



# REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

## EN ESTE NÚMERO:

### EDITORIAL

PREPARACIÓN Y REPARACIÓN  
PANDEMICA: CHILE 2025.

LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE /  
HUMANIZACIÓN BUSCA LOGRAR UN GRAN  
OBJETIVO: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

**Paola Martínez Osorio**

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADO  
CON LA INSERCIÓN DEL CATÉTER URINARIO

**María de los Ángeles Peña Figueredo, José**

**Ignacio Escalante Quinteiro**

**Lisette Miranda Lara**

### CONVOCATORIA:

IX CONGRESO INTERNACIONAL EN  
SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENCUESTA ANALISIS DE LA CULTURA SOBRE  
SEGURIDAD DEL PACIENTE: UN PUNTO DE  
PARTIDA

**Dr. Hugo Guajardo Guzmán**

INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD Y SU  
IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EN CHILE: UN ANÁLISIS CRÍTICO

**Lara Becerra, Javier.**



# REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 8

AÑO 2025

ISSN 2452-4468

Nº1

## REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

## COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

## COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Luis López Valenzuela

Ing. Com. Mg Salud Pública Paola Martínez Osorio

EU Mg Bioética Gladys Osorio Uribe

QF Mariela Valenzuela Guajardo

QF Jorge Cienfuegos Silva

TM Valeska Abarca Arce

Kigo. Gonzalo Hormazabal Rioseco

Mat. María Angélica Cifuentes Canales

Dr. en Matemáticas Luis Guajardo Rui-Pérez

Odontólogo Mg Bioética Jorge Oliva Te-Kloot

## RESPONSABLE INTERNACIONAL EN LA UNION EUROPEA

Dr. Med. María Inés Cartes

## DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL:

NIMBO DISEÑO:

(5411) 6041-3930

[www.nimbodg.com.ar](http://www.nimbodg.com.ar)

[hola@nimbodg.com.ar](mailto:hola@nimbodg.com.ar)



# Sumario

## EN ESTE NÚMERO:

04

### EDITORIAL

PREPARACIÓN Y REPARACIÓN PANDÉMICA: CHILE 2025.

09

LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE / HUMANIZACIÓN  
BUSCA LOGRAR UN GRAN OBJETIVO: LA SEGURIDAD DEL  
PACIENTE.

Paola Martínez Osorio

15

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL  
PACIENTE RELACIONADO CON LA INSERCIÓN DEL CATÉTER  
URINARIO

ACTION PROTOCOL FOR PATIENT SAFETY RELATED TO  
URINARY CATHETER INSERTION.

María de los Ángeles Peña-Figueroa, José Ignacio Escalante Quinteiro, Lisette Miranda Lara

25

CONVOCATORIA:  
IX CONGRESO INTERNACIONAL EN SEGURIDAD DEL  
PACIENTE

29

ENCUESTA ANALISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE: UN PUNTO DE PARTIDA

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

35

IX CONGRESO INTERNACIONAL: SEGURIDAD DEL PACIENTE

36

INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD Y SU IMPACTO EN LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CHILE: UN ANÁLISIS  
CRÍTICO

Lara Becerra, Javier.

## EDITORIAL

## PREPARACIÓN Y REPARACIÓN PANDÉMICA: CHILE 2025.

No hay Humanización en Salud sin Seguridad del Paciente. No hay Innovación en Salud sin Seguridad del Paciente. Entonces... ¿cómo hemos podido seguir acreditando, humanizando e innovando, sin garantizar todavía Seguridad del Paciente frente a las enfermedades transmisibles a través de aerosoles respiratorios, es decir, todas las infecciones respiratorias agudas endémicas y pandémicas?

El virus SARS-CoV-2 es un patógeno respiratorio con potencial pandémico que causa, primeramente, una infección respiratoria aguda de gravedad variable llamada COVID-19 y, luego entre 5 y 10% de los casos sin que el riesgo clínico individual dependa de la gravedad inicial, un proceso de inflamación sistémica acelerada llamado Condición Post-COVID, Long COVID o COVID Persistente, el cual se asocia con múltiples síntomas y diversas enfermedades específicas que eventualmente reducen la calidad de vida relacionada con la salud del individuo e incluso el nivel de ingreso económico de su grupo familiar, incrementando colectivamente la carga poblacional tanto de morbilidad como de discapacidad y reduciendo en efecto tanto la fuerza de trabajo como la productividad económica, todo lo cual ya ha sido documentado en países desarrollados. A 5 años del inicio de esta Pandemia de COVID y COVID Persistente, se estima en casi 500 millones de Pacientes a nivel global el número total de personas viviendo con la Condición Post-COVID y la cifra continúa creciendo, dado que el riesgo clínico aumenta con cada reinfección. [1] Si viéramos esta Condición Post-COVID o COVID Persistente en el lado derecho de la ecuación de riesgo de desastre, nuestra única conducta inequívoca sería intentar prevenirla en vez de mitigarla.

