



REVISTA CHILENA DE
**SEGURIDAD
DEL PACIENTE**

VOLUMEN 2 - NÚMERO 2 - AÑO 2019 - ISSN 2452-4468

SUMARIO

EDITORIAL	PÁG.3
PRÓLOGO	
REFLEXIÓN SOBRE EL PASO POR LA UCI Pedro Alejandro Álvarez Norambuena	PÁG.5
MAXIMISE QUALITY AND PATIENT SAFETY THROUGH RAPID ACCESS TO CURRENT, CREDIBLE, EVIDENCE-BASED PRACTICE Laís Junqueira	PÁG.6
COSTOS DE LA «NO SEGURIDAD» DEL PACIENTE Juan Ricardo Pavés	PÁG.14
RESUMENES CONFERENCIAS REALIZADAS DURANTE EL IV CONGRESO INTERNACIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	PÁG.28
GLOBAL LESSONS IN QUALITY AND SAFETY: BEING INSPIRED Peter Lachman	PÁG.30
PATIENT SAFETY MOVEMENT Dr. Javier Dávila Torres	PÁG.32
THE POTENTIAL OF EXTERNAL EVALUATION Peter Lachman	PÁG. 36
ROL DE LA ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Claudia Regina Laselva	PÁG. 38
QUALITY AND PATIENT SAFETY FRAMEWORK FOR HEALTH AND SOCIAL SERVICES Katerina Tarasova	PÁG. 40
CERTIFICACIÓN DE CALIDAD DE APLICACIONES DE SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE Dr. Camilo Erazo Leiva	PÁG. 42
CÓMO NOTIFICAR INCIDENTES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Dr. Fabián Vítolo	PÁG. 44
GRAVEDAD, FRECUENCIA Y DETECTABILIDAD DE EVENTOS ADVERSOS: SITUACIÓN DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS HOSPITALES CHILENOS Liliana Neriz J.	PÁG. 50
RESUMENES CONFERENCIAS REALIZADAS DURANTE EL 1º ENCUENTRO LATINOAMERICANO DE ENFERMERÍA PARA SEGURIDAD DEL PACIENTE	PÁG.52
NURSING NOW EN AMÉRICA LATINA Claudia Regina Laselva	PÁG. 54
SEGURIDAD DEL PACIENTE: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA. María Eugenia Villamil Camirotte	PÁG. 56
ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EXISTENTE EN EL HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCO Laura Fuentealba Fantuzzi	PÁG. 58
HACIA LA ATENCIÓN SEGURA EN PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA Sandra Moreno Palma	PÁG. 60
EQUIPO Y APOYO: CLAVE DEL ÉXITO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD Dora Mariela Callejas Ortega	PÁG. 62
MANEJO SEGURO DE CITOTÓXICOS EN HEMODINAMIA Beatriz Contreras	PÁG. 64

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 2

NÚMERO 1

AÑO 2019

ISSN 2452-4468

Cuando, hace mucho tiempo, empezamos a conversar respecto a las actividades que pudiéramos hacer para mejorar la Seguridad de los Pacientes, un puñado de amigos que teníamos en común el trabajar en Hospitales y que dábamos los primeros pasos en lo que eran los esbozos de la Calidad, de lo único que estábamos muy claros era de que: no era fácil, que había mucho por hacer y que a pesar de ser una tarea interesante, costaría encontrar adherentes.

Cuando las metas son soñadoras y no hay retribución monetaria, en nuestro país se dificulta entusiasmar a la gente. Surgían ideas de hacer una agrupación y de inmediato viene la complicación de la forma de gestionar, el amparo legal y las dificultades.

Cuando no se persigue un afán pecuniario, cuando no se ven las ganancias monetarias, cuesta mucho encontrar adherentes a los proyectos. El altruismo solo aparece cuando hay catástrofes, pero nunca la Seguridad de los Pacientes (la inseguridad) ha sido considerada catástrofe.

Poco a poco fuimos aglutinando entusiastas que sí creyeron que es posible trabajar y que la Seguridad del Paciente nos permite crecer y hacer crecer nuestra labor profesional para aportar en el día a día de nuestras acciones en los Hospitales, Clínicas, CESFAM, CECOF, y Centros de Atención Abierta. Hoy en la Fundación para la Seguridad del Paciente, organización sin fines de lucro, somos 122 socios. Hemos crecido, se han realizado 5 Jornadas Regionales, 4 congresos internacionales, y en nuestra plataforma virtual, 4 cursos on line y 3 Diplomados.

Lo que partió como un sueño en el año 2015, hoy es una realidad, con nuestras capacitaciones hemos llegado a más de 1.500 profesionales. Si cada uno de ellos atendido en este tiempo a 100 pacientes, podemos decir que para muchos pacientes es probable que su atención haya sido más segura.

Hoy nuestra fundación ha superado con creces el sueño inicial, pensábamos ser una instancia de generación de movimiento para aumentar la Seguridad. Hoy somos Miembro Institucional de ISQua, reconocidos en Google como Non Profits Organization, y como ONG Receptora de Fondos públicos por el Ministerio Secretaría General de Gobierno de Chile. Entregamos capacitación y tenemos esta revista para llegar con nuestros contenidos hasta el escritorio de los profesionales de la salud y no sólo en Chile sino también, en países hermanos.

Es grato y reconfortante formar parte de un equipo humano desinteresado que ya tiene un capítulo de Enfermería y un Capítulo de Químicos Farmacéuticos, porque es importante trabajar el tema de la Seguridad de los pacientes entre colegas.

El hecho de, este año, haber dado el primer paso hacia la creación de una agrupación de Pacientes por la Seguridad del Paciente ha sido lejos otra de las emociones vividas en el marco de nuestro 4º Congreso. Ver como espontáneamente más de 200 personas subieron al estrado para abrazar y compartir con Aurora, quien con mucha generosidad nos relató su paso desde el set de la televisión a su vida como discapacitada, sin una gota de rencor y con muchos deseos de que la seguridad del paciente crezca y no tengamos otras Auroras que lamentar.

Esperamos seguir creciendo, seguir recibiendo nuevos socios que trabajen por la Seguridad para poder llegar a los lugares más extremos, donde la capacitación es muy difícil o poco atractiva, donde son pocos los profesionales, donde, en muchas ocasiones, es dificultosa la derivación de sus pacientes. Personas que día a día deben enfrentarse a temas muy complejos de Seguridad.

Esperamos que este nuevo número 2 del Vol 2 del 2019 les aporte con buenas nuevas, les abra el gusto y el deseo por hacer crecer la Seguridad del Paciente.



Adriana Van Weezel Herrera

Tecnólogo Médico
Departamento de Calidad
Hospital Fuerza Aérea de Chile



INICIO
02 DE
SEP. 2019



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

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

CURSO:
HERRAMIENTA
PARA IDENTIFICAR
EVENTOS ADVERSOS
Y CENTINELAS
EN ATENCIÓN CERRADA

30 HORAS
PEDAGÓGICAS

100%
ONLINE

VALOR:
\$25.000 USD 35

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org



REFLEXION SOBRE EL PASO POR LA UCI



Pedro Alejandro Álvarez Norambuena

Ingeniero de Ejecución en Construcción Civil
Universidad de Santiago.
Auditor del Sistema de Gestión de Prevención de Riesgos Laborales.
Intensificación en OSHAS 18000. Universidad Politécnica de Cataluña.

palvarezn@gmail.com

Cuando se entra al quirófano, no se sabe a ciencia cierta, donde se despertará, y si eso no ocurre, no se sabe en qué dimensión se encontrará. En mi caso con el paso del tiempo supe, que se me traslado post operación a la UCI. Sigla de "unidad de cuidados intensivos, sección de un centro hospitalario donde se ingresa a los enfermos de mayor gravedad que requieren una vigilancia y una atención continua y específica". Así reza la definición de la UCI, que cuando se cuenta que se pasó por allí, lo miran y hasta deben de sentir, un cierto olor a cipreses en el aire.

Mi estadía en esta unidad de cuidados intensivos fue de 15 días. Durante ese período estuve bajo los efectos de los opiáceos contenidos en la anestesia, teniendo unos viajes fantásticos, que aún recuerdo. Durante este período a medida que iba recuperando lentamente la conciencia, las formas físicas del entorno, se me imaginaban distintas a como realmente eran. Esto lo pude comprobar, cuando ya recuperado y dado de alta, fui a agradecer a quienes me cuidaron en esta sala de incertidumbres, donde la rueda de la fortuna y las fuerzas celestiales, definen la balanza, entre permanecer en el planeta tierra o iniciar un viaje largo y desconocido. Pero no quiero adelantarme a mi salida de esta unidad de cuidados intensivos. Mentiría si me acuerdo nitidamente de todos los rostros que me cuidaron y brindaron todo el cariño y el amor, si, el amor para poder recuperarme y pasar a otras dependencias, intermedia, creo que se llama. Porque no tengo duda alguna, que hay que sentir mucho amor al prójimo, o sea al próximo, para poder trabajar en la UCI. No tengo duda alguna, que todas y todos que se desempeñan en esta unidad

tienen una humanidad especial, que da el contacto cotidiano, con seres humanos que, se conoce como entran en ella, pero no se sabe cómo saldrán de allí. Pero esa humanidad, que es empatía pura, se extiende a los seres queridos que, confían en sus conocimientos y cuidados intensivos y que los atienden y responden a sus interrogantes, dudas e inquietudes, que solo saben darles quienes tienen un carácter y una madera especial para conllevar estas situaciones. Me he preguntado después de haber pasado por este trance, que ayuda psicológica reciben estos distinguidos profesionales y funcionarios que están sometido a estas cargas emocionales. Así como deben sentir la alegría por quienes superan sus estados de máxima criticidad, y salen con un buen diagnóstico, con quienes se han formado lazos de comunicación y cariño, como asimismo con sus seres queridos, también le toca vivir la otra cara de la medalla, la del dolor y pena de los familiares que ven partir de este mundo a los que tanto quisieron.

Con la certeza más absoluta, creo que quienes laboran en estas unidades, son personas muy especiales, que viven y conviven entre la vida y la muerte, que conocen las miserias y grandezas de los seres humanos, que tienen una sensibilidad y una empatía grande, que se traduce en su trato cariñoso y afable. Son en definitiva poseedores privilegiados del comportamiento humano. Si uno pudiera escuchar sus experiencias, estoy cierto contribuiría a una mejor convivencia humana. Desde estas sencillas líneas, agradezco a todas y todos que me atendieron en la UCI, y hago extensiva a todos quienes trabajan en estas unidades a lo ancho y largo de nuestro país.



**Information: Empowering Healthcare Professionals
in Fostering Safe Systems**

MAXIMISE QUALITY AND PATIENT SAFETY THROUGH RAPID ACCESS TO CURRENT, CREDIBLE, EVIDENCE-BASED PRACTICE



Laís Junqueira

Clinical Specialist -Quality & Safety. Elsevier

l.junqueira@elsevier.com



INTRODUCTION

Medical practice has undoubtedly improved substantially with time, however there yet remains a staggering proportion of medical harm taking place in hospitals, indicating there is yet a challenge to overcome. This whitepaper focusses on the empowerment of doctors, nurses, pharmacists, therapists, and allied health professionals, as well as patients and their families, to actively participate in a system designed to reduce the likelihood of errors in healthcare. Here we discuss how rapid access to current, credible, evidence-based practice ensures improved quality and patient safety through unification of safe decision-making and processes, ultimately maximizing patient care.

BACKGROUND

In December 1999, the Institute of Medicine released its seminal report, *“To Err is Human: Building a Safer Health System,”* with astonishing data on the impact of preventable errors in healthcare. As the 20th anniversary of this publication approaches, we must ask: are we satisfied with the progress achieved?

Despite increasing efforts and real progress in healthcare improvement (none of which should be minimized), the current statistics on medical harm today continue to be staggering. The WHO reports that in developed countries, as many as 10% of patients are harmed while receiving hospital care.

While the cost of such harm on patients' lives is dramatic so is the financial cost of

these healthcare failures. The WHO states that additional hospitalization, malpractice litigation, disability, lost productivity, and medical expenses add up to financial loss reaching as high as US\$ 19 billion annually in some countries.

When it comes to patients, we must consider the world's aging population - the percentage of elderly is projected to jump to 1.6 billion in 2050¹, and the additional burden of chronic illnesses, the prevalence of which grew by a stunning 33% between 1990 and 2010 in elderly. This increasingly aging population with chronic diseases and comorbidities leads to more complex cases - which brings us to another element of this equation: the unstoppable explosion of medical knowledge.

By 2020, all medical knowledge will double every 73 days². A study conducted with primary care physicians concluded that “In order for physicians to keep up to date on all of the publications, it would take them about 627.5 hours each month³.”

Add up these elements and we are left with an increased complexity of care driven by an aging population with chronic diseases and the ever-growing challenge of keeping abreast with current knowledge - the result of this equation can mean more harm; therefore we must take action to address these challenges.

IF WE WANT DIFFERENT RESULTS, WE NEED A DIFFERENT APPROACH

The approach suggested by the findings of To

1 - <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf/>
<http://www.worldometers.info/world-population/population-by-country/>

Err is Human was that preventable errors and the associated costs could be mitigated by the creation and implementation of “safe systems” able to systematically recognize and minimize sources of human errors. It was this concept, that sustainably improving the quality and safety of hospitalized patient care would best be addressed utilizing a systems approach rather than through individual, unrelated, scattered hospital and provider activities, that was the major technical contribution of unveiling the jarring preventable error figures. *“The majority of medical errors do not result from individual recklessness or the actions of a particular group – this is not a ‘bad apple’ problem. More commonly, errors are caused by faulty systems, processes, and conditions that lead people to make mistakes or fail to prevent them.”*

SAFE SYSTEMS IN HEALTHCARE

“Safety is a characteristic of systems and not of their components. Safety is an emergent property of systems.”

Whereas one can describe a system as a series of processes, I’d invite you to expand on this concept and add the component of safety: *a safe system is composed of safe processes allied to safe decisions.*

The reason for this separation of processes and decisions lies in the very nature of healthcare delivery – a quick, fast-paced decision-making environment with ultimate impact in people’s lives. In such an environment, we need to improve the system if we are to improve outcomes.

SAFE PROCESSES

Errors can be classified into three categories: (1) human error which includes an inadvertent action, lapse, or mistake; (2) at-risk behavior which includes both intention and the violation of rules, policies, and procedures and makes a system vulnerable, increasing risk and (3) reckless behavior, defined as a conscious disregard of unreasonable risk⁵.

The Just Culture Model asserts that all humans are fallible and prone to errors when the systems in which they practice are not error-proof, therefore giving space to errors. In this model, human error accounts for the majority of patient events⁶. Thus, **improvement in outcomes is achieved through the development of system processes which make the occurrence of errors more difficult through means more complex than simple punishment of the offending individuals.**

The goal of the model is the development of processes which aim to “error-proof” systems and provide support for safer actions throughout the course of patient care delivery. The development of safe and error mitigating processes is present on core requirements of standards for improvement of quality and patient safety such as the Joint Commission International Standards for Hospitals.

But many times, we leave our caregivers out of the systems developed. Today, clinicians often feel overwhelmed with requirements to follow “standardized processes” and “best practices,” to fill out a seemingly endless paperwork—without allowing these providers rapid access

2 - Densen P. Challenges and opportunities facing medical education. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2011;122:48–58.
3 - *Journal of Medical Library Association* Oct 2004; 92(4): 429–437.



to the current, credible, evidence-based information on which the system model is founded. Such an approach fails to maximize success by excluding the clinicians, the very drivers of patient safety and quality, from the information on which the system of safe, high value care delivery is based.

By providing access to information in a usable and consumable manner, you can empower doctors, nurses, pharmacists, therapists, and other traditional providers, as well as *patients and their families*, to actively participate in the system designed to reduce the likelihood of errors.

Such processes can certainly be created from scratch (organically developed within a

hospital or health system), but the challenges and resources (human and financial) are overwhelming, particularly given the exponential pace at which “best practices” and medical knowledge (such as genomics) is growing.

