



REVISTA CHILENA DE
**SEGURIDAD
DEL PACIENTE**

VOLUMEN 1 - NÚMERO 1 - AÑO 2018 - ISSN 2452-4468

DIPLOMADO SEGURIDAD DEL PACIENTE

VALOR: \$650.000



100%
ONLINE



160
HORAS



INICIO
A ELECCIÓN
DEL ALUMNO

DIPLOMADO GESTIÓN RIESGOS DE SALUD

VALOR: \$650.000



100%
ONLINE



170
HORAS



INICIO
A ELECCIÓN
DEL ALUMNO

TALLERES PRESENCIALES

- INVESTIGACIÓN INCIDENTES EN SEGURIDAD
PROTOCOLO DE LONDRES
- GESTIÓN DE RIESGOS EN SALUD



100%
PRESENCIAL



PERSONALIZADO
SEGÚN SU NECESIDAD

INSCRIPCIÓN EN: educacion@fspchile.org

CERTIFICA:



FUNDACIÓN PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE
www.fspchile.org



SUMARIO

PRÓLOGO	PÁG.4
EDITORIAL	PÁG.5
SEGURIDAD DEL PACIENTE. ESTADO ACTUAL Dr. Fabián Vittolo	PÁG.6
SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA JUSTA DE SEGURIDAD Dr. Cristian Rocco	PÁG.18
EL LIDERAZGO: UNA CUESTIÓN DE EXCELENCIA INDIVIDUAL Y DE ÉTICA PERSONAL. LOS 5 ERRORES MÁS GRAVES EN LA GESTIÓN DE UN LÍDER Jorge Urrutia	PÁG.28
LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A LA CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA EN UN HOSPITAL. M. Ricardo Mateo Dueñas - Carmen Mateo Moratinos	PÁG.32
SEGURIDAD EN EL PROCESO QUIRURGICO EU Maritza Fuenzalida Mendez	PÁG.36
SEGURIDAD II (SAFETY II) Y RESILIENCIA: EL CAMINO A SEGUIR EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ANESTESIOLOGÍA. Resumen y comentarios Dr. Cristian Rocco - Dr. Daniel Arnal V.	PÁG.42
OCHO HISTORIAS	PÁG.46
TRABAJOS/CONTRIBUCIONES PRESENTADAS A CONGRESOS	PÁG.54
DESAFÍO 50 PALABRAS	PÁG.62
JORNADAS, CURSOS Y CONGRESOS 2019	PÁG.66
NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP	PÁG.70

EDITOR Y REPRESENTANTE LEGAL FSP CHILE

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Luis López Valenzuela

Ing. Com. Mg. SP Paola Martínez Osorio

Mg. en Bioética Gladys Osorio Uribe

EU Yasna Oppliger Negrón

QF Mariela Valenzuela Guajardo

QF Sergio Hernández Muñoz

TM Adriana Van Weezel Herrera

TM Valeska Abarca Arce

Kinesiólogo Gonzalo Hormazabal Rioseco

Matrona María Angélica Cifuentes Canales

Nutricionista Pamela Herrera González

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL

NIMBO DISEÑO

(5411) 6041-3930

www.nimbodg.com.ar

hola@nimbodg.com.ar



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 1
ISSN 2452-4468

NÚMERO 1

AÑO 2018

PROLOGO

Buenos Aires, 20 de octubre.

Estimados lectores:

Cuando los directores de la Fundación para la Seguridad del Paciente compartieron conmigo su decisión de lanzar una publicación regular en esta disciplina para Latinoamérica me quedé sorprendido (aunque no debiera haber sido el caso) por su entusiasmo ante una tarea tan desafiante. Esta organización siempre se ha caracterizado por incursionar en nuevos caminos e innovar permanentemente en la búsqueda de llegar a más interesados, con el fin de que su misión sea cumplida. Este es un nuevo ejemplo de esa vocación.

Ahora depende de ellos y de nosotros. Apoyar la difusión de información e instrumentos que contribuyan a la seguridad del paciente en la región es vital para poder continuar con el largo camino que tenemos por delante. Investigación original, perspectivas, novedades y otra información relevante será de sumo interés y una gran contribución para nuestros países. Es necesario que sigamos proclamando en Latinoamérica lo que otras áreas del mundo ya han incorporado a sus legislaciones, regulaciones y más importante aún, a sus culturas: tenemos que brindar cuidados seguros y de alta calidad a nuestros ciudadanos.

Celebro este emprendimiento y desde el Foro Colaborativo de Calidad y Seguridad en Salud intentaremos contribuir con experiencias de la región para interesarlos y hacer crecer esta iniciativa.

Felicitaciones nuevamente a sus impulsores y les recomiendo que sean persistentes. La actividad editorial es como la seguridad del paciente, nunca termina. Siempre hay que hacer más y más para lograr los objetivos que todos perseguimos en pos del sistema de salud.

Un fuerte abrazo y la mejor de las suertes.

Dr. Ezequiel Garcia Elorrio

Instituto de Efectividad Clínica
y Sanitaria.

@egarciaelorrio



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 1
ISSN 2452-4468

NÚMERO 1

AÑO 2018

EDITORIAL

Estimados Amigos:

Como Presidente del Directorio de la Fundación para la Seguridad del Paciente Chile, doy la bienvenida a este primer número de la Revista, la cual espero contribuya y sea un aporte al desarrollo, crecimiento y conocimiento para todos los profesionales de la salud, así como también un espacio de actualización y comunicación de los procesos para una atención más segura.

La Misión de la Revista es difundir el conocimiento y compartir los avances en las prácticas clínicas, que nos permitan otorgar cuidados seguros y de calidad, en todos los ámbitos del hacer en salud, desde la alta complejidad hasta atención domiciliaria.

El propósito de la Revista es permitir el acceso al mayor número de profesionales de los diferentes Prestadores de Salud, y llegar hasta los lugares más apartados, promoviendo la seguridad en la atención.

La Visión de la Revista es permitirnos soñar en un futuro, en que el acceso al conocimiento disminuya los eventos adversos, que se sabe empañan los cuidados que los profesionales otorgan con la mejor de sus intenciones, asegurando calidad en la atención, tanto al usuario, su familia, así como también para los usuarios internos que también sufren los efectos que provoca un incidente de seguridad. Creemos que debemos cuidar a los pacientes y también cuidar a los que cuidan de ellos.

En todo el mundo, la prestación de atención sanitaria se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad y lo más importante es tomar medidas para corregir los problemas que contribuyen a la atención no segura.

Los insto a colaborar con un granito de arena, para la Seguridad de los Pacientes, la Revista deja las puertas abiertas a todos quienes quieran colaborar con sus aportes, investigaciones, revisiones bibliográficas, avances en seguridad, experiencias exitosas, etc.

Por ello y mucho más te invitamos a formar parte de nuestra acción: Trabajar por la Seguridad del Paciente.

“Cada día una acción, solo una acción en Seguridad del Paciente”.

Finalmente, agradecer a cada uno de los miembros de nuestro comité científico, profesionales de la salud de nuestro país, de destacada e impecable trayectoria en su hacer profesional y que han estado desde los inicios de FSP Chile, por su deseo de estar y sumar en esta iniciativa.

Esperamos sus contribuciones, ayudanos a difundir. Ayudanos a crecer.

Saludos fraternos

Dr. Hugo Guajardo Guzmán
Presidente del Directorio

Chillan, Diciembre del 2018



SEGURIDAD DEL PACIENTE. ESTADO ACTUAL

Buenas intenciones, pobres resultados



Dr. Fabián Vitolo - NOBLE Compañía de Seguros

Gerente Relaciones Institucionales y Servicios Médicos
NOBLE Cía de Seguros - Argentina
Fabian.Vitolo@nobleseguros.com

[linkedin.com/in/fabián-vitolo-087014170](https://www.linkedin.com/in/fabián-vitolo-087014170)

Nota del Editor:

Se reproduce con expresa autorización de su autor y de NOBLE CIA. DE SEGUROS

NOBLE COMPAÑIA DE SEGUROS
Sarmiento 539 Piso 8° - 10°
(C1041AAK) Buenos Aires
<http://www.nobleseguros.com/>



Han pasado 22 años desde que investigadores de la Escuela de Salud Pública de Harvard publicaran el primer estudio científico acerca de la incidencia de eventos adversos y negligencias en pacientes hospitalizados. El Harvard Medical Practice Study ⁽¹⁾ reveló que 4 de cada 100 pacientes internados sufrirían daños a consecuencia del accionar médico (eventos adversos), y que la mitad de los mismos podrían haber sido prevenidos. El trabajo fue la piedra angular sobre la cual se basaron otros estudios realizados en distintos países que confirmaron esta realidad. Entre el 4% y el 13% de los pacientes internados, según distintas estadísticas, sufrirían eventos adversos vinculados con su internación.⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾

Un porcentaje no despreciable de estos daños son graves y pueden evitarse, muchas veces con medidas simples, hasta en el 50% de los casos. Los trabajos en el ámbito ambulatorio son más escasos, pero también muestran márgenes de error importantes.

En otro hito, el Institute of Medicine de los Estados Unidos publicó hace ya 14 años el informe “Errar es Humano”, según el cual morirían a causa de errores médicos evitables entre 44 mil y 98 mil norteamericanos.⁽¹⁰⁾ Estas revelaciones pioneras pusieron en el centro de la escena el problema y gatillaron una multiplicidad de acciones tendientes a revertirlo en todo el mundo. A lo largo de estos 20 años se viene acumulando conocimiento sobre cuáles son las mejores prácticas para aumentar la seguridad de la atención. Sin embargo, después de todo este tiempo y esfuerzo es muy poco lo que hemos mejorado y sólo unos pocos hospitales de avanzada pueden demostrar la adherencia y compromiso con medidas de se-

guridad básicas. Creemos entonces oportuno, luego de enumerar todo lo que se ha hecho a lo largo de estos años, reflexionar acerca de su impacto real en la práctica de todos los días y preguntarnos por qué no hemos podido avanzar más rápido. Sólo así se podrán diseñar soluciones efectivas.

¿20 AÑOS NO ES NADA?

Repasemos algo de todo lo que se ha hecho hasta hoy desde la publicación de los trabajos mencionados:

- Varios países realizaron estudios nacionales para tratar de determinar la incidencia de eventos adversos en sus hospitales: Australia, 1994 (13%); Reino Unido, 2000 (11%); Nueva Zelanda, 2001 (13%); Dinamarca, 2001 (9%); Canadá, 2004 (7,5%), España, 2006 – Estudio ENEAS- 9,3%; Latinoamérica, Cinco países - incluyendo Argentina- 2010. Estudio IBEAS, (12%) . (Ver Referencias bibliográficas 2 a 9)
- Desde la Universidad de Manchester, James Reason, especialista en psicología cognitiva, nos brindó la base teórica que permitió comprender mejor por qué ocurren los accidentes médicos, inmortalizada en el “Esquema del Queso Suizo”. ⁽¹¹⁾ Los seres humanos somos muy falibles y confiamos en funciones cognitivas débiles, como la atención y la memoria. La mayoría de los errores “activos” resultan de condiciones “latentes “en el sistema”(diseño de procesos, condiciones de trabajo, etc.). Las barreras defensivas que interponemos entre el peligro y el paciente son muy vulnerables.
- Se desarrollaron, inspirándose en otras dis-

ciplinas como la aeronáutica y la ingeniería nuclear, sistemas de reporte de incidentes y herramientas analíticas que permitieran una mejor comprensión de los errores médicos (análisis de causa raíz, análisis de modos de falla y efectos, matrices de riesgo, etc.). (12)(13)

(14)(15)

- Se crearon asociaciones nacionales específicamente dedicadas a la seguridad del paciente (EE.UU, Reino Unido, Canadá, Australia) (16)

- Aparecieron importantes ONG' s abocadas a la investigación en calidad y seguridad del paciente, entre otras el Institute for Healthcare Improvement (IHI), National Quality Forum (NQF). Las que ya se dedicaban a Calidad, incorporan el tema de seguridad como una de sus prioridades. (17)

- Comenzó la publicación de revistas científicas especialmente dedicadas a este tema. Como ejemplos vale citar: BMJ on Quality and Safety, Journal of Patient Safety, The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, etc.

- Se creó la figura del Comité de Seguridad de los Pacientes en varios hospitales. Los planes de seguridad comenzaron a ser un requisito para acreditar instituciones.

- Se definieron las mejores prácticas de seguridad (ej: National Quality Forum, en el año 2003, con actualizaciones periódicas) (18) y la Joint Commission estableció en 2002 objetivos de seguridad concretos para los distintos ámbitos de atención que se actualizan anualmente.(JCAHO National Safety Goals).(19)

- Desde la OMS (2007), se aportaron algunas posibles soluciones para la seguridad de los pacientes y se definieron prioridades: medicamentos de aspecto o nombres parecidos, identificación de pacientes, comunicación durante los trasposos, realización del procedimiento correcto en el lugar del cuerpo correcto, control de soluciones concentradas de electrolitos, evitar los errores de conexión de catéteres y tubos, evitar errores de medicación, higiene de manos para prevenir infecciones, etc.(20)

- Se desarrollaron con fines de benchmarking indicadores específicos de seguridad del paciente (AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality 2011) (21) y se refinaron algunas herramientas para identificar errores a partir de las historias clínicas ("Trigger Tools", IHI 2003) (22)

- Se creó la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente (2004) y desde allí se lanzaron importantes campañas de seguridad como "Manos limpias Salvan Vidas" y "Cirugía Segura Salva Vidas". A partir de esta última iniciativa se desarrolló el listado de verificación de seguridad en la cirugía, que demostró reducir un tercio la morbilidad del paciente quirúrgico. (23)



EFFECTOS CONCRETOS

Pese a todos estos esfuerzos, no parece haber grandes progresos. En el año 2010, investigadores de Harvard publicaron un estudio retrospectivo sobre la tasa de eventos adversos en 10 hospitales de Carolina del Norte a lo largo de cinco años, entre 2002 y 2007.⁽²⁴⁾ La elección de dicho estado no fue casual: los hospitales de Carolina del Norte habían demostrado un compromiso mayor que otros estados en los esfuerzos para mejorar la seguridad de los pacientes. El 96% de las instituciones de Carolina del Norte se encontraban enroladas en campañas nacionales de seguridad, en comparación con un promedio de 78% de otros estados. A priori, se esperaba una tasa menor de daños que la media nacional. Revisores entrenados en la utilización de “Trigger Tools” analizaron 2341 historias de internación. El Global Trigger Tool (GTT) es una herramienta que permite identificar errores a partir de indicios que aparecen en las historias clínicas (ej: naloxona, para revertir una depresión respiratoria, pedidos de radiografías que no se condicen con el diagnóstico -para identificar caídas- etc.). Tiene la ventaja de no depender del reporte individual. Los resultados del “mejor alum-



no” fueron pobres: el 18% de los pacientes fue dañado y el 2,4% falleció a consecuencia de eventos adversos. El 63% de los daños fue considerado por los expertos prevenible. Los autores concluyen que el daño evitable sigue siendo común y que hay pocas evidencias de mejoras significativas, necesiéndose redoblar los esfuerzos para incorporar intervenciones de seguridad efectivas en la rutina de todos los días.

En septiembre de este año 2013, John James publica una nueva estimación basada en la evidencia del daño asociado a la atención hospitalaria.⁽²⁵⁾ El objetivo era saber si la clásica cifra publicada en el informe “Errar es Humano” de 44 mil a 98 mil muertes anuales

en los EE.UU por eventos adversos se había modificado a lo largo de estas últimas décadas (aquel informe se hizo con datos de la década del '80). Para ello revisó los principales estudios publicados entre los años 2008 y 2011. Todos estos utilizaron el Global Trigger Tool (GTT) como herramienta de identificación. Probablemente por este mayor refinamiento en el instrumento de identificación, los resultados fueron aún más alarmantes que los de aquel primer informe. El autor calcula en su país un mínimo de 210.000 muertes por año asociadas a daños preve-

nibles en hospitales. Dadas las limitaciones en la capacidad de búsqueda del GTT y las deficiencias de la documentación, de la cual el GTT depende, el autor estimó el número real de muertes prematuras asociadas a daños prevenibles en más de 400.000 por año. Los daños serios serían entre 10 y 20 veces más comunes que el daño letal.

En el ámbito quirúrgico, el panorama tampoco es alentador. Pese a que se conocen desde hace muchos años las mejores prácticas para evitar eventos adversos tales como errores de lado, de paciente u oblitos (protocolo universal, listado de verificación de seguridad de la cirugía, etc.), los “accidentes” de este tipo continúan apareciendo con una frecuencia elevada. W. Mehtsun, del Departamento de Cirugía del Hospital John Hopkins estima, a partir de la revisión de juicios por mala praxis a cirujanos, que se producirían más de 4.000 eventos de este tipo por año en los Estados Unidos... (26)

En el estudio más reciente sobre el peso global de la atención médica insegura, Ashish H Jha, de la Escuela de Salud Pública de Harvard e Itziar Larizgoitia, de la Organización Mundial de la Salud, utilizando un abordaje conservador, llegan a la estimación de que la atención médica insegura produce a nivel global 43 millones de injurias por año y cerca de 23 millones de DALYs perdidos a consecuencia de estos daños.(27) Los DALYs (disability-adjusted life years) son indicadores que se utilizan para medir la carga de una enfermedad. Combinan los años potenciales de vida perdidos más los años vividos con discapacidad. Dos tercios de estos eventos adversos se producen en países de bajos y medianos recursos. Cuando compa-

ran la carga de los eventos adversos estudiados (limitados sólo a 7 categorías) con otras condiciones tales como la enfermedad cardiovascular, llegan a la conclusión de que el daño médico se ubica en el puesto n° 20 dentro de las principales causas de morbilidad de la población mundial. Concluyen que si bien el sufrimiento relacionado con la falta de acceso a la atención continúa siendo un problema en muchos países, resulta también crítico evaluar la calidad y seguridad de la atención brindada una vez que la persona accede al sistema. Si bien se deben refinar estos datos, los hallazgos deberían ser un llamado a la acción para quienes definen las políticas de salud, haciendo de la seguridad de los pacientes una prioridad internacional.

DEL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN. ¿POR QUÉ CUESTA AVANZAR?

- FALTA DE RECONOCIMIENTO DE LA INSEGURIDAD COMO UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

A pesar de la publicación de varios trabajos sobre el peso humano y económico de los eventos adversos, la seguridad de los pacientes no termina de ser reconocida como un problema de salud pública, sobre todo en países en desarrollo que afirman tener otras prioridades en la agenda. La mayoría de los esfuerzos para mejorar la salud de la población global se han focalizado en mejorar la prevención y tratamiento de enfermedades con significativa morbilidad, buscando mejorar el acceso a terapias que permiten salvar vidas en todo el mundo. Estos esfuerzos han comenzado a dar frutos, con mayor acceso a drogas antimalaria y antirretrovirales (para pacientes



HIV), por ejemplo. Sin embargo, los eventos adversos evitables no terminan de ser reconocidos como una verdadera “pandemia”. Muchos sanitaristas consideran a la seguridad de los pacientes como un tema de países de altos ingresos y con recursos, en donde la mayoría de la población tiene acceso básico a la salud. Sin embargo, sería en los países pobres donde más gente muere o es dañada por errores una vez que accede al sistema. A su vez, estos errores en la atención generan en países de bajos recursos desconfianza en el sistema, alejando a las personas y transformándose en una barrera más para el acceso. Un verdadero círculo vicioso.

- CARENCIA DE DATOS Y DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Otro factor que dificulta el progreso es la carencia de datos y de vigilancia epidemiológica. Las evidencias son todavía muy recientes y en su mayoría se encuentran limitadas a ciertas condiciones en pacientes internados, sin mayores datos en el ámbito ambulatorio. Las mejoras de las últimas décadas en la morbilidad materno-infantil se debieron en gran parte a que la mayoría de las naciones deben reportar sus indicadores y resultados. Tal vigilancia hace falta también en otros ámbitos de atención (cirugía, anestesia, emergencias, etc.).

- FRACASO EN LA APLICACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS TÉCNICOS EXISTENTES

Por otra parte, la mayoría del personal sanitario considera que hace las cosas bien pero no las hace. Se fracasa sistemáticamente en la aplicación de los conocimientos técnicos existentes. Pese a que se sabe desde hace años que el antibiótico profiláctico administrado

dentro de la hora de la incisión de piel disminuye a la mitad la infección del sitio quirúrgico,⁽²⁸⁾⁽²⁹⁾ continúa observándose una coordinación inconsistente de esta profilaxis.⁽³⁰⁾ Las operaciones del paciente incorrecto en el sitio incorrecto persisten a pesar de la alta publicidad de tales acontecimientos ^{(26) (31)} y las complicaciones anestésicas son 100- 1000 veces más altas en los países que no adhieren a los estándares de supervisión.⁽³²⁾ La lista de medidas simples y efectivas para prevenir daños que no se cumplen podría ocupar varios tomos: lavado de manos, identificación de pacientes, manejo de medicación de alto riesgo, medidas para prevenir caídas, paquetes de medidas para prevenir infecciones de catéter y neumonías en UTI, etc... Evidentemente se está fallando no sólo en la transmisión del conocimiento dentro de las organizaciones, sino también en la transformación de dicha información en acciones efectivas.