En el imaginario colectivo de nuestro tiempo, el significado social la palabra “Pandemia” se asocia a cuarentenas, restricciones de movilidad y mandatos de mascarillas, debido a que esas clásicas “medidas de Salud Pública” fueron implementadas durante el año 2020 para enfrentar –por cierto, desde la mitigación del riesgo de desastre- la emergencia internacional de la COVID-19 y aún 5 años después no han dado paso a modernas regulaciones sanitarias basadas en la mejor evidencia científica disponible y orientadas a la prevención y control en todos los espacios públicos del contagio cercano y lejano a través de aerosoles respiratorios o partículas respiratorias infecciosas que todos nosotros generamos fisiológicamente al respirar y al hablar, en flagrante incoherencia con los principios de la Ética Sanitaria (precaución, equidad, no-maleficencia, beneficencia, justicia, autonomía) y con los nuevos paradigmas aceptados por la propia Organización Mundial de la Salud [2]. El impacto cultural de esta negligencia normativa es una creencia fácil de reconocer: dado que ya no hay “medidas de Salud Pública” tales como cuarentenas, restricciones de movilidad o mandatos de mascarillas, todos nos declaramos vencedores de la “Pandemia”.

La Autoridad Sanitaria ha decidido política y fácticamente –durante los años 2021, 2022, 2023, 2024 y 2025 inclusive- conservar para sí misma el poder de la imposición, pero al mismo tiempo renunciar al poder de la educación, en su relación con los Ciudadanos y los Niños. Resulta imposible educar sobre lo que se desconoce, se ignora o se niega, en especial cuando se trata de un nuevo paradigma. [3] Los Funcionarios a cargo

1 <https://psschile.minsal.cl/>

de Epidemiología en la Subsecretaría de Salud Pública, junto con los Funcionarios a cargo de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se han resistido irracionalmente durante 5 años a actualizar sus propias enseñanzas, normas y mensajes, impidiendo de facto un urgente cambio en las regulaciones sanitarias que nos permitirían pasar de mitigar a prevenir el contagio cercano y lejano a través de aerosoles respiratorios o partículas respiratorias infecciosas, comprometiendo así a instituciones públicas y privadas en la irresponsabilidad organizada de difundir enseñanzas, normas y mensajes que desde hace 5 años no están basados en la mejor evidencia científica disponible ni resultan coherentes con los principios éticos de precaución, equidad, beneficencia, no-maleficencia, justicia y autonomía.

Los Profesionales de la Salud, de la Educación y de la Prevención, pese a nuestra formación universitaria, no somos impermeables a estas creencias y solemos obedecer las directrices técnicas (programas, campañas) e incluso imitar las conductas erróneas (mascarilla quirúrgica, ventilación intermitente) de aquéllos/as que se encuentran en una superioridad jerárquica (ministro/a, director/a) y ostentan poder e influencia sobre nuestra propia carrera académica y estabilidad laboral, sin cuestionarnos sus fundamentos desde una perspectiva científica como tampoco sus efectos desde una perspectiva profesional. Con ello, podríamos estar vulnerando Derechos Humanos si somos agentes del Estado o, a lo menos, contribuyendo a la ingente pérdida de confianza que constatamos en nuestras Comunidades respecto de nuestras Instituciones, precisamente cuando a nivel global impera -casi sin contrapesos- una Cultura de la Muerte que banaliza y jibariza el estatus de la Salud, de la Educación y de la Prevención en la Sociedad.

En el mundo real, existen además vasos comunicantes (laborales, sociales) y son posibles los conflictos de interés (financieros, políticos) entre

la Academia (Universidades, Sociedades Científicas, Revistas Científicas) y el Estado (Ministerio de Hacienda, Ministerio de Economía, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Educación, Ministerio de Ciencia, Ministerio de Salud, Instituto de Salud Pública, Superintendencia de Salud, Instituto de Seguridad Laboral, Superintendencia de Seguridad Social), lo cual nos permite especular por qué estas Instituciones públicas y privadas han faltado impunemente a sus respectivas misiones, a saber: la Búsqueda de la Verdad, la Democratización del Conocimiento y la Protección Civil Sanitaria de la Sociedad (con un énfasis ya fuera ético o estratégico en Niños, Personas Mayores, Pacientes y Trabajadores). Cabe destacar algunas honrosas excepciones:

