SV, ya que contar con personal afectado (segundas víctimas), con las consecuencias físicas y emocionales que estos eventos generan, claramente ponen en riesgo no solo la seguridad de los pacientes (víctimas), sino que el prestigio institucional (tercera víctima): la institución debe prevenir y gestionar estos eventos y promover la atención de su personal de salud involucrado.



# MEJORA EN LA REDUCCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES CENTRALES



**Lic. Evangelina Herrera**

Especialista en Enfermería Oncológica  
Jefa de Enfermería Instituto Conciencia  
Neuquén - ARGENTINA

[herrera\\_evan@yahoo.com.ar](mailto:herrera_evan@yahoo.com.ar)



El Instituto Oncohematológico de la Patagonia- CONCIENCIA, fue inaugurado en diciembre de 2016 y forma parte del Grupo CMIC Salud. Nace desde la necesidad de contar con un centro de atención integral exclusiva a pacientes oncológicos, oncohematológicos, hematólogos y con enfermedades autoinmunes que se encuentran en distintas etapas de su enfermedad. Es el único centro en la Patagonia Argentina (provincia de Neuquén) que agrupa estas especialidades y además suma la realización de Trasplantes de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) o Médula ósea, siendo de referencia para el sur.

Los pacientes con patologías agudas que asintomáticos (Leucemias agudas, Linfomas, etc) o que requieren trasplantes de Médula ósea, deben recibir tratamientos de alta agresividad, provocando largos periodos de aplasia medular por lo que necesitarán de distintos tipos de soporte para su recuperación.

Se sabe que fármacos quimioterápicos provocan un rápido deterioro del capital venoso de los pacientes, debido al potencial de agresividad

tisular que provocan alguno de ellos, a esto se agrega el tiempo prolongado de exposición a las infusiones, aumentando el riesgo de lesiones severas por extravasación o ruptura venosa durante la infusión.

Los catéteres centrales son el medio más adecuado para la atención de estos pacientes, pero a su vez representan un alto riesgo, la manipulación inadecuada y los cuidados deficientes pueden ser causa de complicaciones e incluso provocar la muerte del paciente.

En nuestra Institución se normatizó el manejo de CVC desde la apertura del centro e implementaron las siguientes estrategias:

- Capacitó a un médico intensivista para la colocación de CVC semi implantables
- Implemento una planilla de verificación de practica segura, la cual es confeccionada por un veedor de enfermería con la potestad de detener el procedimiento si notase algo que ponga en riesgo al paciente, la cual con el tiempo recibió buena aceptación.
- Asumimos la responsabilidad en la manipu-



lación de estos dispositivos, extracciones para analíticas de laboratorio, transfusiones, infusiones diversas, infusión de CPH, etc.

- Se empoderó al personal de enfermería y solo eran manipulados por un grupo entrenados.

En el transcurso del tiempo algunos enfermeros migraron a otras instituciones, lo cual redujo el número de enfermeros entrenados, siendo superado por personal inexperto. Esto ocasionó que entre los meses de mayo 2018 y octubre del mismo año surgieran 3 infecciones asociadas a catéteres.

Por otro lado, el médico intensivista responsable de la colocación de los accesos volvió al área de terapia intensiva, debiendo buscar nuevamente operador/s entrenados.

Juntamente con el Comité de Calidad comenzamos a buscar e implementar nuevas estrategias para disminuir las incidencias de estos eventos:

- Diseñamos un plan de capacitación al 100% del personal de enfermería
- Elaboramos un programa de inducción para todo el personal de reciente ingreso, el mismo consta de una tutoría con un enfermero entrenado durante 3 meses.
- Se capacitó al equipo de cirugía vascular acerca del tipo de patologías que se asisten y los riesgos que pueden surgir durante la colocación de los distintos catéteres e informó de la existencia de una planilla de verificación que se utiliza desde la apertura de nuestro centro (vista con cierto recelo).
- Implementamos la utilización de Parches con antisépticos lo que prolonga la curación manteniendo la zona de inserción seca con posibilidad de visualizar el sitio y disminuyendo la manipulación.
- Se armaron set (camisolín, compresas, gasas) para la colocación, habilitación y manipulación con el material necesario.

- Se intensifica las capacitaciones y el seguimiento del lavado de manos a todo el personal.

En octubre del mismo año a raíz de la aparición de una infección asociada a un catéter de hemodiálisis (dichos dispositivos eran manipulados por personal externo que prestaba el servicio), se habló con la dirección responsable y tome los recaudos necesarios para evitar nuevamente el evento.

En enero del 2020 intercurrió nuevamente una infección en catéter de hemodiálisis, en un paciente con LNH neutropénico, con el posterior fallecimiento de éste. Debido a la gravedad del echo se realizó una reunión con los directivos del centro prestador, se mostraron normas de manejo y manipulación, demostramos la baja incidencia de infecciones en el tiempo de estos catéteres y solicitamos la posibilidad de que la habilitación y cierre de los mismos sea realizado por nuestro personal de enfermería. Logrando la autorización por parte de la empresa prestadora.

Haciendo un balance de las estrategias implementadas podemos decir que al 31 de mayo del 2021 y luego de la última infección mencionada con anterioridad (01/20) alcanzamos 497 días sin infecciones asociadas a estos dispositivos y 1000 días sin infecciones en catéteres de manipulados exclusivamente por parte del personal de enfermería de nuestro centro, con una tasa del 1,29 por 1000 días catéter.

El empoderamiento y la confianza en enfermería es fundamental, cada día que pasa sin infecciones da cuenta del compromiso y capacidad de cada integrante del nuestro equipo, demostrando que los cuidados Seguros y de Calidad son claves en nuestra profesión, siendo un orgullo para nuestra institución.



# NURSES LEADING FOR BETTER QUALITY AND CARE



**Maureen Bisognano**

President Emerita and Senior Fellow  
Institute for Healthcare Improvement

**[MBisognano@IHI.org](mailto:MBisognano@IHI.org)**



In this time of COVID, the unique contributions of nurses to better health and care are more vital than ever. In this session, we review the improvements in health care over the last decade but also, the changes still needed, including new and innovative models of care, care processes that are safe, equitable, efficient and effective, and co-produced with patients and families. The Institute for Healthcare Improvement (IHI), a not-for-profit based in Boston, MA in the US, has a mission to improve health and healthcare worldwide, and offers the IHI Triple Aim as the global model, better health in our communities, better care and lower costs. The quality methods described in this session, including innovation and improvement science, dissemination and spread, and exnovation have been used by nurses around the world to make care better.

Nurses are also in the strong position to see patients and families as they cross through the complex health care system, from ambula-

tory to inpatient to home and more. With this perspective, nurses in all parts of the world are demonstrating that new models can produce improvements at the patient level that can also produce better organizational results, alleviating flow problems, decreasing readmissions, eliminating unnecessary costs and decreasing staff turnover.

Compassion has never been needed more than now in this time of COVID. Examples of nurses leading with compassion, such as the global “What Matters to You?” campaign are producing strong outcomes for patients and staff. Today, June 9th is international “What Matters to You? Day” and will be celebrated in over 50 countries and in over 2000 organizations. People are sharing what matters most, and this opens the conversation for co-producing a plan and innovative models for care.

What Matters is also serving as a strong approach for staff in this time of COVID.



Teams are donning and doffing their personal protective equipment (PPE) and doing the same for Psychological PPE. This way to lead teams in times of stress is supporting the staff we so dearly need for our patients at this time and for a vital workforce in the future.

The Nursing Now campaign (<https://www.nursingnow.org/>) is an invitation for nurses everywhere to come together to improve health globally by raising the status and profile of nursing in every country. Launched in 2018, this Campaign is working to improve health by increasing the number of nurses worldwide and having nurses work in every site to impact on the growing burden of non-communicable diseases and other impediments to health. The Nursing Now Challenge invites health care organizations and systems to provide leadership development opportunities for young nurses, and to date, nearly 40,000 young nurses and midwives are working on their ability to lead to a brighter future.



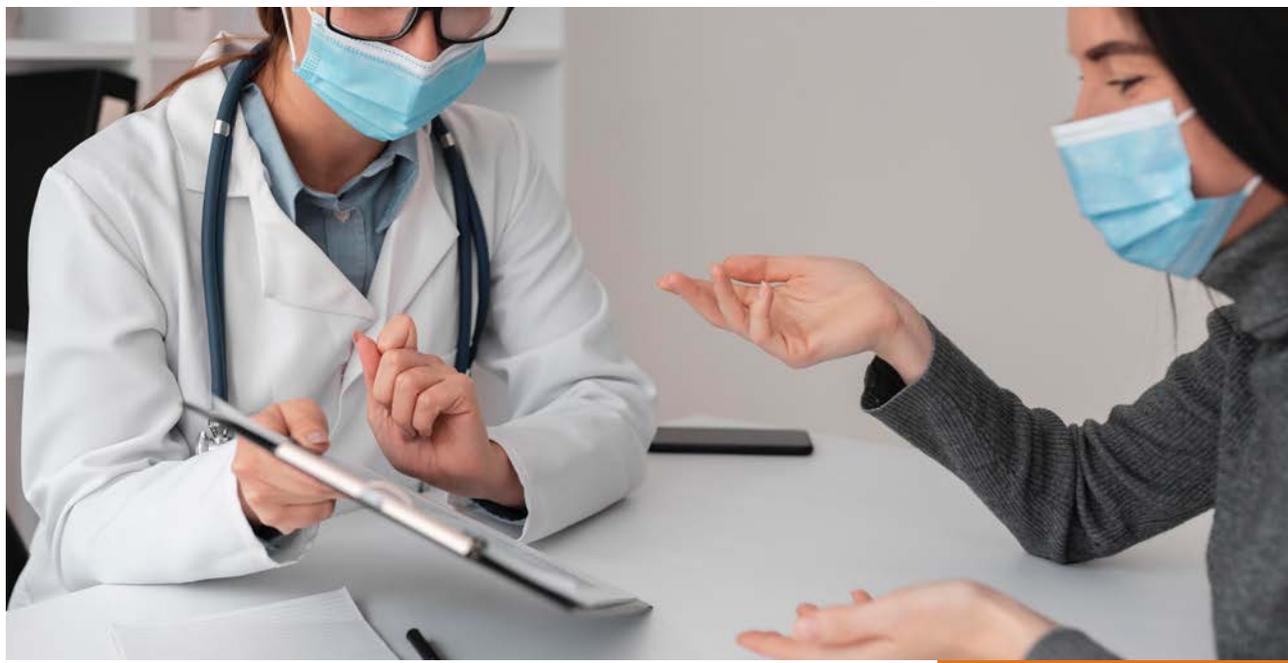
# BUENAS PRÁCTICAS EN LA SUPERVISIÓN DE DOCENCIA Y PASANTÍA CLÍNICA



**EM. Mg Eliana Escudero Zúñiga**

Decana Facultad de Salud y Odontología U. Diego Portales

[eliana.escudero@udp.cl](mailto:eliana.escudero@udp.cl)



Los objetivos de la presentación realizada en este evento fueron los siguientes:

1. Reflexionar sobre desafíos y oportunidades de hacer cambios curriculares en Enfermería a partir del contexto actual.
2. Identificar la formación de Enfermeras/os hacia una cultura de seguridad. Y
3. Revisar evidencia para la toma de decisiones y algunos resultados desde la experiencia.

La pandemia nos ha situado en un contexto que nos lleva a analizar este tema y inevitablemente tener presente la situación y por ello parece necesario revisar la evidencia científica, las experiencias y los antecedentes curriculares que permitan abordar y determinar cómo llevar a cabo las prácticas clínicas de nuestros estudiantes y que a su vez sean seguras y de calidad.

El mundo enfrenta la peor pandemia de los últimos 100 años, con casi 4 millones de fallecidos y con una incertidumbre respecto de

cómo será el desarrollo de esta crisis. Chile comienza su primera cuarentena en marzo 2020 y a la fecha seguimos sin retomar la actividad normal. La sociedad está viviendo su segundo año de confinamiento, con cuarentenas, cordones sanitarios, cierres de fronteras, restricciones diversas, etc. Los países, por lo tanto, presentan un problema social, económico, psicológico y sanitario muy profundo.

En el contexto clínico ha habido cambios en la atención sanitaria, reconversiones físicas de los establecimientos y de las unidades clínicas. El gobierno decretó el año 2020 Estado de Catástrofe, lo que permite implementar medidas que son necesarias, pero complejas y una de ellas implica que todas las instituciones, tanto públicas como privadas se ponen a disposición de las demandas del Ministerio de Salud para dar atención prioritaria a pacientes con Covid-19. Todo ello significa un cambio y adaptación de los recursos humanos de salud, tanto en las formas como en el tipo de traba-



jo que desarrollaban y además se añade una exigencia laboral que se ha extendido casi dos años.