- BARRERAS CULTURALES

Persisten todavía numerosas barreras culturales que no terminan de derribarse. Una de las principales es la *falta de liderazgo y compromiso* con este problema de quienes tienen la responsabilidad de llevar adelante las organizaciones de salud. Todavía se privilegia en muchos lados la productividad por sobre la seguridad y hay resistencia para invertir en los recursos humanos y económicos que se necesitan para avanzar en la seguridad de los pacientes. Por otra parte, los problemas de fondo continúan sin resolverse. Mientras no se aborden seriamente las condiciones de trabajo, la capacitación, los procesos y el diseño y mantenimiento de equipos es poco lo que se podrá avanzar.

Otra gran barrera cultural es el *escepticismo* de quienes deben implementar las medidas de seguridad. La mayoría de los médicos no creen en la magnitud del problema. Al manejarse con pequeños números, los resultados de las investigaciones realizadas a gran escala no se condicen con su experiencia personal. A esto se suma que por defecto de formación la mayoría de los médicos son *individualistas*, con poco entrenamiento en comunicación y trabajo en equipo. Para muchos profesionales, la seguridad de los pacientes depende más de la excelencia individual que de la armonía dinámica de los distintos actores que participan de una atención cada vez más fragmentada. El concepto de fallas de sistemas aparece frente a los médicos como algo vago y complicado, que va en contra de todo lo que les enseñaron. Hay una tendencia a pensar que culpar al sistema significa evadirse de la responsabilidad individual que tienen como médicos de hacer lo mejor para sus pacientes con el menor margen de error posible. Ambas cosas son necesarias: la búsqueda de la excelencia a nivel individual y los cambios en el sistema para poder aprender de los errores y minimizar el daño.

Es precisamente este individualismo el que determina una gran *discrecionalidad* en la atención de los pacientes. Hoy con el título de especialista el límite lo determina el propio médico sin mayor control. Un cirujano puede estar operando todo el tiempo que él considere necesario, un hemodinamista puede realizar una cantidad impresionante de procedimientos por día, un médico puede salir de una guardia de 24 hs e ir a operar a su hospital, etc. Y nadie los frena. Se depende del criterio individual...Cualquier sistema que permite que

sus integrantes trabajen en forma ilimitada tomando decisiones autónomas sin mayor regulación ni imposición de límites es altamente inseguro. Está absolutamente comprobado que los mayores niveles de inseguridad no se deben a incompetencia. En ámbitos complejos los mayores riesgos suelen correrlos quienes desafían los límites de su propio desempeño. Los sistemas de seguridad desarrollados en otras industrias de riesgo niegan aún a los más experimentados la absoluta discrecionalidad. En nuestra visión individualista nos molesta que nos pongan límites, regulaciones o evaluaciones de desempeño. Si se quiere avanzar, los profesionales deberán ceder algo de autonomía en pos de la seguridad del sistema.

Otra barrera cultural es la *tolerancia* frente al error. Los médicos nos hemos acostumbrado a convivir con el error y a ser excesivamente tolerantes con el mismo. Solemos tomar a la mayoría de los errores como fatalidades del destino o hechos fortuitos. ¿Se equivocó de lado?, le puede pasar a cualquiera, ¿Se dejó una gasa?, son cosas que pasan... ¿Se cayó de la cama?, y cada tanto se caen... Hay mucho menos tolerancia con quien cometió el error que con el error en sí mismo. No debieran asumirse como inevitables o inherentes a la práctica habitual cosas que no debemos permitir que pasen. Reconocer que los errores son frecuentes y que van a ocurrir porque somos humanos no debe llevarnos a una insensibilización que nos paralice. Debemos estudiarlos y buscar la forma de minimizarlos.

No debe tampoco minimizarse como un obstáculo la cultura del castigo que impera en muchos establecimientos de salud. Si los errores individuales son considerados como inadmissi-



bles, la consecuencia lógica es que los mismos deben ser castigados. El temor a represalias dificulta notificación voluntaria de errores por parte de médicos y enfermeras y sólo salen a la luz aquellos errores que produjeron daños graves y que son inocultables. Se pierde entonces la oportunidad de aprender. Además, la excesiva verticalidad de nuestro sistema establece barreras jerárquicas que hacen inimaginable a una enfermera notificando un error de un médico o a un residente notificando el error de un jefe. Tampoco es imaginable la discusión abierta de un error en un servicio. En general, cuando esto sucede, como en algunos ateneos, las discusiones tienen carácter netamente inculminatorio y el esfuerzo mayor está puesto en deslindar responsabilidades más que en el estudio de las raíces del problema.

Por otra parte, existe todavía una gran brecha entre la importancia que le asignan los especialistas en seguridad del paciente a algunas medidas y la importancia que le asignan a esas mismas medidas los médicos que deben ejecutarlas. Como muestra vale observar la forma burocrática/administrativa en la cual se instrumentan los consentimientos informados y los listados de verificación de seguridad de la cirugía en la mayoría de las instituciones médicas. Mientras esta brecha no se achique y los médicos asistenciales actúen con el mismo convencimiento que tienen los investigadores en seguridad del paciente, será inútil pretender modificar conductas mediante resoluciones o normativas obligatorias.

- LA INDUSTRIA DEL JUICIO

La facilidad para entablar juicios millonarios en nuestro sistema legal y el lógico temor a



ser demandado desalienta cualquier intento de discusión abierta de los errores, condición sine qua non para avanzar en la seguridad de los pacientes. Los médicos son renuentes a reunir información vinculada a accidentes o errores por el temor de que la misma pueda ser utilizada para preparar acciones legales en su contra. Para superar este obstáculo, algunos países como Canadá y Estados Unidos han establecido, bajo ciertas condiciones, mecanismos de protección legal de la información relacionada a la seguridad de los pacientes y calidad de atención. (33)

Por otra parte, el abordaje sistémico de la seguridad del paciente se contrapone con nuestro sistema legal de responsabilidad penal y civil, que tiene como foco el establecimiento de responsabilidades y culpas y no la consideración de mejoras en los sistemas de atención. El sistema legal tiene necesariamente un abordaje individual, punitivo y confrontacional que choca de frente con la visión sistémica y no punitiva de la seguridad, en donde la culpa no es el eje y el foco está puesto sobre los procesos y no sobre los individuos que cometieron el error. Son muy pocos los países que, tratando de armonizar ambos sistemas han establecido sistemas de compensación de víctimas “no fault” (sin culpa), en donde la resolución de casos gira sobre la “evitabilidad” del evento adverso y no sobre quién tiene la culpa. Existen en estos países (Nueva Zelanda, Suecia, Dinamarca) fondos nacionales de compensación de víctimas de “accidentes” (médicos y de otro tipo) solventados por los impuestos de la población.

- FALTA DE ALINEACIÓN DE INTERESES ECONÓMICOS

La calidad de atención y la seguridad de los pacientes requieren de cierta inversión. La-

mentablemente, no siempre los esfuerzos de las instituciones que la realizan son recompensados por los financiadores a través de un mejor retorno económico... Gran parte de esta dificultad tiene que ver con la forma en que se financia la atención en muchos sectores. Al pagar por prestaciones y no por resultados, muchas obras sociales y prepagas no sólo no pagan más por una mejor calidad, sino que terminan “premiando” a las clínicas y sanatorios por las complicaciones, reconociendo más días de internación y mayor intensidad de cuidados, independientemente de que la complicación hubiese podido ser prevenida o no. A consecuencia de esta forma de pago, la mayoría de los ahorros que se realizan a través de las iniciativas de seguridad terminan beneficiando a los pagadores, en términos de menores estadías y gastos, en vez de favorecer a la organización que realizó la inversión. Los hallazgos publicados en abril de este año por Eappen y otros investigadores de la Escuela de Salud Pública de Harvard son perturbadores: ¡algunos hospitales norteamericanos ganarían más por las cirugías que se complican que por las que evolucionan sin problemas! (34)

Desde octubre de 2008. Medicare/Medicaid no paga más por el tratamiento de complicaciones que: a) son de alto costo, alta frecuencia o ambos; b) derivan en pagos secundarios cuando el diagnóstico se presenta como secundario al diagnóstico de ingreso y c) Podrían haber sido razonablemente prevenidas a través de la aplicación de guías basadas en la evidencia.(35) Figuran en el listado, entre otras complicaciones, las caídas, las embolias aéreas, las úlceras por decúbito grado III y IV, los oblitos, las infecciones asociadas a catéteres y los TEP luego de reemplazos de cadera y



rodilla. Sin embargo, el abordaje mediante el castigo financiero tampoco parece solucionar el problema.

Es evidente que no alcanza con exhortar a los prestadores a que trabajen mejor apelando exclusivamente a “la satisfacción del deber cumplido”. Las regulaciones, las normas, el rediseño de los procesos y la tecnología informática son elementos necesarios pero no suficientes. Sin incentivos financieros con significativas recompensas, los esfuerzos de las instituciones para mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones nadarán a contracorriente.

En una búsqueda por alinear intereses, hoy aproximadamente el 39% de todos los planes de salud norteamericanos han iniciado alguna forma de incentivos financieros para la calidad ⁽³⁶⁾ y se comienza a avanzar en el “pago por desempeño” con premios basados en la implementación de procesos basados en la evidencia, en la medición de resultados objetivos y en la experiencia de los pacientes (encuestas de satisfacción). ⁽³⁷⁾⁽³⁸⁾⁽³⁹⁾

- FALTA DE MAYOR EVIDENCIA ECONÓMICA PARA APOYAR LA INVERSIÓN EN SEGURIDAD

Otra barrera histórica para avanzar ha sido la dificultad para presentar “el caso económico” que justifique las inversiones necesarias para aumentar la seguridad de las prácticas médicas. Quienes deben tomar decisiones financieras en salud se enfrentan con numerosos requerimientos que suelen competir entre sí, más allá de que el primer imperativo sea “no dañar”. Las consideraciones económicas no deberían ser el único factor a considerar en el diseño de políticas que mejoren la seguridad

de los pacientes, pero cuando los presupuestos son acotados, se necesita aportar la evidencia económica que demuestre que las nuevas intervenciones que se proponen son tan buenas o mejores que otras inversiones que se realizan para mejorar la atención.

Se han realizado en los últimos años bastantes estudios sobre la carga económica de los eventos adversos en distintos ámbitos.⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾ ⁽⁴²⁾ Estos trabajos se focalizan en los costos hospitalarios directos atribuidos a tratar estas complicaciones en internación que aparecen como diagnósticos secundarios al diagnóstico de ingreso y que podrían haber sido evitadas utilizando las guías y recomendaciones basadas en la evidencia. Lamentablemente, la mayoría de los estudios publicados sobre la carga económica de los eventos adversos en la internación de pacientes agudos no describen una metodología de costeo y los pocos estudios que sí reportan su metodología de costeo difieren en los métodos de cálculo y asignación. Por lo tanto, se ha publicado un amplio rango de costos diferentes para un mismo evento adverso. Si bien el valor de establecer una forma de medición única es reconocido en la literatura, esto no se ve reflejado en los estudios empíricos.

Esta estimación de los costos de los eventos adversos son útiles para motivar cambios, pero no son muy claros acerca de dónde se deben realizar inversiones.

Todavía son muy pocos los análisis económicos comparativos, también llamados análisis de costoefectividad. Estos estudios comparan los costos y resultados de una o más estrategias de seguridad destinadas a evitar un de-

terminado evento adverso. Buscan identificar intervenciones que brinden el mejor resultado con la menor inversión posible. Se necesita mayor cantidad y calidad de este tipo de estudios, que deberían privilegiarse sobre los que solo informan acerca de la carga económica del problema.

- CULTURA DE SEGURIDAD

Una vez identificados los obstáculos, se deben desarrollar a todo nivel estrategias para removerlos.

La dificultad para avanzar en calidad y seguridad de los pacientes desde un punto de partida inicial hacia uno con mayor nivel de compromiso de los médicos depende de un complejo conjunto de factores. Algunos de ellos son estructurales, como la forma de relacionarse de los médicos con la institución (abierta o cerrada) y otros son históricos, como la memoria y los efectos residuales de relaciones conflictivas en el pasado. Pero el factor más importante es la cultura, entendida como el conjunto de creencias, normas y valores –explícitos o implícitos– que forman la base de los patrones de conducta del staff médico, de enfermería y auxiliar. Es bien sabido que los principales obstáculos para avanzar se encuentran enraizados en creencias, conductas y elecciones y no en la falta de recursos o tecnología.

La comprensión de la cultura existente es crítica para poder imponer una nueva. Sin embargo, es preciso destacar que no todo el personal del hospital, sanatorio o clínica tiene una cultura única. Más bien, se presentan en los mismos múltiples “microculturas”. Sí los líderes de la institución no tienen una cabal

comprensión de los valores y creencias que subyacen detrás de los comportamientos, es poco probable que logren aumentar la participación de los médicos en los programas de calidad. Cualquier nueva iniciativa fracasará si no se logra desarrollar una cultura de seguridad y un adecuado clima de trabajo.

A lo largo de todo este tiempo, el sector salud ha tomado prestado de otras industrias altamente confiables, como la aeronáutica o la ingeniería nuclear, el concepto de “cultura de seguridad”. Estas organizaciones se desempeñan extremadamente bien y con pocos eventos adversos de manera sostenida a lo largo del tiempo gracias a la implementación efectiva de modelos de comunicación y trabajo en equipo y a la creación de ambientes de trabajo que consideran que la seguridad es la prioridad número uno, aún a expensas de la producción o la eficiencia. Algunos sostienen que el sector salud todavía transita por la infancia en su camino a ser una actividad altamente confiable. Otros afirman que una cultura de seguridad plena jamás será alcanzada por las organizaciones de salud porque se enfrentan a distintas prioridades que compiten entre sí, haciendo más difícil que la seguridad sea en todos los casos la prioridad N°1. Justo es decir también que la caída de aviones o la explosión de una central nuclear posiblemente signifiquen el fin de las operaciones de las empresas que se dedican a ello, algo que no ocurre con una clínica o sanatorio cuando fallece un paciente a consecuencia de un error. A diferencia de los pilotos y de los operarios de las centrales atómicas, los médicos y administradores de servicios de salud no mueren en los accidentes que provocan. Pese a todo, son varias las organizaciones de salud con un



pensamiento de avanzada que están realizando progresos y logran poco a poco modificar conductas, conceptos y procesos mediante la creación de una verdadera cultura de seguridad. Debemos inspirarnos en ellas si queremos cumplir con el primer mandato hipocrático: “Primum non nocere”.

Bibliografía

- Brennan TA, Leape LL, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *The New England Journal of Medicine*. Feb 7, 1991
- Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;38:261-271
- Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, et al. The Quality in Australian Health Care Study. *Med J Aust* 1995; 163: 458-471
- Vincent C. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *British Medical Journal* 2001;322:517
- Baker GR, Norton PG et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal* 2004 May 25;170(11):1678-86
- Davis P, Lay-Yee R, Briant R, et al. Adverse events in New Zealand public hospitals I: Occurrence and impact. *NZ Med J* 2002;115:U271
- Schiøler T, Lipczak . Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger*. 2001 Sep 24;163(39):5370-8.
- Aranaz Andrés JM y col. Estudio Nacional sobre Efectos Adversos ligados a la Hospitalización. ENEAS 2005. Informe Febrero 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud.
- Aranaz Andrés JM y col. Estudio IBEAS. Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latinoamérica. 2010. BEAS es un proyecto dirigido por el Ministerio de Sanidad y Política Social de España y la Organización Mundial de la Salud en colaboración con los Ministerios de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud.
- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To err is human. Building a Safer Health System*. Institute of Medicine, 2000.
- Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000: 320-768
- Wald H, Shojania KG. Root cause analysis. In: Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, eds. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*. Evidence Report/Technology Assessment No. 43, AHRQ Publication No. 01-E058; July 2001. Available at <http://www.ahrq.gov>
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Framework for Conducting a Root Cause Analysis In Response to a Sentinel Event. *American Society for Healthcare Risk Management*. 1997 Annual Conference and Exhibition. October, 1997. Atlanta GA .USA.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI) Failure Modes and Effects Analysis Tool. 2004. . <http://app.ihio.org/Workspace/tools/fmea/>
- New South Wales Health Incident Management Policy Directive (Australia). Severity Assessment Code (SAC), November 2005.
- National Patient Safety Foundation (USA, 1997); National Patient Safety Agency UK; Canadian Patient Safety Institute; Australian Patient Safety Foundation (1998)
- Institute for Healthcare Improvement, fundado en los EE.UU en 1991; National Quality Forum, fundado en los EE.UU en 1999.
- National Quality Forum Safe Practices for Better Healthcare - 2010 Update. Disponible en Internet: http://www.qualityforum.org/Publications/2010/04/Safe_Practices_for_Better_Healthcare_%E2%80%93_2010_Update.aspx
- JCAHO. National Patient Safety Goals 2002 a 2014. Disponibles en Internet: http://www.jointcommission.org/standards_information/npsgs.aspx
- Organización Mundial de la Salud/Joint Commission/Joint Commission International. “9 soluciones para la seguridad de los pacientes”. Mayo 2007. Disponible en Internet: <http://es.jointcommissioninternational.org/enes/WHO-Collaborating-Centre-for-Patient-Safety-Solutions/>
- Fabian, L.A. & Geppert, J. *Quality Indicator Measure Development, Implementation, Maintenance, and Retirement Summary* (Prepared by Battelle, under Contract No. 290-04-0020). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 2011.
- Institute for Healthcare Improvement. IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events. 2003, con actualizaciones periódicas. Última en agosto 2013- Disponible en Internet: <http://www.ihio.org/knowledge/Pages/Tools/IHIGlobalTriggerToolforMeasuringAes.aspx>
- Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Información de las campañas en <http://www.who.int/patientsafety/es/>
- Landrigan CP, Parry GJ, Bones CB et al. Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *N. Eng. J. Med* 2010;363:2124-2134
- James JT. A New Evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf*. Volume 9, N°3, September 2013. P 122-128.
- Mehtsun WT, Ibrahim AM, Diener-West M, Pronovost PJ, Makary MA. Surgical never events in the United States. *Surgery*. 2013 Apr;153(4):465-72
- Jha AK, Larizgoitia I et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modeling of observational studies. *BMJ Qual Saf* 2013; 22:809-815
- Bratzler DW, Houck PM; Surgical Infection Prevention Guideline Writers Workgroup. Antimicrobial prophylaxis for surgery: an advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project. *Am J Surg*. 2005 Apr;189(4):395-404
- Classen DC; Evans S, et al. The Timing of Prophylactic Administration of Antibiotics and the Risk of Surgical-Wound Infection. *N Engl J Med* 1992; 326:281-286
- Haynes Ab; Weiser TG, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 360;5 January 29, 2009. En los ocho sitios de la evaluación, la falta de suministro de antibióticos a tiempo ocurrió en casi la mitad de los pacientes quirúrgicos que se beneficiarían de otra manera de la administración oportuna
- Seiden SC, Barach P. Wrong-side/wrong-site, wro g-procedure, and wrong-patient adverse events: Are they preventable? *Arch Surg*. 2006 Sep;141(9):931-9. El trabajo estima anualmente entre 1300 y 2700 incidentes de este tipo en los EE.UU
- Webb RK, van der Walt JH, Runciman WB, et al. The Australian Incident Monitoring Study. Which monitor? An analysis of 2000 incident reports. *Anaesth Intensive Care*. 1993 Oct;21(5):529-542
- Quality of Care Information Protection Act, 2004 (QCIPA). Canada, 2004. Patient Safety and Quality Improvement Act (USA, 2005)
- Eappen S; Bennett H; Rosemberg B. et al. Relationship between occurrence of surgical complications and hospital finances. *JAMA*, April 17,2013. Vol 309 N°15
- CMS Centers for Medicare and Medicaid Services. Hospital Acquired Conditions. www.cms.gov
- Miller J. Models for measuring: performance reward programs move forward, but few take off running. *Managed Care Executive*, (2004). 14 (2), 24-26
- CMS/Premier. Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID). White paper Accesible en internet. www.premierinc.com/p4p/hqi
- CMS Centers for Medicare and Medicaid Services. Hospital Value-Based Purchasing. Accesible en Internet. www.cms.gov
- Sutton M, Nikolova S, Boaden R, Lester H, Mc Donald R, Roland M. Reduced mortality with hospital pay for performance in England. *N Engl J Med*. 2012; 367: 18211828
- Ministerio de Sanidad y Consumo, España. Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la “no seguridad del paciente”, 2008. Accesible en Internet <http://www.seguridaddelpaciente.es/index.php/langes/proyectos/financiacionestudios/otroestudios/2007/costesno-seguridadpaciente.html>
- Canadian Patient Safety Institute. The economics of patient safety in acute care. Technical Report (2011). Accesible en internet: www.patientsafetyinstitute.ca
- Gray, A. Adverse events and the National Health Service: an economic perspective a report to the UK National Patient Safety Agency. Oxford: Health Economics Research Centre, Department of Public Health, University of Oxford.



SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CULTURA JUSTA DE SEGURIDAD

Dr. Cristian Rocco M.



Anestesiólogo, Departamento de Anestesiología Clínica las Condes, Santiago, Chile
Médico Jefe Servicios Quirúrgicos Clínica Las Condes
Magister Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención.
Coordinador Proyecto SENSAR Latinoamérica. (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación).

Correspondencia : cristian.rocco@sensar.org



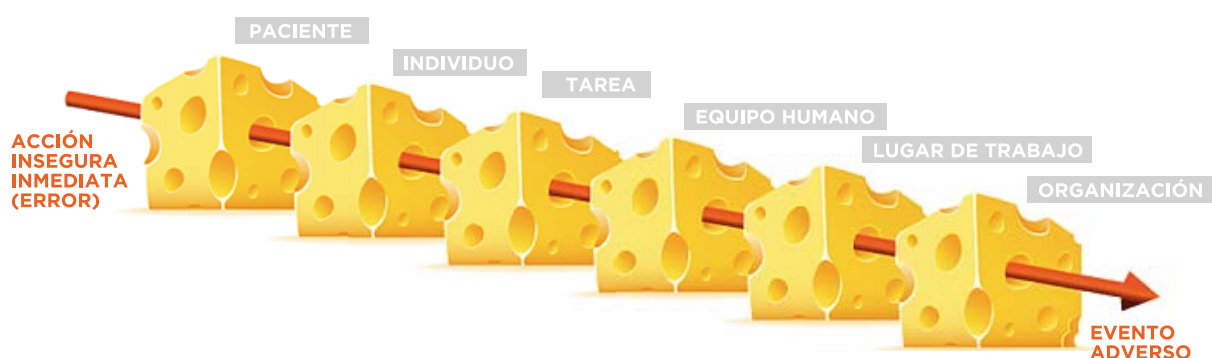
INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente (SP), o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial.

Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la Seguridad del Paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria. Este artículo explora las definiciones, cultura de seguridad y la "Cultura Justa", procesos y estrategias encaminados a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y aumentar la probabilidad de detectarlos y mitigar sus consecuencias.

Si la salud no es solo la ausencia de enfermedad, podemos afirmar que la Seguridad del Paciente no es solo la ausencia de riesgos. Existe un "continuo riesgo-seguridad" que exige poner el foco a varios niveles diseñando estrategias para favorecer que la balanza se incline hacia la seguridad. Estas estrategias deben desarrollarse en los ámbitos institucional, profesional, político y social, y que la Seguridad del Paciente se incluya como prioridad en la agenda de las organizaciones que influyen de manera directa o indirecta en la atención sanitaria.

FACTORES LATENTES SENSAR (PITELO)



LA TEORÍA DEL ERROR DE REASON:

El ser humano es falible, por lo que es necesario que los procesos se rediseñen para hacerlos más resistentes a la producción de fallos o errores y menos proclives a las situaciones de riesgo.

Reason JT, Human Error, Cambridge University Press 1990.

Fig. N°1 La Teoría del Error de Reason. Factores latentes según SENSAR

La seguridad del paciente, se ha convertido en un tema prioritario para los prestadores de salud en el mundo, pero de qué hablamos, en relación a seguridad del paciente?

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable (2), Vincent en cambio la define como el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria (3).

El gran objetivo de la seguridad del paciente es REDUCIR EL DAÑO, y secundariamente reducir el error, ya que el error es una condición inherente a la condición humana.

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Al tratar de objetivar estas consecuencias, aparece como gran referencia el informe del instituto de medicina de los Estados Unidos, "To Err is Human", publicado en 1999, uno de los trabajos que hace referencia, fue una revisión de 30.000 historias clínicas, en las cuales se encontró un 3,7% de eventos adversos, de los cuales se consideró que el 58% eran evitables y 13,6% resultaron en muerte, los autores hicieron una extrapolación a las 33,6 millones de hospitalizaciones anuales en el año del estudio, concluyendo que se podían producir entre 44.000 y 98.000 muertes al año, por eventos adversos ligados a la atención en salud, asociado a un costo de entre 17 y 28 billones de dólares al año(4).

Estudios más recientes aplicando nuevas metodologías, como la Global Trigger Tool (GTT),

que es más sensible que la metodología usada en el informe del instituto de medicina de 1999, arrojan tasas de eventos adversos mucho más altas, alrededor del 10%, de los cuales 69% se consideraron evitables, con un 0.89% de muertes, lo que extrapolado, generó una estimación de 210.000 muertes evitables al año en Estados Unidos para el año del estudio (2011) más del doble de lo que se extrapoló en el informe To Err is Human (5).

Son variadas y numerosas las iniciativas para superar este problema, entre las estrategias que sugiere el informe To Err is Human.

1. El desarrollo de sistemas de notificación voluntarios de incidentes debe ser estimulada.
2. Crear un sistema de notificación obligatoria en todo el país y recoger información estandarizada acerca de los eventos adversos que resultan en muerte o daños graves.
3. Establecer programas de formación interdisciplinario que incorporen métodos probados de entrenamiento del equipo, tales como la simulación clínica.
4. Crear un centro para la seguridad del paciente, desarrollar el conocimiento y la comprensión de los errores en la atención de la salud mediante el desarrollo de un programa de investigación, evaluación de métodos para identificar y prevenir errores.
5. El Congreso debería aprobar una ley para proteger los datos recogidos y analizados para uso interno o compartir con los demás con el único propósito de mejorar la seguridad y la calidad.



6. Licencia profesional, aplicar exámenes periódicos y re-concesión de licencias a los médicos, enfermeras y otros proveedores, basados en la competencia y el conocimiento de las prácticas de seguridad.

7. Las sociedades profesionales deben hacer un compromiso con la seguridad del paciente mediante el establecimiento de un comité permanente dedicado a la mejora de la seguridad, y el estímulo a las organizaciones y profesionales de la salud para participar y desarrollar sistemas voluntarios de notificación de estos errores.

Un artículo reciente publicado en el año 2016, utilizando los estudios reportados desde el informe del instituto de medicina de los Estados Unidos de 1999 y extrapolando al número total de hospitalizaciones en los Estados Unidos en el año 2013, dio cuenta que este subestima la verdadera incidencia de muerte por error médico, la nueva estimación sugiere que el error médico es la tercera causa de muerte en los Estados Unidos, después de las causas cardiovasculares y el cáncer.⁽⁶⁾

INCIDENTE Y APRENDIZAJE DEL ERROR

Un incidente según la OMS, en su marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente del 2009, es cualquier suceso o circunstancia que dañe o pueda dañar innecesariamente a un paciente, operativamente se usa la definición de incidente o incidente crítico a la circunstancia que puede resultar en un daño innecesario al paciente, dejando la definición de evento adverso al incidente que resulta en un daño al paciente in-

cluyendo enfermedad, lesión, sufrimiento, incapacidad, y que este puede ser físico, social o psicológico, y la definición de evento centinela, al evento no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce lesión física o psicológica grave, que causa daño permanente o muerte al paciente.⁽²⁾

Ante un incidente el modelo tradicional de aprendizaje se basa en el individual, en el que el individuo detecta, analiza, corrige y aprende del error en un círculo individual que evita en la mayoría de los casos que este individuo vuelva a cometer el mismo error, este es el llamado aprendizaje "single loop" o círculo sencillo, este aprendizaje no se extiende más allá del mismo individuo, frente a este tipo de aprendizaje en cambio está el "double loop" o círculo doble, este implica la comunicación del incidente a la organización para que esta lo analice, aprenda y cambie las condiciones sistémicas que proporcionaron la aparición del mismo.⁽⁷⁾

Cuando hablamos de aprendizaje colectivo y corrección de factores latentes (se refiere a características del paciente o del sistema, que pueden contribuir a la producción de un incidente), estamos aplicando la metodología que publicó Reason en el año 1990 y posteriormente modificada por Vincent, es el famoso modelo del queso Suizo para la seguridad del paciente, según éste, frente a los múltiples riesgos que existen en la práctica clínica habitual y la real aparición de un incidente o evento adverso, hay una serie de capas que nos protegen (capas protectoras o laminas del queso) e impiden la ocurrencia de un error humano, el que habitualmente se designa como Error Activo, las capas protectoras pre-

sentan defectos (orificios del queso), los que llamaremos factores latentes, que al alinearse favorecen la aparición del incidente o evento adverso (8).

Así, al realizar un análisis del incidente lo hacemos separando cada capa (el individuo, la tarea, el equipo humano, el lugar de trabajo etc.), para encontrar las eventuales soluciones y aplicar mejoras a los problemas encontrados, el objetivo final es el cambio hacia una cultura moderna de seguridad del paciente, donde al contrario de preguntarnos “quien” a cometido el error, preguntarnos “por qué” ha cometido el error, y cambiar la actitud de silencio frente al resto, por miedo al castigo, y alcancemos una cultura de aprendizaje colectivo, que nos lleve al aprendizaje y soluciones sistemáticas, atacando los factores latentes detectados en el análisis del incidente.

Es vital implantar una cultura de seguridad desde la institución, desde toda la organización, esto supone además un proceso de aprendizaje colectivo, desterrando el sentimiento de culpa y adoptando un enfoque nuevo y distinto, centrado en el SISTEMA y no en el individuo, el modelo de Reason anteriormente expuesto, ha alcanzado gran difusión, y los errores humanos deben ser vistos como consecuencias y no como la causa.

SISTEMA ESPAÑOL DE NOTIFICACIÓN EN SEGURIDAD EN ANESTESIA Y REANIMACIÓN (SENSAR)

SENSAR es una asociación científica constituida al amparo de la ley orgánica 1/2002 del 22 de marzo con capacidad jurídica y plena

capacidad de obrar, sin ánimo de lucro, inscrita en ESPAÑA en el Registro Nacional de Asociaciones de utilidad pública con el Número 592531, que tiene como objetivo la promoción de la Seguridad del Paciente (SP) en el ámbito de la anestesia, el paciente crítico y el tratamiento del dolor.(www.sensar.org).

Su origen se remonta al primer Sistema de registro de incidentes críticos (SRIC) relacionados con la Seguridad del Paciente (SP) en Anestesia y Reanimación desarrollado desde 1999 en la Unidad de Anestesia y Reanimación del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (9), Madrid, y que evolucionó al actual sistema multicéntrico a nivel nacional en 2009.

Tras 8 años de incorporaciones progresivas (10) a la fecha de este artículo incluía 96 hospitales, en su mayoría de toda España y una minoría de Chile, con más de 500 analizados locales, ha recogido para su análisis más de 9.000 comunicaciones de incidentes críticos (IC) para la SP y ha propuesto más de 12.700 medidas correctoras en los diferentes hospitales de las que se han ejecutado más de 10.000. Sus principales características diferenciales con otros SRIC tienen que ver con ser un sistema de comunicación que abarca un doble ámbito nacional y local, que fomenta la comunicación voluntaria, y que es anónimo. SENSAR convive con otros sistemas nacionales como SiNASP y trabaja en la actualidad para ser una referencia internacional de los SRIC en español y está en proceso de expansión para compartir sistema y metodología con países de América Latina. En la actualidad cuenta en Chile con 6 hospitales adheridos y más de 90 profesionales formados (10), tras una estrategia de difusión de su metodolo-



gía de trabajo que comenzó en noviembre de 2014.

Disfruta de una de las ventajas derivadas de unificar los SRIC que es la mayor posibilidad de aprendizaje conjunto y la mayor potencia de los datos que se derivan de la agregación de IC ⁽¹¹⁾ que se repiten en distintos ámbitos o de las medidas de mejora adoptadas en los distintos hospitales.

LA CULTURA DE SEGURIDAD (CS)

Se define como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente ⁽¹²⁾.

La cultura de seguridad (CS) incluye factores humanos, técnicos, organizativos y culturales. Esta cultura de seguridad ha madurado en distintos entornos, como la industria de la energía nuclear, la aviación, y el control aéreo ⁽¹³⁾.

En el entorno de la salud distintas herramientas cualitativas y cuantitativas (encuesta hospitalaria de cultura de seguridad del paciente de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Patient Safety Climate in Healthcare (PSCHO), Modified Stanford Instrument (MSI), entre otras) han intentado medir la cultura de seguridad de las organizaciones, reconociéndose actualmente que los métodos cualitativos la reflejan mejor, en relación a la evidencia del rigor psicométrico ⁽¹⁴⁾.

Los cimientos de esta cultura asientan en dos teorías:

1. La teoría de la identidad social (15) : El individuo se esfuerza por mejorar su autoestima mediante la identificación con un grupo. La organización debe generar intervenciones en materia de seguridad y potenciar la creación de redes seguras para que se incluyan en ella los individuos. También debe promover el entrenamiento de profesionales y equipos.

2. La teoría de la autocategorización (16): El individuo se identifica con distintos grupos (microculturas) y renegocia de manera constante su identidad. La organización debe promover el refuerzo positivo, la recompensa del trabajo en seguridad, la publicidad de los programas en pro de la seguridad y debe reforzar el autoestima de aquellos que trabajan para desarrollarla, evitando las posibles consecuencias negativas que pudieran derivarse de las barreras para la implantación de la cultura de seguridad.

La ausencia de cultura de seguridad puede implicar que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas, por lo que es crucial el fomento de las prácticas seguras en la organización, evaluando continuamente las consecuencias. Esto permite reevaluar los hábitos entendidos como “normales” y plantear estandarización de prácticas y desarrollo de guías consensuadas de práctica clínica, con el apoyo de la evidencia científica. Esta estandarización de las prácticas nos permite unificar los criterios y actuaciones en las organizaciones sanitarias. Los profesionales experimentados suelen tener comportamientos asentados

en fuertes convicciones, que a veces entran en conflicto con dicha estandarización: un buen ejemplo es la implementación del listado de verificación quirúrgica (LVQ) de la OMS que ha suscitado resistencias ⁽¹⁷⁾.

A pesar de los esfuerzos realizados su implantación ha sido incompleta, siendo las principales barreras: considerarlo una imposición, sensación de duplicidad de tareas, falta de adaptación del LVQ a las necesidades locales, pudor y sensación de ridículo⁽³⁴⁾.

Además, en determinados centros se ha dado más importancia al registro que al cumplimiento, ofreciendo datos equívocos. El desarrollo de la cultura de seguridad y el aprendizaje a partir de éxitos y fracasos de implementación de determinadas prácticas seguras es fundamental para conseguir un equilibrio entre la estandarización y el respeto a la autonomía profesional .

Según la National Patient Safety Agency for England and Wales (NPSA) son tres las características necesarias de la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias:

- 1. Abierta:** se asume el fallo del sistema como origen de los accidentes.
- 2. Justa:** no se imponen medidas punitivas.
- 3. De aprendizaje:** interpreta los incidentes como posibilidades de mejora. Cambiar la cultura de seguridad de una organización es siempre un reto difícil, y existen distintas forma de potenciarla, incluyendo: valoraciones de la situación inicial, formación de equipos, fomento del liderazgo, establecimiento de auditorías de seguridad o uso de sistemas de registro de incidentes críticos.

Las organizaciones pueden tener distintos grados de madurez de la cultura de seguridad y según el Manchester Patient Safety Framework (MaPsaF) existen distintas fases de desarrollo que responden a los siguientes modelos mentales.⁽¹⁸⁾

FASES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD, MANCHESTER PATIENT SAFETY FRAMEWORK (18)

- 1. FASE PATOLÓGICA:** “¿A QUIÉN LE IMPORTA LA SEGURIDAD SI NO NOS PILLAN?”
- 2. FASE REACTIVA:** “HACEMOS ALGO CADA VEZ QUE SUCEDE UN EVENTO ADVERSO”
- 3. FASE CALCULATIVA:** “TENEMOS SISTEMAS PARA MANEJO DE EVENTO ADVERSO ”
- 4. FASE PROACTIVA:** “NOS ANTICIPAMOS A LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD”
- 5. FASE GENERATIVA:** “TENEMOS UN SISTEMA CENTRADO EN LA SEGURIDAD”

CULTURA JUSTA:

Hasta ahora los esfuerzos están encaminados a cambiar la cultura actual, punitiva, donde lo importante es averiguar a quien le ocurrió el incidente, para pasar a una cultura moderna,

no punitiva, donde la solución es sistemática y el foco es averiguar el por qué y aprender del error.

Entonces:

- Tiene o cuál es el rol de una sanción punitiva



en la seguridad del paciente en nuestro actual sistema de atención?

- Entonces, una sanción punitiva beneficia o perjudica los esfuerzos que se realizan para aumentar la seguridad del paciente, en nuestra cultura actual?

Es conocido la importancia del error humano en la génesis de incidentes y eventos adversos pero este error en una cultura justa debe evaluarse ya que el error puede derivar de distintas conductas (error, conducta de riesgo, conducta temeraria), que dependiendo de su evaluación podrían tener sanción.

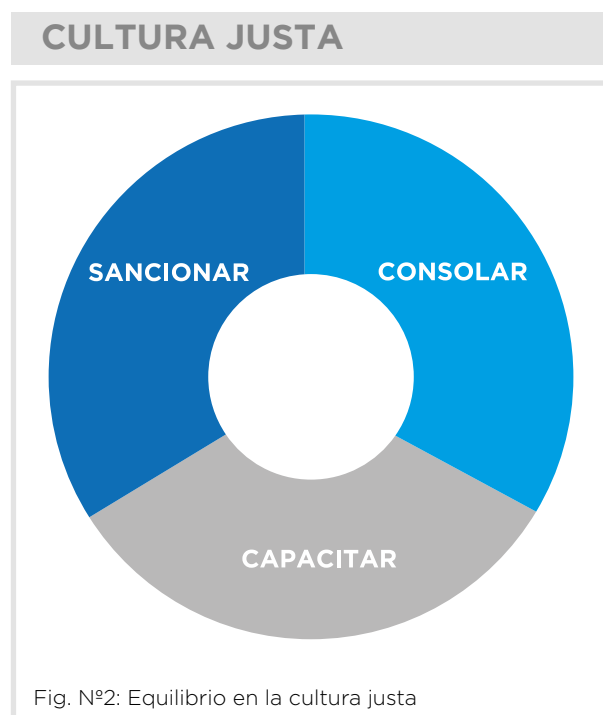
- **ERROR HUMANO:** Si es un error involuntario en una cultura justa este se debe consolar y, rediseñar el sistema para evitar futuros accidentes.

- **CONDUCTA DE RIESGO:** Estamos programados para embarcarnos en hábitos inseguros, perdiendo la percepción del riesgo asociado a las conductas de todos los días, o pensando equivocadamente que el riesgo se justifica o es insignificante. (Pasar una señal de PARE, realizar una cirugía sin pausa), por qué “Así es como lo hacemos acá”, en una cultura justa, la solución no estaría en castigar quienes incurren en estas conductas sino en remover los incentivos (ej: presiones de producción), creando incentivos para conductas seguras y aumentando la conciencia de situación. La mejor estrategia a este tipo de conductas es la capacitación en seguridad del paciente.

- **CONDUCTA TEMERARIA:** Son conscientes del riesgo que están tomando y saben que es alto, saben que otros profesionales prudentes

no harían lo que están haciendo, por lo que hay un desprecio consciente de riesgos. En una cultura justa, estas negligencias severas son sancionables, deben ser manejadas a través de sanciones disciplinarias.

La cultura justa analiza el origen del error y establece un equilibrio entre, la sanción, el consuelo y la capacitación en seguridad del paciente.(fig. N°2)



CÓMO SE GENERA UN CAMBIO: CRUZANDO LA BRECHA

Cambiar la cultura de seguridad de las organizaciones sanitarias es un reto complejo (18) que requiere evitar el adoctrinamiento y las recetas conductuales. Las teorías del aprendizaje adulto sobre andragogía han demostrado que no se trata de decirle al profesional lo

que debe hacer, sino de implicarlo en el cambio a través del aprendizaje experiencial. Por ese motivo la utilización de incidentes reales recopilados a partir de un sistema de notificación de incidentes críticos, tienen un valor significativo en ese aprendizaje, especialmente cuando esa experiencia se da en un entorno cercano, real e identificado por el profesional como propio. En este proceso el profesional es el protagonista. Los pasos necesarios para el cambio incluyen el diagnóstico inicial de la situación, la identificación de motivaciones y de los distintos actores que pueden permitir el cambio o impedirlo, los recursos disponibles y necesarios y por último las consecuencias del mismo.