It is possible of course, to buy in this resource. Powerful, intuitive search engines such as ELSEVIER’s *ClinicalKey* and *ClinicalKey for Nursing* provide rapid mobile device access to impactful care information in the format most usable by differing provider types.

Once the safe process is designed, staff education and ongoing competency is crucial for successful system adoption and ongoing utilization so that they are empowered as

4 - Cook, Richard I. *Two Years Before the Mast: Learning How to Learn About Patient Safety*. Invited presentation. “Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care,” Rancho Mirage, CA, November 8–10, 1998.

5 - Ochsner J. 2013 Fall; 13(3): 400–406.

6 - Kyle M. Fargen, William A. Friedman, *The Science of Medical Decision Making: Neurosurgery, Errors, and Personal Cognitive Strategies for Improving Quality of Care*, *World Neurosurgery*, Volume 82, Issue 1, 2014, Pages e21–e29

active members of the quality improvement movement.

Staff are not the only stakeholders who must be educated if the process is to be successful. As with all quality improvement and patient safety initiatives, patient engagement plays a critical role in implementing safe processes. Interactive videos and easy-to-read content are able to provide educational support to both healthcare professionals and patients.

As with all successful process improvement systems, the continuing monitoring and measuring of safety compliance offers recurrent opportunities for modification which leads to improvement. Similar to a Plan-Do-Check-Act (PDCA) cycle, the maintenance of safe systems is a continuing activity, and as new technologies, new techniques, and newly discovered knowledge emerge, easy access to the novel information is a “must-have” for all professionals involved in quality improvement.

The importance of error-proofing systems is crystal clear; however, safe processes alone cannot ensure safety in all steps of care, because such processes must be combined with *individual decision-making activities*.

SAFE DECISIONS

In many circumstances, diagnostic error is the result of *human* rather than *process errors*⁷. As we work towards error-proofing our systems, ensuring that care is delivered within an environment which supports safe decisions

is fundamental in reaching our goal. Clearly, individual physician decisions drive patient diagnostic and treatment care activities; in addition, physician decisions also directly and indirectly account for more than 80% of overall health care expenditures⁸. Thus physician’s decisions have a major impact on healthcare value (quality/cost). Nurses also play a leading role in value generation, as do pharmacists and other traditional care providers. Finally, patients themselves can dramatically influence health and healthcare value, both favorably and negatively, based on their behaviors and lifestyle choices.

The use of clinical practice guidelines and evidence-based guidance is considered a core practice of improved patient safety and quality care, as described by The Joint Commission International on the whitepaper *Clinical Practice Guidelines: Closing the Gap Between Theory and Practice*. (Read more about CPG’s and their importance on Quality and Patient Safety [here](#))

To better understand the need for current, credible, evidence-based information in supporting clinical decision making, we must look at how decisions are made in healthcare settings.

Medical decision making is based on dual process theory; (1) a rapid, non-analytical, implicit, biased process frequently based in heuristics; and (2) an analytical, explicit process that relies on hypothetical and counterfactual reasoning, in which details

7- L. Zwaan, M. de Bruijne, C. Wagner, A. Thijs, M. Smits, G. van der Wal, et al. Patient record review of the incidence, consequences, and causes of diagnostic adverse events *Arch Intern Med*, 170 (2010), pp. 1015-1021

8 - Crosson FJ. Change the microenvironment: delivery system reform essential to controlling costs. The Commonwealth Fund website. <http://www.commonwealthfund.org/publications/commentaries/2009/apr/change-the-microenvironment>. Published April 2009. Accessed March 29, 2016.



are considered and challenged through the use of different information. Even though we tend to think decisions are always analytical, *the non-analytical, implicit system prevails in human day-to-day decision-making processes*, including the healthcare world. With the time pressures and competing priorities clinicians routinely face, most rely on intuitive, non-analytical, implicit, biased processes to a greater degree than on analytical reasoning. Although this rapid decision-making strategy can save time and often result in correct diagnostics and favorable patient care outcomes, it is by its nature more prone to error when patient cases are more complex⁹, and when clinicians are more stressed and short of time.

Nor are patients the only ones to suffer from the consequences of errors. M. O'Beirne et al. shared that 82.4% of doctors experienced negative emotions following incidents related to patient safety, with the impact of those emotions ranging in nature and severity from fear of future errors to frustration to loss of social trust¹⁰. Nurses, too, often suffer on many levels over the course of their careers as a result of involvement in a medical error, even years after the error occurred.¹¹

IMPLEMENTING SAFE SOLUTIONS & PROCESSES

The creation, oversight, and support of leadership to ensure a successful decision-making environment is therefore essential if medical errors are not only to be avoided, but prevented. Again, one key strategy in

fostering a safe decision-making environment is the provision of current, credible, evidence-based information to guide “best care” by all providers, at all points of care. Two types of such impactful information solutions are powerful allies of clinicians in safe decision making: *reference solutions and workflow integrated clinical decision support*. The two information types are complimentary, and a combination of both empowers providers of all types (as well as patients) with knowledge to practice safe clinical decision making.

Reference solutions are a robust support for clinicians. These “Pull” solutions require, by their nature and design, that the clinician actively seek information, search for information to a clinical question (thus, information is pulled by the clinician). Clinicians must be engaged in an analytical process of decision making in order to challenge or confirm their initial plan of care; then they can search for guidance from a massive repository of current, credible, evidence-based information. In other words, *reference solutions are powerful when clinicians know what they don't know*.

Workflow integrated clinical decision support tools, on the other hand, push information to clinicians *whether or not the clinicians recognize that they need additional care information*. Based on the patient's history and clinical scenario and status, these “Push” solutions provide information to clinicians *even when clinicians don't know what they don't know*. Thus when the stressed, overly busy clinician is engaged in the rapid, non-

9 - Brett J. Bordini, Alyssa Stephany, Robert Kliegman, *Overcoming Diagnostic Errors in Medical Practice*, *The Journal of Pediatrics*, Volume 185, 2017, Pages 19-25
10 - M. O'Beirne, P. Sterling, L. Palacios-Derflingher, S. Hohman, K. Zwicker *Emotional impact of patient safety incidents on family physicians and their office staff* *J Am Board Fam Med JABFM*, 25 (2) (2012 Mar-Apr), pp. 177-183
11 - Amy R. Koehn, Patricia R. Ebright, Claire Burke Draucker, *Nurses' experiences with errors in nursing*, *Nursing Outlook*, Volume 64, Issue 6, 2016, Pages 566-574

analytical, implicit, biased thought process that may lead to errors, a workflow integrated clinical decision solution such as ELSEVIER Order Sets will *push current, credible, evidence-based information for the clinicians' consideration*. (Read more on ELSEVIER Order Sets [here](#).)

The implementation of both push workflow integrated and pull reference solutions can help foster a safe decision making environment by presenting and providing current, credible, evidence-based guidance to clinicians, enabling safe care delivery. (Read more on push and pull solutions [here](#).)

CONCLUSION

Certainly no one-size-fits-all solution can address the various major challenges faced by the variety of current and future safe

systems. However, available current, credible, evidence-based information does empower all healthcare professionals as well as individuals involved in and impacted by care decisions, strongly supporting their participation in processes improvement, and aligning the goal of increasing patient safety through the prevention of medical errors across all stakeholders.

Information nurtures both elements of safe systems – *safe processes and safe decisions*. Rapid access to current, credible, evidence-based practice guidance provides all healthcare players the right information in the right format at the right time and in the right place, empowering safe decision making by care providers which ultimately is best for all patients.



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

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

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

**21 HORAS
PEDAGÓGICAS**

**100%
ONLINE**

Curso gratuito por invitación

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org



COSTOS DE LA «NO SEGURIDAD» DEL PACIENTE



Juan Ricardo Pavés

Ingeniero Comercial

Experiencia de más de 15 años en distintas áreas del sistema de salud chileno.

Liderazgo de proyectos de rediseño de procesos, tecnología e innovación en salud pública y privada.

jrpaves@outlook.com



1. UN CONTEXTO RIESGOSO

El común de las personas tiene la razonable expectativa de que la atención de salud que recibe es una acción segura que tendrá un efecto positivo en su estado de salud.

Las personas que tienen un conocimiento más profundo entienden que los procedimientos sanitarios son complejos con niveles elevados de riesgo, por lo consiguiente, resultados inciertos.

Sí podemos asegurar que los seres humanos cometemos errores por lo que los profesionales y técnicos en salud tienen la misión de generar barreras a los errores y minimizar el impacto de ellos cuando no es posible evitarlos.

Tenemos alta variabilidad de la práctica clínica, organizaciones con pocas, malas o nulas barreras para los errores y culturas punitivas

que no permiten el aprendizaje organizacional para prevenir los eventos adversos.

El resultado de estos errores son daños a los pacientes, sus familias y a los profesionales, técnicos, además de las instituciones y finalmente a la sociedad completa.

2. DESTRUCCIÓN DE VALOR

Los eventos adversos (Incidentes en Seguridad del Paciente que producen daño a un paciente) generan mayores estadías, mayor consumo de exámenes y cuidados de enfermería, visitas médicas, y otros costos como pueden ser las demandas civiles y pérdida de ingresos por las estadías prolongadas.

Todos estos costos se agregan destruyendo valor en el sistema de salud.

- Procedimientos sanitarios riesgosos

- Seres humanos que cometen errores

- Organizaciones sin o débiles barreras para los errores

- Varibilidad de la praxis

- Pocos recursos para hacer gestión sobre los incidentes y realizar promoción y prevención dentro de la organización.



3. CIRCULO VICIOSO

Los costos de los eventos adversos debilitan a las organizaciones lo que hace probable que las inversiones y gastos que se requieren para tener una organización más segura se vayan restringiendo por lo que se siguen produciendo eventos adversos evitables y así se alimenta este círculo vicioso destructor de valor.

También es cierto que, a pesar de los años y avances en seguridad del paciente, los administradores de los hospitales todavía no ponen la relevancia necesaria al tema de la seguridad. No es solamente en el discurso o en el orga-

nograma, sino que en destinar y medir el desempeño de mayores recursos para la calidad y seguridad asistencial.

4. ¿EL FOCO ES LA SEGURIDAD O LA ACREDITACIÓN?

El Estado de Chile, como otros estados, y las organizaciones sanitarias públicas y privadas han desarrollado inmensos aportes a la seguridad del paciente y de los trabajadores, sin embargo, en una visión crítica podemos decir que elementos como la Acreditación de Prestadores Institucionales pueden estar convertida en un fin en sí misma.



Necesitamos avanzar hacia un sentido común en el que la acreditación es un resultado de la práctica recurrente y cotidiana que tiene como fin el que las instituciones sean ambientes más seguros para los pacientes, sus familias y los trabajadores.

5. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES UNA ACTIVIDAD COSTOSA

Volvamos un momento al tema de las inversiones y gastos. Estos son insumos de los procesos para asegurar las condiciones necesarias para tener una organización sanitaria más segura.

Hoy esos procesos son llevados a cabo por algunos equipos formados por el liderazgo de alguien que se hizo cargo del tema de la calidad porque en algún momento despertó ese interés en esta persona, porque la legislación obliga a la administración o porque algún evento los empujó dramáticamente a realizarla.

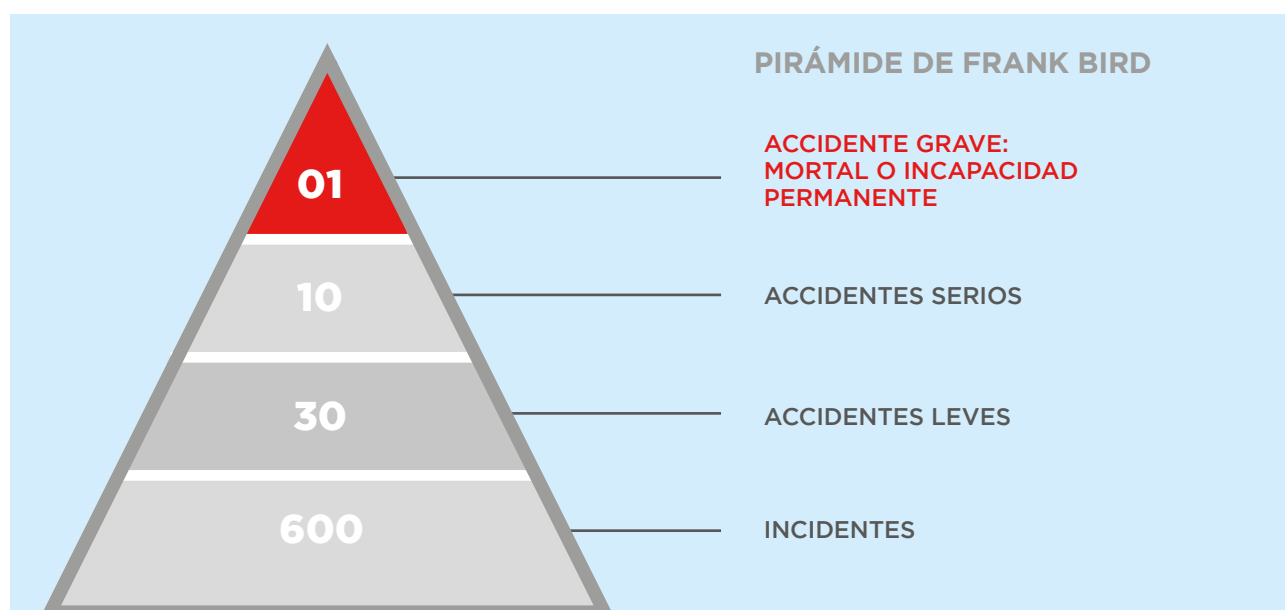
No asignar recursos suficientes a las unidades

de seguridad del paciente, produce una disminuida capacidad para sistematizar los procesos de gestión de riesgos, la baja o nula capacidad para construir bases de conocimiento para el aprendizaje organizacional y la carencia de herramientas de gestión, lo que redundará, en la probabilidad aumentada de ocurrencia de incidentes y eventos adversos.

6. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES UNA ACTIVIDAD COMPLEJA E INTENSIVA EN TRABAJO

Según la Pirámide de Bird para que exista un accidente grave, (Evento adverso centinela), probablemente existieron antes 600 incidentes hasta que alguno se coló a través del queso suizo de Reason.

En ese panorama de cientos de datos que considerar, hechos de los que hacerse cargo vale la pena preguntarse cómo son los procesos y los recursos que tenemos para lograr los resultados que tenemos como meta.



7. ¿TENEMOS LOS RECURSOS PARA LA GESTIÓN DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Un simple “auto-test”:

- ¿Con los recursos humanos y tecnológicos disponibles es real la capacidad de los equipos de seguridad del paciente para hacer gestión sobre los incidentes?
- ¿Cuentan con los recursos para desarrollar su trabajo de la manera más eficaz y eficiente?
- ¿Podemos reunir los datos y actuar sobre ellos y los hechos que ocurrieron para generar conocimiento y acciones preventivas?
- ¿Sabemos si esos incidentes son repetitivos?
- ¿Podemos generar una acción correctiva para cada uno de ellos?

En salud “no podemos suponer que al ocurrir un incidente es responsabilidad sólo de la persona que lo provoca o que la seguridad del paciente es un tema sólo del área de calidad” y que una anomalía muy peligrosa es que “no todo incidente produce una acción correctiva.”

Entonces la pregunta es:

- ¿Saben en su organización si todos los incidentes son reportados y generan acciones para minimizarlos en el futuro?

Las estrategias de seguridad pueden quedar en el papel si no tenemos los recursos necesarios y una cultura de calidad que tenga sopor-

te para el seguimiento y la instalación de las prácticas que permiten hacer la prevención de dichos incidentes poniendo barreras efectivas a los riesgos. Muchos de estos incidentes son los precursores de los eventos adversos evitables en una institución de salud.

8. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE ES UNA ACTIVIDAD “RENTABLE”

No podemos responsabilizar de los problemas de los sistemas de salud a la gestión de la seguridad del paciente, sin embargo, podemos encontrar la oportunidad de identificar la capacidad de esta gestión para reducir la pérdida de valor y asignar recursos adecuados a sus necesidades y claramente justificados por el potencial de mejora en los resultados económicos de las organizaciones de salud.