Todo el cambio señalado implicó que los centros de prácticas para estudiantes fueran suspendidos hasta ahora, lo que es comprensible, ya que los riesgos eran y aun siguen siendo muy altos. Los internos son los únicos estudiantes que han podido asistir a las prácticas y además se han convertido en un apoyo para el equipo clínico que también enfermó e incluso falleció (International Council of Nursing 2021). La situación de inseguridad del trabajo clínico llama a revisar la seguridad del trabajador y a trabajar por una cultura de seguridad (Donaldson et al. 2020). Sin embargo, los internados se han llevado a cabo con ajustes, adecuaciones y en el caso de la Escuela de Enfermería UDP se ha podido cumplir con los aprendizajes esperados comprometidos y en plazos no superiores a la extensión de 3 meses. La gran preocupación entonces son los estudiantes que por segundo año no pueden ingresar a sus prácticas y nos preguntamos: ¿Podremos tener buenas prácticas clínicas en este contexto?, ¿Serán estas seguras?

Revisando la literatura científica se conoce que la seguridad en el área de salud es un problema aun no resuelto en el mundo y que su primera evidencia esta plasmada en el libro *Error es Humano* ya con más de 20 años de existencia (Kohn L. et al.2000). Destaca en esta publicación que mas de 100.000 americanos murieron en ese año por errores médicos prevenibles y que el problema no son las personas, sino los sistemas de salud que son altamente complejos. Al saber que este sistema es tan complejo y considerando datos significativos con relación al rol de Enferme-

ria, como por ejemplo los errores de medicación en que se señala que la tasa de falla en la mezcla de medicamentos intravenosos es del 20 % por parte de las enfermeras; 9 % por farmacias y 0,3 % por fabricante, nos preguntamos entonces, que cambios hemos hecho en nuestros planes curriculares y en las prácticas de nuestros estudiantes para prevenir estos datos tan críticos como los mencionados. La Alianza Mundial de Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), también ha puesto este tema en la agenda y es así como hace unos años graficó al mundo con distintos tipos de medicamentos, planteando “la reducción de errores de medicación” como parte de sus objetivos estratégicos. ([https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1)).

Otra evidencia que nos lleva a la reflexión es la OCDE, organización a la cual Chile pertenece y una de sus declaraciones el 2017 plantea la necesidad de: Promover un mejor ajuste y un uso más eficiente de las habilidades de las enfermeras, que hay enfermeras subcalificadas y sobrecalificadas y que es necesario hacer una revisión de planes de estudio y educación continua, con recertificaciones con una política de país [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-policies-in-oecd-countries/summary/spanish\\_ad2bc1b4-es#page3](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-workforce-policies-in-oecd-countries/summary/spanish_ad2bc1b4-es#page3).

Es importante mencionar la publicación realizada por la Dra. y enfermera Kim Leighton et al, en marzo 2021. Corresponde a una revisión sistemática realizada para identificar los resultados de las prácticas tradicionales, pregunta que surge frente a la situación que genera la pandemia. El análisis concluye que por más de 50 años se han usado los mismos modelos de



prácticas, aunque la profesión y la población de pacientes ha cambiado. Que ha habido un gran desarrollo de la medicación, avances tecnológicos y pacientes de mayor complejidad. Por lo tanto, frente a estos hechos proponen establecer metodologías educativas de prácticas en las que las competencias sean entrenadas y evaluadas en ambientes simulados con instrumentos estandarizados y validados. La publicación también señala la necesidad de formación de tutores clínicos y educadores capaces de mirar el futuro.

Frente a todos estos hechos se sugieren propuestas y se proponen a continuación:

- Las Sociedades científicas, la OMS y las universidades tienen cierta obligación de hacer redes de colaboración y buscar soluciones para dar continuidad a la formación de profesionales de enfermería. Una de las propuestas que facilitó y aportó a las universidades que usaban la Educación Basada en Simulación (EBS) es la declaración de las sociedades “International Nursing Association for Clinical Simulation and Learning (INACSL)” y “Society for Simulation in Healthcare (SSH)” que validan el uso de la simulación virtual/a distancia para reemplazar la presencial y con el mismo nivel de resultados en el aprendizaje. Esto fue un impulso para incorporar este recurso que en el caso de Enfermería UDP ha sido considerado como un éxito. Se ha observado el desarrollo de competencias no técnicas como son: priorización, toma de decisiones, comunicación efectiva entre otras, las que además han sido bien percibidas por los estudiantes. Otra propuesta a considerar una vez que se autorizó el retorno a los espacios universitarios fue instalar la simulación presencial e híbrida con protocolos de seguridad y con los

aforos necesarios, tema que ha sido tratado en múltiples foros y eventos virtuales. Cabe señalar que otras instituciones con mayores recursos y con mayor tecnología han incorporado la simulación en 3D, robótica y los serious games, tanto en pregrado como en posgrado. Es decir, se observa como la simulación penetra con fuerza en la formación de profesionales de salud y también en la educación continua. Se trata de una metodología ya propuesta hace 20 años en el libro *Error es Humano* junto con el concepto de Factor Humano (FH) y Seguridad del Paciente. (Kohn L. et al.2000).

- FH, es otro tema para sugerir e incorporar en las nuevas propuestas curriculares para trabajar por la cultura de seguridad. Los anestesiólogos Weinger y Gaba el 2014 publican sobre FH Ingenieros (FHE), concepto que para los europeos está más asociado con lo ergonómico, pero finalmente ambos se orientan al mismo objetivo, es decir seguridad. Los autores revisan este concepto que comprende la triada entre el trabajador, el tipo de trabajo y la organización, ratificando nuevamente la complejidad del sistema de salud y explicitando la necesidad de integrar al trabajo sanitario el entrenamiento en simulación con diseños de escenarios con profesionales de otras disciplinas, los que podrán mirar las interfases, las tecnologías y los procesos con sus brechas de seguridad. El objetivo es que el profesional se enfoque en el cuidado de sus pacientes y cuente con el soporte de la organización en su intervención, al igual que lo que ocurre en otras industrias que son exitosas como es la aeronáutica. Los expertos señalan que se alcanzará la Seguridad del Paciente cuando se aborde el tema de FHE desde la organización.



• La tercera propuesta es la que propone la Alianza Mundial de Seguridad del Paciente de la OMS en el documento recién publicado en marzo 2021 llamado: Towards Zero Patient Harm in Health Care: Global Patient Safety Action Plan 2021- 2030. Es un llamado mundial y una invitación a reducir los daños involucrando al paciente y con propuestas claras en relación con desarrollar Sistemas más confiables en salud y avanzar en el uso de métodos de simulación en el sistema de educación y formación profesional. Es un documento que avala claramente los cambios curriculares desde las temáticas hasta las metodologías de enseñanza, el cual se invita a revisar. (World Health Organization 2021)

• Por último, se considera revisar los estudios y la evidencia que existe en relación con los temas de medio ambiente y del que varias enfermeras han investigado nominando cultura y justicia climática.

Tener presente la investigación en todo el quehacer y los cambios que se realicen con el fin de construir evidencia, deuda pendiente en Chile y América Latina en general.

Concluyo señalando que los desafíos son muchos y como dijo Albert Einstein: “Es en la crisis donde nace la inventiva, los descubrimientos y las grandes estrategias”



# GOBERNANZA COMPARTIDA: UNA ESTRATEGIA QUE TRANSFORMA LOS DESENLACES CLINICOS DE ENFERMERÍA.



**Diana Cristina Castellanos Uribe**

Coordinadora calidad y gestión de cuidado de enfermería  
Fundación Santa Fe de Bogotá - Colombia

[dianac.castellanos@fsfb.org.co](mailto:dianac.castellanos@fsfb.org.co)



La seguridad del paciente como la calidad en la atención son dos compromisos mandatorios de todas las organizaciones que ofrecen servicios de salud pues no solo debe garantizar a sus usuarios desenlaces clínicos y de satisfacción de nivel superior, sino que también deben velar de manera permanente por la gestión de riesgos a los cuales se somete un paciente en cada proceso de atención.

En la actualidad el profesional de enfermería ha tomado vital relevancia en el direccionamiento y liderazgo de definiciones, diseño e implementación de procesos estructurales, instrumentos y metodologías que propendan por minimizar el riesgo de eventos adversos o mitigación de consecuencias durante el proceso de atención de cada uno de los pacientes. Sin embargo, se convierte en un reto de nivel superior encontrar la estrategia de seguridad correcta para las personas correctas en el tiempo correcto pues se parte de la premisa

que cada paciente es un ser humano único, integral y holístico.

Finalizando el año 2018 en la Fundación Santa Fe de Bogotá un grupo de enfermeras de un servicio de hospitalización junto a su jefe inmediato deciden reinventar la manera como gestionaban el riesgo con relación a prevención de caídas, infecciones y lesiones de piel entre otros pues empezaron a percibir que aunque contaban con algunas estrategias las mismas no estaban siendo tan efectivas pues no contaban con premisas fundamentales como lo son: El involucramiento y la participación del paciente y su familia, las relaciones colaterales, la interdisciplinariedad y el liderazgo por parte del primera línea de atención. Posterior a madurar su idea y a generar búsqueda de modelos de cuidado basados en liderazgo participativo que estuviesen centrados en la persona se incorporó la gobernanza compartida como estrategia principal de me-



joramiento y gestión de riesgos del cuidado directo de enfermería. La gobernanza compartida es un modelo de trabajo de toma de decisiones participativa en el que las enfermeras de atención de primera línea y el equipo interdisciplinario siguen un proceso de toma de decisiones organizado sobre estándares de práctica, definición de políticas y mejora de la calidad, desarrollo profesional e investigación que conduce a mejores resultados y éxito compartido ( Winslow, Hougan, DeGuzman Y negro, 2015).

En la actualidad se cuentan con 7 comités que dan soporte a métricas claves de gestión y prevención de eventos adversos, estos equipos de trabajo son liderados y compuestos por personal asistencial no solo de enfermería sino de otras profesiones de salud, también están involucrados líderes de áreas de interés como lo son; seguridad del paciente, farmacovigilancia y vigilancia epidemiológica.

La gestión de los comités tiene como objetivo incorporar estrategias de mejoramiento y prevención para las temáticas propuestas partiendo de los resultados de los indicadores y de los análisis causales realizados para cada uno de ellos.

Desde que se incorporó la gobernanza compartida no solo se han mejorado los desenlaces de cuidado de los pacientes y sus familias, también se ha fomentado la investigación y la educación continuada.



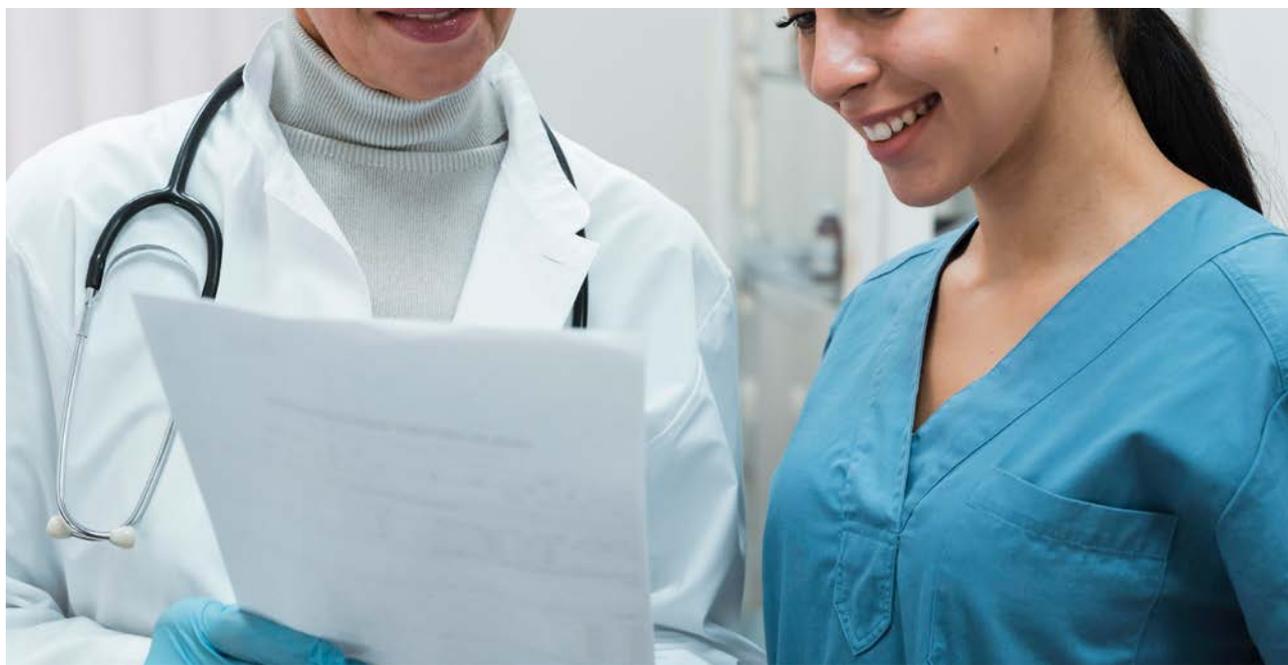
# QUE SON LAS BUENAS PRÁCTICAS DE LA ENFERMERÍA



**Claudia Regina Laselva**

Diretora de Operações do HIAE, de Enfermagem e Experiência do Paciente  
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - Sao Paulo - Brazil  
Nursing Now

[claudia.laselva@einstein.br](mailto:claudia.laselva@einstein.br)



Aunque no reconocida, Florence Nightingale inició el concepto de mejorar los resultados de los pacientes con el uso de evidencia. El libro *Notes on Nursing* se consideró la guía de mejores prácticas de su época. Nightingale trajo la práctica de la enfermería con evidencia, con el objetivo de garantizar los mejores resultados de salud para los pacientes y fue pionera en la enfermería con este tema.