Este cambio de cultura de seguridad implica un proceso gradual⁽¹⁹⁾, en el que es importante superar distintas etapas. El modelo de Moore⁽²⁰⁾, descrito en su publicación Crossing the

Chasm, está basado en el ciclo de adopción de la tecnología. En él se ilustra el abismo que hay entre los primeros adoptantes de un producto tecnológico innovador (los entusiastas y visionarios) y la mayoría temprana (los pragmáticos). Según Moore, el calado de esa innovación en cada grupo es la base para el éxito en el siguiente. El abismo al que se refiere puede superarse si se construye suficiente impulso de modo que la innovación se convierte en un estándar: es el punto en el que el movimiento es imparable. El cambio de la cultura de seguridad a través del uso de sistemas de registro y notificación de incidentes críticos pueden considerarse una innovación disruptiva o discontinua por la innovación que supone en los entornos profesionales: un cambio significativo de paradigma en el comportamiento, motivo por el cual es posible aplicar esta teoría.

FASES EN EL PROCESO DE CAMBIO. ADAPTACIÓN DEL MODELO DE MOORE		
1. INNOVACIÓN	LÍDER	TENER UNA IDEA INNOVADORA PARA GENERAR UN CAMBIO.
	PRIMER SEGUIDOR	LEGITIMAR AL LIDER
2. DIFUSIÓN	SEGUIDORES TEMPRANOS	DAR VISIBILIDAD AL MOVIMIENTO Y HACERLO INEVITABLE.
	ABISMO	
3. ADOPCIÓN	MAYORÍA TEMPRANA (PRAGMÁTICOS)	ADOPTAR EL CAMBIO CON PRAGMATISMO.
4. GENERALIZACIÓN	MAYORÍA TARDÍA (CONSERVADORES)	ADOPTAR EL CAMBIO DE MODO CONSERVADOR.
5. ASIMILACIÓN	ESCÉPTICOS	REPRESENTAR LA RESISTENCIA A LA ASIMILACIÓN TOTAL DEL CAMBIO.

CONCLUSIÓN:

El informe Error es humano hace ya más de 15 años declaró, en relación al daño “Esto no

es aceptable y no se puede tolerar por más tiempo”. Por desgracia, esta afirmación sigue siendo válida al día de hoy. A pesar de que somos más conscientes del daño, los pacien-



tes aún experimentan daños evitables durante sus hospitalizaciones o atenciones de salud. Todavía queda mucho por hacer. Lograr una verdadera seguridad es un proceso largo y, puede que no sea posible eliminar por completo el daño y este siempre estará presente. Las nuevas tecnologías y los tratamientos que por un lado mejoran los pronósticos de nuestros pacientes, también pueden aumentar la probabilidad de aparición de nuevos riesgos y daños.

A pesar de los avances en los últimos 15 años, la seguridad del paciente sigue siendo un importante problema de salud pública, debemos seguir avanzando en la seguridad del paciente, la implementación de sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, con una cultura no punitiva, centrando el análisis en lo que pasó y no en quien lo hizo, estableciendo un equilibrio entre, la sanción, el consuelo y la capacitación, implementando medidas de mejora, que involucren a pacientes y al personal de salud, empoderar a los pacientes en su propia seguridad, entrenar a los equipos de salud, utilizando metodologías innovadoras como la simulación clínica, la utilización de protocolos y vigilancia activa en la búsqueda de factores latentes que pueden provocar incidentes y eventos adversos, son ejemplos de acciones bien encaminadas que deben replicarse de manera constante, para generar investigación de calidad, pero el éxito de las acciones para disminuir el daño y el error requiere la participación activa de todos los involucrados en el cuidado de la salud, agencias gubernamentales, organizaciones de atención sanitaria, asociaciones públicas y privadas, investigadores, asociaciones de profesionales,

educadores, personal de salud, pacientes y sus familias, solo así lograremos un cambio de cultura real y movernos hacia la seguridad total, nuestros pacientes no se merecen menos.

Bibliografía

1. Vincent C. *Patient safety*. London: Churchill-Livingstone; 2006.
2. *The Conceptual Framework for the international Classification for patient Safety WHO* 2009.
3. *The essentials of patient safety*. Imperial Centre for patient safety and service quality 2011.
4. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. *To err is human. Building a safer health system*. 1st ed. Washington: National Academy Press; 2000.
5. John T. James PhD, *A new, evidence-based estimate of patient harms associated with Hospital Care*, *J Patient Saf* vol 2013; 9(3): 122-8.
6. Martin A Makary professor, Michael Daniel research fellow Department of Surgery, Johns Hopkins University School of Medicine, Baltimore, *Medical error—the third leading cause of death in the US* *BMJ* 2016; 353 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139> (Published 03 May 2016) Cite this as: *BMJ* 2016;353:i2139
7. A C Edmonson, *Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers*, *Qual Saf Health Care* 2004; 13 (suppl II): ii3-ii9. Doi: 10.1136/qshc.2003.009597
8. Reason JT, *Human Error*, Cambridge University Press 1990.
9. Gómez-Arnau JI, Bartolomé A, Santa-Úrsula JÁ, González A, García S. *Sistemas de comunicación de incidentes y seguridad del paciente en anestesia*. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2006; 53:488-9
10. *SENSAR en Chile. Primer Curso SENSAR de Seguridad de Paciente Quirúrgico*. [Internet]. [consultado 10 Ene 2017]. Disponible en: <http://sensar.org/2016/sensar-realizara-curso-seguridad-del-pacientechile/>
11. *Incidentes agregados. Boletín SENSAR 2014* [Internet]. [consultado 16 Ene 2017]. Disponible en: <http://sensar.org/2014/boletin-actualizacionsensar-febrero-2014-incidentes-agregados/>
12. Mahajan RP. *Safety culture in Anesthesiology*. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2011; 58 (Supl 3):S10-4.
13. Pronovost P, Sexton B. *Assessing safety culture: guidelines and recommendations. Quality and Safety in Health Care*. *BMJ Publishing Group Ltd*; 2005;14(4):231-3.
14. Flin R. *Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis*. *Safety Science*. 2007;45(6):653-67.
15. Tajfel H, Turner JG. *Social identity theory of intergroup behavior*. MA Hogg. *Social Psychology: Intergroup behavior and societal*; 1986.
16. Tajfel H. *Differentiation Between Social Groups: Studies in the Social Psychology of Intergroup Relations*. London: Academic; 1978.
17. Rodrigo-Rincón MI, Tirapu-León B, Zabalza-López P, Martín-Vizcaino MP, La Fuente-Calixto de A, Villalgorido-Ortín P, et al. *Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica*. *Revista de Calidad Asistencial*. 2011;26(6):380-5.
18. Westrum R. *A typology of organisational cultures*. *Quality and Safety in Health Care*. *BMJ Publishing Group Ltd*; 2004;13 (Supl 2):ii22-7.
19. Corrigan JM. *Crossing the quality chasm. Building a Better Delivery System*. Institute of Medicine; 2005.) Moore GA, McKenna R. *Crossing the Chasm: Marketing and selling high-tech products to mainstream customers*. 1991.
20. *National Academy of Engineering (US) and Institute of Medicine (US) Committee on Engineering and the Health Care System. Building a Better Delivery System: A New Engineering/Health Care Partnership*. Reid PP, Compton WD, Grossman JH, et al., editores. Washington (DC): National Academies Press (US); 2005.
21. Moore GA, McKenna R. *Crossing the Chasm: Marketing and selling high-tech products to mainstream customers*. 1991.



EL LIDERAZGO: UNA CUESTIÓN DE EXCELENCIA INDIVIDUAL Y DE ÉTICA PERSONAL. LOS 5 ERRORES MÁS GRAVES EN LA GESTIÓN DE UN LÍDER.

Publicado el 19 de agosto de 2018 en Blog personal el red LinkedIn. Se reproduce con autorización.



Jorge Urrutia

Psicólogo organizacional, Diplomado en Gestión de Recursos Humanos, Diplomado en Comunicación Interna, Máster en curso en Dirección de Recursos Humanos.

jorgeurrutiaconsultoria@gmail.com

www.linkedin.com/in/jorge-urrutia



ASCENDER

Ser jefe, llegar a ser gerente, luego director y por qué no, después el CEO de una compañía. Muchos de nosotros cuando empezamos nuestras carreras profesionales empezamos a dibujar en nuestras mentes alguno de esos escenarios. Unos por un interés profundo y genuino por querer liderar equipos y otros tantos más bien por haber sido ese el modelo de “éxito” que se nos ha inculcado, el cual, producto de tanta insistencia, terminamos haciendo nuestro.

Algunos conseguimos esos objetivos, otros en medio del camino vamos cambiando de perspectivas e intereses y les damos un giro parcial o radical, y otros tantos desechamos tajantemente dichos planes para priorizar otros igual de valiosos y de importantes para nuestras vidas.

“¿CUÁL ES EL RETO MÁS COMPLEJO AL OCUPAR UN CARGO DE LIDERAZGO?”

Hace algún tiempo alguien me preguntó cuál consideraba yo era el reto más complejo al ocupar un cargo de liderazgo, sin lugar a dudas – le dije – era el **gestionar personas**. Gestionar personas significa gestionar sus expectativas, sus ilusiones, sus motivaciones, su desarrollo, sus conflictos...Podemos encontrar innumerables libros o artículos (como este) pretendiendo enseñar cómo ser un buen líder, muchos de ellos son realmente útiles, sin embargo, el gestionar personas **tiene que ver mucho más con la experiencia, el entrenamiento constante en el rol y fundamentalmente en la ética personal**, traducida en un auténtico interés por el otro y en el sentido de justicia.

LA ÉTICA ES CLAVE

Coincido en ello con el planteamiento de Howard Gardner, neurocientífico, investigador y profesor de Harvard. La parte técnica de cualquier puesto se puede aprender e incorporar en más o menos tiempo, lo otro sin embargo, al igual que el compromiso, forman parte de la esencia de la persona y tiene que ver mucho con la estructura de su personalidad, la cual está determinada por sus patrones de crianza y el entorno social en que se ha formado.

¿POR QUÉ FRACASAN MUCHOS LÍDERES?

En las organizaciones, así como tenemos algunos tantos aciertos, es bueno también reconocer que cometemos otros tantos errores. Con certeza uno de los más críticos, por el impacto que tiene, es el de promover a un rol de liderazgo a una persona muy competente en su función individual pero que carece, no solo de habilidades clave para el puesto, sino de interés por él.

LES CUENTO UN CASO REAL

Un familiar mío trabajaba en una empresa de telecomunicaciones. Ocupaba un cargo equivalente al de un analista. Le iba estupendamente. Cumplía con sus objetivos y normalmente los superaba obteniendo así los bonos acordados en su contrato. Era raro el mes que no sobrepasaba las expectativas. Cierta día su jefe le dijo que la promovería al puesto de Supervisora. Si le estaba yendo tan bien como analista, sería capaz de transmitir - creía él - dicha ambición y buenas prácticas al resto del equipo.

Ella desde el principio se negó a asumir la posición. No le interesaba someterse al estrés de tener que hacerse responsable por el resultado de los demás. Le bastaba (y además le gustaba) esforzarse por el propio; además, la interacción con otras áreas era una función que tampoco la motivaba. Lo suyo, estaba convencida, era el contacto directo con el cliente.

Pese a todas las objeciones que presentó, su jefe pensó que con el tiempo se acostumbraría y lo haría bien. ¿Qué pasó entonces? Al poco tiempo los resultados del equipo no fueron alcanzados, ella (mi familiar) se desmotivó profundamente, sucedió lo mismo con el equipo. Ella intentó regresar a su puesto anterior pero no se lo permitieron, la animaban en vano a que continúe. Al poco tiempo decidió renunciar al puesto de Supervisora y a la empresa.

Una buena analista, una pésima gestora de equipo. Una pérdida lamentable para la compañía.

LOS 5 PEORES ERRORES EN LA GESTIÓN DE UN LÍDER

Ya lo dije, parte del éxito para una gestión exitosa de un líder, radica en el interés genuino de la persona por asumir dicho rol. De faltar este ingrediente, mal se proyectan las cosas. El desarrollo de ciertas competencias claves incrementan la probabilidad de éxito, y sin ética todo lo anterior pierde sentido.

Quien lea con frecuencia mis columnas sabe que me gusta plantear algunas experiencias negativas de las que he sido testigo porque creo que resultan especialmente aleccionado-

ras. A veces llenarnos de “buenos tips” para hacer las cosas resulta repetitivo y cansino, sin embargo cuando vemos evidenciados los errores que otros han cometido, la atención se incrementa, nos identificamos con la situación y surge la tendencia a querer evitar realizar las mismas equivocaciones.

A continuación **los 5 peores errores en la gestión de un líder:**

1. No compartir con el equipo: Una de las cosas que más afectan la figura de un líder es cuando este se mantiene distante del equipo y muestra interés en reunirse con él solo para dar pautas o plantear los objetivos a alcanzar en un determinado periodo. No compartir un almuerzo en un día cualquiera, estar ausente en alguna celebración informal, no integrarse en aquellas fechas simbólicas para el resto (cumpleaños y demás celebraciones) generan una distancia que afecta el sentido de pertenencia y de cohesión entre todos los integrantes en general y en particular del líder en relación con el resto.

2. Informar, no comunicar: Los líderes tienen la gran responsabilidad de transmitir a sus equipos los objetivos estratégicos de la compañía. Detrás de cada “reto desafiante” que tiene la empresa hay siempre un contexto, una situación de fondo que los equipos merecen conocer. Si, por imaginar un ejemplo, producto del ingreso de un nuevo cliente y hasta que se reorganicen las áreas, será necesario que los equipos realicen horas extras durante algunas semanas, mal haría el líder en plantear solamente lo que se requerirá del equipo (más horas de trabajo) sin previamente explicar los motivos por los que se ha llegado a esa nece-



sidad y el periodo por el cual se mantendrá la situación. Puede parecer un error obvio, evidente, un error que nadie cometería, pero créanlo, es de los más frecuentes.

3. Mezquinar el tiempo: Es cierto que ser líder implica asistir constantemente a reuniones, gestionar los objetivos del equipo, planificar, hacer seguimiento, negociar con distintos frentes, etcétera. El tiempo puede empezar a ser escaso, sin embargo no existe justificación para restringir el tiempo a dedicar al equipo. ¿Por qué? Porque tendrán dudas, requerirán aprobación, otras veces necesitarán validación de alguna decisión, otras consejo para no errar. La planificación y la gestión del tiempo se convierte entonces en una competencia que inevitablemente debe desarrollar un líder. Es cierto que hay muchas veces que se precisa delegar y otras tantas aprender a decir “no”, pero ese “no” en muy excepcionales ocasiones debe ser dicho al equipo.

4. Limitar la retro alimentación a una vez al año: Todavía se mantiene en muchas compañías las evaluaciones de desempeño con frecuencia anual (aunque la tendencia empieza a impulsar un feedback permanente). Es un error hacer caso preciso a dicha indicación y limitar las reuniones de establecimiento de objetivos y de feedback a una o dos reuniones al año; peor aún si se toman esos espacios para señalar puntos de mejora de forma aguda y pormenorizada y si apenas se mencionan las cualidades y logros de la persona o si simplemente se pasan por alto.

5. No fomentar el desarrollo (o detenerlo):

Muchos líderes llegan a sentir que, de algún modo, los integrantes de su equipo le pertenecen, más aún cuando estos muestran buenos resultados y aportan de manera importante al logro de los objetivos del área. Por ello, en ocasiones, cuando uno de los integrantes del equipo empieza a incubar la idea de cambiar de área o de funciones, o cuando en otro equipo empieza a pensarse en él/ella para proponerle algún cambio de roles, algunos líderes asumen la postura de “propietario” de dicho profesional obstaculizando así su desarrollo.

Dos cosas respecto a este punto: el profesional no es “propiedad” de ningún área, si en todo caso es un elemento de la compañía, por lo que habría que ver el lugar donde este pudiera aportar con calidad, motivación e ilusión (siempre respetando sus intereses); y por otro lado - y acá es donde entra en juego la ética del líder - lo que debe primar en la gestión de las personas es el desarrollo integral y el cuidado por su carrera. No restringir el desarrollo, sino buscarlo, fomentarlo, incentivarlo y llegado el caso que esas oportunidades pudiesen no existir en de la organización, invitar a la búsqueda de nuevos retos en otros lugares, incluso fuera de la misma compañía.



LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A LA CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA EN UN HOSPITAL.



Ricardo Mateo Dueñas

Doctor en Administración de Empresas e Ingeniero Industrial,
Profesor Titular Universidad de Navarra - España



Carmen Mateo Moratinos

Médico Residente del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.

Correspondencia : rmateo@unav.es

Nota del Editor:

Resumen de la Conferencia realizada en el III Congreso Internacional en Seguridad del Paciente, de la Fundación para la Seguridad del Paciente y Facultad Economía y Negocios de la Universidad de Chile, en Santiago de Chile a 7 y 8 de Junio del 2018.



Antes de comenzar quisiéramos rendir un homenaje, por sus descubrimientos acerca de la estructura del sistema nervioso y el papel de la neurona, a un ilustre profesor navarro, médico de gran prestigio y ganador del premio nobel de medicina en el año 1906. Sus colegas, actualmente, le consideran el padre de la neurociencia moderna. Su nombre es Don Santiago Ramón y Cajal, nacido en un pequeño pueblo de Navarra - España, en 1852. Las investigaciones de este prestigioso científico, son además y de acuerdo con numerosos investigadores, el origen de la inteligencia artificial y del Deep learning, tal como lo conocemos. Sus descubrimientos sobre la neurona nos han permitido entender su funcionamiento como entidades morfológicas formadas por ramificaciones que emiten y reciben señales y que actúan en red, comunicándose por proximidad entre ellas, asentando así la base para la inteligencia y el aprendizaje. Su trabajo ha permitido estructurar el funcionamiento de esta compleja estructura con modelos matemáticos y algoritmos que, hoy en día, se denominan redes neuronales. Vaya para él este reconocimiento por su gran contribución.

Una red neuronal artificial es la representación de un conjunto de neuronas artificiales (representadas por funciones matemáticas) intercomunicadas entre sí que reciben datos, procesan información y generan resultados. Esta representación artificial de una red neuronal es sencilla, se puede comprender fácilmente y da pie a poder desarrollar una serie de capacidades cognitivas que, con elevada probabilidad, cambiarán el funcionamiento de todas las organizaciones y el comportamiento de las personas. Es decir, todos nosotros nos veremos expuestos a un cambio radical en la

forma de relacionarnos y comprender la vida, las relaciones interpersonales y la inteligencia. La forma en la que una red neuronal artificial aprende es similar a como aprenden los niños. Se trata de un desarrollo basado en la prueba y el error. La red neuronal recibe datos, procesa la información y genera un resultado. Si el resultado es erróneo, el sistema recibe el feedback e intenta solventar el fallo. Si repetimos esto miles de veces, habremos dotado a la red neuronal de la suficiente experiencia para dar resultados fiables. La experiencia se acumula otorgando una importancia o peso diferente a cada neurona artificial implicada en el proceso de análisis para generar el resultado que debe entregar. Este modelo de funcionamiento se puede observar en la naturaleza ya que, para determinadas situaciones, unas neuronas son más importantes que otras, sus señales son más intensas y su nivel de implicación en la respuesta a un estímulo varía. El proceso de aprendizaje es importante para la calidad de la red neuronal, por lo que, si dotamos a la red neuronal artificial de experiencias valiosas y bien diseñadas, nuestra red será más inteligente y fiable.

La aplicación de la inteligencia artificial a la gestión de la calidad y de la seguridad clínica en un hospital la entendemos dentro de un contexto formado por una serie de proposiciones que a continuación resumimos.

1. Los hospitales son organizaciones complejas.

Los hospitales son organizaciones complejas, adhocracias de acuerdo al profesor Henry Mintzberg. La adhocracia se coordina principalmente mediante el ajuste entre todas las partes de la organización, especialmente

gracias a la colaboración entre sus profesionales. Los puestos de trabajo, dentro del área de la salud, son muy especializados, con amplia capacitación, las unidades son pequeñas y combinan su especialidad con la necesidad de atención de los pacientes en estructuras matriciales, que están selectivamente descentralizadas. Los entornos son muy dinámicos y tienden a estar vinculados a sistemas técnicos (Mintzberg, 1980). Esta realidad de un centro sanitario significa que cada situación está condicionada por la anterior, siendo interdependientes entre sí, por lo que es importante perfeccionar continuamente las actividades realizadas para mejorar de forma global el sistema.