Describir y cuantificar el costo de la no seguridad puede permitir hacer una evaluación de los beneficios que tiene la acción de los equipos de seguridad del paciente de las organizaciones sanitarias, incluyendo a los equipos de seguridad laboral, quienes al menos merecen una mención para considerarlos en todo el panorama.

Existen casos donde se demuestra que la inversión destinada a la gestión de los riesgos sanitarios aumenta la eficiencia y la eficacia de los profesionales de las unidades de seguridad del paciente. La doctora May Chomalí, directora de servicios médicos de Clínica Las Condes lideró un proyecto de incorporación de tecnología para la Seguridad del Paciente¹. Después de un año la doctora Chomalí testimonia que esta inversión les ha permiti-



do “continuar ubicando al paciente en el centro de atención” y que ha sido “de gran valor para la decisión de mejoras en la seguridad de la atención del paciente” Por otro parte el equipo de seguridad del paciente de la misma clínica Las Condes, asegura que este tipo de inversiones les ha permitido concentrar el tiempo en las actividades de promoción y prevención para la seguridad del paciente.

9. ESTIMACIÓN DEL COSTO DE LA NO SEGURIDAD

Es posible que las áreas de seguridad del paciente puedan estimar y producir un indicador de los costos de la no seguridad producidos, o en otras palabras, que puedan imputar a sus “beneficios” como unidad la diferencia entre los costos evitados versus las inversiones y gastos para evitar estos costos, los “costos de hacer nada” en cuanto a seguridad.

a) Fuentes de datos para la estimación

Estudio Nacional de Incidencia Eventos Adversos en Hospitales Públicos de Chile

1 - Antares Consulting y The Patient Safety Company

Nancy Álvarez Ortiz, PhD en Salud Pública encabezó una investigación (2009) para determinar la incidencia, evitabilidad e impacto de los eventos adversos en hospitales públicos chilenos.

En este trabajo colaboraron profesionales y expertos incluyendo a las instituciones como World Health Organization (WHO) y World Alliance for Patient Safety-Small Research Grants, además del Departamento de Salud Pública de la Universidad Miguel Hernández, Alicante, España.

Algunos hallazgos fueron que entre 5.706 pacientes:

- Incidencia de pacientes con EA por asistencia sanitaria fue 6,7%, (IC95% 6,0% - 7,3%).

- 12% de los pacientes con EA presentaban más de un EA.

- 16,3% de pacientes con EA en Unidades de Pacientes Críticos.

- 28,9% de los EA ocurrieron en procedimientos (1,9% del total)

- 85,5% de evitabilidad

- En un 5,4% se prolongó la estancia media 5,5 días y un 8,1% causó reingreso.
- Se consideró evitable el 67,6%.

El impacto de estos EA observados fue de

- Aumento de parte de la estancia: 38,6%

- Reingreso Hospitalario: 31,2%

- Fallecimiento: 3,9%

Dimensión de algunos costos evitables

Considerando los datos presentados asumiendo la coherencia entre ellos podemos hacer una estimación inicial conservadora:

- Incidencia de 6,7% SNSS - (Álvarez, 2009), de 6,2% Privados - (Lancis-Sepúlveda & Asenjo-Araya, 2013)

- El 42,6 % de estos EA son globalmente evitables (ENEAS) (Aranaz-Andrés, 2006)

- En Chile tenemos en el SNSS app 1.040.000 egresos y app 597.000 en NSNSS (Dpto. de Estadística e Información de Salud - Ministerio de Salud, 2017)

- Días camas aumentados para los EA: 5,5 días (Lancis-Sepúlveda & Asenjo-Araya, 2013)

b) Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile

Lancis-Sepúlveda y Asenjo-Araya, de la Clínica Vespucio, desarrollaron un estudio en 2013, publicado en 2014, donde presentaron los siguientes resultados:

- Se incluyeron en el estudio 500 egresos
- 6,2% sufrió eventos adversos.
- 32,4% de los EA ocurrió en los procedimientos. (2% del total)
- Un 40,5% requirió procedimientos adicionales y un 35,1% tratamientos adicionales.

45 mil eventos adversos evitables es un nú-

SISTEMA	EGRESOS	% EA ESPERADOS	EA ESPERADOS	% EVITABLES	EVITABLES	DÍAS CAMA AUMENTADOS EVITABLES 38,6%
SNSS	1.040.368	6,70%	69.705	42,60%	29.694	63.041
PRIVADOS Y NO SNSS	597.000	6,20%	37.014	42,60%	15.768	33.475
<i>Datos DEIS 2017</i>	1.637.368		106.719		45.462	96.51



mero conservador que en el contexto de más un millón de egresos podría ser considerado “menor”. Sin embargo, hay estudios como Alvarez (2009), que encontró más de 85% de evitabilidad en el sector público, lo que pondría a este guarismo cercano a los 60 mil casos evitables solo en el sector público.

En cualquiera de los dos márgenes tenemos que considerar que es un número importante de personas que sufren eventos adversos que han pasado las barreras de las instituciones para evitarlos. En algunos casos, probablemente ni siquiera existe la barrera que podría haber detenido la ocurrencia del evento adverso.

Es posible poner un “valor monetario” a estos eventos evitables. Bastaría revisar el costo del día cama de su institución, así como el arancel que representaría los ingresos perdidos por el diferencial de días aumentados.

10. LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN APS

Este aspecto, considerado esencial en el sistema de salud, también se ha visto focalizado en la atención hospitalaria, concentrando los esfuerzos en los hospitales para conseguir disminuir el riesgo para las personas que reciben atención, así como para las segundas víctimas de los eventos adversos, los equipos humanos de los hospitales.

En menor medida, la atención ambulatoria de los hospitales ha recibido también el foco de las estrategias, lo que ha permitido en algunos casos, que sea equiparada a la atención de los centros de salud primaria, por el hecho de ser

similares en la atención con pacientes no internados y con menos procedimientos invasivos. El error de “homologar” los procesos ambulatorios de los hospitales con los de la APS en la gestión de los riesgos de la atención sanitaria, deja de lado los procesos fundamentales de la atención comunitaria, de la prevención, de la promoción y en general de las actividades de los centros de salud primaria que exceden a las prácticas de atención ambulatoria y sus procedimientos.

Otra situación frecuente es considerar a la atención primaria como sinónimo de atención ambulatoria, situación que no es del todo consistente con nuestra realidad país, pues el nivel primario de atención gestionado por el sistema público, adopta en una gran parte de las instituciones que trabajan bajo el modelo de atención de salud familiar, coexistiendo con la atención ambulatoria provista por redes nacionales de atención de prestadores privados de atención abierta, que entregan diversas prestaciones, incluyendo la atención médica de especialidades.

11. ¿CUÁL ES EL RIESGO EN EL SISTEMA DE SALUD PRIMARIA?

En estudios y documentos de la OCDE², podemos encontrar algunos datos que son relevantes para discutir el riesgo al que se enfrentan las personas atendidas y prestadora de atención en salud:

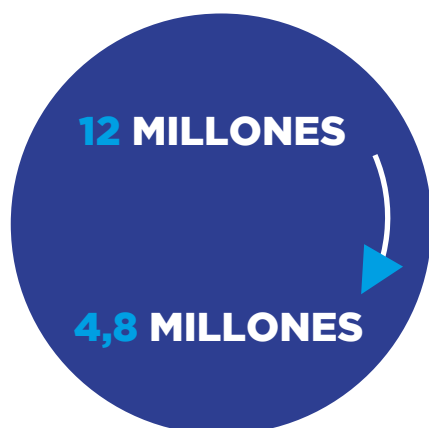
- Se estima que el daño al paciente es la decimocuarta causa principal de carga de morbilidad global, comparable a la TB, la malaria y algunos tipos de cáncer.

- Hasta 4 de cada 10 pacientes experimentan problemas de seguridad en los entornos de atención primaria y ambulatoria.

- Muchos eventos adversos son prevenibles. Los costos de la prevención son eclipsados por los costos del fracaso, lo que conduce al desperdicio en los sistemas de salud en toda la OCDE

Tomaremos un dato de atenciones médicas y de otros profesionales en la atención primaria, por razones de facilidad en la estimación, considerando que existen muchas otras acciones de salud con contacto entre prestadores y personas atendidas:

En promedio al año en Chile la APS realiza +12 millones de consultas médicas y de otros profesionales. Si consideramos el dato de OCDE 2017-2018, tenemos que 4 de cada 10 pacientes experimentan un problema de seguridad. Es decir, estamos hablando de un riesgo aproximado que puede llegar a los 4,8 millones de consultas médicas y de otros profesionales en los que podría ocurrir un problema de seguridad.



Es importante decir que si bien los efectos de una falla en la seguridad de los pacientes hospitalarios son de mayor notoriedad y relevancia por su parte en la APS se concentra el mayor número de atenciones, concentrando el riesgo y el impacto global de los problemas de seguridad superando a los problemas en el ámbito hospitalario.

¿Cuál es el impacto de la no seguridad en el sistema de salud primaria?

No desarrollaremos un estudio exhaustivo a falta de datos e información para determinar con suficiente evidencia este impacto. Sin embargo, podemos extrapolar los efectos que producen los problemas de calidad y seguridad en la atención primaria (diagnósticos tardíos, error diagnóstico, seguimiento insuficiente de los pacientes crónicos, etc.), y considerando también las hospitalizaciones “evitables”, todo ello es un problema que afecta a los recursos generales del sistema de salud.

En el estudio The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care ©³ OECD 2018, se presenta el dato para 27 países OCDE sobre el impacto de las hospitalizaciones evitables para personas con 5 condiciones crónicas.

Estos casos, son a saber para: Diabetes, Hipertensión, Falla cardíaca, EPOC y Bronquiectasia y el Asma.

En el mismo documento de la OCDE se identifican como costos de los problemas de seguridad en la APS los derivados de los días perdidos laborales, de los impuestos y otros que afectan la vida de las personas en los países. Se cita a Gyllensten et al (2014) , que estimó



en Suecia por estas causas en alrededor del 3% del producto interno bruto.

Adicionalmente se cita a (Schofield et al 2015²; Schofield et al 2016) que calculó un 2,5% de pérdida del PIB en Australia por los mismos motivos.

A pesar de los supuestos que realizan los investigadores, no se puede dejar de considerar que este es un tema que tiene gran relevancia incluso ajustando estas estimaciones a la baja.

Si consideramos que entre un 1,5% y un 2% del PIB de Chile se puede perder en problemas como los señalados, el impacto es considerablemente grande al compararlo con el % del PIB que representa el presupuesto público para Salud.

IMPACTO DE HOSPITALIZACIONES EVITABLES PARA 5 DIAGNÓSTICOS CRÓNICOS 27 PAÍSES OCDE - 2017



12. LOS PROBLEMAS DE SEGURIDAD EN LA APS SON EVITABLES

Así como en los hospitales, cerca de un 50% de los eventos adversos son evitables, en la atención ambulatoria y primaria se ha calculado que aproximadamente el 80% son evitables. Frente a este amplio margen de manio-

bra para evitar los problemas y su impacto en la vida y la economía de los países, es que han surgido estrategias para buscar la instalación de las barreras de seguridad en el ambiente sanitario. En el caso de la atención primaria existen recomendaciones, obligación de sostener un modelo de calidad, acreditaciones y otras que se busca implementar.

2 - Disponible en <http://www.oecd.org/els/health-systems/economics-of-patient-safety.htm>

3 - Disponible en <http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>

4 - En el documento citado se pueden encontrar las declaraciones sobre la metodología, sus limitaciones y conclusiones.

5- The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care © OECD 2018, Pág. 28



13. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- Existe un potencial de mejora relevante en los resultados de la seguridad del paciente.

- Los daños a todas las víctimas, incluyendo las segundas víctimas son de impacto suficiente para entender que fue una buena decisión impulsar las mejoras en seguridad y continuar “rompiendo el techo” actual.

- Las acreditaciones no pueden ser el fin último, sino que una consecuencia de prácticas cotidianas que construyan una cultura de la seguridad que asegure las condiciones para tener organizaciones sanitarias más seguras.

- Los recursos hoy son escasos cuando es necesario avanzar más allá de la mejora continua e invertir en innovación.

- Es imprescindible mantener una mirada colectiva entre organizaciones, sistemas de salud, países y gobiernos para enfrentar este desafío.

- Incorporar competencias, investigación conocimiento y tecnología son una obligación en este estado de las cosas.

- Los recursos necesarios para esta actividad sanitaria pueden provenir claramente de los beneficios netos de la prevención de eventos adversos evitables.

- Es imprescindible medir con exactitud



cuál es el nivel de recursos óptimo para gestionar eficiente y eficazmente la seguridad de los pacientes y hacer un catastro nacional y transversal del estado actual de estos recursos.

• Se requiere una mayor capacidad para identificar y medir el costo de los eventos adversos con una nueva mirada organizacional y financiera que permita a los equipos de seguridad del paciente demostrar los beneficios, o recuperación de valor destruido en el sistema de salud. Esto significa profesionalizar y mejorar el sistema de costeo y de gestión clínico-económica de las organizaciones de salud.

• Una deuda que saldar de manera urgente es la incorporación definitiva de la atención primaria de salud, nivelando rápidamente el nivel de preocupación y relevancia que se le dé a este nivel de atención donde intuimos todos, que el problema puede ser de dimensiones aún más relevantes que la atención hospitalaria.

• Las recomendaciones principales para la Atención Primaria en Salud⁶ son relacionadas con la integración en la red de salud, generar herramientas que permitan la información compartida para asegurar la captura de los incidentes y daños, así como generar una práctica estandarizada de mejora para la seguridad de los procesos e incorporar a los usuarios/beneficiarios en el plan de mejoras.

Bibliografía

Alvarez, P. N. (2009). *Estudio Nacional de incidencia Eventos Adversos en Hospitales Públicos de Chile*. Santiago de Chile.

Aranaz-Andrés, J. (2006). *Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización*. Madrid, España.

Avedian. (2017). *Diagnóstico estratégico global y medición de la producción hospitalaria con metodología GRD*. Cordoba, Argentina.

Chile, B. C. (s.f.). Banco Central. Obtenido de http://si3.bcentral.cl/Bdemovil/BDE/Series/MOV_SC_TC1

Diario La Tercera. (junio de 2014). La Tercera. Obtenido de <http://www.latercera.com/noticia/clinicas-cobran-hasta-tres-veces-mas-por-igual-servicio/Dpto.deEstadisticaeInformaciondeSalud-MinisteriodeSalud>. (2014). DEIS. Obtenido de <http://www.deis.cl/estadisticas-egresoshospitalarios/FondoNacionaldeSalud>. (2014). FONASA. Obtenido de https://fonasaweb.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607120158.html

Lancis-Sepúlveda, M., & Asenjo-Araya, C. (2013). *Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile*. Obtenido de ELSEVIER: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-estudio-incidencia-eventos-adversos-una-S1134282X13001486>

Ministerio de Educación de Chile. (2017). *Mi futuro*. Obtenido de <http://www.mifuturo.cl/index.php/futuro-laboral/buscador-por-carrera>

Ministerio de Sanidad y Consumo, Antares Consulting. (2008). *Benchmarking de buenas prácticas en la gestión de riesgos y políticas de reordenación del gobierno clínico en el ámbito hospitalario*. Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Madrid, España

The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care © OECD 2018

Nota técnica N°11/2018 Observatorio de calidad, Intendencia de prestadores, www.Supersalud.cl

Estudio APEAS. *Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. España. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf

Montserrat-Capella Dolors et cols. *Frequency of ambulatory care adverse events in Latin American countries: the AMBEAS/PAHO cohort study*. *International Journal for Quality in Health Care*. 27(1). 2015.