En las últimas décadas ha habido un aumento en la producción de investigación en el área de la salud, sin embargo, observamos una disparidad entre la evidencia científica y la práctica asistencial y con ello tenemos un desafío para los profesionales de la salud.

Es necesario fortalecer el puente entre la brecha entre la práctica y la investigación. Fortalecer la base de evidencia para que sepamos qué funciona y qué no en la atención al paciente, la estandarización de la evidencia para lograr los mejores resultados, la traducción de

conocimientos a la práctica clínica. Se recomienda utilizar el proceso - PICO: el escenario de la condición del paciente trae un asunto clínico, recuperar sistemáticamente la mejor evidencia disponible, evaluar críticamente la evidencia, aplicar los resultados al cuidado del paciente, evaluar la toma de decisiones.

Son beneficios reconocidos de la práctica con base en la evidencia: mejorar la seguridad, disminución de procedimientos y complicaciones innecesarios, aumenta la satisfacción laboral de los profesionales de la salud, reducir los costos de atención médica, permitir la comparación de resultados entre instituciones.

Son barreras: falta de conocimiento sobre cómo identificar la mejor evidencia científica y aplicarla en la práctica para generar cambios con propósito, estructura administrativa del trabajo, factores individuales: déficit de conocimientos, tiempo, carga de trabajo.



Son factores que colaboran en la implementación de la práctica con base en evidencia: las enfermeras con posgrado que participaron en una investigación, es decir, una estrategia educativa pueden mejorar el conocimiento sobre la PBE y convertirse en facilitadoras en la implementación, crear una cultura organizacional para preparar y apoyar a la práctica con base en evidencia. Estrategias institucionales que puede contribuir a esto: Maestría profesional orientado a la producción de conocimientos que se aplicarán a la mejora de la atención al paciente., crear uno Consejo de Práctica con base en Evidencia: formado por enfermeras senior y coordinadores, es la estructura clave para la evaluación de la investigación, los protocolos de práctica asistencial, la creación y revisión de documentos para su alineamiento con la literatura profesional relevante, cómo lo hacen los Hospitales Magnet. La implementación de los hallazgos de la investigación que traen cambios en la práctica asistencial es un desafío. Las organizaciones Magnet y los hospitales con programas de investigación activos son los mejores laboratorios para la traducción de la investigación en enfermería.

La consolidación de las prácticas de enfermería con base e la evidencia debe ser un objetivo de la enfermería em las instituciones que se dedican a brindar la mejor experiencia al paciente y hacer realidad la visión de Triple Aim.

V Congreso Internacional  
**Seguridad del**  
**Paciente**  
VERSIÓN ONLINE



**Resúmenes de**  
**Presentaciones realizadas en**  
**el 1er Encuentro**  
**Latinoamericano de**  
**Tecnólogos Médicos para la**  
**Seguridad del Paciente**



UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA  
FACULTAD DE MEDICINA  
CARRERA DE TECNOLOGÍA MÉDICA



**Auspicio:**

Escuela Tecnología Médica

Universidad de la Frontera Temuco

**Miércoles 9 de Junio 2021**

**9, 10 y 11 | JUNIO**  
2021

[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)



# LA SEGURIDAD DEL PACIENTES EN OFTALMOLOGÍA



**Constanza Castillo León**

Tecnólogo Médico Hospital FACH

[tm.constanzacastilloleon@gmail.com](mailto:tm.constanzacastilloleon@gmail.com)



En oftalmología existen muchos exámenes, todos ellos tienen en común distintas acciones de seguridad dirigidas al paciente y así obtener un resultado confiable. Estas acciones consisten en el uso de protocolos que detallan la verificación del nombre del paciente, orden del procedimiento, si se utilizan fármacos, su correcto uso y almacenamiento. Identificar al paciente de riesgo o situaciones de alto riesgo y hacer corresponsable al paciente refiriéndose a una mayor adherencia a sus controles, tratamientos, conociendo su dolencia y participando en la colaboración con los profesionales de la salud. Nos centraremos en 2 exámenes:

## ANGIOGRAFÍA RETINAL

tiene como objetivo evaluar la vascularización de la retina gracias al medio de contraste fluoresceína, si bien es un contraste de origen vegetal no está exento de reacciones adversas. Este procedimiento basado en su protocolo

desde el agendamiento hasta la entrega de resultado, puede variar de acuerdo al lugar de trabajo, pero, por lo general se entregan las indicaciones previas al examen de manera verbal y escrita dejando registro que el paciente recibió estas indicaciones.

El día del examen verificar que las indicaciones se cumplieron y proceder a toma de signos vitales los cuales deben estar dentro de parámetros aceptables de presión arterial y glicemia. Si todo lo anterior está bien el paciente debe firmar el consentimiento informado para comenzar el procedimiento. Considerar el uso de elementos de protección personal, manejo del material estéril, material cortopunzante y punción venosa.

¿Qué hacer si ocurre una reacción adversa? Esta puede ocurrir durante o posterior al examen y debemos saber cómo actuar a tiempo, identificar hasta qué punto somos capaces



como tecnólogos médicos saber abordarla en la sala de procedimiento. Existen reacciones adversas leves, son las más frecuentes; reacciones adversas moderadas menos frecuentes, pero requieren de evaluación médica y aquellas reacciones adversas severas, menos frecuentes y requieren evaluación médica inmediata. Cada centro de atención pública o privada posee un código de emergencia que debe ser activado según el protocolo establecido. Nunca debemos dejar al paciente solo. Si por el contrario el paciente está en buenas condiciones reforzar las reacciones secundarias que podría presentar al examen.

## EXAMEN OPTOMÉTRICO

Procedimiento subjetivo con la finalidad de corregir la visión borrosa, por lo que depende de la cooperación del paciente. El paciente invierte en un objeto que debe cumplir con sus expectativas y debe mantener alrededor de dos años haciendo a este examen exigente. Existen varias condicionantes que pueden alterar el resultado como por ejemplo considerar el desplazamiento del paciente a la consulta, su condición general, puede ocurrir que presente una crisis de migrañas con aura en ese momento, o crisis de vértigo y al realizar la evaluación sus síntomas pueden empeorar aumentando el riesgo de caídas. Importante la anamnesis de enfermedades crónicas, medicamentos que administra a diario y antecedentes oftalmológicos. Es común en paciente diabéticos con glicemias altas o fluctuantes que se altere el estado refractivo del ojo provocando visión borrosa transitoria. Pudiendo afectar el cristalino reversiblemente o la retina irreversiblemente. La buena comunicación e interacción con el

paciente es primordial para obtener un buen resultado. Aclarar dudas y darle la oportunidad a la persona a que las verbalice da un porcentaje de éxito y satisfacción mutua generando una buena instancia de calidad en la atención y la seguridad de que al salir de la consulta invertirá en unas gafas que corregirán su visión borrosa evitando que el paciente reconsulte.



# SEGURIDAD DEL PACIENTE EN BIOLOGIA MOLECULAR



**Hildegard Kranen**

Tecnólogo Médico  
Hospital LucioCórdova  
Santiago Chile

**[Hildegardkranen@hotmail.com](mailto:Hildegardkranen@hotmail.com)**



La Biología Molecular en el Hospital de Enfermedades Infecciosas Doctor Lucio Córdova surgió ante la necesidad de cuantificar la carga viral en pacientes VIH+, para facilitar al clínico la valoración de la evolución de sus pacientes y dar respuesta urgente en casos como embarazadas de término, accidentes cortopunzantes o pacientes pediátricos. Actualmente contamos con una serie de prestaciones que incluyen PCR y genotipificación enfocados a las enfermedades infecciosas.

La fiabilidad de nuestros resultados comienza en la fase pre-analítica, requiriendo que el examen sea solicitado por un médico infectólogo para evitar que el paciente se exponga a una toma de muestra innecesaria, además de frenar el gasto excesivo de recursos. Asimismo, se han implantado medidas como la licitación del transporte de las muestras, que asegura la trazabilidad y la cadena de frío, o la utilización del tubo BD Vacutainer “tapa perla”, que dis-

minuye los rechazos al prolongar el tiempo de conservación de las muestras. La fase analítica se realiza de forma automatizada siguiendo la Norma UNE-EN-ISO 15189, con las mismas técnicas utilizadas en laboratorios punteros a nivel mundial. Se exigen procedimientos claros y operativos, formación documentada del personal, validación previa de las técnicas, intercomparación con los distintos centros, etc. La validación se realiza siguiendo la Guía del Clinical and Laboratory Standards Institute CLSI MM19 Establishing Molecular Testing in Clinical Laboratory Environments, además de realizar estrictos controles de calidad internos y externos del Colegio de Patólogos de Estados Unidos.

En la fase post-analítica es fundamental la comunicación con los centros de derivación de las muestras, ya que la información que entregan los clínicos en la orden puede aclarar resultados discordantes. Por otra parte, la entrega de los informes se realiza vía web, donde cada



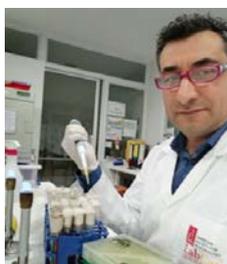
centro posee su clave de acceso, resguardando así la confidencialidad del paciente. Todas estas medidas permiten entregar resultados rápidos, precisos y exactos, asegurando al paciente que los parámetros medidos reflejan su condición clínica.

En el laboratorio de biología molecular, como en todas las especialidades médicas, la seguridad del paciente se ve reforzada con: una actitud constructiva frente a los errores, evitando juzgar y perfeccionando los protocolos; una actitud emprendedora, buscando continuamente mejoras en las técnicas empleadas y una actitud analítica, recopilando y estudiando resultados que reflejen tendencias para prever las necesidades de los pacientes.

Finalmente, mi consejo es que no sean simples ejecutores de exámenes, permítanse abrir sus mentes soñar , realizar algún estudio aunque no los gratifique monetariamente les aseguro que como personas de ciencia se sentirán más plenos. Nosotros lo hicimos y lo concretamos en el laboratorio del cual estamos orgullosos de formar parte.