2. La mejora continua en los hospitales es estratégica.

Dada la complejidad de la actividad de un hospital y la gran cantidad de pacientes que requieren atención, son innumerables las oportunidades de mejora. Son especialmente importantes las referidas a la seguridad clínica durante la atención sanitaria. El daño a los pacientes por fallos evitables tales como errores en el tratamiento farmacológico, en la identificación del paciente, infecciones nosocomiales o las úlceras por decúbito debido a falta de prevención han sido identificados como problemas fundamentales derivados de la práctica asistencial y confirmados por la investigación de numerosos científicos a nivel mundial (Davis et al., 2003; Berwick et al., 2006; Grol, Berwick, and Wensing, 2008; Benning et al., 2011; James, 2013; Makary and Daniel, 2016; Tamma et al., 2017; Neily et al., 2018). La gran mayoría de estos autores apuntan a la necesidad imperiosa de mejorar y evitar estos even-

tos adversos en cualquier organización de salud.

3. Un hospital necesita de un sistema de mejora perfectamente integrado con sus profesionales.

Las oportunidades de mejora necesitan de un sistema diseñado para el hospital y de la participación activa y comprometida de todos los profesionales implicados en la atención sanitaria, especialmente médicos y enfermeras. En nuestras investigaciones hemos comprobado que el sistema de mejora debe estar formado por un conjunto de principios, procesos y soportes que vayan dirigidos al logro de la excelencia en el ámbito hospitalario. El diseño del sistema de mejora resulta vital para crear las condiciones iniciales adecuadas para abordar el proyecto con éxito. En nuestras investigaciones y en diversos estudios, se han identificado aspectos organizativos, metodológicos, culturales y personales que resultan relevantes en el diseño de un sistema de mejora continua para un hospital (Sangüesa, Mateo, and Ilzarbe, 2007; Paipa Galeano et al., 2011; Tanco et al., 2011; Jaca et al., 2012; Mateo et al., 2013; Mateo et al., 2015; Jurburg et al., 2016).

4. La inteligencia artificial es una herramienta muy valiosa para abordar la mejora de los eventos adversos.

La inteligencia artificial ha demostrado su utilidad en los campos de la visión y la audición artificial. Desde el año 2015, los sistemas de visión artificial han logrado niveles de fiabilidad elevados y actualmente son confiables para reconocer objetos y personas. Además, la audición artificial ha alcanzado niveles de



exactitud muy altos y es fiable para ser utilizado en multitud de actividades. Por otro lado, la inteligencia artificial y, en concreto, el deep learning representa una oportunidad para mejorar las capacidades de los profesionales involucrados en las actividades y rutinas de los hospitales. Al lograr crear una red de inteligencia artificial que ayude a los profesionales a disminuir su tasa de errores en la práctica diaria conseguimos mejorar las bases de la sanidad y, por lo tanto, todo el sistema.

5. El diseño de prototipos que utilizan inteligencia artificial es factible y real.

Actualmente, con las técnicas disponibles, es posible diseñar prototipos para mejorar sustancialmente la seguridad clínica de los hospitales. Sin embargo, estos prototipos necesitan de la participación directa de los profesionales, de los datos y experiencia acumulados además de un diseño adaptado de los algoritmos a la realidad de los eventos adversos que se quieren evitar.

Como conclusión, podemos afirmar que nos encontramos ante una herramienta que cambiará la forma de abordar la calidad y la seguridad clínica en un hospital. La situación actual basada en los protocolos que deben cumplir los profesionales se transformará en una nueva concepción donde una parte de los protocolos se realizarán automáticamente por prototipos especialmente diseñados para ello.

Referencias

Benning, A., M. Dixon Woods, U. Nwulu, M. Ghaleb, J. Dawson, N. Barber, B. D. Franklin, A. Girling, K. Hemming, M. Carmalt, G. Rudge, T. Naicker, A. Kotecha, M. C. Derrington, and R. Lilford 2011 "Multiple component patient safety intervention in English hospitals: controlled evaluation of second phase." *Bmj*, 342: d199.

Berwick, D. M., D. R. Calkins, C. J. McCannon, and A. D. Hackbarth 2006 "The 100 000 Lives Campaign Setting a goal and a deadline for improving health care quality." *Jama Journal of the American Medical Association*, 295: 324-327.

Davis, P., R. Lay Yee, R. Briant, W. Ali, A. Scott, and S. Schug 2003 "Adverse events in New Zealand public hospitals II: preventability and clinical context." *N Z Med J*, 116: U624.

Grol, R., D. Berwick, and M. Wensing 2008 "On the trail of quality and safety in health care." *British Medical Journal*, 336: 74-76.

Jaca, C., E. Viles, R. Mateo, and J. Santos 2012 "Components of sustainable improvement systems: theory and practice." *TQM Journal*, 24: 142.

James, J. T. 2013 "A new, evidence based estimate of patient harms associated with hospital care." *Patient Saf*, 9: 122-128.

Jurburg, D., E. Viles, M. Tanco, and R. Mateo 2016 "Continuous improvement leaders, followers and laggards: understanding system sustainability." *Total Quality Management and Business Excellence*: 1-17.

Makary, M. A. and M. Daniel 2016 "Medical error the third leading cause of death in the US." *Bmj British Medical Journal*, 353. Mateo, R., J. Hernandez, L. Neriz, and E. Viles

2015 "EFFECTS ON PERSONNEL'S WORK QUALITY OF AN ORGANIZATION THAT FULFILLS THE STANDARDS. AN EXPERIMENTAL VERIFICATION." *Dyna*, 90: 219-226.

Mateo, R., J. R. Hernandez, C. Jaca, and S. Blazsek 2013 "Effects of tidy/messy work environment on human accuracy." *Management Decision*, 51: 1861-1877.

Mintzberg, H. 1980 "STRUCTURE IN 5'S A SYNTHESIS OF THE RESEARCH ON ORGANIZATION DESIGN." *Management Science*, 26: 322-341.

Neily, J., E. S. Silla, S. T. Sum Ping, R. Reedy, D. E. Paull, L. Mazzia, P. D. Mills, and R. R. Hemphill 2018 "Anesthesia Adverse Events Voluntarily Reported in the Veterans Health Administration and Lessons Learned." *Anesthesia and Analgesia*, 126: 471-477.

Paipa Galeano, L., M. Carmen Jaca Garcia, J. Santos Garcia, E. Viles Diez, and R. Mateo Duenas 2011 "THE CONTINUOUS IMPROVEMENT SYSTEMS AND THE WASTE: the continuation of TAYLOR'S work." *Dyna*, 86: 232-240.

Sanguesa, M., R. Mateo, and L. Ilzarbe 2007 "How hospitals choose a quality management system: Relevant criteria in large Spanish hospitals." *Total Quality Management & Business Excellence*, 18: 613-630.

Tamma, P. D., E. Avdic, D. X. Li, K. Dzintars, and S. E. Cosgrove 2017 "Association of Adverse Events With Antibiotic Use in Hospitalized Patients." *Jama Internal Medicine*, 177: 1308-1315.

Tanco, M., C. Jaca, E. Viles, R. Mateo, and J. Santos 2011 "Health-care teamwork best practices: lessons for industry." *TQM Journal*, 23: 598.



SEGURIDAD EN EL PROCESO QUIRURGICO



Maritza Fuenzalida Mendez:

Enfermera Unidad de Calidad
Hospital Fuerza Area de Chile - Santiago.

Nota del Editor:

Resumen de la Conferencia realizada en las Jornadas de Seguridad del Paciente y su influencia en Calidad y Acreditación, de la Fundación para la Seguridad del Paciente y el Hospital FUSAT de Rancagua CHILE, los días 9 y 10 de Agosto del 2018.



Una práctica clínica segura es aquella que: Identifica que procesos diagnósticos, clínicos y terapéuticos son los más eficaces, garantiza que se aplican a quien los necesita, se realizan correctamente y sin errores.

Uno de los primeros intentos por evaluar la seguridad del proceso quirúrgico, fue lo realizado por el cirujano inglés Sir Thomas Percival, quien el año 1803, dijo “Adoptando el registro, médicos y cirujanos, podrían obtener una visión mas clara, comparando hechos acaecidos en sus hospitales y prácticas privadas, siendo estimulados a investigar las causas de esas diferencias”. Casi un siglo después el cirujano ortopedista Ernest A. Codman, desarrolla su “teoría de resultados finales”, donde intenta hallar, a través de sus resultados obtenidos, posibles errores y causas, de modo que puedan servir para evitar repeticiones en futuros casos similares.

Consecuentemente con esto, a medida que transcurre el tiempo y tras la publicación del estudio ENEAS (Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización) el año 2005, que estima la incidencia de eventos adversos en un 9,3% de todos los ingresos hospitalarios.

Posteriormente, la OMS, tras publicar que en el mundo un 25% de los procesos quirúrgicos, sufría algún tipo de complicación, el año 2008. lanza el Reto Global la Cirugía Segura salva vidas. Se instaura así la Lista de chequeo, iniciativa que se concentra en cuatro áreas temáticas y en una serie de aspectos esenciales, las áreas eran:

1. Cirugía limpia: mediante el lavado de ma-

nos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida quirúrgica y descontaminación del material.

2. Anestesia segura: A través de la presencia de un anestesista entrenado, pulsioximetría y monitorización adecuada de la frecuencia cardiaca, presión sanguínea y temperatura.

3. Equipos quirúrgicos adecuados y profesionales seguros: personal entrenado, identificación inequívoca del paciente y lugar correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, consentimiento informado, disponibilidad de equipamiento e instrumental.

4. Garantizar la calidad: implantar medidas y mecanismos que aseguren la calidad mediante revisión del seguimiento de las complicaciones y revisiones por expertos.

Esta lista, posee una versión abreviada y una más completa centradas en estas áreas temáticas. Ésta medida fue instaurándose poco a poco, en todos los pabellones, ya que los diversos sistemas de acreditación la solicitan como característica obligatoria.

Los eventos adversos que deben centrar el interés del cirujano y su equipo, son los evitables o prevenibles y, por tanto, susceptibles de intervenciones dirigidas a su prevención. Estos, están relacionados con accidentes intraoperatorios quirúrgicos o anestésicos, con complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías y con el fracaso de la intervención quirúrgica. Por la gravedad de sus consecuencias, pueden ser leves, moderados, con riesgo vital o fatales, por el fallecimiento del paciente.

Actualmente se reconocen seis factores como causas de complicaciones y errores en cirugía:

1. La organización: Realizar procedimientos sin el personal y el equipo adecuado, programación y tiempo del procedimiento inadecuados, y la sustitución de miembros del equipo usual con nuevos miembros.

2. Las situaciones: Dentro de un quirófano destacan los distractores, las interrupciones, las condiciones físicas y el diseño del equipo.

3. El equipo de trabajo: Fundamentales en la prevención del error son la comunicación, la confianza entre los miembros del equipo y la habilidad que tengan éstos para manejar eventos inesperados. Un buen cirujano conforma un buen equipo de trabajo que le permita asegurar la calidad de la atención y disminuir los errores.

4. Los aspectos humanos individuales: Destacan la agilidad mental, las habilidades técnicas, la fatiga y la curva de aprendizaje.

5. La rutina: Falta de protocolos de manejo claros, la poca disponibilidad de información segura y la omisión de pasos claves en los procedimientos.

6. El paciente: Destacan la obesidad, variantes anatómicas, severidad de la enfermedad y la comorbilidad. Ignorar las condiciones propias del paciente que contraindican o limitan un procedimiento, es aceptar anticipadamente la construcción de un error.

INCIDENTES DE SEGURIDAD EN PABELLÓN:

1. Cirugía de lado equivocado
2. Error del tipo de cirugía
3. Error de medicación
4. Complicaciones quirúrgicas: Dehiscencia post quirúrgica de la herida operatoria, Hemorragia o hematoma post quirúrgico, sepsis post quirúrgica
5. Complicaciones anestésicas
6. Muestras biológicas extraviadas
7. Úlceras por presión
8. Caídas
9. Elementos abandonados en sitio quirúrgico
10. Quemaduras
11. Tiempo quirúrgico elevado en relación a la planificación.

CAUSALES DE INCIDENTES DE SEGURIDAD:

1. Comunicación no efectiva.
2. Ausencia de cultura de calidad y seguridad.
3. Revisión inadecuada de registros clínicos.
4. Falta de estandarización de procedimientos.
5. Sobrecarga laboral, falta de orientación o inadecuada orientación al puesto de trabajo.
6. Organizaciones centradas en los costos y no en la seguridad.
7. Cirugías de Urgencia.
8. Deficiencia en la implantación de un modelo de aseguramiento de la calidad en pabellón.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO

El acto quirúrgico empieza en la atención ambulatoria, cuando se obtiene el Consentimiento Informado del paciente, para ser sometido al proceso quirúrgico. Involucra no solo el servicio de pabellón, sino también unidades de



apoyo, ya sea por los exámenes, como por el instrumental y equipos necesarios para realizar la cirugía y el complemento de departamentos como IAAS para evitar complicaciones. Todo esto, es lo que debemos tener en cuenta para prevenir los incidentes que puedan ocurrir.

COMO PREVENIR LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD EN PABELLON:

1. Crear la cultura de la seguridad entre el personal de salud. Ésta debe ser la mayor meta de la organización.
2. Logrando comunicación efectiva: entre el personal de pabellón y el equipo quirúrgico.
3. Trabajando en equipo: Trabajar en equipo demanda un compromiso de trabajo inter y multidisciplinario, con responsabilidad compartida, con agradecimiento y reconocimiento de la calidad humana a la vez que se promueve el respeto profesional.
4. Estandarizando los procesos: previos a agendar una cirugía, previos a ingresar al paciente a pabellón, dentro del pabellón, post pabellón. Aquí encontramos la norma de antibioprofilaxis, temperatura que deben tener los pabellones, cantidad de personas circulando, numero de dadores a solicitar al paciente según tipo de cirugía, preparaciones preoperatorias (corte de vello, preparación intestinal, horas de ayuno, etc).
5. Estableciendo barreras en los pasos críticos: En toda intervención quirúrgica se realizará la comprobación de determinados aspectos considerados clave para la seguridad del paciente y recogidos en el “listado de verificación de seguridad quirúrgica”: Presencia de Consentimiento informado firmado, identificación de paciente, presencia de equipos e insumos necesarios para realizar el acto quirúrgico, confirmación de dadores de sangre de ser necesario, acceso a realización de biopsias rápidas de ser necesario. Destinadas a evitar errores en el manejo del material utilizado: conteo de gasas, compresas, instrumental.
6. En todos los procesos quirúrgicos se incluirá valoración anestésica, previa al inicio del acto quirúrgico. Adicionalmente, el anestesista definirá destino del paciente y dejará indicaciones en conjunto con el equipo quirúrgico.
7. En las intervenciones quirúrgicas se incluirá la profilaxis antibiótica según protocolo aprobado e implantado en el centro.
8. Personal capacitado: El personal debe estar debidamente capacitado y actualizado en las normativas vigente.
9. Formar líderes: Son ellos quienes lograrán hacer que el personal se involucre en el trabajo de calidad y seguridad. Deben ser referentes positivos y creíbles por el personal de la institución.
10. Crear la cultura del reporte voluntario de errores. Se debe desarrollar un sistema confidencial para reportar infracciones a la seguridad o errores, sin penalizar a los profesionales al cuidado de la salud involucrados.

Chile no es ajeno a esa realidad y el año 2005 cuando se promulga la Ley N° 19.666 y se crean los Manuales de Estándares Mínimos de

Acreditación, con esto, se quería incorporar la garantía de calidad en la atención de los pacientes.

El proceso de acreditación en Chile, contiene dentro de sus características obligatorias, varias aplicables al punto de verificación de pabellón quirúrgico. Tales son: prevención de eventos adversos asociados al proceso quirúrgico, consentimiento informado, identificación de pacientes, criterios de transfusión, trazabilidad de biopsia, mantenimiento de equipos críticos, etc. Todo esto, genera, un cambio en el quehacer diario de los pabellones.

Las características obligatorias y no obligatorias que aplican a un pabellón, sirven de herramienta para empezar a gestionarlo y priorizar así las necesidades. Es importante realizar mediciones a través de indicadores y análisis de los eventos que hayan ocurrido, estos resultados nos orientarán en las estrategias a realizar.

Nuestro norte, siempre debe ser, otorgar una atención segura a nuestros usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno Alemán J. Seguridad del paciente en el área quirúrgica: Aspectos jurídicos positivos de la implantación del Check List o Lista de Verificación Quirúrgica. Available from: <https://www.revista.uclm.es/index.php/cesco/article/view/412>
2. Arenas-Márquez H, Anaya-Prado R. Errores en cirugía. Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. *Cir Ciruj*. 2008;76(4):355-61 <http://www.medigraphic.com/pdfs/ciruj/cc-2008/cc084o.pdf>
3. Collazos C, Bermudez L, Quintero A, Quintero LE, Díaz MM. Checklist verification for surgery safety from the patient's perspective. *Colomb J Anesthesiol* [Internet]. 2013;41(2):109-13. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2256208713000023> http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v41n2/en_v41n2a06.pdf
4. Arenas Márquez H, Hernández Zúñiga JF, Carvajal Morones JA, Jiménez Tornero J, Baltazar Sánchez I, Flores Valenzuela M. Resultados de la aplicación de la lista de verificación quirúrgica en 60 pacientes. *Cir Gen* [Internet]. 2011;33(3):156-62. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992011000300004&lang=pt
5. Simposium II, Quir PP. Puntos críticos en seguridad de pacientes dentro de quirófano. <http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/ob->

servatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/cirugiasegura/documentos/seguridad_en_ambito_quirurgico.pdf

6. II CONFERENCIA INTERNACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/Informe_IV_Conferencia.pdf

7. Aguirre-gas HG, Zavala-villavicencio JA, Hernández-torres F, Fajardo-dolci G. Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cir Cir*. 2010;78(55):456-62. http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/docs/articulos/articulo_15.pdf

8. Joint Commission International, accreditation standards for hospitals, standards list version. (201 pages) Disponible en: URL: <http://www.jointcommissioninternational.org/> consultado en 2 Julio 2011 <https://www.kfshrc.edu.sa/store/media/toh.pdf>

9. Brennan TA, Leape LL, Laird Nm, Hebert L, Localio AR, Lathers AG, et AL. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991; 324: 370-6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1987460>

10. A.Walker , S.Reshamwalla , I.H.Wilson Surgical safety checklists: do they improve outcomes? <https://doi.org/10.1093/bja/aes175> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S000709121732932X>



DIPLOMADO SEGURIDAD DEL PACIENTE



100%
ONLINE



160
HORAS



INICIO
A ELECCIÓN
DEL ALUMNO

INSCRIPCIÓN EN: educacion@fspchile.org

VALOR: \$650.000

CERTIFICA:



FUNDACIÓN PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE
www.fspchile.org



SEGURIDAD II (SAFETY II) Y RESILIENCIA: EL CAMINO A SEGUIR EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ANESTESIOLOGÍA.

Resumen y comentarios

Dr. Cristian Rocco M.:

Anestesiólogo, Departamento de Anestesiología Clínica las Condes, Santiago, Chile
Médico Jefe Servicios Quirúrgicos Clínica Las Condes
Coordinador Proyecto SENSAR Latinoamérica. (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación).

Dr. Daniel Arnal V.

Anestesiólogo, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid España
Presidente de SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación)
Chairman of Spain and Latin America Regional Network Patient Safety Movement Foundation
Instructor del Centro de Simulación IDEhA (HU Fundación Alcorcón)

Correspondencia : cristian.rocco@sensar.org

Nota del Editor: Análisis del artículo Safety-II and Resilience: the way ahead in patient safety in anaesthesiology -Staender Sven- Current Opinion in Anaesthesiology



INFORMACIÓN ARTÍCULO

Safety-II and Resilience: the way ahead in patient safety in anaesthesiology
Staender Sven

Current Opinion in Anaesthesiology
Número: Volume 28(6), December 2015, p 735-739
Copyright: Copyright (C) 2015 YEAR Wolters Kluwer Health, Inc. All rights reserved.
Tipo de publicación: [TECHNOLOGY, EDUCATION AND SAFETY: Edited by Sven Staender]
DOI: 10.1097/ACO.0000000000000252
ISSN: 0952-7907
Registro: 00001503-201512000-00020
Palabras clave: anaesthesia, guidelines, patient safety, resilience, risk management

Información sobre el autor: Sven Staender. Department of Anaesthesia and Intensive Care Medicine, Regional Hospital Maennedorf, Maennedorf/Zuerich, Switzerland bDepartment of Anaesthesiology, Perioperative Medicine, and Critical Care Medicine, Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria.