INICIO
07 DE
OCT. 2019



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

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

CURSO: ¿CÓMO REALIZAR ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS

80 HORAS
PEDAGÓGICAS

100%
ONLINE

VALOR:
\$80.000 USD 120

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

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org



**INICIO
04 DE
NOV. 2019**



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

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

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

**80 HORAS
PEDAGÓGICAS**

**100%
ONLINE**

**VALOR:
\$80.000 USD 120**

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

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org

IV Congreso Internacional Seguridad del Paciente

**RESUMENES CONFERENCIAS
REALIZADAS DURANTE EL IV
CONGRESO INTERNACIONAL
DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Con la Colaboración y Apoyo de:



– SANTIAGO DE CHILE – JUNIO 2019.





GLOBAL LESSONS IN QUALITY AND SAFETY: BEING INSPIRED



Peter Lachman

CEO of ISQua
The International Society for Quality in Health Care



Nota del Editor: Resumen de la Conferencia realizada durante el IV Congreso Internacional de Seguridad del Paciente – Santiago de Chile – Junio 2019.



2019 marks the 20th anniversary of ‘To err is Human’, which could be said to be the start of the patient safety movement as we know it today. Of course, patient safety has been around since the very start of medicine. However, the study of patient safety as a science with resultant theories and methodologies is a recent phenomenon. David Bates and Hardeep Singh, in a paper to commemorate the 20th anniversary of the publication, noted that we have made a lot of progress over the past 20 years, yet the level of harm remains a challenge¹. Nonetheless three reports from the WHO/OECD/World Bank, the American National Academy of Science and The Lancet Commission all pointed to the vast challenge we face to improve the safety of people entering the health service.

We need to pay attention to the belief systems which reflects the culture. Until safety is our business and becomes core, whatever we do we will not be safe. This means we need to change the way we think and accept that our purpose in healthcare is to keep people safe as well as treat or cure them, especially with the increasing complexity of conditions and the systems within which we work.

By working together in a network, to solve the challenges we face, we will achieve more. The challenges are:

- Understanding how to measure safety in a changing world
- How we can look at safety and quality from the eyes of the patient
- How to test solutions for implementation
- Learning how to scale up and spread
- Learning to move to ‘prevention by designing’ for safety
- How can we educate for safety?
- How do we deliver equitable care?

Hollnagel et al have said that Safety (and

Quality) is the ability of a system to sustain required operations under both expected and unexpected conditions². To achieve this state, we need to learn from what has worked well, and that can only be done through a wide network, such as ISQua. We need to understand the complexity of the work, the context within which we work and have a way to translate the theories of human factors, reliability, incident management, proactive risk mitigation and resilience into day to day clinical practice.

In the United Kingdom, and now Ireland, I have been teaching teams how to be safe at all times – this is a difficult endeavour given the complexity of some conditions and the healthcare system, but teams are learning to translate theory into action to work together³. The huddle incorporates all the theories making it easy to do the right thing. Only when safety is our business will people who work in healthcare be able to be more relaxed about the care is given. In this way, we can be truly person-centred.

ISQua has communities of practice in Africa and Latin America and a QI network that has enabled us to share knowledge and rapidly help to improve care. Our work in Mozambique with Irish Aid has led to ‘reverse learning’ and it has demonstrated that the answers to the challenge of safety are worldwide not only in upper-income countries. We will be promoting this on the first World Patient Safety Day on 17th September 2019.

1 - <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2018.0738>

2 - <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf>

3 - <https://www.rcpch.ac.uk/resources/situation-awareness-everyone-safe-toolkit-introduction>

For more information on ISQua, and our activities and programmes, please visit <https://www.isqua.org/>



PATIENT SAFETY MOVEMENT



Dr. Javier Dávila Torres

Regional Network Chair
Patient Safety Movement Foundation

jav_davilat@yahoo.com.mx



El Movimiento de Seguridad de Paciente (PSM), fue creado por Joe Kiani en California EEUU en 2013. Como consecuencia de los más de 220,000 muertes anuales en EEUU de lo que definen como Medical Errors, Kiani convocó a diversos grupos que participan en la atención médica de los Pacientes. Se han incorporado médicos clínicos, enfermeras, directivos de salud, empresarios, medios de comunicación, Senadores, y grupos de pacientes y/o familiares vinculados con el tema entre otros, para el análisis y propuestas que contribuyan en reducir las muertes Prevenibles y lograr las “ Cero Muertes Prevenibles en el año “2020”.

Las estrategias (Actionable Patient Safety Solutions; APSS) se definen acorde a un detallado análisis y consenso multidisciplinario que proponen los grupos anteriormente referidos en una Reunión de Planeación de medio año, las cuales se aplican en Hospitales, Organizaciones Académicas, Sistemas de Salud etc... tomando una o diversas APSS a efecto de realizar un compromiso en coadyuvar a evitar estas muertes y complicaciones en los tratamientos que se realizan.

Destacan las que a continuación se mencionan : Cultura de la Seguridad, Anemia & Transfusiones, Seguridad de la Vía Aérea, Infecciones asociadas al Cuidado de la Salud, Comunicación, Detección Temprana y tratamiento de Sepsis, Errores en la Medicación, Seguridad Neonatal, Prevención y Resucitación del paciente Hospitalizado con Infarto al Miocardio,-Falla en Rescate del paciente: Monitoreo en el Paciente que ha sido tratado con Opioides y presentan depresión respiratoria, Seguridad de la Paciente con atención Obstétrica, Even-

tos Embólicos, Salud Mental, Prevención de Caídas, Sonda Nasogastrica & Colocación y verificación en la colocación de sondas, Compromiso hacia la persona y su familia, y recientemente la denominada Curriculum tendiente a involucrar a escuelas, colegios y agrupaciones formadoras de recursos humanos.

La afiliación de Hospitales por señalar un ejemplo, toman una línea base que permiten definir sus propias estrategias o reforzarlas acorde a la propuesta de las APSS para lograr una meta por cumplir, haciendo compromisos que se puedan medir a efecto de obtener mejores resultados en la operación de los Servicios que se otorgan y puedan inclusive ser comparables en un proceso de mejora. Las Organizaciones académicas por ejemplo, que funcionan definidas por ellos como Partners exhortan en la promoción de la Cultura de la Seguridad, proceso permanente y en ocasiones gradual que favorezca en despertar la conciencia en este tema del personal de la Salud. (la Federación Europea de Anestesiología entre otras).

En algunas de las APSS existen subtemas que en la práctica clínica cotidiana hacen sentido para expresar de mejor forma las medidas de prevención propuestas.

Cada año se lleva al cabo un evento internacional que ahora agrupa a más de 4,700 Hospitales afiliados (de EEUU Hospitales como Massachusetts Gen., Clínica Mayo, Clínica Cleveland, Johns Hopkins, etc...), 50 Empresas (quienes comparten estrategias y base datos que permitan la disminución de riesgos para los Pacientes), 49 países, con paneles de discusión donde participan destacados y presti-

Actionable Patient Solutions (APSS)



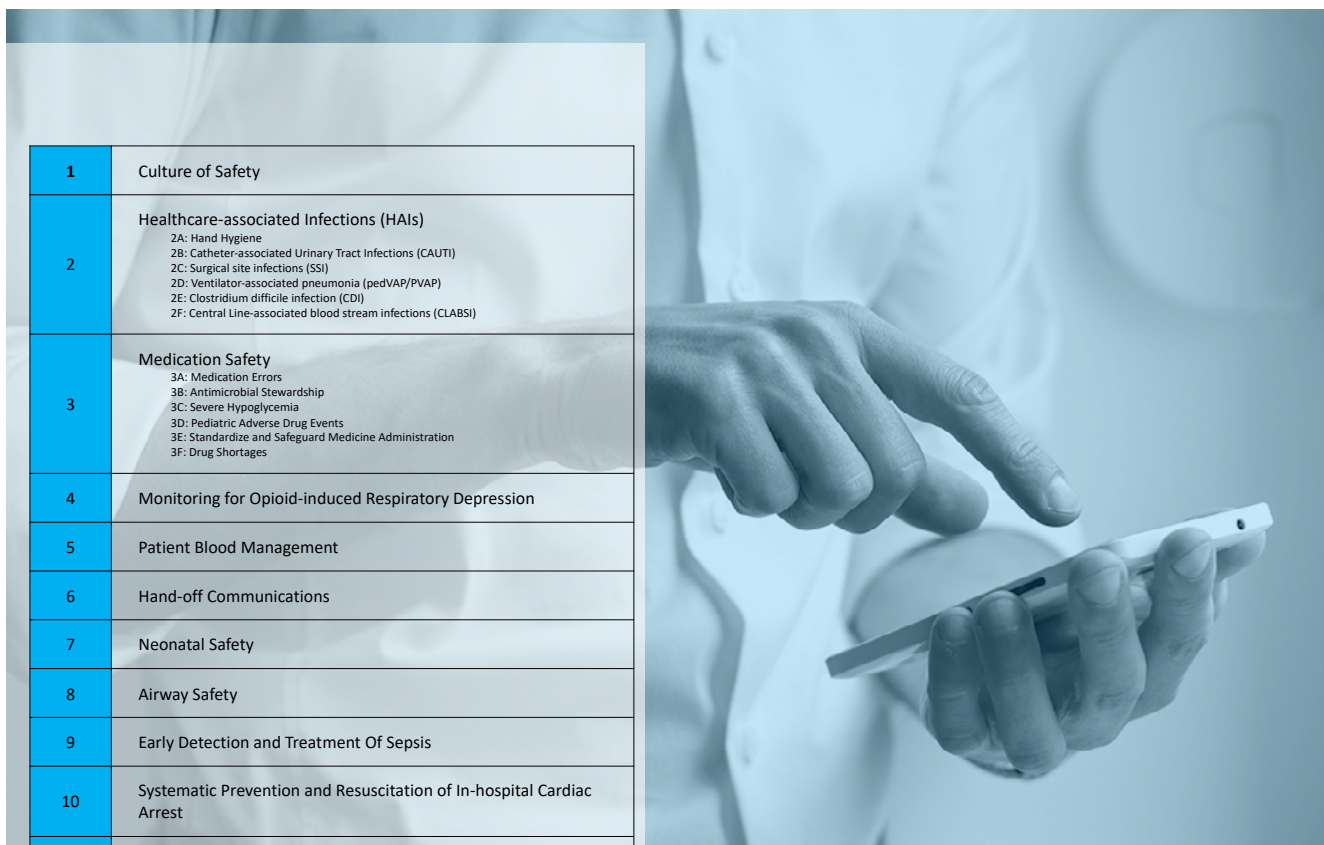
giados conferencistas, involucrando Senadores de EEUU, el año pasado al Director General de la Organización Mundial de la Salud, FDA, CDC, el exsecretario de Salud del Reino Unido Jeremy Hunt quien contribuyó a la Organización del Evento en 2018 en Londres, el exvicepresidente de EEUU J. Biden, y en los ocho eventos al expresidente William Clinton, así como la entrega de tres premios de investigación inherentes al tema.

Es pertinente destacar, que el compromiso de cada Organización de Salud, cuantifica la cifra de vidas salvadas al aplicar las APSS. En 2019 la cifra asciende a más de 273 mil vidas.

Las acciones de capacitación y propuesta de asignación presupuestal en el primer nivel de

atención coadyuvara al reforzamiento que en Atención Primaria se pretende obtener en diversos países que conviertan esta herramienta en Política Pública. De hecho en diversos países se ha tenido este interés y una expresión más consistente, pero aún insuficiente, aunque desde luego los análisis y enunciados que aporta la Organización Mundial de la Salud contribuyen para tal fin.

En México las actividades del Movimiento iniciaron con la presencia de Joe Kiani en diciembre del 2015, siendo hasta el siguiente año en que las afiliaciones y la participación de diversas organizaciones como la Academia Mexicana de Cirugía, la Fundación Carlos Slim, la Sociedad de Trombosis y Hemostasia, Institutos de prestigio como el de Ciencias



1	Culture of Safety
2	Healthcare-associated Infections (HAIs) 2A: Hand Hygiene 2B: Catheter-associated Urinary Tract Infections (CAUTI) 2C: Surgical site infections (SSI) 2D: Ventilator-associated pneumonia (pedVAP/PVAP) 2E: Clostridium difficile infection (CDI) 2F: Central Line-associated blood stream infections (CLABSI)
3	Medication Safety 3A: Medication Errors 3B: Antimicrobial Stewardship 3C: Severe Hypoglycemia 3D: Pediatric Adverse Drug Events 3E: Standardize and Safeguard Medicine Administration 3F: Drug Shortages
4	Monitoring for Opioid-induced Respiratory Depression
5	Patient Blood Management
6	Hand-off Communications
7	Neonatal Safety
8	Airway Safety
9	Early Detection and Treatment Of Sepsis
10	Systematic Prevention and Resuscitation of In-hospital Cardiac Arrest
11	Optimizing Obstetric Safety 11A: Postpartum Hemorrhage (PPH) 11B: Severe Hypertension in Pregnancy and Postpartum 11C: Reducing Unnecessary Cesarean Sections (C-Sections)
12	Embolic Events 12A: Venous Thromboembolism (VTE) 12B: Air Embolism
13	Mental Health 13B: Collaborative Care Planning in Mental Health
14	Falls and Fall Prevention
15	Nasogastric Tube (NGT) Placement and Verification
16	Person and Family Engagement

Medicas y Nutrición, Cardiología, Neurología y Neurocirugía, Psiquiatría, entre otros y Hospitales Públicos así como privados (Hospital Español por ejemplo) y de diversos Estados de la Republica, han contribuido a esta causa con un impacto favorable en la atención médica de sus pacientes.



THE POTENTIAL OF EXTERNAL EVALUATION



Peter Lachman

CEO of ISQua
The International Society for Quality in Health Care



Nota del Editor: Resumen de la Conferencia realizada durante el IV Congreso Internacional de Seguridad del Paciente – Santiago de Chile – Junio 2019.



Since 1999, ISQua's International Accreditation Programme (IAP) has provided accreditation bodies with an independent third-party assessment process to validate existing systems and drive continuous quality improvement. The IAP enables organizations to demonstrate their credibility and benchmark their performance on an international level.

IEEA is the new association established by ISQua to deliver the external evaluation services including the IAP. The International Society for Quality in Health Care External Evaluation Association (IEEA) was established, as a separate legal entity, by ISQua in 2018 to deliver external evaluation services. Based in Geneva, Switzerland, the IEEA commenced operations on 1st January 2019. The IEEA provides third-party external evaluation services to health and social care external evaluation organisations and standards developing bodies around the globe.

IEEA defines accreditation as a self-assessment and external peer review process used by health and social care organisations to accurately assess their level of performance in relation to established standards and to implement ways to continuously improve the health or social care system.

We believe that this falls within the Juran framework of improvement comprising of:

- Quality planning
- Quality control
- Quality management
- Quality improvement

To be really effective, accreditation requires a change in the way we think, act and do. This means it is about a cultural change where quality and safety become our business and accreditation and external evaluation are the tools to achieve high-quality care and continuous improvement. To achieve this, we will need to take a systems approach, study va-

riation, and influence all staff to continually improve.

The key is to have a good set of standards that are relevant and applicable. Standards are ubiquitous within healthcare and are generally considered to be an important means by which to improve clinical practice and organisational performance. However, there is a lack of robust empirical evidence examining the development, writing, implementation and impacts of healthcare accreditation standards¹. Standards are successful if they have a number of key attributes: collaborative, valid and relevant, are favourably received by health professionals and management, and are aligned with regulation².

While it may be self-evident that external evaluation works within a culture of continuous improvement the published evidence needs to be strengthened. A recent report from the Deeble Institute³ concludes that we need to continually improve standards to reflect the new developments in healthcare and that if looking at quality over time, within a culture of improvement, accreditation has a lasting effect.