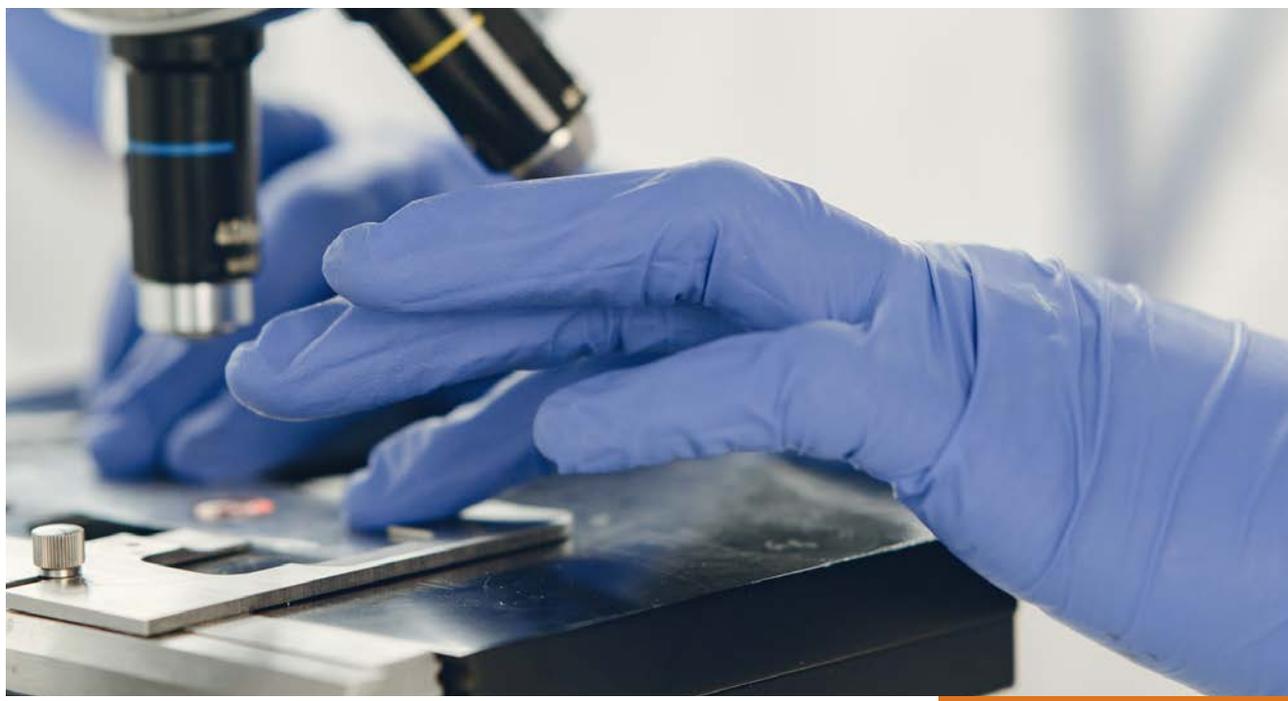
# SEGURIDAD DEL PACIENTE EN MICOLOGÍA MÉDICA



**Dr. TM. Victor Silva**

VSV-Consulting-LATAM Chile  
Consultor American Society for Microbiology y Centers  
for Disease Control and Prevention (USA).

[victor.silva.vargas1968@gmail.com](mailto:victor.silva.vargas1968@gmail.com)



Se estima que sobre el 75% de las decisiones médicas se sustentan en el resultado que genera algún examen de laboratorio o imagenológico, siendo el estudio micológico un proceso crítico para el paciente y su médico.

Micología Médica es una sub-especialidad de la microbiología cuyo rendimiento es muy dependiente de las competencias y experiencia del operador y del equipo humano que esté involucrado en todo el proceso diagnóstico.

El proceso diagnóstico en micología médica incluye las fases pre-analítica, analítica y post-analítica, siendo todas ellas de gran relevancia e impacto directo en rendimiento del examen.

En resumen, un resultado micológico implica una serie de acciones que aseguran una muestra clínica representativa del sitio de infección, detección y observación del hongo en material clínico, adecuado aislamiento in vitro, caracte-

rización e identificación de agentes etiológicos y la susceptibilidad antifúngica, especialmente en micosis invasoras ya que las tasas de mortalidad son superiores a las de infecciones bacterianas, especialmente en países o regiones donde el diagnóstico micológico es débil.

Debido a la relevancia e impacto que significa emitir un informe micológico validado oportunamente, el Laboratorio Clínico de Microbiología debe incorporar para su correcto funcionamiento, de un adecuado y continuo proceso de control de calidad en todas las etapas del estudio micológico.

La capacitación y adquisición de competencias por el profesional de laboratorio en micología, así como del equipo de trabajo en sus distintas tareas, es la principal acción que impacta positivamente en mejorar significativamente la seguridad y calidad de atención de los usuarios. Entre los aspectos de capacitación que se re-



quieren en la fase pre-analítica, están las estrategias de toma de muestra en relación a la sospecha clínica del tipo de micosis, ubicación y característica de la lesión, edad del paciente, entre otros aspectos, para que la muestra clínica sea representativa de la micosis y transportada adecuadamente al laboratorio.

En la fase analítica, una de las principales necesidades de capacitación se refiere a entregar aprendizajes y competencias en la detección del hongo, identificación de las células y estructuras fúngicas, así como su agrupación en el material clínico del paciente, que permiten entregar información rápida y específica. El examen microscópico directo de la muestra biológica es clave para orientar el inicio temprano de tratamiento dirigido al emitir el informe preliminar de este examen. Este procedimiento es operador dependiente y su rendimiento está en directa relación con la experiencia del profesional.

Ambos procesos de toma de muestra y examen microscópico directo se deben aplicar en laboratorios de microbiología de cualquier nivel, desde atención primaria a hospitales terciarios.

Actualmente, los laboratorios de hospitales de mayor complejidad han incorporado sistemas de identificación automatizada y de biología molecular o espectrofotometría de masa para apoyar la identificación a nivel de especie desde el cultivo, y así entregar lo antes posible, el resultado final con la identificación del hongo aislado.



# SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CONTROL DE LOS PROCESOS DE LA FASE PRE-ANALÍTICA DE LABORATORIO CLÍNICO, KAIZEN, LEAN MANUFACTURY



**Silvia Valencia Rojas**

Coordinadora de la Fase pre-examen  
Instituto Nacional de Pediatría  
Ciudad de México

[valrojas2004@yahoo.com.mx](mailto:valrojas2004@yahoo.com.mx)



El Instituto Nacional de Pediatría, es un hospital de tercer nivel que brinda servicios de especialidad pediátrica a pacientes de 0 a 18 años de edad con diversas patologías complejas. Además de contar con un Departamento de Análisis Clínicos y Estudios Especiales, que se divide en ocho laboratorios y un área de toma especial de toma de muestras, mismos que se encuentran certificados bajo la Norma ISO 9001:2000.

La atención que se brinda dentro de las instalaciones cuenta con diversas herramientas y normativas que ayudan a priorizar la seguridad del paciente, así como también del personal que participa en el proceso de la fase pre-analítica. La seguridad está basada en las metas o acciones esenciales internacionales, aplicando las más importantes como son la identificación positiva del paciente, comunicación efectiva antes y durante los procedimientos, seguridad en todos los procedimientos operativos y cumpliendo con los estándares más altos de higie-

ne para disminuir y/o eliminar el riesgo de infecciones asociados a la atención misma.

La estandarización y alienación de los procesos se llevó a cabo mediante la metodología de Lean manufactory o manufactura esbelta, Kaizen y 5' S , logrando con estas herramientas disciplina laboral y el diseño de procesos esbeltos, áreas de trabajo limpias, organizadas y seguras con un ambiente de trabajo controlado con procesos que fluyen en forma armónica, que impactaron en la disminución de errores durante la atención de los pacientes. Importante mencionar que la manufactura esbelta nos permitió asegurar el control de los procesos de la la fase pre -analítica en 99.8 %, por lo que la seguiremos utilizando.

Finalmente ha sido muy gratificante realizar este trabajo el cual compartimos esperando sirva como referente para fortalecer la fase pre-analítica de laboratorio clínico.



# HISTOCITOPATOLOGÍA PANAMERICANA: CONTRIBUYENDO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



**Tm. Mg. Juan Carlos Araya**

Técnologo Médico, mención Morfofisiopatología y Citodiagnóstico.  
Magíster en Filosofía y Diplomado en Formación Pedagógica en Educación Superior.  
Especialista en Inmunohistoquímica y Citopatología.  
Ex Presidente del Comité Asesor Chile de la American Society for Clinical Pathology (ASCPi).  
Miembro Fundador del Grupo Americano de Patología Genital (GAPG). Past President  
Miembro del Consejo Asesor Permanente de Asociación Panamericana de Tecnólogos Médicos (APTMM).

**[panamtecmed@gmail.com](mailto:panamtecmed@gmail.com)**



Según la OMS, mundialmente hasta 4 de 10 pacientes sufren daños en la atención primaria y ambulatoria, siendo el 80% de los daños prevenibles. Los errores más perjudiciales están relacionados con el diagnóstico, pero el involucramiento de los pacientes puede reducir los daños hasta en un 15%, lo cual se podría lograr si se considera restablecer la Ética como concepto básico universal de conducta, comportamiento y recta vida y de este modo contribuir al Bien Común de la sociedad, lo cual unido al Principio Bioético de Autonomía del Paciente, generaría el sustrato necesario para concretarlo.

El Tecnólogo Médico proporciona al tratante un resultado que le permite resolver su hipótesis diagnóstica mediante la aplicación de medicina de laboratorio basada en evidencia, radiológica, histológica, citológica, audiométrica o biométrica ocular, lo cual lo distingue de los otros integrantes del equipo de salud y le proporciona una Identidad Profesional propia, exclusiva y excluyente.

Los profesionales de la Tecnología Médica en América, con denominaciones diferentes pero homólogos en su desempeño, ejercen 1 de las 5 a 35 especialidades existentes, presentando Histotecnología, Histocitopatología Morfofisiopatología y Citodiagnóstico, o Anatomía Patológica, una destacada proactividad en la prevención y el diagnóstico para la rehabilitación en salud.

Sus competencias le otorgan la capacidad para desempeñarse en dos grandes áreas de la especialidad: Histopatología y Citopatología, participando en los Programas de Control de Cáncer Cérvico Uterino, Broncopulmonar, Mama, Gástrico, Vejiga y Tiroides, además de procesar las muestras de biopsias, necropsias y frotis citológicos provenientes de los centros asistenciales públicos y privados.

En sus laboratorios se aplican diferentes procedimientos a los especímenes en estudio en busca del resultado que indique la patología



que afecta al organismo, desde tinciones topográficas o especiales, Histoquímica, Inmuno-histoquímica, Hibridización in Situ, FISH, CISH y PCR. En suma, se utiliza una importante diversidad de procesos que per sé no resuelven un caso, pero establecido el algoritmo y protocolo adecuados permiten emitir un informe que contribuya positivamente al diagnóstico histopatológico.

Del mismo modo, el examen citológico de Papanicolaou, catalogado como elemento orientador al diagnóstico, ha demostrado su eficacia en la prevención del cáncer cérvico uterino y otras patologías donde el tamizaje es aplicado y aunque existen nuevos métodos que tienden a mejorar la certeza del procedimiento, igualmente está sujeto a las interpretaciones de los observadores, sin dejar por ello de ser una sencilla prueba cuya utilización permite salvar vidas al aplicarlo a la población femenina de acuerdo a los parámetros establecidos.

Considerando que las principales falencias detectadas en Histicitopatología corresponden a: procesamiento de una muestra inadecuada para análisis, aplicación errónea de reactivos o procedimientos, falta de controles y aseguramiento de la calidad, e interpretación desacertada de los resultados, estas se han corregido sustantivamente con rigurosidad formativa y estrictos controles y garantía de calidad, de modo que la Seguridad del Paciente sea resguardada acorde con la Resolución WHA72.6 de la OMS y con el ODS-3, que implica garantizar una vida sana y promover el bienestar humano a todas las edades, directrices comprometidas en la Histicitotecnología Panamericana para su fiel cumplimiento.

Palabras clave: Histicitopatología, Histicito-

tecnología, Anatomía Patológica, Morfofisiopatología, Citodiagnóstico, Seguridad Paciente.

V Congreso Internacional  
**Seguridad del  
Paciente**

VERSIÓN ONLINE



**Resúmenes de  
Presentaciones realizadas en  
el 1er Encuentro  
Latinoamericano de  
Químicos Farmacéuticos para  
la Seguridad del Paciente**



Fundación  
para la Seguridad del Paciente  
[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)



Universidad  
Andrés Bello



COLEGIO DE QUÍMICOS FARMACÉUTICOS Y  
BIOQUÍMICOS DE CHILE A.G.



ANEQYF

Portal  
HOSPITALARIO

**Auspicio:**

**Escuela de Química y Farmacia  
Universidad Andrés Bello**

**Miércoles 9 de Junio 2021**

**9, 10 y 11 | JUNIO  
2021**

[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)



# ESTÁNDARES DE ACREDITACIÓN EN FARMACIA COMUNITARIA



**Q.F. Catalina Cano Abásolo**

Secretaria Académica Escuela de Química y Farmacia Universidad Andrés Bello  
Secretaria del Colegio de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile AG.

[secretaria@colegiofarmaceutico.cl](mailto:secretaria@colegiofarmaceutico.cl)



La farmacia comunitaria ha sido definida como aquel establecimiento que tiene vocación por su comunidad y el entorno social. La Federación Internacional Farmacéutica (FIP) la ha descrito como un establecimiento accesible a la población para la dispensación de medicamentos y entrega de servicios farmacéuticos. Entre estas características se encuentra para la accesibilidad geográfica, disponibilidad de medicamentos y otros productos sanitarios, horarios de apertura y funcionamiento, así como presencia de profesionales sanitarios de confianza, entre otros.