Correspondence to Sven Staender, Department of Anaesthesia & Intensive Care Medicine, Regional Hospital Maennedorf, CH-8708 Maennedorf (Zuerich), Switzerland. Tel: +41 44 9222211; fax: +41 44 9222910; e-mail: s.staender@spitalmaennedorf.ch

“La trayectoria de la Anestesiología ha sido ejemplar a la hora de introducir mejoras sobre la seguridad de los pacientes, ha sido considerada la única especialidad cercana a la tasa de defecto six-sigma de la industria, definido como uno sobre 99.99966 %. (3,4 defectos por millón), esta tasa se ha atribuido a una variedad de factores como el avance de la tecnología, la farmacología, entrenamiento y capacitación utilizando la simulación clínica, investigación en factor humano, la estandarización de la atención entre otros.

Sin embargo nos preguntamos si lo que ha sido efectivo en el pasado nos puede servir para el futuro?. El mundo sanitario moderno con su complejidad creciente supone un desafío para la manera habitual de manejar el riesgo de la Anestesiología. Estandarizar es importante, pero el cumplimiento de los protocolos no puede cubrir todas las eventualidades de la práctica clínica diaria, se requiere una adaptación consciente de la información de las guías para abordar los desafíos de esta complejidad. Nos encontramos diversos problemas respecto a los protocolos y guías clínicas: exceso de información, guías contrapuestas sobre el mismo tema, accesibilidad de la información, longitud y complejidad de la guía y actualización a la fecha.

El concepto de “coordinación adaptativa”, el pensamiento denominado Safety II podrían servir como base de la futura estrategia de gestión de riesgos. Así, se podría definir Safety I como el estado en el que unas pocas cosas pueden ir mal, en función de las condiciones de un sistema estable y procesos más o menos lineales. En esa forma de pensar, los humanos son vistos predominantemente como un peligro. El principio de gestión de riesgos detrás de ese pensamiento es responder cuando algo sucede. La solución general es del tipo “encuentre y repare”, trate de descubrir sus causas y, una vez descubiertas, elimínelas o introduzca barreras. Con ese pensamiento, hemos gastado inmensos recursos para detectar errores, analizar las causas raíz y definir medidas correctivas

En Safety II, sin embargo, la gestión de riesgos se basa en asegurar que las máximas cosas posibles vayan bien, en función de la manera de responder a condiciones variables y complejas. Los individuos se considerarían en Safety II como un recurso necesario para la estabilidad, flexibilidad y resiliencia del sistema, por su potencial adaptabilidad. Se define resiliencia en este contexto como la capacidad del sistema para mantener las operaciones en condiciones esperadas e inesperadas. Enton-

ces la definición de seguridad debería pasar de “EVITAR QUE ALGO SALGA MAL” a “ASEGURAR QUE TODO SALGA BIEN”. El Safety II consiste en la capacidad del sistema para funcionar como debe, bajo condiciones variables, para que el número de resultados buscados sea lo más alto posible.

En conclusión tenemos una historia reciente de éxito, pero los desafíos son cada vez mayores y la asistencia sanitaria requiere una nueva manera de pensar sobre la seguridad. No podemos pensar ya en definir procesos lineales, estandarizarlos y después monitorizar el cumplimiento de los protocolos y guías (¿tendrá algo que ver con la dificultad para entender el motivo para no realizar el checklist, por ejemplo?).

Necesitamos estandarizar, pero además, necesitamos más resiliencia en los sistemas ultra-seguros para rendir con éxito en el trabajo diario. La clave para esta adaptación consciente está en la formación y entrenamiento así como conseguir la mentalidad de rendimiento seguro y trabajo en equipo (¿podríamos quizá denominarlo cultura de seguridad?).

El resultado de todo esto sería una organización en aprendizaje continuo, no solo aprendiendo de los errores (Safety I), sino, y lo más importante, de los éxitos (Safety II, la adaptación ante la variabilidad). Nada puede sustituir a un equipo anestésico inteligente.”

(Adaptación e interpretación resumida del texto de Sven Staender).



DIPLOMADO GESTIÓN RIESGOS DE SALUD



100%
ONLINE



170
HORAS



INICIO
A ELECCIÓN
DEL ALUMNO

INSCRIPCIÓN EN: educacion@fspchile.org

VALOR: \$650.000

CERTIFICA:



FUNDACIÓN PARA LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE
www.fspchile.org

OCHO HISTORIAS



Dra. Edita Falco

Cirugía Pediátrica
Medico-chapter leader de IHI Open School Montevideo
Uruguay

www.analisisdecasosclinicos.blogspot.com,

es un blog de iniciativa de esta destacada Médico del Uruguay.

Análisis de casos clínicos, son 8 historias que son relatadas desde diversas perspectivas por expertos internacionales, con una mirada de enseñanza y altura de miras a las vivencias que cada uno de nosotros nos ha tocado vivir en los caminos de los que hacen la Salud.

Cada historia tiene sus protagonistas, primeras y segundas víctimas, que han estado y vivido lo relatado.

Primum non nocere. Hipócrates, que también señaló: les cuento y enseño para que las cosas vividas les sirvan de aprendizaje y no las repitan.

Aprendamos de las letras de la Dra. Edita Falco, (Historias extraídas del MPS-UK) y estamos seguros, que recibiremos tus historias.



OBJETOS PERDIDOS Y ENCONTRADOS

01. EL TORNIQUETE

En el año 2005 el Pennsylvania Patient Safety Advisory publicó un artículo sobre 125 pacientes a quienes no se había retirado oportunamente el torniquete aplicado para administración de medicamentos o extracción de sangre, en hospitales de la región. El 48% de los pacientes presentaron signos como enrojecimiento de la piel y marcas profundas, indentaciones en la piel donde se había ajustado el torniquete. Otros síntomas documentados eran dolor, edema cambios de temperatura, cambios de color en la piel, sensación de entumecimiento, de quemadura, desgarros cutáneos, infiltración de la vía, relleno capilar tardío. En un caso se sospecho trombosis venosa y síndrome compartimental que se descartó a posteriori.

En el año 2009 los casos habían llegado a 140 y en una nueva revisión en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2014, se totalizaron 1079. Hubo



solo 5 eventos graves, parestesias, debilidad, dolor, edema y trombosis venosa profunda.

La mayoría de los pacientes eran ancianos, algunos con déficits cognitivos y niños pequeños.

La nota completa puede leerse en este link.:

http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/201603_32.aspx

02. LA PINZA OLVIDADA

Una paciente de 30 años, sometida a una toracentesis para evacuar un neumotórax espontáneo tenía una evolución favorable. El drenaje estaba conectado a una bomba de succión.

El médico tratante indicó que se pinzara la sonda y si eso era bien tolerado se hiciera

una placa de tórax de control para retirarla eventualmente el tubo. 5 minutos después la paciente se quejó de dolor intenso en el brazo y se le administró un calmante.

A posteriori la enfermera estuvo ocupada durante un largo rato con un paciente grave en

la misma unidad y olvido el control y el consiguiente estudio radiológico. Un par de horas mas tarde al volver a la paciente comprobó que estaba inconciente. Llevada a CTi se comprobó que había sufrido daño cerebral severo, con secuelas intelectuales y motoras irreversibles.

La discusión que se hizo a posteriori dejo en evidencia la falta de protocolos adecuados para la extracción de tubos pleurales en este caso en especial dado que la fuga no podía detectarse acertadamente estando conectada a una bomba de succión. De todos modos, se considero que la vigilancia de la nurse no había sido la ideal.

Puntos de interés

Un problema sistémico que comprendía falta



de orientación en enfermería, sobrecarga de trabajo, falta de protocolos médicos respecto a los drenajes, falta de coordinación con el departamento de radiología.

03. UN STENT OLVIDADO-HISTORIA DE MPS UK

El paciente, un hombre de 60 años estaba en control con urólogo por una hiperplasia prostática benigna, cuando debió ser intervenido por un carcinoma de colon izquierdo. A fin de evitar una lesión del uréter su urólogo tratante coloco un stent con la idea de retirarlo unos meses después.

El paciente evoluciono bien luego de la intervención.

Su urólogo tratante aceptó un contrato en otra ciudad y quedó bajo control de su sucesor.

Este vio ligeramente la larga historia del pa-





ciente, cuyas consultas por causas medicas eran numerosas y no llego a leer sobre la colocación intraoperatoria del stent.

Consideró que el paciente no necesitaba mas controles y le dio el alta.

Un año mas tarde presenta fiebre, dolor en la región inguinal y signos paraclínicos de insuficiencia renal. Al efectuar una ecografía se descubre que el catéter esta incrustado y el riñón presenta una moderada hidronefrosis.

El catéter tuvo que ser removido bajo anestesia general en una cirugía abierta ya que no fue posible retirarlo por cistoscopia.

El paciente demandó a ambos urólogos y al hospital.

Puntos de interés

[La importancia de una correcta y responsable comunicación entre colegas y pacientes](#)

04. UN GOLPE BAJO

El paciente, un hombre de 37 años notó una tumoración en el testículo en la noche de un sábado. Preocupado buscó consulta en el servicio de urgencia, fue visto después de una larga espera.

Era el ultimo paciente en el área y fue visto rápidamente por el medico quien le dijo “que era una pequeña dureza que iba a desaparecer con el tiempo”

No dio ningún consejo, simplemente dijo que no había de que preocuparse y anoto en la historia “Examen testicular s/p”.

El medico parecía molesto de atender una consulta que a su parecer no era urgente.

El paciente y su esposa mencionaron después que el medico parecía cansado y desatento durante la corta consulta.

Un año mas tarde el paciente consultó por un



nódulo en el cuello que resultó ser metástasis de un coriocarcinoma testicular.

Los expertos que decidieron a posteriori en la demanda fueron muy críticos y se pagó una fuerte indemnización.

Puntos de interés

- Se hizo notar que el médico hubiese anotado testículo s/p cuando le dijo al paciente que había un endurecimiento.
- Se criticó que no hubiese recomendado seguimiento posterior

Recomendaciones

- Se debe estar alerta a HETC (hambre, enojo, tarde y cansado) factores que pueden incidir negativamente en el desempeño.

- El tumor testicular puede presentarse como una masa sólida indolora y unilateral, sin embargo hay casos en que se aprecia una disminución del tamaño del testículo
- Una masa testicular sospechosa debe ser evaluada por especialista

05. CUANDO TIENE TOS

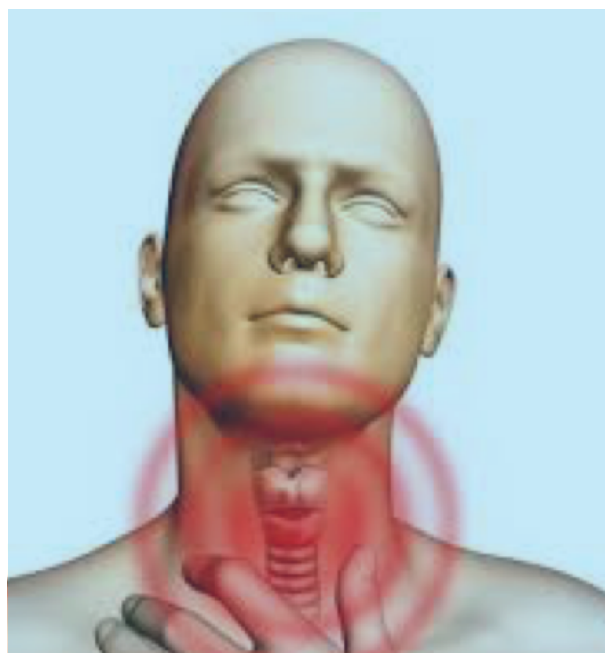
El paciente de 52 años consulta por un cuadro respiratorio de una semana de evolución comentando que no lo hizo antes por su trabajo. Durante la consulta menciona que dejó de fumar debido a un persistente dolor de garganta.

El examen muestra roncus y gemidos por lo que se le indica nebulizaciones y enfatiza la importancia de dejar el tabaco.

Unas semanas más tarde el paciente vuelve a consultar por un cuadro similar y tos por lo que recibe otra nebulización.

Menciona nuevamente su dolor de garganta, lo que queda consignado en la historia, pero la garganta no se examina.

Coincidentemente el paciente tiene una consulta con otorrinolaringólogo por un problema en su audición, en el examen refiere su dolor de garganta y el especialista descubre una



masa anormal en su amígdala derecha que resultó ser un carcinoma de células escamosas de la amígdala, con adenopatías.

Los expertos declararon que el retraso en el diagnóstico implicaba peor pronóstico y tratamiento más agresivo



Puntos de interés

- Los pacientes que tienen más de una queja pueden confundir la atención del médico, sobre todo si está realmente mal y esa consulta adicional parece sin importancia.
- Si no tiene tiempo para examinarlo correctamente marque otra consulta.

- Los cánceres en estas localizaciones son poco frecuentes y los síntomas suelen confundirse con síntomas comunes de infección.
- Si el paciente persiste sin mejorar debe ser enviado para un especialista.

06. MI PRIMER DÍA DE ENFERMERA

El primer día de trabajo de una enfermera recién graduada se llevó a cabo en una unidad de neonatología.

La joven estaba dispuesta y alerta.

Su jefa le indicó que administrara un antibiótico (eritromicina) que estaba en una jeringa en la bandeja correspondiente a uno de los pacientes.

La joven tomó la jeringa correctamente rotulada con el nombre del niño y el nombre del antibiótico y lo pasó por la vía venosa que estaba en su brazo.

No sabía que había que dárselo por boca.

Su supervisora tampoco sabía que ella ignoraba esa manera de dar la medicación a un recién nacido.

No se disponía de las jeringas diseñadas a esos efectos.

El niño falleció.



OCHO
HISTORIAS
OBJETOS PERDIDOS
Y ENCONTRADOS

07. LA CANTANTE

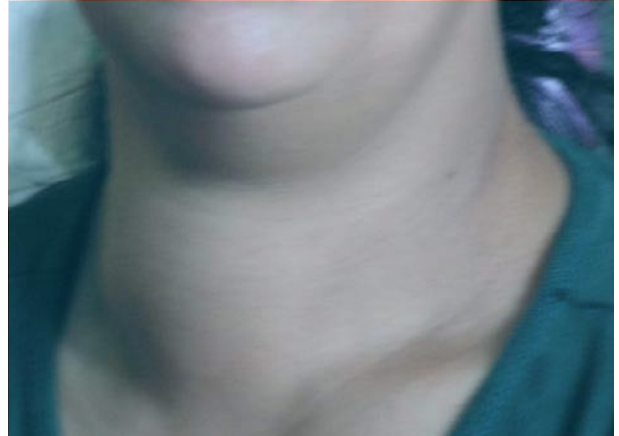
La paciente, una ama de casa que practicaba canto en su comunidad como hobby debía ser operada por un bocio.

El día de la intervención el cirujano descubrió que faltaba la hoja del consentimiento informado en la historia clínica y le pidió a su ayudante que se hiciera cargo.

La operación se llevó a cabo sin incidente, pero la señora quedó con una disfonía permanente por lesión del nervio laríngeo.

Entabló una demanda en que sostenía que no se hubiera operado de saber que su voz corría riesgo.

El cirujano aseguraba que el tema había sido



discutido en detalle en las consultas previas, pero no había dejado consignado nada en la historia clínica.

El ayudante se había limitado a pedir a la paciente que firmara la hoja del consentimiento.

08. EN MI EMBARAZO

Una joven madre que cursaba su segundo embarazo se mostró preocupada porque su hijo de seis años presentaba varicela.

Consultó telefónicamente en la clínica donde se atendía.

Su médico estaba de licencia de modo que quien contestó fue la recepcionista.

Esta le aseguró que la varicela a diferencia de la rubeola, no tenía consecuencias ni para ella ni para el bebé.





La señora insistió en hablar con otro médico, pero quien le contestó fue la nurse de la clínica la que le volvió a confirmar que la varicela no representaba ningún riesgo.

Tal como podemos sospechar la señora contrajo varicela y su niño la correspondiente patología.

Punto de interés

Si contraes varicela durante el embarazo, corres riesgo de tener complicaciones como neumonía.

Para el bebé, los riesgos dependen del tiempo. Si la varicela se desarrolla durante las primeras 20 semanas de embarazo, especí-

ficamente entre las semanas 8 y 20, el bebé enfrenta un riesgo leve de padecer un grupo poco frecuente de defectos congénitos graves, conocidos como «síndrome de la varicela congénita».

Un bebé afectado por este síndrome puede tener cicatrización en la piel, brazos y piernas poco desarrollados, inflamación ocular y desarrollo cerebral incompleto.

Si la varicela se desarrolla durante los días previos al parto hasta las 48 horas posteriores al parto, el bebé podría nacer con una infección potencialmente mortal llamada «varicela neonatal»

TRABAJOS/ CONTRIBUCIONES PRESENTADAS A CONGRESOS

Nota del Editor:

Trabajos presentados y exhibidos en el 4° Foro Latinoamericano en Calidad y Seguridad en Salud del Hospital Israelita Albert Einstein - IHI en alianza con la Fundación Santa Fe de Bogotá y el 27° Foro Internacional de la OES, realizado en el Hotel Hilton de Cartagena de Indias en Colombia, los días 3, 4 y 5 de octubre de 2018. Se reproducen con expresa autorización de autor del trabajo.

Construcción e implementación de una base de datos de indicadores de infecciones asociadas a la atención en salud

Autores: Callejas Dora Mariela y Ávila Johana Marcela

Introducción

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) son una problemática creciente en Colombia siendo las Infecciones del Sitio Operatorio (ISO) las más reportadas en Bogotá (Henriques, 2011); Clínica Medical siendo una institución referente para la atención de pacientes con trauma y cuidado intensivo, como parte de su programa de control de infecciones desarrolló una Big Data estructurada, especializada y dinámica que a través del desarrollo de un software estadístico consolidó los indicadores de IAAS y la adherencia de los procesos vigilados para mitigar el impacto que estas generan y que se ve reflejado en la reducción de la morbi-mortalidad de la población atendida y del costo de su atención.

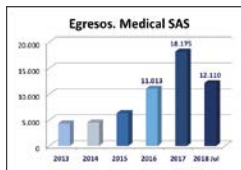
Caracterización de la institución

Institución de alta complejidad:

Servicio de Urgencias (apertura 2017)
16 camas de UCI Adulto médico quirúrgico
15 camas de Unidad de Intermedio
107 Hospitalización
5 salas de cirugía
Unidad de Hemodinamia
Unidad de Hemodiálisis

Procedimiento quirúrgicos de alta complejidad

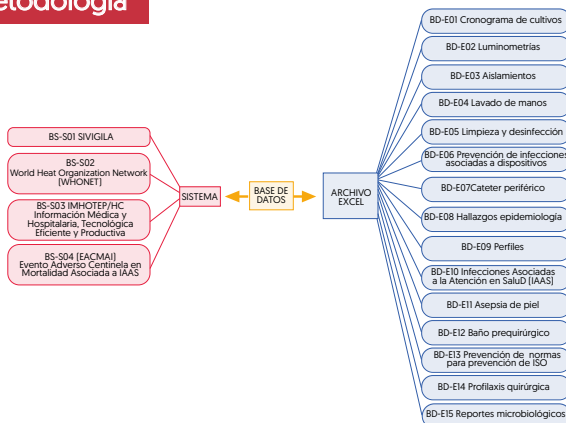
- Clipajes aneurismas - panangiografía
- Estabilización fractura columna instrumentada y por Spinejack
- Embolización de aneurismas por vía endovascular
- Trombolectomía anastomosis de vasos
- Reparación endovascular de vasos lesionados
- Injertos microvascular



Objetivo

Dar a conocer la Big data desarrollada e implementada en la Clínica Medical como fuente de información y referenciación del comportamiento de las IAAS en pacientes de trauma.