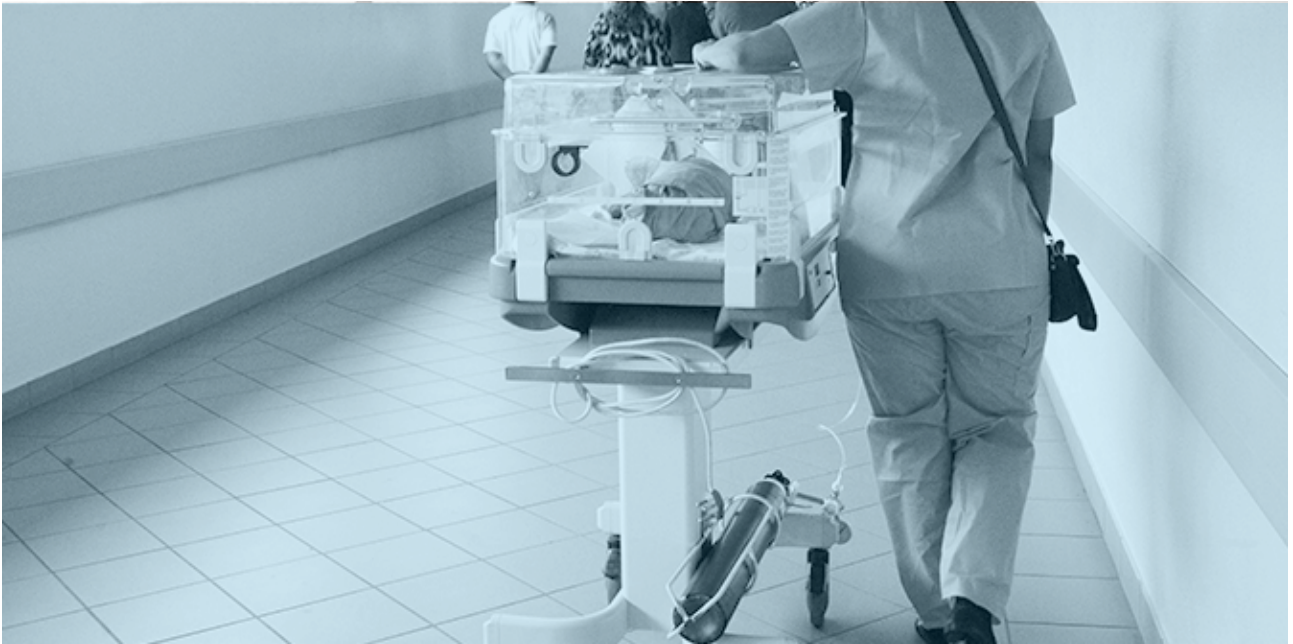
I encourage and invite the accreditation bodies in Chile to join the IAP. As part of the programme, Chile will experience a community that is continually improving, and will help enhance your programmes.

1- The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact Greenfield et al. BMC Health Services Research 2012, 12:329

2- Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: a qualitative study of enabling factors Hinchcliff et al. BMC Health Services Research 2013, 13:437

3-https://www.isqua.org/images/Deeble_Institute_Evidence_Brief_No.18_Assessing_the_value_of_accreditation_003.pdf

To find out more about the IAP and our services, please visit <https://ieea.ch/>



ROL DE LA ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Claudia Regina Laselva

Diretoria de Operações, CON - Unidade Morumbi
Hospital Israelita Albert Einstein - Brasil
Miembro de la Junta Directiva Nursing Now

claudia.laselva@einstein.br



El libro *Erros es Humano*, que contiene el informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América, publicado en 1999, discute los principales componentes del sistema de salud norteamericano que pueden conducir a eventos adversos, algunos frecuentes y potencialmente fatales, fue un hito que impulsó la Seguridad del Paciente. Pero veinte años después todavía vivimos un escenario desfavorable, en que Seguridad del Paciente es una seria cuestión global de salud pública. Este escenario genera costos crecientes, y aliado al envejecimiento poblacional, con aumento de las condiciones crónicas, introducción acelerada de nuevas tecnologías, a la fragmentación de los cuidados centrados en decisiones “técnicas”, sin considerar los deseos y contextos del paciente, a la práctica excesivamente intervencionista, la percepción y conocimiento sobre riesgos y el mantenimiento de un modelo hospital céntrico, enfocado en la enfermedad y no salud, compromete directamente la sostenibilidad del sistema de salud.

En una publicación en el año 2001, el Instituto de Medicina publica que la manera de direccionar y minimizar los riesgos a los pacientes sería por medio de la implantación de una “Cultura de Seguridad”. En 2013, el Institute for Healthcare Improvement publicó el Triple Aim, que apoya la idea de que los sistemas capaces de generar valor en salud deben ser diseñados con enfoque en 3 dimensiones:

1. Mejorar la experiencia asistencial del paciente (incluida la calidad y la satisfacción) al proporcionar asistencia segura, eficaz y confiable, para cada paciente, en todas las oportunidades
2. Mejorar la salud de las poblaciones concentrándose en la prevención y el bienestar
3. Reducir el costo per cápita de la asistencia sanitaria.

En 2015, el National Patient Safety Foundation (NPSF) convocó a un panel de expertos para

evaluar el escenario de la seguridad del paciente. El informe define el establecimiento de un enfoque total de sistemas (centrado en las medidas preventivas que se implementan en sistemas y procesos, evitando que las personas se equivocan) y una cultura de seguridad. Recomienda acciones gubernamentales y de órganos reguladores, de profesionales de salud y otros para dar prioridad a la ciencia de la seguridad del paciente y su implantación. El informe hace ocho recomendaciones:

1. Asegurar de que los líderes establecen y sostengan una cultura de seguridad
2. Crear una supervisión centralizada y coordinada para la seguridad del paciente
3. Crear un conjunto común de métricas de seguridad que reflejen resultados significativos
4. Aumentar el financiamiento para la investigación en ciencia sobre seguridad del paciente y su implementación
5. Dirigir la seguridad del paciente en toda la continuidad de cuidados
6. Apoyar a la fuerza de trabajo de salud
7. Establezca asociación con pacientes y familiares para el cuidado más seguro
8. Asegurar de que la tecnología es segura y optimizada para mejorar la seguridad del paciente.

En el caso de que se produzca un cambio en la calidad de la información, es necesario que la seguridad sea una directriz y un reflejo de las acciones de todos en una organización de Alta Dirección al trabajador más operativo, exige transparencia y enfoque en el aprendizaje del error, y en el caso de que se produzca un cambio en la calidad de vida de la población.



QUALITY AND PATIENT SAFETY FRAMEWORK FOR HEALTH AND SOCIAL SERVICES



Katerina Tarasova

Executive Director,
HSO/Accreditation
Canada



Health Standards Organization ([HSO](#)) is an Ottawa-based, not-for-profit organization that works with governments, regional health authorities, hospitals, and community-based programs and services in both the private and public sectors. HSO develops health services standards, assessment methodologies as well as innovative training services and tools for international clients. HSO's affiliate, Accreditation Canada (AC) drives quality through accreditation and other assessment methods in more than 30 countries. With more than 10,000 sites worldwide, HSO and AC leverage more than 1,000 volunteers, 200 staff and 50 years of experience to implement a robust strategic plan. During the IV Congreso de Seguridad del Paciente, Ms. Katerina Tarasova, Executive Director for HSO and AC introduced the Canadian Quality and Patient Safety Framework for Health and Social Services, demonstrating the steps Canada is taking to establish national quality and patient safety goals. Ms. Tarasova's presentation highlighted Chile and Canada's similar demographics including populated urban areas as well as regional and provincial structures. Chile and Canada also share similar health care challenges such as aging population needs, long wait times for specialists and heightened demand for care in remote and indigenous communities. Also, our countries face variations in access to care and a keen interest to transition health systems from provider-focused to patient-focused - a trend known as the humanization of health care. With respect to the Canadian health care system, Ms. Tarasova highlighted that Canada has universal health coverage for medically-necessary care services provided based on need, rather than ability to pay. Ca-

nadian provinces and territories are responsible for organizing and delivering health and other social services in the country; however, the Canadian federal government co-finances provincial health care programs without a national Ministry of Health. The Canadian patient safety and quality agenda is driven by the non-governmental sector which includes the work of HSO, AC, and the Canadian Patient Safety Institute (CPSI). Although Canada has established strong patient safety initiatives, including standards development, accreditation and people-centred care, a national approach for tackling the patient safety agenda has been an ongoing need. In response, HSO and CPSI established the Canadian Quality and Patient Safety Framework for health and social services in April 2018. The program is building a framework for patient safety goals at a national level with five priorities for care: people centered, safe, accessible, appropriate and integrated. Over the next five years, the framework will provide guidance on concrete initiatives for health care service stakeholders. Currently, the draft framework is undergoing public consultation across Canada. The next steps will be finalizing Action Guides - which will provide sample interventions, measures and indicators for each framework objective with an expected completion date of 2020. HSO and CPSI expect to outline the outcomes of our journey at next year's conference and you are invited to track our progress on qualitypatientsafety.ca.





CERTIFICACIÓN DE CALIDAD DE APLICACIONES DE SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



Dr. Camilo Erazo Leiva

Gerente General
Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud de Chile



Las tecnologías de información pueden impactar positivamente en la atención de pacientes, pero este potencial solo se alcanzará si dichas tecnologías se despliegan de manera organizada y consistente con los objetivos de las instituciones de salud. Hoy presenciamos una acelerada y caótica adopción de tecnologías; por ejemplo, el impacto que tienen las aplicaciones de mensajería instantánea - como Whatsapp - en los procesos clínicos y administrativos que se desarrollan cada día en nuestra red de salud. Estas aplicaciones son omnipresentes en la coordinación del cuidado de pacientes, convirtiéndose incluso en herramientas de “telemedicina”, aún cuando no fueron diseñadas para este propósito. Por otro lado, capturar una imagen o un documento a través de una foto y enviarla a un colega para su revisión, resulta demasiado atractiva para dejar pasar esta oportunidad.

El uso sin estándares de tecnologías de información en contextos de salud implica riesgos, tanto para los pacientes - que reciben cuidados y recomendaciones a través de medios de efectividad no demostrada - como para los profesionales y técnicos de la salud, que haciendo un uso no regulado de sus teléfonos personales se exponen a potenciales conflictos médico-legales. Amplia difusión tuvo la emisión, en julio de 2017, de una circular por parte de la Subsecretaría de Redes Asistenciales que prohibía el uso de dispositivos móviles en la atención de pacientes; menos de dos años después, ya se encontraba anulada esta medida por ser inviable. Parece imprescindible aproximarse a este tema buscando alternativas efectivas para disminuir el riesgo de infecciones, distracciones y errores de información que puede acarrear el uso de móviles, pero que no inhiban el uso de estos como poderosas herramientas para mejorar la atención de salud.

Desde el Centro Nacional en Sistemas de Información en Salud, CENS, abordamos este dilema además desde la necesidad imperiosa de fomentar la innovación en salud para satisfacer las nuevas demandas de los usuarios, así como abordar las brechas en acceso y calidad de la atención de salud. Consideramos urgente el desarrollo de metodologías y herramientas que permitan evaluar el nivel de madurez de las soluciones desarrolladas, así como el potencial impacto y eventuales riesgos para la seguridad del paciente, de aplicaciones innovadoras. Resulta indispensable contar con criterios muy claros para que los tomadores de decisión que buscan incorporar el uso de aplicaciones móviles al cuidado de los pacientes de su institución lo hagan en base a estándares de calidad conocidos y transparentes. Es por eso que, entre otras iniciativas, estamos generando herramientas que permitan identificar rápidamente si una aplicación móvil, u otros sistemas digitales innovadores, requiere una evaluación de calidad que, eventualmente, se haga certificable para efectos de su adquisición.

La certificación no es trivial, y organismos como la FDA están re-considerando sus aproximaciones a la regulación en este ámbito, ya que el software - intangible, maleable, y con eficacia muy dependiente del contexto - no sigue las mismas reglas que los fármacos o dispositivos médicos. Si bien anticipamos, en base a la experiencia internacional, que avanzar en este sentido será difícil, resulta esencial hacerlo para que contemos con criterios mínimos de calidad, exigibles, transparentes y conocidos por todos los actores relevantes del ecosistema.



CÓMO NOTIFICAR INCIDENTES EN SEGURIDAD DEL PACIENTE



Dr. Fabián Vítolo

NOBLE Cía de Seguros

vitolo@nobleseguros.com.ar



Cualquier institución de salud se encuentra expuesta a la ocurrencia de eventos graves que pudieron mayormente prevenirse. En la crisis que suele devenir, lo que diferencia en forma positiva o negativa a las organizaciones es su cultura de seguridad, el rol que asumen ante la situación los directivos, la existencia planes de acción diseñados por anticipado para el manejo de estos eventos y el establecimiento balanceado de prioridades entre las necesidades del paciente y su familia, del staff profesional y de la institución. También se suele marcar una diferencia positiva si las acciones inmediatas y continuadas integran elementos de empatía, revelación, apoyo, evaluación, resolución, aprendizaje y mejora continua. Los riesgos de no responder a un evento adverso serio de manera oportuna y efectiva incluyen pero no se limitan a la pérdida de confianza entre los pacientes (no sólo en aquellos directamente involucrados, sino en toda la población de pacientes), al envío de mensajes confusos al personal acerca del compromiso real de la institución con la calidad y la seguridad, la falta de aceptación y recuperación, la pérdida de una oportunidad de aprendizaje y mejora, la mayor probabilidad de sanciones regulatorias o juicios por responsabilidad profesional y la exposición mediática.

Las consecuencias de una respuesta inadecuada ante un evento adverso serio son múltiples: agrava el sufrimiento de los pacientes y sus familias, aumenta el estrés de los profesionales implicados y aumenta, contra lo que muchos piensan, la probabilidad de juicios. Como en estos casos las lecciones aprendidas suelen compartirse entre muy pocos, se pierde además una gran oportunidad para mejorar la calidad y la seguridad de la atención. La falta de transparencia termina por degradar la cultura de la organización y reducir la confianza en las instituciones de salud. El problema se agrava cuando se hace patente la falta de habilidades y de un proceso para resolver estas situaciones.

En los últimos años se han publicado evidencias de que los beneficios de un adecuado programa de comunicación y resolución de eventos serios con responsabilidad superan a sus potenciales riesgos:

mejora el aprendizaje organizacional, ayuda a mejorar la calidad y la seguridad, disminuye los juicios por mala praxis, reduce el tiempo y los costos de las compensaciones, fortalece la moral de los trabajadores y facilita la cicatrización de heridas de todos los involucrados.

Más allá de las utilidades materiales que pueda arrojar un adecuado programa de comunicación y resolución de eventos adversos, lo primero que tenemos que aclarar es que lo que se plantea es un caso moral, más allá del caso económico y legal. Todos los códigos de ética establecen que la primera lealtad del médico debe ser hacia la persona que se asiste, anteponiendo sus necesidades específicas a toda otra conveniencia. Ya sea se adopte una ética Kantiana del deber o una ética utilitarista del mayor bien para el mayor número, ambas teorías morales son inequívocas en requerir que quien tome la decisión ponga en el centro al otro.

El médico, y por extensión la institución de salud, no actúan éticamente cuando anteponen sus intereses (generalmente el de evitar un juicio o un impacto mediático) a los del paciente, violando la confianza que este último depositó sobre sus conciencias. Cuando no se es honesto, al daño infringido por el error se le suma el daño ocasionado por el encubrimiento de la verdad, privando al paciente del derecho a determinar cómo será manejado y reparado dicho daño.