En Chile, la formulación más reciente de una Política Nacional de Medicamentos, que data del año 2004, estableció como objetivo reformular las regulaciones vigentes para facilitar la evolución del papel del farmacéutico en la atención de salud y definir el papel de la farmacia comunitaria como un establecimiento de salud. Lo anterior tuvo finalmente un correlato formal en la modificación al Código Sanita-

rio en 2014, que definió a la farmacia como un Centro de salud, es decir, “lugares en los cuales se realizan acciones sanitarias y, en tal carácter, cooperarán con el fin de garantizar el uso racional de los medicamentos en la atención de salud”.

En Chile, las Garantías Explícitas en Salud (GES) constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para personas afiliadas al Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Este régimen considera garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto condiciones de salud. Las prestaciones corresponden a tecnologías sanitarias definidas como cualquier intervención utilizada en la promoción de la salud, prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, entre otros, incluyendo medicamentos, dispositivos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos, así como los sistemas organizati-



vos dentro de los cuales se proporciona dicha atención sanitaria.

Tomando en cuenta que es en la farmacia en donde un usuario despacha medicamentos con cobertura GES y en base a la misma normativa que indica que quienes entreguen prestaciones de salud en el marco de GES deben ser prestadores institucionales acreditados, es que surge la necesidad de reconocer a la farmacia como un prestador institucional, y con ello sujeto a acreditar la calidad de sus servicios mediante estándares específicos.

Con la acreditación se garantiza que todas las atenciones que se otorgan en un centro de salud cuentan con protocolos y procedimientos que ofrecen una mayor calidad y seguridad en la atención. Sin embargo, aún no se ha incluido el sistema de acreditación de farmacias comunitarias para garantizar la calidad en las prestaciones. La evidencia internacional de países como Reino Unido, España y Estados Unidos nos muestra que los sistemas de acreditación de calidad de las farmacias contribuyen en forma sustantiva a otorgar a garantía de calidad a la farmacia en todas las dimensiones de su quehacer. Entre estas se encuentran la planificación estratégica, el recurso humano, la continuidad en la atención, los servicios farmacéuticos, entre otros.

La farmacia comunitaria, en tanto centro de salud, ha ido aumentando su cartera de prestaciones para responder a las necesidades de cada territorio y requerirá con ello reorientar su quehacer, involucrándola en los objetivos sanitarios del Sistema de Salud y con ello la necesaria la implementación de estándares que garanticen la calidad y seguridad de sus servicios.



# SISTEMA NACIONAL DE FARMACOVIGILANCIA DE CHILE



**Q.F Verónica Vergara Galván, M.Sc**

Jefa (s) Subdepartamento Farmacovigilancia  
Instituto Salud Pública  
Chile

[vmvergara@ispch.cl](mailto:vmvergara@ispch.cl)



En Chile, el Centro Nacional de Farmacovigilancia es parte del Instituto de Salud Pública (ISP), la creación de este centro data del año 1994, cuando el ISP formó el Centro de Información de Medicamentos y Farmacovigilancia (CENIMEF), asignándole, entre otras funciones, la de implementar programas de farmacovigilancia. De forma posterior, con la entrada en vigencia, el año 2011, del Reglamento del Sistema Nacional de Control de los Productos Farmacéuticos de Uso Humano (Decreto Supremo N°3), introdujo disposiciones relacionadas con la Farmacovigilancia, para los diferentes actores que hacen parte del sistema, estableciendo además, que el ISP, es la autoridad sanitaria encargada de la vigilancia de la seguridad de las especialidades farmacéuticas. Desde ese entonces, el Centro Nacional de Farmacovigilancia se ha enfocado fuertemente en desarrollar e implementar la normativa que regula la actividad en Chile, e implementar diversas actividades que permitan cumplir con este objetivo. La farmacovigilancia en nuestro país, es una responsabilidad compartida, en este sentido, el sistema de Farmacovigilancia en Chile, está conformado por el instituto de Salud Pública, quién tiene la responsabilidad de coordinar el sistema, los centros asistenciales públicos y privados, farmacias comunitarias, profesionales de la sa-

lud, titulares de registro sanitario y programas ministeriales, así mismo, pueden contribuir al sistema las universidades, centros de información de toxicología y medicamentos, asociaciones científicas y colegios profesionales y administradoras de planes de salud.

En este contexto, el Centro Nacional de Farmacovigilancia de Chile, tiene como propósito identificar y analizar los efectos adversos ocurridos con el uso de los medicamentos, y evaluar de forma continua la información emergente sobre seguridad de los medicamentos, posibilitando así la adopción oportuna de medidas adecuadas, regulatorias o no, en materia de seguridad de medicamentos, que permitan prevenir o reducir los efectos nocivos de los mismos. Entre los enfoques que se han relevado en los últimos 10 años, destaca el de la farmacovigilancia de vacunas, reforzar y propender a la aplicación práctica y concreta de actividades de farmacovigilancia en la industria farmacéutica. Todas estas actividades tienen por objetivo implementar medidas que permitan minimizar los riesgos de los medicamentos y contribuir al uso seguro de los mismos.



# ASPECTOS PRÁCTICOS CLÍNICOS EN LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS: EXPERIENCIA EN FARMACIA ASISTENCIAL.



**QF. Marcia Yzoard Aguayo**

Unidad de Farmacia  
Hospital Guillermo Grant Benavente Concepción - Chile

[myzoard@ssconcepcion.cl](mailto:myzoard@ssconcepcion.cl)



El Hospital GGB de Concepción es un Hospital docente asistencial de alta complejidad, dotado de 856 camas post Pandemia.

En el HGGB, hemos abordado la Seguridad en el uso de la medicación, desde el Comité de Farmacovigilancia (FV), el cual es un equipo multidisciplinario que depende del Comité de Farmacia y que se reúne mensualmente.

En dicho comité trabajamos las acciones de seguridad emanadas de:

1. Los reportes de RAM

2. La cadena de utilización del medicamento

En el primer caso es muy importante tener una base de datos que nos permita analizar estas Reacciones adversas, desde su mecanismo de acción, gravedad, causalidad y si son prevenibles o no prevenibles, para luego hacer la retroalimentación al clínico y en conjunto con Calidad hacer las mejoras correspondientes en el caso de los eventos que son prevenibles. Por tanto elaboramos un programa de Farmacovigilancia, donde se incentiva el reporte

espontáneo, utilizando distintas estrategias y además trabajamos en la clínica, en algunos Servicios claves, en el seguimiento terapéutico de pacientes en la detección de Problemas relacionados con medicamentos y en la detección de Reacciones Adversas a Medicamentos. En el segundo punto, en el sistema de utilización de medicamentos, hemos trabajado en la: Prescripción, transcripción, dispensación, administración, almacenamiento y monitorización.

En la Prescripción estamos utilizando receta electrónica, lo que reduce errores en las interpretación de las recetas, se han reducido las transcripciones utilizando las indicaciones médicas en las de enfermería. En la dispensación, se validan las prescripciones médicas, según los protocolos de la institución y se revisa las recetas preparadas antes de ser despachadas a los Servicios clínicos.

En la administración de Medicamentos hemos trabajado en:



- Protocolos de dilución y tiempos de administración de medicamentos EV.
- Protocolos de utilización de medicamentos
- Estandarización de preparados: hidrataciones, sedaciones y de los antimicrobianos.
- Afiche en cada clínica de enfermería sobre las Prácticas del uso seguro del cloruro de potasio EV.
- Protocolo de administración de Medicamentos por sonda.

Desde el Comité de FV, establecimos el listado institucional de Medicamentos de alto riesgo, el cual fue aprobado por el Comité de Farmacia y con esto se protocolizó el etiquetado de medicamentos en las salas de despacho de Farmacia, como para los medicamentos LASA. De igual forma se identifican los medicamentos que se encuentran en los carros de paro que se encuentran en el centro asistencial.

Farmacovigilancia hace seguimiento y monitorización a los Medicamentos Biológicos, biotecnológicos y los fármacos recientemente incorporados al arsenal a través de un Protocolo de uso, donde se completa cada vez que el paciente recibe el medicamento.

Por todo el trabajo clínico realizado en conjunto con Farmacia, calidad, subdirección del cuidado y matronería, podemos concluir que:

- La notificación activa nos permite aprender de los errores, crear barreras de seguridad y minimizar el riesgo durante la atención en salud.
- Es necesario analizar cada reacción adversa, para generar acciones de seguridad.
- Comunicación a los profesionales de la institución.
- Participación visita clínica.



# DESAFÍOS FARMACEÚTICOS ANTE LA PANDEMIA Y SU APOORTE EN LA INOCULACIÓN



**QF. Stephan Jarpa Cuadra**

Agencia Regulatoria InHouse.

Jefe de Calidad y Seguridad del Paciente / Hospital de Urgencia Asistencia Pública - Santiago

[sjarpa@agenciainhouse.cl](mailto:sjarpa@agenciainhouse.cl)



La **seguridad del paciente** es un objetivo de la Salud que enfatiza en el registro, análisis y prevención de los fallos de la atención prestada, que con frecuencia son causas de eventos adversos.

Muchos de estos efectos adversos son inevitables por más que se esfuercen los profesionales de la salud, pero existen otros que podrían evitarse, como son la administración de fármacos. Según la OMS, las RAM (reacción adversas a medicamentos) figuran entre las diez causas principales de defunción en todo el mundo. Es por ello obvio que la seguridad de los medicamentos forma parte esencial de la seguridad de los pacientes. En Atención Primaria algunos autores establecen que un 2,5% de las consultas son por reacciones adversas y que un 40 % pacientes sufren efectos indeseables producidos por los medicamentos administrados. Asimismo, los costos asociados a las RAM, entre los que se encuentran hospitalización, cirugía y pérdida de productividad, sobrepasan el costo de los medicamentos. No obstante y aunque no hay medicamentos exentos de riesgo, al menos el 60% de las RAM son evitables.

Pero en Pandemia de Covid19, la Vacuna se transforma en un desafío farmacéutico que re-

quirió de vigilancia y operatividad de máxima calidad. La Ergonomía y los factores humanos para lograrlo se hicieron necesario aplicarlos y los Farmacéuticos debíamos aplicar el máximo de atención en evitar errores de aplicación de procedimiento y ser reales “farmacovigilantes”. Con Covid19, Chile se destaca en el mundo en la vacunación de su población en tiempo y forma. Así es como, los QF los que lideran un proceso sin precedentes en todos sus frentes. La Vacunación contra Covid19 es un claro ejemplo de que profesionales con una preparación enfocada en fármacos son y serán los mas indicados en cualquier sistema de salud donde los medicamentos en todas sus formas farmacéuticas, se trate.

Asi lo dice la publicación Británica del Chartered Institute of Ergonomics & Human Factors (CIEHF); “Vacunando una Nación”, en donde participamos como Chile, Posta Central, Releaesa y Agencia regulatoria inHouse, en este trabajo se ha postulando los **“10 principios del pensamiento sistémico para orientar los programas de vacunación”** y que fueron la base del proceso en Israel, UK, Chile y USA. Un orgullo para nuestra profesión, que sin duda alguna, será nuestra gran motivación presente y futura en salud.



# BIOEQUIVALENCIA: CALIDAD, SEGURIDAD Y EFICACIA



**Dr. QF. Jaime Sasso Aguirre**

Profesor Adjunto, Facultad de Química y Biología - Universidad de Santiago de Chile.  
Profesor Asistente, Facultad de Medicina y Ciencia - Universidad San Sebastián.

[jaime.sasso@usach.cl](mailto:jaime.sasso@usach.cl)



La correcta utilización de un medicamento comienza con un sistema sanitario fuerte, moderno y capaz de enfrentar nuevos desafíos, tales como la promoción del estudio de la bioequivalencia de un medicamento y la generación de guías técnicas de orientación a la industria farmacéutica para mantener vigente su calidad durante toda la cadena de distribución y dispensación.

En Chile, los productos farmacéuticos clasificados como equivalentes terapéuticos poseen los siguientes atributos: 1) el laboratorio que produce los medicamentos mantiene una certificación en Buenas Prácticas de Manufactura y tiene validado tanto los procesos de manufactura de cada especialidad farmacéutica, como las metodologías analíticas que se utilizan durante el control de calidad de los diferentes lotes y series de cada medicamento, y 2) haber desarrollado un estudio comparativo de calidad biofarmacéutica, respecto a las características de un producto comparador o referente, que es definido técnicamente por la Autoridad Reguladora de Medicamentos (MINSAL, SERE-

MI e ISP de Chile) y que generalmente corresponde al medicamento innovador que posee estudios clínicos de fase I, II y III que avalan su eficacia y seguridad.