Metodología

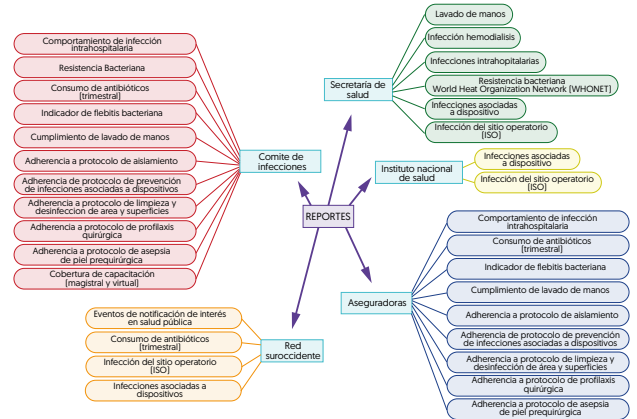


Grafica 1. Mapa de entradas Big data vigilancia epidemiológica, Clínica Medical SAS

(Henriques Daibeth Elena, Boletín Epidemiológico de Infecciones Intrahospitalarias, 2011)
(Franco Sandra Gisela, Modelo de Coste Efectividad para Optimizar el Impacto en la Prevención de IAAS, 2013)

“Si buscas resultados distintos no hagas siempre lo mismo”

Grafica 2. Mapa de salidas Big data vigilancia epidemiológica, Clínica Medical SAS



Resultados

El desarrollo e implementación de esta estrategia informática permite llevar una trazabilidad estadística de los indicadores de IAAS, permitiendo tomar intervenciones en tiempo real de control y prevención de infecciones que generan impacto en el costo-efectividad de la atención brindada al paciente.

Discusión y Conclusiones

- Se implementó una Big Data que permitió consolidar y generar una información estadística de indicadores de IAAS, adherencia a protocolos, seguridad del paciente, calidad y gestión clínica, brindando información que permite realizar una referenciación competitiva.
- Al realizar análisis de la información en tiempo real se generan estrategias que brindan impacto en el costo efectividad de la atención del paciente. (Ver Tabla 1)
- Las estrategias de intervención en las IAAS permitió generar una reducción de las bacteremias asociadas a catéter en un 84% disminuyendo el costo en \$9.122.424*, de las infecciones del sitio operatorio en un 42% disminuyendo el costo en \$23.865.024**.

Ver tabla 1

IAAS	Costo por caso IAAS
Bacteremia asociada a cateter	\$ 1.140.303* (COP)
Infección sitio operatorio	\$ 7.955.008** (COP)
IVU asociadas a sonda vesical	\$ 1.067.700 (COP)

(Franco, 2013)

Adherencia a la higiene de manos en una unidad de cuidados intensivos pediátricos aplicando la estrategia multimodal de la O.M.S.

Autores: Lic. Sabrina Gutiérrez y Lic. Mirian Quevedo

Agradecimientos: Lic. Martín Vailatti, Lic. Ricardo Olmedo, Enf. Zulma Servin y Lic. Juan Sulca.

Objetivo

Documentar la adherencia a la higiene de manos según profesión y técnica en la unidad de cuidados intensivos pediátrico. (UCIP)

Nuestro propósito fue contar con datos basales para comenzar un programa de capacitación.

La OMS considera que la higiene de manos es un tema de actitud y hábito para postular los cinco momentos.

Material y método

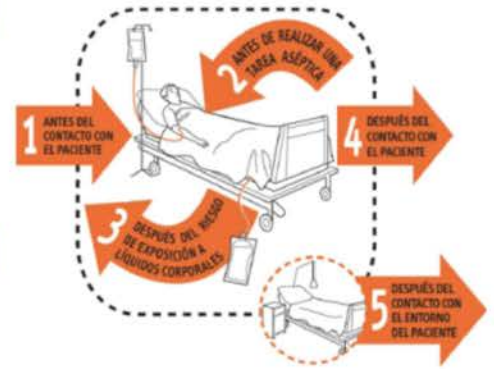
Se realizó un estudio descriptivo para determinar la adherencia a la higiene de manos en profesionales de la salud, en una unidad de cuidados intensivos pediátricos de alta complejidad.

La evaluación del cumplimiento se realizó utilizando planillas de observación con formato de listas de chequeo en sesiones de observación de 20 minutos.

La observación fue realizada por un enfermero de cada turno de trabajo. El enfermero fue entrenado para observación de higiene de manos y la documentación en las planillas para la recolección de datos.

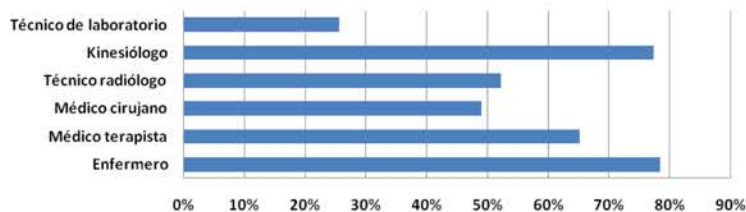
Resultados

Las 117 sesiones de observación realizadas, incluyeron 714 oportunidades observadas de práctica de higiene de manos y aplicación de los 5 momentos establecidos. Del total de oportunidades se documentaron 421 higiene de manos, el porcentaje de adherencia fue del 59%.

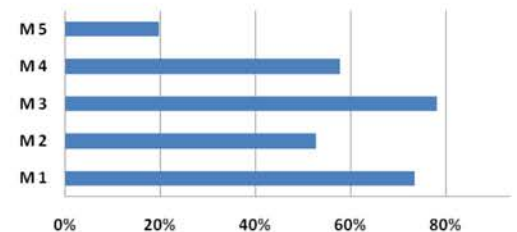


Oportunidad	Indicaciones	Acción
1	<input checked="" type="checkbox"/> Pre - contacto con paciente	<input checked="" type="checkbox"/> Frotado
	<input type="checkbox"/> Pre - tarea aséptica	<input type="checkbox"/> Lavado
	<input type="checkbox"/> Post - contacto fluidos corporales	<input type="checkbox"/> No realizado
	<input type="checkbox"/> Post - contacto con paciente	
	<input type="checkbox"/> Post - contacto con entorno	

Adherencia a la higiene de manos según profesión



Adherencia a higiene de manos según los momentos definidos



Conclusiones

Los resultados de este estudio son similares a otros estudios publicados con la misma temática y metodología.

Nuestro estudio refleja que la mayor adhesión a la higiene de manos es de enfermeros seguidos por los kinesiólogos y médicos terapeutas.

El momento de mayor adherencia fue post contacto con fluidos corporales y el menor post contacto con el entorno. Nos llama la atención que el pre contacto con el paciente ocupe el segundo lugar.

En este estudio no se realizó la segunda etapa del programa relacionada con la educación y cambio de conducta debido a que la institución no contaba con una política para implementar el programa de la O.M.S.

A partir de mayo del 2016 el servicio de control de infecciones comienza con la campaña de la O.M.S y el servicio de pediatría se incluyó en este programa.

LA TECNOLOGÍA APOYANDO LA EFICIENCIA DE LOS PROCESOS: EVENTOS ADVERSOS EN SISTEMA DE INFORMACIÓN SAP

“En calidad en salud siempre podemos ir más allá.”

OBJETIVO GENERAL

Garantizar la oportunidad en la gestión de los eventos adversos y la trazabilidad de cada una de las fases del proceso, acorde con el Modelo de Mejoramiento estandarizado en el Hospital General de Medellín.

EFICIENCIAS DEL PROYECTO

1. Flujograma del Proceso:

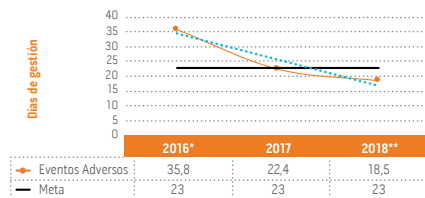
Partiendo del proceso normalizado en la institución, se define un flujograma que parte del reporte en SAP por todo el personal asistencial, hasta la metodología de análisis y evidencia del cierre del evento adverso, lo que hace más eficiente el proceso, así:



Notificaciones vía correo electrónico institucional

Se realiza notificación desde SAP cuando el personal asistencial ingresa un evento adverso. Los líderes y responsables de los diferentes procesos tendrán una alerta inmediata, facilitando la priorización según el tipo de evento.

Promedio de días para la gestión de eventos adversos, junio 2016 a junio 2018

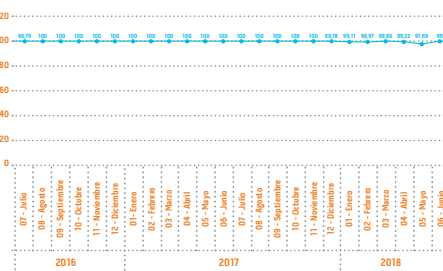


La promesa de servicio establecida entre la notificación del evento adverso y su cierre con la metodología definida es de 23 días. Para el inicio de la herramienta en el 2016 el resultado fue de 36 días y disminuyó para el 2018 a 18 días, logrando la meta institucional.



Como referente en el ámbito nacional de eventos adversos gestionados, en Colombia la proporción en el 2009 era de **86,2%** y en Antioquia **86,6%**. Luego de la incorporación de los requisitos considerados en la vigilancia de eventos adversos por el entonces Ministerio de Salud, la proporción bajó en el 2014 en Colombia a **6,64%** y en Antioquia a **11,6%**. En el Hospital General de Medellín luego de la implementación del proyecto y con una gestión y supervisión permanente del Comité de Seguridad del Paciente, la proporción de eventos adversos gestionados supera el **96% entre el 2016 y 2018**, del total de eventos adversos reportados, con la trazabilidad y metodología de análisis normalizada en la Institución.

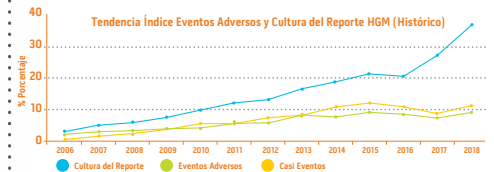
Proporción Eventos Gestionados



Proporción de Eventos Adversos vs Cultura del reporte



Tablero Seguridad del Paciente



Con la madurez que ha alcanzado la institución con la cultura de seguridad, la tendencia de la cultura del reporte se observa para el 2016 (año de inicio del aplicativo) en 20,8% y el índice de eventos adversos con la gestión realizada obtiene 8,6%; para julio de 2018 aumenta significativamente la cultura del reporte, llegando a una estabilidad la proporción de EA gestionados, logrando la meta institucional

LECCIONES APRENDIDAS

- Trazabilidad del proceso.
- Comunicación asertiva entre los diferentes actores (tareas y roles definidos).
- Oportunidad en las acciones de mejora (preventiva y correctiva).
- Sistema de información en tiempo real.
- Seguridad del dato.
- Medición confiable de indicadores de resultado.
- Proyecto de Eventos Adversos como referente en el ámbito nacional.
- Aporte significativo en la seguridad del paciente.

GESTIÓN DEL CAMBIO

- Costo total del proyecto: \$ 200.000.000 millones de pesos.
- Proceso de implementación: 6 meses.
- La tecnología apoyando la eficiencia de los procesos: eventos adversos en sistema de información sap
- Capacitación magistral: 612 Personas.
- Talleres teórico - práctico: 120 Personas.
- Soporte permanente durante el tiempo de estabilización.
- Equipo de trabajo: 7 personas, 4 de consultoría y 3 de sistemas, participación activa del Comité de Seguridad del Paciente.

TESTIMONIO

Doctor Javier López Agudelo, docente: Universidad del Rosario, CES y Autónoma de Manizales. Asesor en procesos de preparación para la acreditación y consultor de calidad de instituciones internacionales.

“El desarrollo adelantado por el Hospital General de Medellín para la gestión de los eventos adversos constituye una innovación sin precedentes para la institución y para el sector salud colombiano. Esta aplicación ha permitido reducir el sub registro de los eventos, facilitar el análisis, la intervención y el aprendizaje organizacional, con la trazabilidad que se requiere.

Sin duda este desarrollo se convirtió en un referente no solo nacional sino internacional que fija un hito en materia de seguridad del paciente. En otras palabras, **“SAP AL SERVICIO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, AYUDANDO A SALVAR VIDAS”**

ESTUDIO DE OPINIÓN PARA PROFESIONALES DE HOSPITALES "SEGUNDAS VÍCTIMAS EN EVENTOS ADVERSOS"

Guajardo G, Hugo; Martínez O, Paola, Olivares V, Alex
Fundación para la Seguridad del Paciente – CHILE

INTRODUCCIÓN

La práctica clínica no está exenta de riesgos.

El estudio ENEAS en hospitales españoles determinó que la frecuencia de eventos adversos (EA) oscila alrededor del 10%, mientras que el estudio APEAS, en atención primaria, identificó que la frecuencia de EA oscila alrededor del 1,8%.

Un cálculo conservador nos indica que en torno al 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados anualmente en algún EA para uno o más pacientes, son las denominadas segundas víctimas de los EA.

Los EA tienen en las segundas víctimas consecuencias emocionales, profesionales, familiares, incluso en aquellos casos en los que la causa del EA es un fallo del sistema o cuando el EA no era prevenible.

Definimos evento adverso (EA) con consecuencias graves como: suceso imprevisto e inesperado que causa en un paciente (o conjunto de pacientes) un daño difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto una prolongación del ingreso), o que resulta irreparable (cirugía sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte) y que es consecuencia de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.

Este Cuestionario es reproducido con autorización desde www.segundavictimas.es

OBJETIVOS

Conocer el impacto de los EA en los profesionales de la salud en atención cerrada para proponer y promover alternativas para afrontar las consecuencias que los EA tienen en los profesionales (segundas víctimas).

METODOLOGÍA

Este Cuestionario es reproducido fiel a su original, con autorización desde www.segundavictimas.es

Se publica en mayo del 2016 en página web de la Fundación, solicitando a los profesionales de la salud que respondan espontáneamente y anonimamente la encuesta, hasta la actualidad.

RESULTADOS

La encuesta fue respondida por 75 funcionarios de salud, dentro de ellos 23.2% médicos y 52,0% enfermera

Respuestas de predominio negativo

- 49% señala que no hay planes de formación.
- 49.3 % señala la mayoría de los errores clínicos que se conocen no se deben a fallos de la organización.
- 68,5% señala que no hay apoyo psicológico ofrecido por el establecimiento.
- 46,8% señala que no se informa al paciente o a sus familiares del error.

Respuestas de predominio positivo

- 67.3% conoce un sistema anónimo de notificación de incidentes.
- 75,5% señala que se analizan siempre las causas de EA graves.
- 92,2% reconoce miedo a afrontar consecuencias legales.
- 65,8% reconoce conflictos con otros profesionales.
- 42.6% relata obnubilación, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea posterior a un EA.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de esta muestra son similares a los observados en la literatura respecto de las repercusiones en Segundas Víctimas.

Un 67,3 % conoce de un sistema de reporte en su establecimiento. Un 49% reconoce la falta de conocimiento en Seguridad del Paciente. El miedo a conflictos personales, profesionales y legales está presente en la mayoría de los encuestados.

Esto es coherente con que el 84% de los encuestados ha conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente, y con que el 100% de los profesionales quisiera afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos y quisiera saber informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.

ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EXISTENTE EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCO – CHILE

Fuentealba F, Laura (*); Guajardo G, Hugo (**)

(*) Unidad de Calidad Hospital San Vicente de Arauco

Servicio de Salud Arauco – Región del Bio Bio

(**) Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE

INTRODUCCIÓN

La preocupación por la seguridad de los pacientes como aspecto clave de la calidad en salud es universal y es promovida por la OMS

Una cultura de seguridad del paciente en las Instituciones de Salud, fomentar el aprendizaje a partir de los errores y el rediseño de los procesos para evitar que vuelvan a producirse, son requisitos esenciales para gestionar el riesgo inherente a las prácticas de atención

Lograr una cultura organizacional orientada a la seguridad del paciente, es la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad, según el informe publicado el 2003 por el *National Quality Fórum* de Estados Unidos. En su última actualización, este informe señala que la medición de la cultura de seguridad, *feed-back* de los resultados y las intervenciones consecuentes, son los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación.

Para medir la cultura de seguridad de las organizaciones, identificar los aspectos para mejorarla, y poder monitorizar su evolución, se ha de utilizar la adaptación de la encuesta original de la *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*®

La aplicación de esta encuesta en el **HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCO – CHILE**, Hospital Comunitario de baja complejidad y se encuentra acreditado en Calidad según los estándares definidos por el MINSAL – CHILE.

OBJETIVOS

Conocer la percepción que tienen los profesionales y establecer un diagnóstico base respecto del estado actual de las dimensiones que componen la cultura de seguridad clínica en su establecimiento

Identificar oportunidades de mejora en que promuevan las dimensiones que componen la seguridad clínica en el Hospital San Vicente de Arauco

METODOLOGÍA

Encuesta de auto aplicación anónima impresa entregada por el Departamento de Calidad Asistencial y Seguridad del paciente, a los profesionales de las distintas Unidades clínicas y de apoyo del Hospital San Vicente de Arauco

En este estudio participó una muestra de 104 profesionales pertenecientes a las diferentes unidades, en distintos cargos y con distinta antigüedad, en el Hospital San Vicente de Arauco. Esta muestra es representativa para un p esperado de 85% con una estimación de error 5%, respecto de un universo de 227 profesionales y técnicos

La recolección de la información se realizó en noviembre y diciembre del 2017.

RESULTADOS

El análisis de la información siguió los parámetros establecidos en el manual del instrumento original, respetando la información suministrada por las personas encuestadas. Los profesionales del Hospital San Vicente de Arauco consideran:

Oportunidad:

- La gente se apoya una a la otra en esta unidad: 76,92% de acuerdo.
- En esta unidad, el personal se trata con respeto: 84,61% de acuerdo.
- Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente: 79,41% de acuerdo.
- Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez: 76,9% en desacuerdo.

Oportunidad de Mejora:

- Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo: 60,5% en desacuerdo.

De un total de 43 preguntas realizadas, 4 son consideradas como una oportunidad para la organización y 1 es una debilidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La aplicación de esta encuesta posterior al trabajo realizado en el Hospital San Vicente de Arauco por la obtención de la Acreditación muestra que:

Como fortaleza los funcionarios que trabajan en este establecimiento perciben que los funcionarios se tratan con respeto y se coordinan con distintas unidades dentro del establecimiento para desarrollar su trabajo. Además, consideran que están trabajando activamente para mejorar la seguridad del paciente

Por otro lado, consideran que la mayor debilidad es los escasos de personal para hacer el trabajo.

En conclusión, el Hospital San Vicente de Arauco posee una cultura de seguridad del paciente que comienza a instalarse, ya que solo 1 de las preguntas realizadas es considerada como una debilidad.

El Hospital posee una base de cultura organizacional orientada a la seguridad del paciente, lo que será un apoyo en su trabajo de gestión de calidad orientado a la seguridad del paciente y al logro de su reacreditación en un plazo de 3 años.

El personal de este Hospital solo considera 1 dimensión como una oportunidad de mejora

Este es un Hospital Comunitario de Salud Familiar, lo que refleja una mirada diferente del hacer en salud en comparación a Hospitales de alta complejidad.

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS À SEDAÇÃO EXCESSIVA

CAVALCANTI, Mabel Mendes; COSTA, Clara Gurgel de Souza Azevedo;

MEDEIROS, Carlos Alexandre de Souza; PAIVA, Aldair de Sousa; SANTOS, Raphael Nepomuceno Galvão; SILVA, Maria da Guia Feliciano.

INTRODUÇÃO

O uso excessivo de sedativos e analgésicos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), pode levar à ocorrência de eventos adversos (EA) tais como hipotensão, síndrome do imobilismo e desmame tardio da ventilação mecânica. O uso do *Global Trigger Tool* (GTT) apresenta-se como uma estratégia de busca ativa que pode ajudar no conhecimento da dimensão dos EA e, dessa forma, contribuir para a prevenção e redução de riscos e danos a pacientes.

METODOLOGIA

Medições: Para a detecção dos eventos adversos foi utilizado o gatilho M11- Hipotensão/sedação excessiva do módulo de medicamentos do GTT. A metodologia utilizada seguiu as orientações descritas na segunda edição do *IHI Global Trigger Tool for measuring adverse events* (2009). Foi realizada uma busca retroativa nos prontuários (**Figura 1**) de pacientes com alta no período entre outubro de 2016 e maio de 2017 para a construção da linha de base, seguido das análises sistemáticas de 10 prontuários, quinzenalmente, até fevereiro de 2018.

Intervenções: No mês de junho de 2017, após ser traçada a linha de base, iniciaram-se as discussões com o corpo clínico da UTI sobre os pontos do protocolo de sedação e analgesia a serem revisados. Foi incluída uma seção relacionada ao desmame da sedação e definido o uso das escalas de sedação (Escala de Richmond de Agitação e Sedação – RASS) e analgesia (*Behavioral Pain Scale* - BPS), assim como o despertar diário dos pacientes elegíveis (**Figura 2**). No mês de setembro, após a discussão e validação com a equipe, o protocolo foi amplamente divulgado e suas ações incluídas no *checklist* da discussão na visita multiprofissional diária (**Figura 3**).

OBJETIVO

Reduzir em 50% o número de eventos adversos relacionados à sedação excessiva, de 11,1 EA/1000 pacientes-dia para 5,5 EA/1000 pacientes-dia, em uma unidade de terapia intensiva de um hospital universitário brasileiro entre outubro de 2016 e fevereiro de 2018.