INSTRUMENTACIÓN DE LA RESPUESTA

Precondiciones

Para que un programa de comunicación sea exitoso deben darse las siguientes precondiciones:

1. Apoyo y liderazgo de las máximas autoridades
2. Un equipo multidisciplinario de gestión de riesgos
3. Una cultura justa
4. Un sistema de identificación y análisis de eventos adversos
5. Una estrategia de apoyo y contención de las segundas víctimas



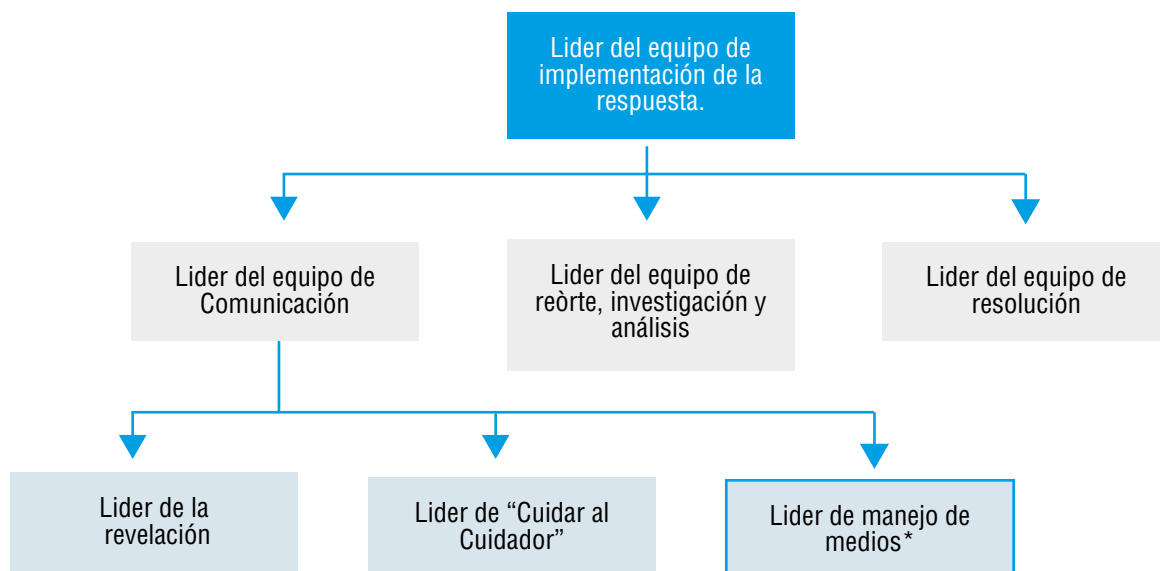
- 6. Una previsión para compensar económicamente al paciente y su familia
- 7. Un método de aprendizaje organizacional.

quiere de un equipo de trabajo multidisciplinario, con roles y funciones asignadas. Este equipo será el responsable de la implementación del proceso de comunicación y resolución en toda la organización.

El equipo de respuesta ante un evento centinela:

La implementación de un proyecto de comunicación y resolución efectiva de eventos adversos re-

Figura 1. Conformación del equipo de comunicación y resolución de eventos adversos



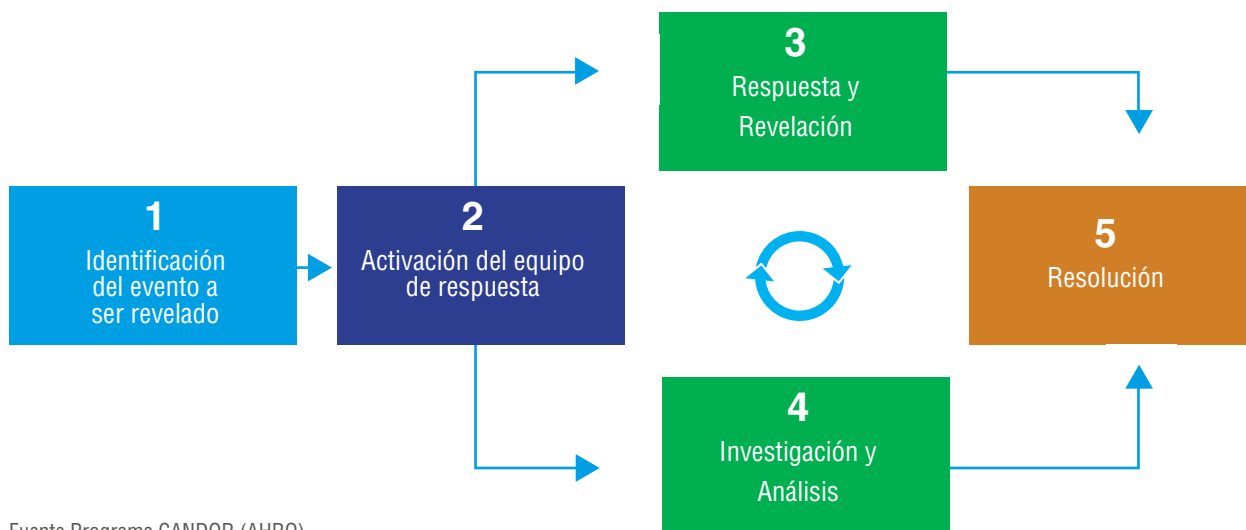
Fuente: Inspirado en Programa CANDOR (AHRQ) El cuadro sombreado (*) no está descrito en dicho programa y es sugerido por el autor

La comunicación y resolución de incidentes críticos es un proceso y no un evento aislado. La Fig. 2 muestra un modelo de los distintos pasos del pro-

ceso (los pasos 3 -respuesta y revelación- y 4 -investigación y análisis-) se dan en simultáneo por distintos sub-equipos.



Figura 2. El proceso de comunicación y resolución



Fuente Programa CANDOR (AHRQ)

1. Identificación del Evento a ser revelado: No todo evento adverso califica para ingresar en este programa de comunicación y revelación formal. El daño debe ser grave, los hechos deben ser claros, no ambiguos, el incidente debe haber sido entera o mayormente prevenible e indicativo de un problema de seguridad de la organización. A su vez debe ser generador de responsabilidad penal/civil y dañar la credibilidad pública de la organización.

2. Activación del equipo de respuesta: Algún miembro del equipo de respuesta previamente entrenado concurrirá al lugar para garantizar el apoyo clínico necesario, establecer los hechos básicos, evaluar el nivel de respuesta adecuado, determinar quiénes serán responsables de la comunicación y considerar la necesidad de apoyo emocional a los pacientes, familias y profesionales implicados.

3. Respuesta y revelación: en la comunicación con la familia, es clave la transparencia. En un primer momento debe explicarse lo que sucedió (hechos conocidos) y dejar los detalles de cómo y por qué para más adelante. No se deben echar culpas y, ante un caso claro de responsabilidad, debería ofrecerse una expresión genuina de pesar/disculpa y asumir la responsabilidad en nombre de la institución. Debe adelantarse cómo se proseguirá con la

investigación y el análisis del incidente y establecer canales de contacto, apoyo y seguimiento.

En la comunicación con los profesionales implicados la clave es el respeto. Necesitan apoyo emocional/empatía de manera constante, con reafirmación de su competencia y desconexión de las tareas en el momento inmediato. Se los debe orientar acerca de los pasos a seguir para paliar las consecuencias profesionales y legales. Además, si lo desean, deben poder participar en la definición de las medidas a implantar para evitar que el evento vuelva a suceder.

La comunicación con los medios, por otra parte debe ser oportuna, brindada por voceros institucionales designados/entrenados y respetuosa de la privacidad del paciente y su familia (debe estar autorizada por ellos). El mensaje debe estar rubricado por una persona con autoridad y debe balancear los intereses de los pacientes, de los empleados y de la organización. En todo caso debe demostrarse un compromiso con la investigación del caso y la mejora.

4. Investigación y análisis: Un equipo multidisciplinario de especialistas en seguridad del paciente debería investigar el caso (es recomendable utilizar

el Protocolo de Londres). Análisis de la evidencia (secuestro de los dispositivos involucrados, de la documentación, descartables, etc); entrevistas en profundidad y a solas con el paciente/familia y los profesionales involucrados. Revisión de la documentación y de los protocolos/guías de práctica. Luego deben identificarse las barreras que fallaron, las acciones individuales (erres, conductas de riesgo, violaciones), los factores contribuyentes y las decisiones gerenciales que se sumaron para la producción del evento adverso. El último paso de esta etapa es el desarrollo de soluciones para evitar la recurrencia de este evento en el futuro. Antes de dar el informe final al paciente/familia debe llegarse a un consenso sobre lo ocurrido

.....

5. Resolución: Luego de analizado el evento y sacado conclusiones de lo que pasó y de lo que se hará, debe haber una nueva reunión formal con el paciente/familia para compartir los hallazgos, establecer responsabilidades, ofrecer nuevamente disculpas (si amerita) y una eventual reparación. Estas conversaciones suelen darse luego de 30-60 días, y su tono emocional difiere mucho de la primera revelación. Debe ser liderada por miembros

Fuentes y lecturas sugeridas:

CANDOR (Communication and Optimal Resolution) Agency for Healthcare Research and Quality, <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/candor/index.html> (accedido en julio 2018)

AUSTRALIAN OPEN DISCLOSURE FRAMEWORK. Better communication, a better way of care. Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare, 2013. <https://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2013/03/Australian-Open-Disclosure-Framework-Feb-2014.pdf>

BEING OPEN. Saying sorry when things go wrong. Communicating patient safety incidents with patients, their

del equipo de gestión de riesgos de la organización debidamente entrenados.

¿Debe ofrecerse activamente alguna reparación económica? En general hay acuerdo en reconocer los gastos directos asociados al evento adverso (ej: gastos médicos, de traslado, de estadía de familiares, etc.). La reparación integral de otros daños patrimoniales y morales es más discutida. Algunos programas ofrecen una compensación económica de manera activa, mientras que otros no mencionan el tema. El Programa español “Decir lo siento”, por ejemplo, si bien no ofrece una compensación económica, sugiere facilitar la información sobre vías de reclamos en eventos adversos serios sufridos por población no instruida.

.....

A modo de conclusión, todas estas estrategias podrían resumirse en las palabras de Sir Liam Donaldson, uno de los grandes líderes británicos del movimiento por la seguridad de los pacientes:

“Errar es humano, encubrir es imperdonable y no aprender es inexcusable”

families and carers. National Patient Safety Agency. National Reporting and Learning Service. NHS, 2009. <https://qi.elft.nhs.uk/resource/being-open-saying-sorry-when-things-go-wrong/>

WHEN THINGS GO WRONG. Responding to adverse events. Massachusetts Coalition for the Prevention of Medical Errors, 2006. <http://www.macoalition.org/documents/respondingToAdverseEvents.pdf>

RECOMENDACIONES PARA DECIR “LO SIENTO” TRAS UN EVENTO ADVERSO. Grupo de Trabajo Español. Madrid, 2016. <http://www.segundasvictimas.es/noticias.php?id=25>



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

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

7^a JORNADA REGIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE Y SU INFLUENCIA EN CALIDAD Y ACREDITACIÓN

PUERTO MONTT

14 Y 15
NOVIEMBRE

PATROCINA
UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS
KM 6 CAMINO A CHINQUIHUE



UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS

contacto@fspchile.org

www.fspchile.org



GRAVEDAD, FRECUENCIA Y DETECTABILIDAD DE EVENTOS ADVERSOS: SITUACIÓN DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS HOSPITALES CHILENOS



Liliana Neriz J.

Directora Centro de Control de Gestión
Facultad de Economía y Negocios - Universidad de Chile

Ineriz@fen.uchile.cl

Liliana Neriz, Alicia Nuñez y Verónica Fuentes
Departamento de Control de Gestión y Sistemas de Información
FEN - Universidad de Chile

Ricardo Mateo
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales
Universidad de Navarra

Francisco Ramis
Centro Avanzado de Simulación de Procesos
Universidad del Bío-Bío



Esta investigación se basa en un proyecto exploratorio que aporta evidencia empírica y experiencias reales de los hospitales chilenos acerca de sus problemas de calidad y seguridad clínica.

Un evento adverso es un acto inseguro y/o peligroso en la atención médica que podría producir daño al paciente, y que, por lo tanto, disminuye la calidad y seguridad clínica para el mismo. Actualmente, algunos de los eventos adversos que ocurren en los hospitales de todo el mundo son considerados inaceptables, por lo que en Chile existen una serie de normativas y protocolos establecidos en ellas de manera de evitar la ocurrencia de eventos adversos, sin embargo siguen ocurriendo tanto en Chile como en el mundo.

Los eventos adversos y sus incidencias pueden ser evitables, y dado esto, su ocurrencia debería reducirse (Zegers, et al, 2009; Zárate-Grajales, et al., 2015). Esto se puede lograr a través de mayor conocimiento y evidencia, registros y desarrollo de una cultura de seguridad en las instituciones.

En el presente estudio, se identificaron los 23 problemas de calidad y seguridad clínica más importantes que afectan a hospitales chilenos a través de una encuesta online, enviada a 94 hospitales del país, que contaran con más de 100 camas. Esta encuesta estuvo dirigida a los directores responsables de las unidades de calidad y seguridad clínica quienes debieron señalar la gravedad, frecuencia y detectabilidad de cada uno de estos problemas. Se consiguió una tasa de respuestas válidas del 26,6%.

El análisis de los resultados se realizó a través de estudios de frecuencias de los problemas de calidad y seguridad clínica, por tipo de hospitales, y de allí se obtuvo un índice de prioridad de riesgo, que resulta de la multiplicación del índice de gravedad, del índice de frecuencia y del índice de detección utilizando la metodología Análisis Modal de Fallas y Efectos (AMFE) (Sangüesa, Mateo e Ilzarbe, 2006). Se logra finalmente, un listado de pro-

blemas clasificados de acuerdo al índice de prioridad de riesgo, que son:

1. Comunicación interprofesional ineficaz.
2. Falta de liderazgo para abordar problemas de seguridad que se repiten con frecuencia.
3. Resistencia a los antimicrobianos debido a uso inapropiado de antibióticos.
4. Incorrecta higiene de manos de los profesionales de la salud.
5. Escaso cumplimiento de guías clínicas y protocolos.
6. Escasa participación de los pacientes y sus familias en la seguridad.
7. Errores de medicación que ocurren en la transición de los pacientes entre niveles asistenciales (ingreso, alta y transición interservicios).
8. Eventos adversos causados por medicamentos (incluye la reacción adversa a medicamentos y el error de medicación) en la unidad.
9. Escasa notificación de incidentes y/o eventos.
10. Retraso en la atención médica (relacionado con errores en la citación, listas de espera, etc.).
11. Manejo y uso inseguro de los medicamentos de alto riesgo.
12. Lesiones por caídas de pacientes.

Esta información permitirá posteriormente, a través de otros proyectos, que el equipo investigador pueda investigar acerca de cómo aplicar soluciones de inteligencia artificial sobre los problemas de calidad y seguridad clínica identificados.

IV Congreso Internacional Seguridad del Paciente

**RESUMENES CONFERENCIAS
REALIZADAS DURANTE
EL 1º ENCUENTRO
LATINOAMERICANO
DE ENFERMERÍA PARA
SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Con la Colaboración y Apoyo de:



– SANTIAGO DE CHILE – JUNIO 2019.





NURSING NOW EN AMÉRICA LATINA



Claudia Regina Laselva

Diretoria de Operações, CON - Unidade Morumbi
Hospital Israelita Albert Einstein - Brasil
Miembro de la Junta Directiva Nursing Now

claudia.laselva@einstein.br



A Campanha Nursing Now é um programa do Burdett Trust for Nursing, em um esforço colaborativo suportado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), hoje adotado por 258 grupos locais, em 88 diferentes países. Uma campanha de 3 anos (2018-2019), que tem como propósito elevar o perfil e o status da enfermagem mundialmente, empoderar os enfermeiros e as obstetrias para ajudar a solucionar os desafios da saúde do século XXI e maximizar sua contribuição para atingir a cobertura universal em saúde e os objetivos do desenvolvimento sustentável.

Para atingir os objetivos propostos há duas estratégias principais: que os enfermeiros sejam capazes de influenciar as políticas de saúde globalmente e que as ações locais suportem a estratégia da campanha.

Cinco resultados são esperados com a Campanha:

Maiores investimentos na força de trabalho da enfermagem, em educação e desenvolvimento profissional, padrões e regulação, bem como em condições de trabalho e no número de enfermeiros capacitados e empregados. Políticas de suporte que envolvam o papel da enfermagem, ou seja que a enfermagem desempenhe um papel central nas políticas globais e nacionais de saúde.

Que jovens líderes de enfermagem sejam visíveis em encontros de políticas de saúde, como da Assembleia da OMS e mais líderes seniores de enfermagem ocupem papéis de tomada de decisão a fim de influenciar as políticas para liderança e desenvolvimento da enfermagem em todos os níveis.