En nuestro país, durante las últimas dos décadas se inició un largo proceso para certificar la calidad biofarmacéutica de los medicamentos de fuentes múltiples, principalmente a través de la exigencia regulatoria de los estudios de bioequivalencia, que refiere a la ausencia de una diferencia significativa en la velocidad y extensión en que el principio activo o la fracción activa de dos productos equivalentes farmacéuticos o alternativas farmacéuticas, está disponible en el sitio de acción cuando se administra en la misma dosis molar, en condiciones similares y a través de un estudio apropiadamente diseñado.

Estos estudios se dividen en tres etapas: clínica, bioanalítica y farmacocinética/estadística y generalmente corresponden a estudios de bioequivalencia promedio de dosis única, que se realizan en personas sanas, utilizando dise-

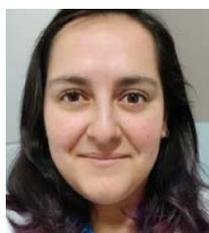


ños aleatorios, cruzados de dos períodos y dos secuencias. Primero se desarrolla un protocolo de investigación, el cual es analizado por un Comité de Evaluación Ético Científico (CEEC), para luego iniciar la etapa de selección de las personas que participarán en el estudio. Durante la etapa clínica se realiza la dosificación de los medicamentos y se procede a obtener una serie de muestras sanguíneas. Posteriormente, en la etapa bioanalítica se obtiene la concentración del fármaco en todas las muestras recolectadas, para avanzar finalmente a la comparación estadística de los parámetros farmacocinéticos concentración máxima ( $C_{m\acute{a}x}$ ) y Área Bajo la Curva (ABC).

Sin embargo, para establecer que dos medicamentos tienen la misma calidad terapéutica, que implica tener la misma eficacia, seguridad y respuesta clínica en una población específica de pacientes, se deberán enfrentar nuevos retos, tales como la implementación de un sistema sanitario moderno que desarrolle estudios de farmacovigilancia activa. También, la revolución del modelado y la simulación computacional abre nuevos desafíos y posibles soluciones en el escenario del estudio de la bioequivalencia de los medicamentos, no sin antes enfrentar a nivel latinoamericano, los nuevos paradigmas de la farmacometría, que comprende el estudio cuantitativo de la respuesta farmacológica a través de la aplicación de modelos matemáticos y estadísticos.



# CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA: CON LA COMUNIDAD Y EL MODELO DE SALUD FAMILIAR



**Q.F. Karla Reyes Kohler**

Capítulo de APS  
Sociedad Chilena de Farmacia Asistencial

[tesorera@schfa.cl](mailto:tesorera@schfa.cl)



Todo profesional de la salud está invitado a incorporar CALIDAD como objetivo primordial y aplicarlo en aspectos cotidianos de su quehacer. En el modelo de Atención Primaria de Salud (APS) esta premisa adquiere un enfoque dinámico y multifactorial tomando en cuenta las necesidades de distintos protagonistas del modelo: “COMUNIDAD”, “AUTORIDADES” y el “PROFESIONAL”, en este caso QUÍMICO FARMACÉUTICO.

El objetivo debe ser crear Calidad con la Comunidad, esto requiere levantar la información, ideas y preocupaciones desde la comunidad, reconociendo los temas de interés desde el entorno, los usuarios, su cultura, costumbre y lenguaje cotidiano; para que los profesionales entreguen sus conocimientos con palabras ajustadas al público objetivo, facilitando la aplicación de los conocimientos desde la experiencia y puedan ejecutar lo aprendido en el día a día, de esta forma, son participantes de su patología y pueden replicar lo aprendido con sus pares.

Así mismo, debe ser considerado importante por las autoridades para que facilite la aplicación de las estrategias, permita su desarrollo y no se desperdicien los esfuerzos realizados por el profesional de salud; un ejemplo de fracaso, fue la elaboración de un proyecto de mutua colaboración para la eliminación de inhaladores vacíos desarrollada entre una comuna y organismo privado, que solo faltó la firma para poder ejecutarla, a pesar de la preocupación de los usuarios en como eliminar los frascos vacíos .

En APS es fundamental el trabajo interdisciplinario, escuchar y colaborar con otros profesionales para desarrollar estrategias adecuadas y adaptadas para la población, con el fin de abordar al individuo con su entorno es necesario interactuar con el medio y los profesionales que forman el equipo desde las diversas perspectivas que cada uno desarrolla en un marco de respeto, colaboración y mutuo entendimiento. De esta forma es posible desarrollar estrategias donde la intervención de cada especiali-



dad es complementaria, ejemplo de esto es la estrategia de abordaje de artrosis leve a moderada desarrollada e implementada en CESFAM Andes de Quinta Normal.

Si bien el plan de calidad nos orienta a cumplir estándares para llevar a nuestros establecimientos a cumplir con el proceso de acreditación, es necesario que las pautas y protocolos que se generen, respondan y se actualicen a las necesidades locales, esto de acuerdo a lo observado en los establecimientos y no esperar la fecha de modificación indicada en los protocolos; así lo hace el CESFAM Barros Luco, quienes debieron ajustar sus indicadores para evaluar la estrategia de preparación de medicamentos a domicilio, que no existía previo a la pandemia, pero observaron los riesgos y desarrollaron una metodología para prevenir errores.

Lo importante es comprender que podemos equivocarnos, pero debemos aprender de los errores y corregirlos; es necesario buscar aliados y compartir las preocupaciones para evaluar los desafíos que se presentan desde distintas perspectivas, y por último, debemos aprender cosas nuevas, no necesariamente de nuestra área, para compartir un lenguaje común con el entorno, los vecinos y compañeros de trabajo.



# OTROS CONGRESOS

## CONFERENCIA PRESENTADA EN EL INTERNATIONAL FORUM, EN EL MARCO DE LA COST ACTION (CA19113) PARA EL ESTUDIO DEL FENÓMENO DE LAS SEGUNDAS VÍCTIMAS QUE LIDERA ERNST (EUROPEAN RESEARCH NETWORK ON SECOND VICTIMS).

CUIDAR A QUIENES CUIDAN: LECCIONES APRENDIDAS TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19  
JUEVES 18 DE MARZO 2021

**ERNST**  
THE EUROPEAN RESEARCH NETWORK ON SECOND VICTIMS  
EUROPEAN RESEARCH NETWORK ON SECOND VICTIMS

**INTERNATIONAL FORUM**

**CUIDAR A QUIENES CUIDAN:  
LECCIONES APRENDIDAS TRAS LA PANDEMIA DE COVID-19**  
*CUIDANDO DOS CUIDADORES:  
LIÇÕES APRENDIDAS DA PANDEMIA COVID-19*

Organizado por el grupo ERNST  
(European Research Network on Second Victims)  
en el marco de la acción COST CA19113  
Organizado pelo grupo ERNST  
(European Research Network on Second Victims)  
no âmbito da acção COST CA19113

**FECHAS PROVISIONALES**  
*FECHAS PROVISIONAIS*  
16, 17 y 18 de Marzo 2021  
16, 17 e 18 de Março de 2021

**TIPO DE ACTIVIDADES**  
Conferencias, talleres y mesas de experiencias  
Conferências, workshops e mesa de experiência.

**PÚBLICO OBJETIVO**  
**PÚBLICO-ALVO**  
Profesionales sanitarios, gestores y directivos de instituciones sanitarias de países de Latinoamérica  
Profissionais de saúde, gestores e directores de instituições de saúde de países de América Latina

**COST**  
European Cooperation in Science and Technology

**CARINGFORCAREGIVERS.COST-ERNST.EU**



# ¿QUÉ ESPERAN Y QUÉ NECESITAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS PARA AFRONTAR EL FENÓMENO DE LA SEGUNDA VÍCTIMA?



**Sakurada A(1); Godorecci G(2); Leal M(2)**

1 Dirección de Calidad Hospital Clínico Universidad de Chile  
2 Departamento de RRHH, programa PASE

[asakurada@hcuch.cl](mailto:asakurada@hcuch.cl)



Desde que el Instituto de Medicina (IOM) publicó “to err is Human”, donde describió cifras alarmantes de muertes por errores asociados a la atención de salud, ha habido inquietud por las primeras víctimas, pero el año 2.000 el Dr. Wu publicó en el British Medical Journal una editorial “el médico que comete un error necesita ayuda también”, acuñando el término de segundas víctimas; posteriormente Rassin lo generalizó al resto del personal de salud.

Los errores en la atención en salud varían en los diferentes estudios, según metodología y según si la atención es abierta/cerrada y complejidad del centro, así como el grado en qué se ven afectados los colaboradores en salud, siendo mayor cuando el daño al paciente es mayor, describiéndose situaciones tan lamentables como abandono de la profesión y suicidio del personal involucrado. La prevalencia de segundas víctimas varía entre el 10.4% hasta cifras tan altas como 46%. Se dice que dentro de la vida laboral el 50% de los sanitarios en algún momento se convertirán en segundas víctimas. Distintos estudios han sido consistentes en la importancia de implementar en los centros de salud estructuras que permitan entregar apoyo oportuno y escalonado según la necesidad a los colaboradores afectados.

La definición entregada por Scott es la siguiente “Profesional Sanitario implicado en un evento adverso inesperado, en un error médico o en una lesión relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el evento. Frecuentemente estos individuos se sienten responsables por el resultado del paciente, sienten que han fallado, cuestionando sus habilidades clínicas y conocimiento de base”, los cuales tienen un impacto personal (físico/psicológico), familiar, laboral, económico y jurídico, que puede ser de corto o largo efecto en la vida laboral del involucrado.

Se ha descrito en la literatura múltiples modelos de apoyo a las segundas víctimas, tales como el grupo del Hospital John Hopkins (RISE), de la Universidad de Missouri (forYou), HARQ (Candor), Grupo de apoyo de segundas y terceras víctimas (España), los que tienen en común el apoyo inicial con grupos organizados y multidisciplinarios, posteriormente y según necesidad de ir escalando en mayor apoyo, la existencia de grupos con mejor formación en entregar soporte o primeros auxilios psicológicos y apoyo de especialistas en salud mental.

Conociendo la importancia del apoyo a las



segundas víctimas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se desarrolló una encuesta el año 2018 para conocer la realidad y conocimiento del personal acerca del tema y se presentó un pre proyecto al equipo directivo del hospital, que también incluía tres etapas para el apoyo a las segundas víctimas; el que lamentablemente no encontró el apoyo para su implementación.

La pandemia de Sars CoV-2, nos trajo una nueva realidad, y es que el personal sanitario se vio impactado por una gran sobrecarga de trabajo, pacientes complejos y alta letalidad; se han definido también como segundas víctimas, ya que comparten mucha de la sintomatología de las segundas víctimas asociadas a eventos adversos y han sido definidos como “Todo profesional sanitario, o de apoyo, implicado en la atención a personas afectadas por COVID-19, que presenta respuestas de estrés agudo al verse sometido de manera continua a una situación extrema provocada por la combinación de una serie de factores críticos, entre los que se encuentran la alarma social, la sobrecarga de los servicios, la escasez de recursos y la evolución tórpida de los pacientes a su cargo”.

Nuestro hospital, no se vio ajeno a esta situación, dentro de las que destacan reducción del número de personal activo, ya que crónicos, embarazadas y personas con algún factor de riesgo fueron enviados a realizar teletrabajo, aumento del número de licencias médicas, ya sea por patología psiquiátrica, contagios o cuarentenas; también se vio afectada por disolución de los equipos de trabajo habituales, por cambio de servicios, cobertura de turnos extras y creación de nuevas unidades donde se dejó personal con y sin experiencia en el área involucrada, lo que causó mayor impacto y sobrecarga laboral en personal con mayor experiencia; trabajar con el temor constante al contagio; desarrollar las actividades con restricción de elementos de protección personal, temor de volver a casa y contagiar a seres queridos, pérdida de redes de apoyo para cuidado de adultos mayores/niños; múltiples cambios en la normativa por tratarse de una patología

nueva; capacitación insuficiente en algunas áreas, entre otras.