Figura 1
 Busca em prontuários



Figura 2
 Protocolo de sedação e analgesia

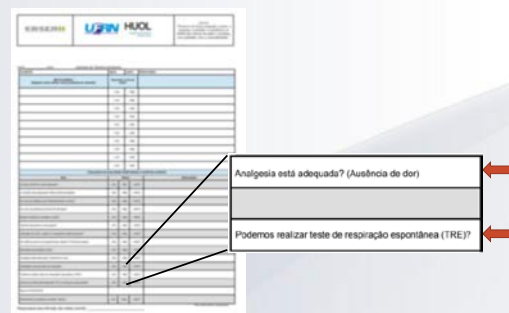


Figura 3
 Checklist de visita multiprofissional

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A inserção de um método estruturado de busca de EA, como o *Global Trigger Tool*, mostra-se de extrema importância no contexto institucional, visto que a subnotificação configura-se em um grande fator limitante nos estudos envolvendo eventos adversos. A padronização de condutas clínicas, com todas as suas implicações metodológicas, é uma atividade de planejamento da qualidade. O uso de instrumentos com o objetivo de facilitar a tomada de decisões e diminuir a insegurança e a variabilidade da prática clínica, melhora a qualidade da assistência prestada. Podemos salientar que a obtenção dos resultados satisfatórios com a equipe envolvida demonstra que medidas de melhoria rápidas, de baixo custo e com a participação de todos é um caminho que pode ser usado em outros campos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- GRIFFIN, F.A.; RESAR, R.K. **IHI Global Trigger Tool for Measuring Adverse Events** (Second Edition). IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2009. (Disponível em www.IHI.org)

O USO DE APLICATIVO MÓVEL PARA DISSEMINAÇÃO DE AÇÕES EM SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

CAVALCANTI, Mabel Mendes; COSTA, Clara Gurgel de Souza Azevedo; MEDEIROS, Carlos Alexandre de Souza; PAIVA, Aldair de Sousa; SANTOS, Raphael Nepomuceno Galvão; SILVA, Maria da Guia Feliciano.

INTRODUÇÃO

A utilização de ferramentas tecnológicas na área da educação em saúde pode potencializar o processo de ensino-aprendizagem, bem como auxiliar na melhoria das práticas assistenciais, por estimular o desenvolvimento de diversas competências, trazendo importantes contribuições aos serviços de saúde.

OBJETIVO

Relatar o desenvolvimento de uma ferramenta para disseminar as ações em Segurança do Paciente realizadas em um hospital universitário brasileiro.



Figura 1:
Sessão "Segurança do Paciente"



Figura 2:
Sessão "Wiki-HUOL"



Figura 3:
Sessão "VigiHosp"

METODOLOGIA

Relato de experiência do desenvolvimento experimental de um aplicativo móvel, intitulado HUOL Seguro, criado na plataforma Fábrica de Aplicativos. Sua idealização ocorreu em novembro de 2017, o desenvolvimento se deu em dezembro de 2017 e divulgação, a partir de janeiro de 2018, por meio de redes sociais, lojas virtuais e demonstrações *in loco*.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foi desenvolvido um aplicativo para dispositivos móveis, intitulado HUOL Seguro, cuja interface é composta por três sessões: Segurança do Paciente (Figura 1), Wiki-HUOL (Figura 2) e VigiHosp (Figura 3). Na sessão Segurança do Paciente, sobre cada meta de segurança estão contemplados: materiais educativos, vídeos informativos, ações realizadas na instituição, protocolos institucionais e indicadores setoriais e institucionais, utilizando-se material produzido por grupos técnicos multiprofissionais envolvidos no Projeto Paciente Seguro. A segunda sessão, Wiki-HUOL, contém os principais protocolos assistenciais presentes no repositório virtual de documentos da instituição. A terceira sessão – VigiHosp – apresenta informações acerca deste sistema, além de mecanismo de notificação voluntária de incidentes, queixas técnicas e agravos.

Percebe-se que o compartilhamento massificado da ferramenta aproximou os colaboradores da instituição da temática, tendo sido relatado um maior engajamento destes profissionais nas ações diárias que envolvam segurança do paciente. Além disso, a ferramenta encontra-se vinculada ao *Google Analytics*, permitindo o monitoramento de estatísticas de navegação (Número de acessos/downloads, sessões mais visitadas, tempo de uso da ferramenta, etc.) em tempo real, gerando dados quantitativos que permitem uma análise mais detalhada do uso da ferramenta para o fortalecimento das ações de segurança do paciente na instituição, exemplificado ao lado (Tabela 1).

Mês	Downloads	Acessos	Tempo médio de acesso	Páginas exibidas
Abr/18	57	157	04:06min	1900
Mai/18	120	239	02:24min	1600
Jun/18	46	86	04:28min	1600
Jul/18	31	52	02:35min	711
Ago/18	59	104	04:00min	845
TOTAL	313	638	03:30min	6656

Tabela 1: Relatório *Google Analytics* (Abr/18 – Ago/18)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A possibilidade de constante atualização da ferramenta é um recurso que deve torná-lo perene. Reforça-se, ainda, que a adoção de estratégias que fomentam a realização de boas práticas e divulga as ações institucionais incentiva o desenvolvimento de práticas assistenciais mais seguras e humanizadas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- FÁBRICA DE APLICATIVOS. Disponível em: www.fabricadeaplicativos.com.br. Acesso: dezembro/2017.
- VOLTOLINI, A. G. M. F. F. **Na palma da mão: a difusão de celulares e smartphones e possibilidades de ensino-aprendizagem no Brasil**. 2016. 184f. Tese (Comunicação Social). Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2016.



DESAFÍO 50 PALABRAS



ANDRES RODRIGUEZ M.
*Presidente de la Soc.
Chilena de Farmacia
Asistencial*

Desde nuestra perspectiva, permite y asegura, la realización de un Farmacoterapia concordante, necesaria y con la mínima posibilidad de ocurrencia de eventos secundarios. Permitiendo establecer una mejora en la calidad de vida y en la relación costo-efectiva hacia nuestros usuarios



FLORENCIA KOCH
*Coodinadora del Comité
de Calidad del Hospital
Angel C. Padilla -
Tucumán - Argentina*

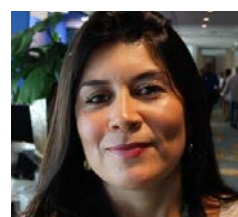
Porque es una obligación para nuestros hijos, para nuestros padres, para nosotros, para todos. Nos hay forma de pensar una Medicina sin Seguridad del Paciente hoy en día.

¿PARA QUE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?



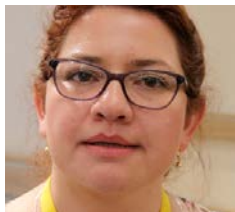
CAROLINA GONZALEZ
*Cordinadora de Calidad
y Seguridad del Paciente.
Centro Médico Imbanaco -
Colombia.*

Para lograr resultados efectivos y que definitivamente sea el bienestar que esperan esos pacientes, esos niños, esas madres, nuestras familias, cuando ingresan a un hospital



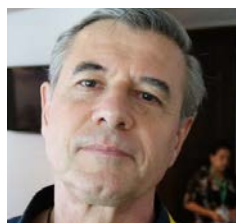
LAURA SUAREZ B.
*Coordinadora de
Mercadeo
Organización para la
Excelencia en la Salud -
OES - Colombia*

Es el unico camino a la sostenibilidad no hay otra opción. Si una institución quiere ser sostenible y brindar procesos de calidad la unica opcion es trabajar enfocados en ellos, en los pacientes.



LILIANA CUSPOCA
*Directora de Enfermería
Hospital Universitario
San Ignacio de Bogotá -
Colombia*

Para hablar de gestión del cuidado orientada a los mejores desempeños clínicos para favorecer la calidad de vida de aquellos que vienen en su estado más vulnerable a que sean atendidos.



MARCELO PELLIZARI
*Médico Hospital
Universitario Austral*

Para que se sufran muchos menos eventos adversos en los hospitales, por que todavía son inadmisibles todos los que se producen.



**MARIA ALEJANDRA
CASTELLANOS
ARISTIZÁBAL**
*Jefe Gestión Paciente
Seguro Enfermería
MSc - Colombia*

La Seguridad del paciente es un pilar fundamental de la calidad asistencial, trabajar por ella basándose en la gestión de riesgos garantiza procesos continuos de aprendizaje y crecimiento organizacional y como resultado se obtiene una atención con mayor calidad y mucho más humana.



**MARITZA FUENZALIDA
MENDEZ**
*Enfermera de la Unidad
de Calidad Hospital
FACH Santiago Chile*

Seguridad del paciente es el compromiso que los profesionales de salud adquirimos y nos comprometemos entregar a nuestros pacientes en su atención. Entendiendo que esto no es trabajo de una persona sino de un equipo, por lo que debemos estar constantemente enseñando e integrando a quienes trabajan a nuestro lado.



**PABLO ALEJANDRO
LEMOS**
*Médico Jefe Departamento
de Calidad y Seguridad
Hospital Privado de
Cordova - Argentina*

Para que haya muchas personas con futuro. Cuando no hay Seguridad del Paciente, muchas personas pierden el futuro.



SANDRA VELASQUEZ
*Directora de Enfermería
San Vicente Fundación
en Río Negro Antioquia -
Colombia*

Es el primer resultado centrado en la atención del paciente; lo primero que espera la familia y el paciente. Es un resultado de calidad institucional.



PRISCILA RODRIGUEZ TORRES

Enfermera Encargada de Calidad en Centros de Dialisis SALUDIAL- Concepción - Chile

Sentir miedo de lo que pasaría si necesito atención de salud y que esta me provoque daño, la seguridad del paciente es mi esperanza para que nadie más lo sienta



SANTIAGO NARIÑO

Coodinador de Proyectos Institute Healthcare Improvement - USA Formado en Relaciones Internacionales y Economía.

Un cambio de cultura dentro de los hospitales, como nosotros humanizamos las experiencias de los pacientes y centramos el cuidado de toda la salud en los pacientes.



VALERIA COLLARD

Clinica Universitaria Reina Fabiola Cordoba - Argentina

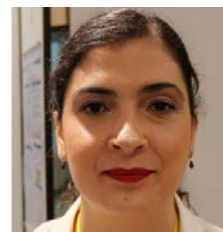
Es cuidar a nuestras familias, a nuestros pacientes, como nos gustaría que nos cuidaran a nosotros. Lo importante es saber que lo que quieren ellos, que es lo que necesitan, y siempre ponernos en lugar de ellos para brindarles la mejor atención.



PATRICIO ESPÍNOLA NAVARRETE

Consultor en Cuidados del Cuidador en Demencias Gerente "ENCUENTROS Alzheimer...proyectando Salud y Bienestar" - Santiago - Chile

Trabajar para la "Seguridad del Paciente" mirado desde el cuidado y atención del Adulto Mayor que sufre Demencia, es inherente al bienestar físico y emocional del Cuidador informal. Vinculado a un trabajo de "amor", el que de no realizarse con bases sólidas en el conocimiento y apoyo, de nada sirve.



YURLEY MARIA AGUDECO

Directora de Enfermería del Hospital Universitario San Vicente Fundación de Medellín Colombia

Es el corazón de la atención. Los pacientes seguros con buena calidad, y con una prestación de servicios de excelencia van a estar siempre bien, en sus casas, en las mejores condiciones en un ambiente sano donde puedan desarrollarse.



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



Ventajas de la Acreditación

- . Centra la atención en el paciente
- . Entrega seguridad en la atención
- . Orienta la gestión
- . Estandariza procesos
- . Prioriza la gestión clínica
- . Inicia la gestión de riesgos
- . Mueve a la formación de equipos
- . Genera mejora continua
- . Seguriza instalaciones y equipos
- . Reconoce la labor institucional

“Creemos en la Calidad, Acreditación y Seguridad del Paciente”
Entidad Acreditadora GECASEP – CHILE
www.gecasep.cl



JORNADAS, CURSOS Y CONGRESOS 2019

Espacio para promoción de actividades relacionadas a Seguridad del Paciente y Calidad, etc. En tu Hospital, en tu Centro de Salud Primaria, en la Universidad, en tu región, vivas donde vivas, para estar donde vives, aquí lo envías y colaboramos y construimos.

18 - 19 DE ENERO DE 2019



Séptima Cumbre Anual Mundial
de Seguridad, Ciencia y
Tecnología del Paciente

18-19 de enero de 2019

SÉPTIMA CUMBRE ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, CIENCIA Y TECNOLOGÍA

La Séptima Cumbre Anual de Seguridad del Paciente, Ciencia y Tecnología reunirá a líderes hospitalarios, compañías médicas y de tecnologías de la información, defensores de pacientes, formuladores de políticas públicas y funcionarios gubernamentales para analizar soluciones a los principales desafíos que causan muertes prevenibles en hospitales de todo el mundo.

Hyatt Regency Huntington Beach Resort and Spa, 21500 Pacific Coast Hwy, Huntington Beach, CA 92648, Estados Unidos

<https://patientsafetymovement.org/events/summit/world-patient-safety-science-and-technology-summit-2019/>

27 - 29 DE MARZO DE 2019



THE INTERNATIONAL FORUM ON QUALITY AND SAFETY IN HEALTHCARE

BMJ e IHI, en estrecha colaboración con socios estratégicos, reunirán a más de 3.000 líderes y profesionales de la salud de más de 70 países. La conferencia ofrece la oportunidad de conectarse con colegas, aprender de líderes mundiales y continuar apoyando y dinamizando el movimiento para la mejora de la atención médica.

Glasgow, Escocia

https://internationalforum.bmj.com/glasgow/?utm_source=IHI_Website&utm_medium=Event%20Listing&utm_campaign=Glasgow_2019



11-13 DE ABRIL DE 2019

**IHI Summit**
on Improving Patient Care

2019

**IHI SUMMIT ON IMPROVING
PATIENT CARE**

El **IHI Summit on Improving Patient Care** es el destino para profesionales de la salud comprometidos con la transformación de la atención primaria. San Francisco, CA, EE.UU.

<http://www.ihl.org/education/Conferences/Summit/Pages/2019-Summit.aspx>

10, 11 y 12 DE ABRIL DEL 2019

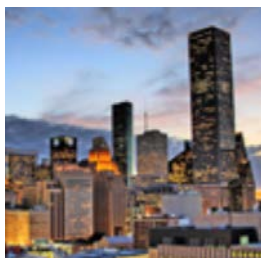
**10º SIMPOSIO DE CALIDAD Y
SEGURIDAD DEL PACIENTE**
Prácticas Clínicas de talla mundial

Autoridades mundiales en Seguridad del Paciente para tratar temas en manejo de patologías en pediatría, experiencia del Paciente, gestión segura de medicamentos en oncología, fortalecimiento del compromiso médico, programa de optimización de antibióticos, entre otros temas.

Cali, Colombia

<http://www.imbanaco.com/>

15-17 DE MAYO DE 2019

**IHI PATIENT
SAFETY
CONGRESS**

El IHI Patient Safety Congress reúne a personas apasionadas por garantizar la seguridad de la atención de forma equitativa para todas las partes del mundo. Esta reunión anual es el evento obligatorio para los profesionales de la salud comprometidos que continúan dando forma a una atención más inteligente y segura para los pacientes donde sea que se brinde, desde el hospital hasta los entornos ambulatorios para el hogar.

Houston, TX, EE. UU.

<http://www.ihl.org/education/Conferences/Patient-Safety-Congress/Pages/default.aspx>

29 AL 31 DE MAYO DE 2019

**28º FORO INTERNACIONAL DE OES**

Participe en el gran encuentro Latinoamericano de calidad y seguridad en Salud

Para este 28º Foro Internacional OES, Se está organizando una innovadora agenda académica con ejes temáticos relevantes para todo el sector.

¡No se pierda esta gran oportunidad!

Cartagena de Indias, Colombia

<http://www.oes.org.co/>

JORNADAS, CURSOS Y CONGRESOS 2019

6 Y 7 JUNIO 2019



IV CONGRESO INTERNACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Encuentro latinoamericano, para conversar y crecer el Seguridad del Paciente.

Fundación para la Seguridad del Paciente / Facultad Economía y Negocios Universidad de Chile

Santiago de Chile

www.fspchile.org

27- 28 - 29 AGOSTO 2019



EXPOHOSPITAL 2019

8va exhibición internacional de tecnologías, productos y servicios para hospitales, clínicas, laboratorios y centros de diagnóstico ambulatorio

Santiago de Chile

<https://www.expohospital.cl/>

25 - 26 DE SEPTIEMBRE DE 2019



10 ° EDICIÓN DEL FORO LATINOAMERICANO COLABORATIVO EN CALIDAD Y SEGURIDAD EN SALUD DEL PACIENTE

Buenos Aires - Argentina

<https://www.iecs.org.ar/noticia-foro/>

2019



CALL FOR PAPERS

Ciudad del Cabo es una ciudad increíblemente diversa, con playas de arena y una vibrante vida nocturna. Hay tantas cosas que ver y hacer en Ciudad del Cabo y no importa cuáles sean tus intereses, puedes encontrar algo que ames.

Ciudad del Cabo 2019

<https://www.isqua.org/events/future-conferences/cp2019.html>



¿QUÉ HACEMOS?

DIPLOMADOS ON LINE

- Diplomado en Seguridad del Paciente
- Diplomado en Gestión de Riesgos en Salud
- Diplomado en Gestión 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
- Curso de Formación de Evaluadores para el Sistema de Acreditación Chileno (*)
- Protocolos e indicadores en Salud (*)

CONGRESOS Y JORNADAS

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

Queremos que JUNIO sea el mes de la Seguridad del Paciente en Latinoamérica.

Te esperamos en Chile en nuestro IV Congreso Internacional en Junio del 2019.

(*) En colaboración a Acreditadora GECASEP

NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP

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

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

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

I. REGLAMENTO PARA PUBLICACIÓN

1. TRABAJOS ORIGINALES

Trabajos de investigación clínica o experimentales. Su extensión no debe sobrepasar las 2500 palabras. Los originales deben atenerse a las normas internacionales para la publicación de trabajos médicos científicos, y pueden ser devueltos al autor (autores) para su corrección o para darles una forma adecuada.

El orden de las diversas partes de un trabajo científico es el siguiente:

- Resumen: debe contener el objetivo del trabajo, los hallazgos principales y las conclusiones que no exceda las 300 palabras. Resumen en español e inglés encabezado por el título del trabajo.
- Palabras claves: 3-6 palabras claves en español y también traducidas al inglés (Key Word)
- Introducción: breve exposición de los objetivos de la investigación.
- Material y Método: descripción del material de estudios y del método aplicado para su análisis.
- Resultados: Deben ser presentados en una secuencia lógica en el texto, al igual que las tablas e ilustraciones.
- Discusión y conclusiones: Destaque los aspectos más novedosos e importantes del estudio y sus conclusiones.
- Referencias: Deben hacerse en orden de aparición citadas en el texto, siguiendo la nomenclatura internacional. Las abreviaturas deben ser de acuerdo al Index Medicus. Los autores son responsables de la exactitud de las referencias.

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

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

3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

Documentos de Consenso y Recomendaciones de los grupos de trabajo (propias o en colaboración con otras Sociedades Científicas)

4. CASOS CLÍNICOS

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

5. CRÓNICAS

Esta sección de la revista destinada a divulgar las actividades que se realizan durante el año por la sociedad u en otras organizaciones. Publicaremos resúmenes de una clase, conferencia, en Seguridad del Paciente. Junto al resumen, se dispondrá de link para .pdf in extenso en www.fspchile.org

Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

6. CONTRIBUCIONES

Resúmenes de contribuciones presentadas en Congresos o Jornadas, que se realizan durante el año, en cualquier evento relacionado a Seguridad del Paciente, las cuales deben ser enviadas por sus autores.

Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

7. REVISTA DE REVISTAS:

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

8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

9. RECOMENDACIONES PRACTICAS

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

10. CURSOS Y CONGRESOS

Cronología y actualización de cursos y congresos en Seguridad del Paciente.

11. CARTAS AL EDITOR

Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.

Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

II.- DISPOSICIONES VARIAS

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

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

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

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

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

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

ÉTICA

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

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

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

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

Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

www.fspchile.org

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

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

Cel: +56 9 94427435
+56 9 77651330

contacto@fspchile.org
www.fspchile.org



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

**SÉ UN AGENTE
DE TRANSFORMACIÓN**

SELLO

BASURA CERO

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

www.sellobasuracero.com

DESAFÍO

BASURA CERO

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

ACADEMIA

BASURA CERO

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

WWW.FUNDACIONBASURA.ORG