Plataformas devem estar disponíveis para compartilhar conhecimentos e evidências da

efetividade da enfermagem. Evidências que demonstrem o impacto efetivo da enfermagem, mas também as barreiras que fazem que a enfermagem não pratique seu pleno potencial, os métodos práticos para transpor essas barreiras e ainda as pesquisas em desenvolvimento.

Atingir um maior número de profissionais contribuindo com políticas, participando em conferências de enfermagem e usando evidências de enfermagem, havendo maior disseminação e compartilhamento de práticas inovadoras e efetivas em enfermagem e melhorando os métodos para utilizá-las.

Uma importante e mais recente iniciativa da Campanha é o Desafio Nightingale, que convida todas as instituições de saúde a proporcionarem um programa de treinamento e desenvolvimento em liderança para um grupo de jovens líderes enfermeiros, em 2020. O objetivo é ter ao menos 20.000 enfermeiros, com idade inferior a 35 anos, beneficiados até 2020 e ao menos 1.000 organizações que aceitem o Desafio.

A Campanha se encerra em 2020, ano declarado pela OMS como o Ano da Enfermeira e da Obstetria e no qual comemoraremos o bicentenário de Florence Nightingale. Por outro lado, a Campanha Nursing Now é um movimento social e como todo bom e importante movimento social espera-se que não termine em 2020, mas sim que seja somente o começo de novos tempos para a Enfermagem.





SEGURIDAD DEL PACIENTE: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA.



María Eugenia Villaamil Camirotte

Enfermera Universitaria.
Especialista en Gestión de Servicios de Salud.
Diplomada en Calidad y Seguridad del Paciente.
Coordinadora de la Comisión de Seguridad del Sanatorio Americano.
Integrante de la Red de Seguridad del Paciente de Uruguay.
Docente del Fondo Nacional de Recursos.



Cuando trabajamos en seguridad del paciente, reducir el daño es nuestro cometido, ya sea, colocando barreras para que los errores sean detectados antes de que generen daño, o mejorando las condiciones que favorecen el error para poder reducirlo, reconociendo que el humano es y será siempre falible.

Si se estima que por cada 1000 incidentes sin daño se producen 10 eventos con daño severo y una muerte, es mucho más efectivo trabajar en gestionar los riesgos y los incidentes sin daño, que esperar que se produzca un daño innecesario. Si además consideramos que un 69% de estos eventos son evitables, es un imperativo ético y de profesionalismo aunar esfuerzos para prevenir su ocurrencia.

El primer paso hacia la implantación de cualquier medida de seguridad es avanzar hacia una cultura que lo sustente. Ese es el gran desafío de las organizaciones de salud, generar una cultura de seguridad que propicie el trabajo efectivo para la mejora de la calidad asistencial.

Se requiere la creación de un ambiente de confianza en el cual prime la transparencia y la comunicación fluida, logrando desterrar la cultura de la culpa. Partiendo de la base que, si no se conocen los problemas, no pueden proponerse soluciones, si una institución no cuenta con un sistema de reportes de incidentes, no sabrá lo que ocurre en la misma, y por ende no habrá cultura de seguridad.

Es sabido que el análisis retrospectivo de las historias es la herramienta por excelencia para detectar los eventos adversos pero no para generar cultura de seguridad, tampoco para trabajar en gestionar el riesgo ni logra involucrar a todos los actores en pro de la mejora continua. Para conseguir mapear la organización se requiere combinar lo proactivo y lo reactivo, donde cualquier individuo, independientemente del

cargo que ocupe, no tenga miedo de decir lo que cree que puede generar riesgo para los pacientes. De esta manera, los incidentes reportados logran constituir una información muy rica para la puesta en marcha de mejoras en los procesos asistenciales.

El grado de confianza necesario se logra cuando los líderes y jefes se involucran de forma efectiva y fomentan un trabajo de todo el equipo asistencial, donde los profesionales de enfermería mantienen un rol preponderante en este proceso de cambio de cultura. La asistencia directa las 24 horas del día, los 365 días del año, con cuerpo de conocimiento basado en el servicio y el cuidado holístico de la persona, y con una cercanía del paciente y familiar como ninguna otra profesión, le da a la enfermería un poder sin igual, el de la información. Es por ello que, este grupo de profesionales es quien más reporta incidentes y propone mejoras efectivas.

El rol de los liderazgos de enfermería en seguridad ha sido crucial para el avance y continuidad de la seguridad del paciente en Uruguay, adaptando los lineamientos internacionales a las instituciones y logrando un avance efectivo en la cultura de todo el Sistema de Salud.

A pesar de los esfuerzos, la sensación es que se avanza poco y lento. La principal causa de ello es la falta de legislación que ampare, no solo a los involucrados en un incidente, sino también a los propios integrantes de las Comisiones de Seguridad. Pero no podemos dejar de lado la poca destreza para lograr un trabajo en equipo efectivo, la brecha jerárquica, el narcisismo que dificulta asumir los errores, o el tan poco nombrado conflicto de interés. Estos temas se requieren poner sobre la mesa para verdaderamente dar un salto en Seguridad.



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



Laura Fuentealba Fantuzzi

Enfermera Matrona / Encargada de calidad y seguridad del paciente Hospital San Vicente de Arauco

laura.fuentealba.fantuzzi@gmail.com



Contexto

Con el objetivo de establecer un diagnóstico base respecto del estado de las dimensiones que componen la cultura de seguridad clínica en el establecimiento se aplicó en el 2017 el “Cuestionario sobre la seguridad del paciente en los hospitales”, adaptación de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) en colaboración con la fundación para la seguridad del paciente.

Metodología

- **Universo:** 227 profesionales y técnicos.
- **Muestra:** 104 funcionarios.

Fortalezas detectadas

- Los funcionarios perciben que se tratan con respeto y se coordinan con distintas unidades dentro del establecimiento para desarrollar su trabajo y que están trabajando activamente para mejorar la seguridad del paciente.

Debilidades

- **Escasez de personal** para realizar el trabajo.

Acciones de mejora generales:

- Replanteamiento de la capacitación anual en “calidad y acreditación” con nuevo enfoque en la seguridad del paciente.
- Actividades de celebración de la “Semana de concientización para la seguridad del paciente”
 - Marzo 2018: ronda de charlas sobre seguridad del paciente en reuniones de equipos clínicos durante este periodo y entrega de material de difusión a los usuarios.
 - Marzo 2019: ampliado con participación del director y charlas en salas de espera con entrega de material informativo y presentes a la comunidad y a los funcionarios.

Acciones específicas:

Mejora en sistema de vigilancia y notificación de eventos adversos y empoderamiento del equipo:

- Plan de mejora simple y multidisciplinario por cada evento reportado realizado por equipo involucrado.
- Comité de análisis global de eventos adver-

sos con reuniones trimestrales compuesto por subdirector médico, enfermera coordinadora, encargada calidad y jefe del servicio con el número mayor de eventos a analizar según corresponda.

- Informe y difusión resultado del análisis en reuniones de servicios y/o estamentos en coordinación con jefaturas.
- Reevaluación medidas implementadas de manera permanente.

Desafíos

- Implementación de sistema informático de reporte único a nivel provincial.
- Continuar con la vigilancia activa de manera sistemática. Visualizar formas más eficientes de realizarla.

RESULTADOS DE VIGILANCIA ACTIVA (1° TRIMESTRE 2018)

Metodología de evaluación

En base a los egresos hospitalarios del periodo (Medicina y Pediatría), se obtuvo una muestra utilizando la calculadora muestral de la superintendencia de salud, para **revisar los registros clínicos generados durante la hospitalización**, haciendo búsqueda activa de situaciones que puedan evidenciar un posible evento adverso o centinela.

Servicio de Medicina: De un total de 32 fichas revisadas, se pesquisa una infección urinaria asociada a catéter urinario permanente (IAAS), que no fue notificada. No se detectaron eventos centinela.

Servicio de Pediatría: De un total de 23 fichas revisadas, no se detectó evento adverso o centinela no notificado.

CONCLUSIÓN:

La aplicación de la encuesta y el posterior análisis permitieron determinar que el Hospital San Vicente de Arauco posee una **cultura de seguridad del paciente que comienza a instalarse y debe fortalecerse.**



HACIA LA ATENCIÓN SEGURA EN PACIENTES CON DEPENDENCIA SEVERA



Sandra Moreno Palma

Enfermera Coordinadora
Centro de Salud Familiar CESFAM Sol de Oriente - Chillán

samopa73@hotmail.com



El Cesfam Sol de Oriente, Se encuentra emplazado en el área nororiente de la ciudad, cuenta con una población Validada FONASA 13.173 habitantes, distribuidos en dos sectores de atención que cuentan con equipo de cabecera completo. Según último Censo de pacientes realizado en diciembre 2018, los postrados corresponden a 44 pacientes para ambos sectores.

Las características de la población son alta vulnerabilidad, pobreza extrema, cesantía, VIF, adultos mayores sin redes, alcoholismo y drogadicción, microtráfico de drogas.

La atención se realiza con el enfoque del Modelo de salud familiar, los dos sectores mencionados están divididos ambos en 2 subsectores, cada uno con una enfermera responsable de abordar a los pacientes postrados y coordinar el trabajo del equipo de salud.

COMO ENFOCAMOS LA ATENCIÓN DOMICILIARIA A NIVEL DE CESFAM?

Se utiliza como normativa la Orientación Técnica programa de atención domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. Cobra vital importancia la visita Domicilio Integral ya que es el momento en que la enfermera, en el domicilio del usuario puede constatar su situación real y esto a través de un instrumento objetivo que es el Barthel, que permite determinar la dependencia o independencia que el usuario tiene para realizar las actividades de la vida diaria, y que según norma constituye el screening para poder hacer el ingreso.

El equipo considera fundamental que desde la visita de primer contacto se deje muy en claro a la familia que la responsabilidad en el cuidado del paciente con dependencia severa recae en una triada que está conformada por: el cuidador principal, la familia y el establecimiento de salud.

PILARES DE LA ATENCIÓN

1. VDI contacto precoz. En la medida que se realice una categorización precoz, se podrá entregar a la familia la educación individualizada de los cuidados que su paciente requiere y de esta manera se podrá trabajar en prevenir complicaciones de manera temprana. Se deberán detectar condiciones de riesgo en el entorno y del paciente.

.....

2. Evaluación integral del paciente: Alimentación (patologías de base, estado nutricional, requerimiento de alimentación asistida, capacidad de deglución); Higiene (aseo y confort, higiene corporal, cuidados de la piel, cuidados de la boca); Eliminación (continencia, incontinencia, uso de catéter, pañales); Movilización y traslado (Prevención de caídas en el hogar); Prevención de UPP (mantener la integridad de la piel); Requerimiento de Ortesis; Patologías bajo control (tratamiento médico indicado, tipo, forma de administración, horarios, interacciones, requerimiento de exámenes).

.....

3. Educación de cuidador y familia sobre su rol: Valorar las capacidades del cuidador y su familia en relación con su nivel educacional y socioeconómico (condiciones del hogar, saneamiento básico, hábitos de higiene)

.....

El plan de atención abarcara el entregar en domicilio las atenciones que deberían ser entregadas en el establecimiento de salud, esto permitirá, mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, y prevenir la aparición de complicaciones propias de la condición actual, donde el cuidador y familia con el apoyo del equipo, deberá satisfacer las necesidades que el paciente no puede manejar.



EQUIPO Y APOYO: CLAVE DEL ÉXITO PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD



Dora Mariela Callejas Ortega

Enfermera Coordinadora de Epidemiología y Gestión del Riesgo de Clínica Medical Bogota - Colombia

vig.epidemiologia@medicalproinfo.com.co



Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y la resistencia bacteriana son una problemática creciente en Colombia y uno de los mayores problemas en la seguridad del paciente generando un alto costo y reflejando una baja calidad en la atención de los servicios de salud.

Clínica Medical siendo un centro de referencia en trauma, que atiende un gran número de usuarios con factores de riesgo no modificables, se ha visto en la necesidad de crear estrategias de prevención, vigilancia y control de las infecciones asociadas a la atención en salud lideradas por un grupo de enfermería, que le permita mitigar estos factores y disminuir la probabilidad de infección en los pacientes y la resistencia bacteriana en la institución disminuyendo el impacto devastador que esta problemática está generando en la sociedad. La clínica utilizó como estrategia aumentar la vigilancia en todos los servicios mediante el incremento del talento humano experto que mide, evalúa y controla la adherencia a protocolos descritos en la literatura como exitosos en la prevención de las infecciones y la resistencia bacteriana.

La clínica Medical modificó desde el 2016 la metodología en que se realizaba la prevención, control y vigilancia de las IAAS incorporando al equipo de vigilancia epidemiológica enfermeras, auxiliares de enfermería y un médico epidemiólogo, además del infectólogo y enfermera epidemióloga con que ya contaba e implementó un programa que se basa en el acompañamiento y seguimiento constante en los servicios de personal altamente capacitado en control de infecciones.

Se realiza prevención de las infecciones mediante la capacitación y evaluación permanente al personal asistencial y administrativo; se cuenta también con verificación diaria de proceso de lavado de manos pasando de realizar 9.528 observaciones durante los años 2014 a 2015 (tiempo en el cual no se contaba con el personal mencionado) a 65.125 entre 2016 a 2018; se mide el cumplimiento del protocolo de aislamientos, que en promedio oscila entre 18 y 22 pacientes diarios, pasando de realizar 700 observaciones en el primer periodo a realizar 6.300 en el segundo periodo.

Se realiza seguimiento y acompañamiento permanente en UCI implementado los Bundles de prevención de IAD (infecciones asociadas a dispositivos), realizando listas de chequeo diarias y verificación constante del cumplimiento de cada una de las medidas que describe el paquete.

En cuanto a la prevención de las infecciones del sitio operatorio (ISO), se implementó un conjunto de medidas que ha permitido mantener un índice de ISO en 1,0% a pesar que en los dos últimos años analizados se aumentó el número de procedimientos quirúrgicos en un 73%; entre estas medidas se

cuentan, la verificación al 100% de las profilaxis quirúrgicas revisando que se cumpla el tiempo y el antibiótico indicado de acuerdo al protocolo institucional, capacitación y verificación del cumplimiento de asepsia de piel preoperatorio y verificación del baño pre quirúrgico en el paciente con el de disminuir la carga bacteriana del paciente que va a hacer llevado a cirugía.

El contar con recursos humanos, físicos y tecnológicos, permitió tres cosas importantes; disminuir y mantener en zonas de éxito las tasas globales de infección interviniendo de manera particular cada diagnóstico con actividades específicas; disminuir la resistencia bacteriana y mejorar la adherencia a los protocolos de prevención de infecciones.

En cuanto a las tasas de infección, en el primer periodo analizado el índice global de infección fue de 2,0% contra 1,2% del segundo periodo, evidenciando una disminución del 60%; el índice global de ISO en el primer periodo fue de 0.9 y para el segundo fue de 1,0% manteniéndose pese al aumento de los procedimientos. Se aumentó el número de observaciones realizadas por cada protocolo y la adherencia del mismo, resaltando que el estar permanentemente en los servicios, cambia el comportamiento del personal frente al cumplimiento de los protocolos.

En cuanto a lavado de manos se logró pasar del 72% al 92% y en cumplimiento de asilamiento del 67% al 90%.

Se obtuvo un porcentaje de cumplimiento de profilaxis antibiótica de un 98% y cumplimiento de asepsia pre operatorio y baño pre quirúrgico del 68% al 90%.

Todas estas actividades en conjunto permitieron que durante el último año se observara una disminución en los perfiles de resistencia de los microorganismos aislados en los servicios de UCI y hospitalización. Estas actividades son llevadas a cabo por un grupo con amplia experiencia y mediante el uso de herramientas tecnológicas desarrolladas al interior de la institución.

La implementación de estas medidas que se encuentran ampliamente descritas en la literatura mundial requiere de la formación de equipos de trabajo y el apoyo normativo y financiero de las directivas de las instituciones pues estos dos elementos son esenciales para el adecuado funcionamiento de los equipos de prevención de infecciones y resistencia bacteriana.