Por iniciativa de Recursos Humanos y la Clínica psiquiátrica del hospital se creó en abril del 2020 el Programa de Atención en Salud Emocional (PASE) cuyo objetivo principal fue apoyar a los colaboradores afectados por la pandemia, promoviendo actividades de soporte, tanto desde comunicaciones corporativas con mailing masivos de apoyo y reconocimiento, así como informativos, también actividades grupales e individuales. El PASE incluye 5 etapas: Nivel 1: intervenciones comunicacionales masivas, Nivel 2: Creación de espacios de prevención, donde se creó la sala de autocuidado, que incluye actividades variadas como biomagnetismo, acupuntura, masoterapia, entrenamiento personalizado, compresas húmedo-calientes, espacios de descanso y relajación, acompañamiento psicológico y contención emocional; Nivel 3: Abordaje de acompañamiento grupal por servicios con mayores necesidades de soporte, Nivel 4: Apoyo psicológico individual, Nivel 5: Atención de salud mental especializada. A diciembre del 2020 se habían atendido en total a 2017 funcionarios; 2697 en nivel 2, en el nivel 3, 254 personas en 59 servicios, nivel 4, 131 personas y 82 en el nivel 5.

En suma la situación de las segundas víctimas es un fenómeno mundial, que afecta al personal de salud, tanto ante la ocurrencia de eventos adversos, como con la actual pandemia.

Existe consenso en la importancia de no culpabilizar al profesional de salud involucrado en la ocurrencia de un evento adverso, en la importancia de implementar una cultura organizacional de seguridad del paciente y en transparentar la ocurrencia de errores y reparar el daño al paciente o su familia.

Todas las organizaciones debieran anticiparse y debieran contar con estructuras organizadas para dar soporte a las segundas víctimas, ya que una organización comprometida con la seguridad del paciente, trabaja para evitar la ocurrencia de errores médicos y de esta ma-



nera disminuir la posibilidad de tener segundas víctimas dentro de su personal.

Con respecto a la pandemia, ha sido fundamental el desarrollo de grupos de apoyo al personal sanitario, que ha permitido sobrellevar la carga emocional de la pandemia, que ante sucesivas olas ha sido devastador sobre ellos.

Finalmente ambos grupos de segundas víctimas dentro del personal sanitario, requieren del apoyo de su entorno más cercano, así como el apoyo institucional, de tal manera de sortear el impacto que en ellos provoca y poder reintegrarse de manera segura a desarrollar sus labores asistenciales.

#### Bibliografía

- Brennan T., Leape L., Laird N., et al Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl. Journal of medicine*. Feb 1991. Vol 324 N°6. 370-376.
- Wu A., Medication error. The second victim. *BMJ* Vol 320, March 2000. 726-727.
- Denham Ch. TRUST: The 5 Rights of the Second Victim: *J Patient Saf.* June 2007. Vol 3, N°2. 107-119.
- Waterman A., Garbutt J., Hazel E., et al. The Emotional Impact of Medical Errors on Practicing Physicians in the United States and Canada. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. August 2007. vol 33(8).467-475.
- Estudio de Incidencia de Eventos Adversos Hospital Padre Hurtado. Alarcón C.G. 2008. [https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-5647\\_HPH\\_Estudio.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-5647_HPH_Estudio.pdf)
- Scott SD., Hirschinger LE., Cox K.R. The natural history of recovery for the Healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *Qual Saf Health Care* 2009;18:325-330. doi:10.1136/qshc.2009.032870.
- Aranz JM., Vélez E., Navarro S., Mira J., et al. Segundas Víctimas. Fundación MAPFRE. 2009.
- Edrees H., Paine L., Feroli E., et al. Health care workers as second victims of medical errors. April 2011. *Pol Arch Med Wewn.* 121 (49):101-108.
- Seys D., Wu A., Gerven E., et al. Health Care Professionals as Second Victims after Adverse Event: A Systematic Review. *Evaluation & Health Professions*. Sept 2012. 36(2):135-162.
- Pratt S., Kenney L., Scott S., How to Develop a Second Victim support Program: A toolkit for Health Care Organizations. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*/Joint Commissions Resources. May 2012. Vol 38 N°5.235-240.
- Aranz JM., Mira JJ., Guilabert M., et al. Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre las segundas víctimas. *Trauma Fund Mapfre*. 2013. Vol 24 N°1: 54-60.
- Mira J.J., Lorenzo S., Algo no estamos haciendo bien cuando informamos a los/las pacientes tras un evento adverso. *Gac. Sanit.* 2015; 29(5): 370-374.
- Edrees H., Connors Ch. Paine L., et al. Implementing the RISE second victim support programme at the John Hopkins Hospital: a case study. *BMJ open*. 2016.6:e011708. doi:10.1136/bmjopen-2016-011708.
- Mira J.J., Carillo I., Guilabert M., The Second Victim Phenomenon After a Clinical Error: The Design and Evaluation of a Website to Reduce Caregivers' Emotional Response After a Clinical Error. *J Med Internet Res*. 2017 Jun; 19(6) doi: 10.2196/jmir.7840: 10.2196/jmir.7840.
- Mira J., Ferrus L., Silvestre C., et al Qué, quién, cuándo, dónde y cómo informar a los pacientes tras un evento adverso: un estudio cualitativo. *Enferm clin* 2017; 27(2):87-93.
- Salazar C., Vidal M., Mena S., et al., Segundas Víctimas: Diagnóstico de la situación en el personal de salud ante un evento adverso en un Hospital Universitario chileno. *Rev. Chilena seg. Paciente*. 2020. Vol 3 N°32: 7-24.
- Figueroa R. El impacto psicológico de la pandemia de COVID-19 en el personal de salud: Un panorama preocupante. *Revista De Ciencias Médicas*, 45(3), 3-5. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v45i3.1741>
- Grupo de Investigación en Segundas y Terceras Víctimas. Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. 2015. [www.segundasvictimas.es](http://www.segundasvictimas.es)
- Agency for Healthcare Research and Quality. (AHRQ). Implementation Guide for the CANDOR Process. <https://www.ahrq.gov/patientsafety/capacity/candor/impguide.html>
- Programa RISE. <https://www.hopkinsmedicine.org/news/articles/continued-support-for-the-second-victims>
- Programa For You Team. <https://www.muhealth.org/about-us/quality-care-patient-safety/office-of-clinical-effectiveness/foryou>
- Programa de Atención en Salud Emocional del Hospital Clínico de la U. de Chile PASE. <https://sites.google.com/hcuch.cl/pase/inicio>



## ENTREVISTAS

# 10 PREGUNTAS PARA CARLOS



**Carlos Aceves Gonzalez**

Presidente de la Red Latinoamericana de Ergonomía  
y Factores Humanos en Sistemas de Salud (RELAESA)

[c.aceves@academicos.udg.mx](mailto:c.aceves@academicos.udg.mx)

**relaesa**

Red Latinoamericana de Ergonomía y  
Factores Humanos en Sistemas de Salud



# 1.

## ¿Quién es Carlos? ¿Qué puede usted decir de Carlos?

Iniciaré diciendo que nací en Guadalajara, México, en medio de una familia extraordinaria y con un alto sentido de solidaridad social. Desde ese origen, tengo la convicción profunda de desde donde nos corresponde, debemos trabajar para contribuir para el bienestar propio y de los demás. Mis grandes pasiones son compartir la vida con mi esposa y mis dos hijos; estar cercano a la naturaleza; y por supuesto, la aplicación y desarrollo de la Ergonomía de la mano de mis colegas y amigos.

Mi formación académica inició con la licenciatura en Psicología y una maestría en planeación de la educación superior por la Universidad de Guadalajara. La cual, se complementa con un doctorado en Ergonomía por la Universidad de Loughborough, Inglaterra.

# 2.

## Un breve Curriculum, de su vida laboral. ¿Dónde ha trabajado?

Mi vida laboral ha estado siempre alrededor de la docencia y la investigación. Tuve la fortuna de que mi primer trabajo profesional fue como asistente de investigación en el Centro de Investigaciones en Ergonomía (CIE) de la Universidad de Guadalajara, un trabajo corto, de 10 meses pero que marcaría el futuro de mi vida profesional y académica.

Desde 1998, me he desempeñado en la docencia a nivel de licenciatura y posgrado. En el año 2005 inicié como profesor investigador, y desde 2016 además como director del Centro de Investigaciones en Ergonomía de la Universidad de Guadalajara.

Como parte del trabajo de docencia e investigación realizo actividades en colaboración con universidades y organizaciones de Europa y América Latina. En este momento, mucho de

mi trabajo está ligado a la Red Latinoamericana de Ergonomía y Factores Humanos en Sistemas de Salud (RELAESA), la cual tengo el honor de presidir.

# 3.

## ¿Qué hizo que su mirada profesional se volviera, en especial, hacia el mundo de la Salud? ¿Qué pasó en su trabajo que le hizo sentir que era necesario este cambio? ?

Como parte de mi trabajo de investigación del doctorado, desarrollé un modelo teórico metodológico denominado Diseño de Servicios Inclusivos, que conjunta principios, métodos y técnicas de la Ergonomía y el Diseño Inclusivo y Diseño de Servicios. El desarrollo y aplicación del modelo me ayudó a vislumbrar la complejidad de los sistemas. Inicialmente utilizamos el modelo para estudiar sistemas de transporte, pero la cercanía con el grupo de investigación de Ergonomía y sistemas de salud de la Universidad de Loughborough, en particular con la Profesora Sue Hignett, despertó mi interés por esta área. Así, en 2015 inicié un proyecto de investigación en el que colaboraban el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Universidad de Loughborough y la Universidad de Guadalajara, incluyendo estudiantes de la Maestría en Ergonomía.

Ese proyecto nos permitió avanzar en dos sentidos. Por un lado, nos ayudó a vislumbrar la alta complejidad de los sistemas de salud y la urgente necesidad de la integración de la Ergonomía para ayudar al diseño de servicios de salud más seguros y efectivos. Por otro lado, nos permitió incrementar la colaboración con proyectos de investigación con otras universidades -como la Universidad de Nottingham, Inglaterra- y el Hospital Civil de Guadalajara. Desde entonces, el proceso de aprendizaje ha sido incesante, como lo ha sido el incremento de la demanda de aplicar la disciplina por parte de los profesionales de la salud que comienzan a conocer el potencial de la Ergonomía para la mejora de los sistemas de salud.



## 4.

### ¿Cómo definiría usted a la Ergonomía? ¿Ergonomía es hablar de factores humanos? y ¿Porqué cree que es importante este apoyo y trabajar en ello?

Generalmente me apoyo en la definición que desde el año 2000 utiliza la Asociación Internacional de Ergonomía (IEA por sus siglas en inglés), que sostiene que la Ergonomía (o Factores Humanos) es la disciplina científica encargada de entender las interacciones de las personas con los elementos de un sistema; y la profesión que aplica teorías, principios y métodos al diseño [de los elementos del sistema] para optimizar el bienestar humano y el desempeño del sistema. En otras palabras, la Ergonomía busca entender como interactuamos con los elementos dentro de un sistema, y diseñar a la luz de ese entendimiento a fin de hagamos mejor lo que tenemos que hacer, procurando nuestro bienestar y que los sistemas funcionen mejor.

Las tres características fundamentales de la disciplina son: 1) enfoque de sistemas - desde lo micro como un paciente y la cama de un hospital hasta lo macro como podría ser un hospital completo, o incluso sistemas de salud a nivel nacional o global -; 2) está orientada por y hacia el diseño - de objetos desde una jeringa o una mascarilla, diseño de una tarea, un puesto de trabajo, el ambiente físico hasta elementos de la cultura de una organización -; 3) al diseñar lo elementos del sistema teniendo en cuenta las características, capacidades y limitaciones humanas, la ergonomía tiene el potencial de obtener como resultado el bienestar humano - pacientes, familiares y todo el personal de salud - y un mejor desempeño de los sistemas - calidad, eficacia, seguridad, sostenibilidad entre otros -.

Interesante la pregunta sobre si Ergonomía es hablar de factores humanos. De hecho, se puede notar en la definición de la IEA que a la disciplina también se le conoce como Factores Humanos. Hoy en día en la literatura inter-

nacional se usan como términos intercambiables y comúnmente los podemos encontrar como Ergonomía/Factores Humanos (E/FH). Sin embargo, es importante aclarar que nos referimos a la disciplina científica que considera los factores humanos - físicos, cognitivos y organizacionales/sociales - para el diseño de sistemas más seguros y resilientes. Contrario a lo que a menudo escuchamos cuando se afirma que los incidentes de seguridad se deben al factor humano. La idea desde la Ergonomía es el diseño de un sistema que ayude a las personas a hacer las cosas de manera correcta e impida hacerlas de manera incorrecta.