MANEJO SEGURO DE CITOTÓXICOS EN HEMODINAMIA



Beatriz Contreras A.

Enfermera
Unidad de Hemodinamia Hospital Clínico Gral. Dr. Raúl Yazigi J.
Fuerza Area de Chile - Chile

beatrizcontreras87@gmail.com



Las drogas citotóxicas en pabellón hemodinamia se utilizan principalmente en pacientes con diagnóstico de hepatocarcinoma en etapa avanzada, realizándose quimioembolización hepática, como procedimiento paliativo. En el presente escrito, se realizará una breve descripción en relación a seguridad asistencial y calidad de la atención en procedimientos de pacientes sometidos a Quimioembolización.

CONCEPTOS

La quimioembolización hepática consiste en un procedimiento terapéutica paliativo para los pacientes que presentan una enfermedad neoplásica hepática. Esto incluye el carcinoma hepatocelular (CHC) y otras neoplasias que presentan principalmente metástasis hepáticas. Consiste en la administración intraarterial de agentes quimioterápicos asociada a la embolización de las arterias que irrigan la tumoración hepática. La quimioterapia puede administrarse emulsionada en lipiodol o incorporada a las partículas de embolización para lograr oclusión de las arterias nutricias de la tumoración hepática. Las partículas de embolización utilizadas habitualmente son partículas de PVA, partículas de gelfoam o partículas acrílicas impregnadas de gelatina.

SEGURIDAD ASISTENCIAL Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN PROCEDIMIENTOS DE PACIENTES SOMETIDOS A QUIMIOEMBOLIZACIÓN.

- Solicitud formal del procedimiento, emitida por un médico especialista
- Selección de paciente adecuado
- Paciente y familia deben ser informado del procedimiento, el motivo del mismo, los resultados esperados, las posibles alternativas y los riesgos. Se debe obtener su consentimiento escrito
- Resolver dudas y derivaciones a tramites previo a procedimiento.
- Ver historia clínica del pcte, incluyendo en la valoración los datos tumorales, función hepática y el estado general del paciente, exploraciones diagnósticas previas TC, RM y/o ecografías con el fin de valorar el estadio tumoral
- Droga citotóxica, correctamente rotulada, indenne cumpliendo protocolos de su preparación, administración y transporte
- Solicitar presencia de anestesista

- Comprobar la identidad del paciente y aplicar pauta de seguridad.
- Revisar pruebas de coagulación, de función hepática y renal recientes antes del procedimiento
- Monitorización de signos vitales en todo el procedimiento.
- Ambiente quirúrgico para minimizar el riesgo de infección.
- Administración de antibioticoterapia profiláctica
- Requisitos estructurales en pabellón de Hemodinamia y personal capacitado. Incluir radioprotección
- Valoración de pcte durante todo el procedimiento y presencia de una comunicación activa y continua entre todos los miembros del equipo.
- Aplicar farmacología de los agentes de contraste, y manejo de sus posibles complicaciones
- Saber Técnica del procedimiento y materiales que se van a usar y contar con stock para tratar las posibles complicaciones derivadas del procedimiento angiográfico
- Medicación apropiada para el tratamiento de las posibles complicaciones agudas.
- Apoyo de un equipo quirúrgico en caso de complicaciones agudas severas.
- Información sobre el paciente a familia post procedimiento.
- Realizar Informe clínico para el paciente y ficha clínica
- El paciente permanecerá ingresado durante 48-36 horas para el control del síndrome postembolización (este consiste en un cuadro clínico transitorio caracterizado por náuseas, vómitos, fiebre y dolor abdominal que se presenta con mayor o menor intensidad en el 60-80% de los pacientes tratados) y de la función hepática
- Manejo del dolor durante las primeras 12-24 horas
- Al alta de pcte, se proporciona información sobre los posibles acontecimientos que pueden aparecer en los días sucesivos, así como la pauta de analgesia que debe seguir en su domicilio
- Seguimiento y control Clínico del paciente a los 7 días y al mes del procedimiento y control radiológico mediante AngioTC o AngioRM a las 4-6 semanas del tratamiento para valorar la respuesta tumoral.
- Control de calidad El resultado del procedimiento se valorará en base al éxito técnico y al éxito clínico

Referencias:

- Raoul JL, Sangro B, Forner A, Mazzaferro V, Piscaglia F, Bolondi L, Lencioni R. Evolving strategies for the management of intermediate-stage hepatocellular carcinoma: available evidence and expert opinion on the use of transarterial chemoembolization. *Cancer Treat Rev.* 2011; 37:212-20
- Revista Colombiana de Gastroenterología vol.28 supl.1 Bogotá Sept. 2013
- Revista Española de Enfermedades Digestivas, Scielo, Vol 108, Nº 8, Madrid 2016

NIMBO⁺₋

DISEÑO PARA LA SALUD



DISEÑO

EDITORIAL

+

INFOGRAFÍAS

VIDEOS

EVENTOS

+

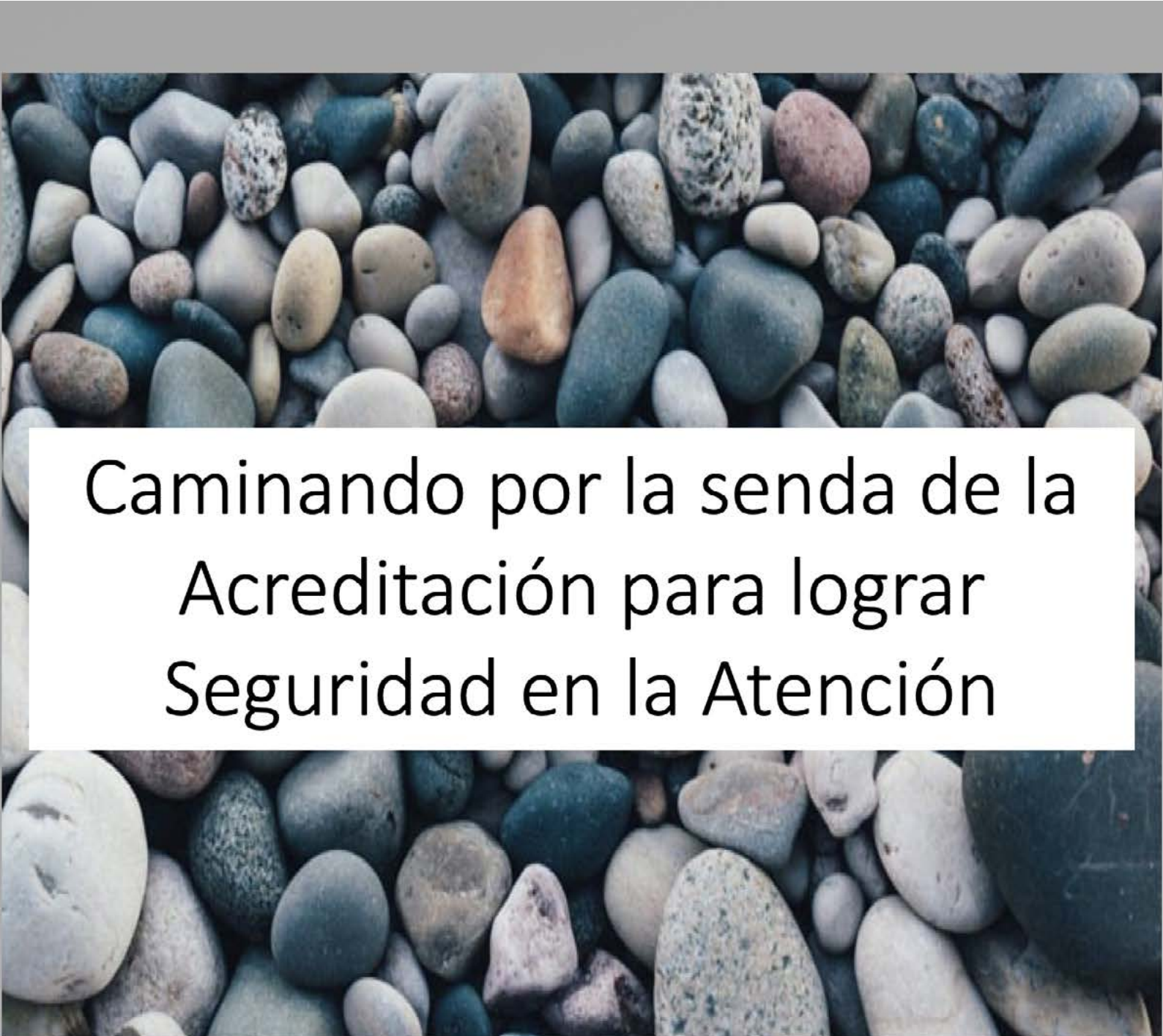
PRESENTACIONES

+

www.nimbodg.com.ar
hola@nimbodg.com.ar

+54 11 0 041 3930
Loyola 501 CABA

 nimbodesign  @nimbodg



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



www.gecasep.cl



*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





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.

11, 12 Y 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2019

Buenos Aires - Argentina



FORO LATINOAMERICANO COLABORATIVO EN CALIDAD Y SEGURIDAD EN SALUD



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

17 SEPTIEMBRE DEL 2019

El Día Internacional de la Seguridad del Paciente (IDPS) es una campaña para que todas las partes interesadas en el sistema de atención médica trabajen juntas para mejorar la Seguridad del Paciente.



Fundación para la Seguridad del Paciente – CHILE
www.fspchile.org

Institutional Member of the
International Society for Quality in Health Care – ISQua
<https://www.patient-safety-day.org/>

13 AL 16 DE OCTUBRE DEL 2019

Sao Paulo - Brazil

FÓRUM LATINO-AMERICANO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NA SAÚDE

Albert Einstein Hospital logo
Institute for Healthcare Improvement logo
5º Fórum Latino-Americano de Qualidade e Segurança na Saúde
COMO CHEGAR | HOSPEDAGEM | CONTATO | DÚVIDAS FREQUENTES
HOME | EVENTO | PROGRAMAÇÃO | PALESTRANTES | INSCRIÇÕES | TRABALHOS
PALESTRANTES INTERNACIONAIS EM SAÚDE BASEADA EM VALOR
FRED VAN EENENNAAM | DANIEL DELLAFERRERA
DATA: 13 a 16 de Outubro de 2019
LOCALIZAÇÃO: Avenida das Nações Unidas, 12.551 Brooklin Novo – São Paulo/SP – Brasil
INSCREVA-SE

<https://apps.einstein.br/forumqualidadeseuranca/index.html>

20 AL 23 DE OCTUBRE DEL 2019

Ciudad del Cabo - Sudafrica

ISQua International Society for Quality in Health Care
THE COUNCIL FOR HEALTH SERVICE ACCREDITATION (COHSA)
MEDICLINIC
ISQua's 36th International Conference
Cape Town 2019
20-23 October
Innovate, Implement, Improve:
Beating the Drum for Safety, Quality and Equity
www.isqua.org/events/ct2019
REGISTRATION NOW OPEN
Cape Town International Convention Centre #ISQua2019

<https://www.isqua.org/events/ct2019.html>

14 AL 15 DE NOVIEMBRE DEL 2019

Puerto Montt

Fundación para la Seguridad del Paciente - Chile
www.fspchile.org
7ª Jornada Regional en Seguridad del Paciente y su influencia en Calidad y Acreditación
PUERTO MONTT 14 y 15 de NOVIEMBRE del 2019
Patrocina: Universidad de Los Lagos
Km 6 Camino a Chonquihue
UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS
contacto@fspchile.org
www.fspchile.org



23, 24 Y 25 DE OCTUBRE DEL 2019

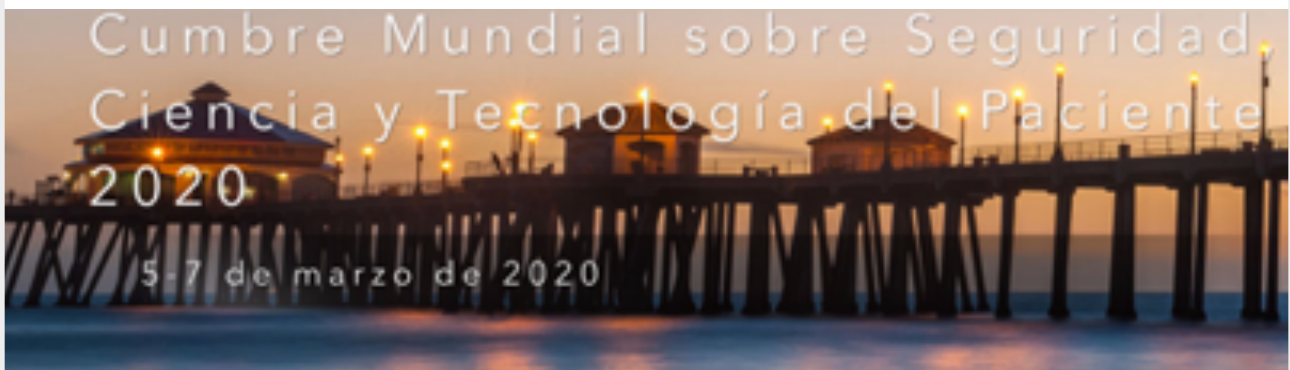
San Sebastian - España



http://congreso.calidadasistencial.es/sec_a2019/presentacion_es_66.php

5 AL 7 DE MARZO 2020

Huntington Beach - California,



<https://patientsafetymovement.org/events/summit/world-patient-safety-science-and-technology-summit-2020/>

10, 11 Y 12 DE JUNIO 2020

Santiago - Chile

2º ENCUESTO
LATINOAMERICANO
DE ENFERMERÍA
V CONGRESO INTERNACIONAL
DE SEGURIDA



ndación para la Seguridad del Paciente – CHILE
www.fspchile.org

www.fspchile.org

Institutional Member of the
national Society for Quality in Health Care – ISQua

30 DE AGOSTO AL 2 DE SEPTIEMBRE 2020

Florence - Italia



<https://www.isqua.org/events/ct2019.html>



SEDE PRINCIPAL

Calle 36 sur N° 77 - 33
Barrio Kennedy
(Bogotá, Colombia)

SEDE NORTE

Autopista Norte - Avenida
Carrera 45 # 94 - 31/39
Barrio La Castellana
(Bogotá, Colombia)

SEDE SANTA JULIANA

Calle 1D N° 17A - 35
Barrio Eduardo Santos
(Bogotá, Colombia)



somosclinicamedical



Clinica Medical



@Clinica_Medical



Clinica Medical SAS



www.clinicamedical.com.co



318 338 3731



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

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



DIPLOMADO

EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

160 HORAS
PEDAGÓGICAS

100%
ONLINE

VALOR:
\$650.000 USD 1.000

educacion@fspchile.org

www.fspchile.org



¿QUÉ HACEMOS?

DIPLOMADOS ON LINE

- Diplomado en Seguridad del Paciente
- Diplomado en Gestión de Riesgos 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 Como realizar Análisis de Eventos Adversos y Centinelas
- Curso Qué es y cómo hacer Gestión de Riesgos en Salud

CONGRESOS Y JORNADAS

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

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

Te esperamos en Chile en nuestro V Congreso Internacional en Junio del 2020.



NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP

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

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

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

I. REGLAMENTO PARA PUBLICACIÓN

1. TRABAJOS ORIGINALES

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

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

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

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

3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

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

4. CASOS CLÍNICOS

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

5. CRÓNICAS

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

Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

6. CONTRIBUCIONES

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

Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

7. REVISTA DE REVISTAS:

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

8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

9. RECOMENDACIONES PRACTICAS

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

10. CURSOS Y CONGRESOS

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

11. CARTAS AL EDITOR

Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.

Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

II.- DISPOSICIONES VARIAS

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

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

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

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

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

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

ÉTICA

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

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

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

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

Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

www.fspchile.org

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



International Society for Quality in Health Care

The International Society for Quality in Health Care

This is to certify that

**FUNDACION PARA LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE**

is an Institutional Member of the Society

2019

A handwritten signature in black ink that reads "Peter Lachman".

Peter Lachman

Chief Executive Officer

Valid Until: 17 June 2019 to 17 June 2020