## 5.

### ¿Qué lo ha impulsado a liderar RELAESA? ¿Qué es esta organización y cuáles son sus objetivos?

Hay dos razones principales que me han impulsado y me siguen impulsando todos los días para continuar con el trabajo de RELAESA. Sin duda, la más importante es la enorme necesidad de integrar la E/FH en los sistemas de salud en América Latina. Hoy podemos afirmar que esa necesidad es mayor en países de medio y bajo ingreso que en países de alto ingreso, dadas las tremendas asimetrías en materia de recursos humanos y económicos, pero también por el escaso avance de la integración de la Ergonomía en este sector en nuestro contexto. Debido a ello, podemos identificar y enumerar una cantidad de problemas desde acceso a los servicios de salud, calidad en la atención, así como en la seguridad del paciente, mismos que la Ergonomía podría contribuir en su mejora.

La otra razón, que también es muy importante, es la energía que me transmiten todas y todos quienes integran RELAESA. Son un grupo de personas increíbles, altamente comprometidos con el bienestar de los trabajadores de la salud y la seguridad del paciente, y con la firme convicción de que la E/FH puede ayudar a marcar esa diferencia.



Relaesa es la Red Latinoamericana de Ergonomía y Factores Humanos en Sistemas de Salud. Desde su fundación, en noviembre de 2019, ha tenido como misión promover la integración de la E/FH en los sistemas de salud en América Latina para optimizar la seguridad del paciente, el bienestar de los trabajadores de la salud y mejorar el funcionamiento de dichos sistemas. A través de acciones de difusión, generación de conocimiento y formación de recursos humanos buscamos construir una comunidad de práctica formada entre especialistas en E/FH y los diversos profesionales y personal de la salud. Hoy en día contamos con más de 45 miembros que representan 25 organizaciones de siete países; y el interés de participar sigue creciendo.

Me gustaría mencionar que recientemente se ha reconocido el trabajo de los miembros de RELAESA, al haber sido nominados y obtener la distinción de “altamente elogiado” por parte del Chartered Institute of Ergonomics and Human Factors (CIEHF) del Reino Unido, dentro de la categoría “President’s award” que reconoce a las organizaciones y equipos que han realizado contribuciones significativas para incorporar nuestra disciplina en nuevas áreas.

## 6.

### ¿Por qué a los tomadores de decisiones de las organizaciones en salud “la ergonomía” les debería importar?

Cada vez existe un mayor reconocimiento sobre la importancia de utilizar la E/FH para mejorar la calidad (eficacia, experiencia y seguridad) en el cuidado de la salud. Toda persona, tanto los encargados de tomar decisiones como aquellos a cargo de ejecutarlas, les debería importar el conocimiento y aplicación de esta disciplina puesto que puede contribuir significativamente a todos los esfuerzos que ya se aplican en estos momentos para lograr los resultados esperados.

Debo comentar con gran alegría que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente 2021-2030, ha colocado a la E/FH como una de las estrategias para contar con organizaciones de salud resilientes y altamente confiables.

## 7.

### ¿El foco de la ergonomía debe estar puesto en la Salud de Trabajador y desde allí en la Seguridad del Paciente? ¿o el foco va sobre el paciente? ¿cómo sería esto?

Esta es una pregunta sumamente interesante. Durante mucho tiempo se han tratado como dos temas distintos, por un lado, desde la salud ocupacional se ha puesto atención en la salud de los trabajadores, pero como si estuviera desconectado del funcionamiento de los sistemas. Por otro lado, el discurso y los documentos sobre seguridad del paciente parece que por mucho tiempo no consideraban la salud de los trabajadores. Sin embargo, la pandemia por la COVID-19 ha ayudado a entenderlo de forma distinta. Ahora podemos leer en el plan de seguridad del paciente de la OMS una preocupación explícita por la seguridad física y psicológica de los trabajadores de la salud a fin de garantizar la seguridad del paciente.

Desde el punto de vista de la Ergonomía, el interés está puesto en el bienestar de todas y todos quienes participan en los sistemas de salud, léase pacientes, familiares, personal clínico, administrativo y operativo de los servicios de salud, por mencionar algunos. Debemos entender que para obtener los resultados esperados se debe en primera instancia cambiar/mejorar las condiciones en la cuales se trabaja o se recibe el cuidado a la salud.



## 8.

### **¿Cree usted que es posible modificar Culturas en las organizaciones de salud? ¿Cuáles son los cambios que habría que realizar dentro de un establecimiento de salud para instalar una política de salud orientada a la Seguridad y a la Ergonomía?**

Definitivamente sí! Por supuesto que no es un asunto fácil o que pueda resolverse de inmediato, debido a que implica cambios en dos niveles a fin de lograr una mejora sostenible. Primero, se requiere un cambio en la mentalidad del equipo de trabajo, y segundo en las acciones que se realizan para ser consecuentes.

Por ejemplo, en términos de cultura de seguridad tendríamos que pasar de medir la seguridad a partir de los resultados no deseados, a poner más atención en entender qué es lo que hacemos a diario que ayuda a que las cosas vayan bien. Eso nos ayudaría a comprender lo que se hace bien y potencialmente aprender a identificar riesgos potenciales de que algo pueda salir de manera inesperada. Además, se tiene que pasar de entender los incidentes de seguridad como resultado de una causa raíz - normalmente asociado al factor humano - a una visión integral que entienda que los incidentes ocurren dado una serie de causas asociadas al diseño de los diversos elementos del sistema - tareas, equipos y tecnología, ambiente físico, cultura de la organización -. Sin duda, también debemos cambiar la mentalidad de que para mejorar la salud del paciente se debe comprometer la del personal que lo atiende.

La OMS, en su plan de acción 2021-2030, establece una serie de acciones dirigidas a la integración de la E/FH, mismas a ser desarrolladas por gobiernos, instituciones de salud, universidades y otros grupos de interés. Les recomiendo mucho esa lectura.

.....

## 9.

### **Su consejo a los profesionales más jóvenes.**

Les invito obstinadamente a leer, informarse y formarse en Ergonomía y Factores Humanos. Ustedes serán quienes van a experimentar la integración de esta disciplina a su práctica clínica en los siguientes años.

## 10.

### **Su consejo a los formadores.**

Ligada a la pregunta anterior, desde 2011, la OMS publicó la Guía para el Currículo de la Seguridad del Paciente. El documento establece que todo profesional de la salud en formación debería tener estos conocimientos y entrenamiento en materia de seguridad del paciente. Justo el segundo tema de la guía trata sobre la importancia de la E/FH en la seguridad del paciente.

Esto también se reitera en el Plan de Acción Global 2021, donde la OMS señala como una acción a desarrollar por las organizaciones de salud el proporcionar a todo su personal, formación sobre Ergonomía.

Por ende, puedo afirmar que todos los profesionales de la salud en formación y en el ejercicio de la profesión deberíamos sumarnos para el logro de estas acciones y, en consecuencia, para procurar nuestro propio bienestar y el de todos con y por quienes trabajamos.

### **PD.: ¿Algo más que agregar? Recomendaciones y Sugerencias.**

Les invito a sumarse como embajadores de la Ergonomía/Factores Humanos en sus espacios educativos o laborales.

Agradezco el trabajo y la energía de mis compañeros de RELAESA y felicito a la Fundación para la Seguridad del Paciente - Chile por todo el trabajo que realizan.



## REVISTA DE REVISTAS

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

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

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

[revista@fspchile.org](mailto:revista@fspchile.org)



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

**Carlos Aceves-González<sup>1</sup>, Yordán Rodríguez<sup>2</sup>, Carlos Manuel Escobar-Galindo<sup>3</sup>, Elizabeth Pérez<sup>4</sup>, Beatriz Gutierrez-Moreno<sup>5</sup>, Sue Hignett<sup>6</sup> And Alexandra Rosewall Lang<sup>7</sup>**

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

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

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

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

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

### Antecedentes:

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

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

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

### Métodos:

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

### Resultados:

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

### Conclusión:

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

### Palabras clave:

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



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

Peter D Hibbert<sup>1, 2, 3</sup>, William B Runciman<sup>1, 2, 3</sup>, Andrew Carson-Stevens<sup>4</sup>, Peter Lachman<sup>5</sup>, Gavin Wheaton<sup>6</sup>, Andrew R Hallahan<sup>7</sup>, Adam Jaffe<sup>8, 9</sup>, Les White<sup>1, 8</sup>, Stephen Muething<sup>10</sup>, Louise K Wiles<sup>1, 2, 3</sup>, Charlotte J Molloy<sup>1, 2, 3</sup>, Anita Deakin<sup>3</sup>, Jeffrey Braithwaite<sup>1</sup>

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

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

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

Journal of Patient Safety and Risk Management

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

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

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

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

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

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

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

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



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

Oluwafemi P Owodunni<sup>1\*</sup>, Brandyn D Lau<sup>2, 3, 4, 5\*</sup>, Dauryne L Shaffer<sup>1, 6</sup>, Danielle McQuigg<sup>7</sup>, Deborah Samuel<sup>7</sup>, Mindy Kantsiper<sup>7</sup>, James E Harris, Jr<sup>7</sup>, Deborah B Hobson<sup>1, 4, 6</sup>, Peggy S Kraus<sup>8</sup>, Kristen LW Webster<sup>9</sup>, Christine G Holzmüller<sup>1, 4</sup>, Mujan Varasteh Kia<sup>1</sup>, Michael B Streiff<sup>4, 10</sup>, Elliott R Haut<sup>1, 4, 5, 11, 12</sup>

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

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

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

Journal of Patient Safety and Risk Management

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

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

Article first published online: November 4, 2020;

Issue published: February 1, 2021

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

## EXPOSICIONES: INTUBACIÓN TRAQUEAL.

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

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

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



## FINAL DRAFT GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021-2030

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## CALENDARIO

**PROGRAMACIÓN ZOOM 17 A LAS 7 PM  
HORA DE CHILE, FUNDACIÓN PARA  
LA SEGURIDAD DEL PACIENTE,  
SIEMPRE EN EL CAMINO AL DÍA  
INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD  
DEL PACIENTE OMS.**

**¡Nos encontramos  
todos los días 17 a las 7!**

45 minutos en Seguridad del Paciente

# ZOOM

17 de AGOSTO a las 7 PM hora de Chile

Inscríbete sin costo en: [www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)



### 17 de Agosto

#### **Tema: Cuidados Dignos y la Seguridad del Paciente**

Dra. Ana Urrutia B.

*Fundación Cuidados Dignos / ESPAÑA*

*Creadora de Libera Care / Modelo de atención  
Centrado en la persona sin sujeciones.*

Srta. Romina Rioja P.

*Unidad de Desarrollo, Analisis y Evaluación de  
Programas Servicio Nacional del Adulto Mayor  
- Chile*

### 17 de Septiembre

#### **Tema: Resultados Concurso de Videos: La Comunicación y la Seguridad del Paciente en 40 segundos.**

Relator: DIRECTORIO FSP CHILE

### 17 de Octubre

#### **Tema: Factores Humanos en la Seguridad Del Paciente**

Stephan Jarpa / Chile

*Carlos Aceves-González / Red Latinoamericana  
de Ergonomía y Factores Humanos en Sistemas  
de Salud / RELAESA / México*

*Ángela Caro / RELAESA / Colombia*

*Fabián Vitolo / Fundación ITAES / Argentina*

*Jeisy Cofre Figueroa / Sociedad Chilena de  
Ergonomía / SOCHERGO / Chile*

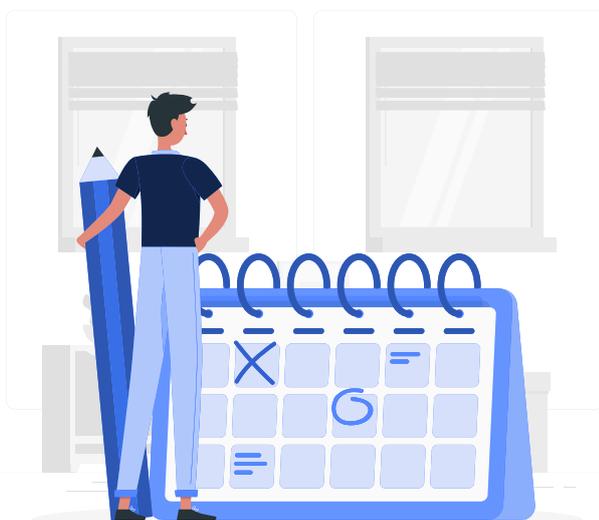
### 17 de Noviembre

#### **Tema: Escuela para Pacientes y su Seguridad**

Emilia Arrighi / Dirección General en

*Universidad del Paciente y la Familia / España*

*Patricio Espínola / Fundación Encuentros  
Alzheimer y Trastornos Neurocognitivos*





## ¿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



## 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](http://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 relacionada 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



# FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)

Somos una organización sin fines de lucro, que centra su hacer en generar espacios de colaboración y crecimiento para que los 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](mailto:contacto@fspchile.org)  
[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)