- [El Grupo AIREDOC](#), conformado por académicos universitarios chilenos, que durante los años 2021 y 2022 generaron materiales educativos (manual, infografía, taller) y prestaron asesoría científica al Ministerio de Educación, al Ministerio de Ciencia, al Ministerio de Salud y al Congreso Nacional.
- La [Fundación para la Seguridad del Paciente](#) – Chile, que edita esta Revista, invitó en 2022 al Dr. José Luis Jiménez, profesor distinguido de la Universidad de Colorado en EE.UU., al VI Congreso Internacional para la Seguridad del Paciente en 2022, brindándole la oportunidad de explicar para un público sanitario el nuevo paradigma del contagio cercano y lejano de infecciones respiratorias a través de aerosoles respiratorios.
- El [Laboratorio Traslacional de ONG DESINFLÁMATE](#), actualmente conformado por investigadores de Chile, Argentina y España, que durante el año 2021 sintetizó la mejor evidencia científica disponible sobre nuevos estándares cuali-cuantitativos para la efectiva eprevención de infecciones respiratorias en nuestra propuesta #LAS7CAPAS, comunicada al Ministerio de Salud de Chile durante el año 2022 a través de la Comisión Nacional de Respuesta Pandémica, al Instituto de Salud Pública de Chile

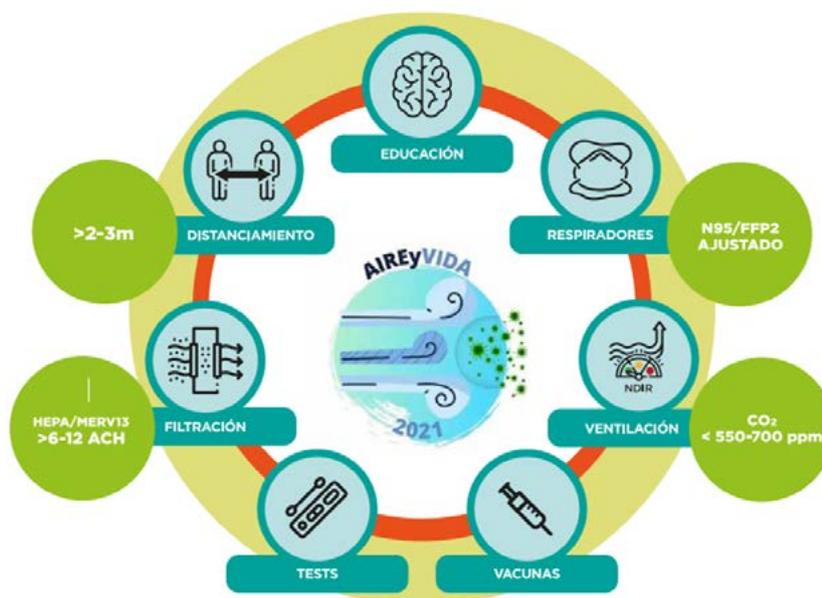
durante el año 2023 mediante un póster publicado en sus XVI Jornadas Científicas y nuevamente al Ministerio de Salud de Chile durante el año 2024 mediante una carta abierta.

- [El Podcast AIREyVIDA aquí no contamos casos, los prevenimos, producido por ONG DESINFLÁMATE](#) y del cual tengo el honor de ser anfitrión, se transmite desde 2021 a través del canal de YouTube @AIREyVIDA2021 y, ya en su 5ta temporada, continúa realizando Educación Científica sobre el contagio cercano y lejano de enfermedades transmisibles a través de aerosoles respiratorios o partículas respiratorias infecciosas y Comunicación de Riesgo sobre el impacto multidimensional de la Condición Post-COVID o COVID Persistente en América Latina y España, junto con Educación para la Salud sobre la multicapa de intervenciones farmacológicas y no-farmacológicas que permiten compensar el riesgo residual y, en virtud de sus estándares de calidad, pasar de mitigar a prevenir las infecciones respiratorias y sus secuelas.

En todo ciclo de gestión integral del riesgo, siempre será mejor prevenir que mitigar, pues la intención de prevenir implica una voluntad proactiva de garantizar seguridad. En Chile, el espíritu de la legislación vigente es garantizar seguridad respecto de: los Niños ([Convención sobre los Derechos del Niño](#)), las Personas Mayores ([Convención interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores](#)), los Pacientes ([Código Sanitario](#); [Ley 20.584](#) que regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en relación con Acciones vinculadas a su Atención en Salud) y los Trabajadores ([Código del Trabajo](#); [Ley 16.744 que establece normas sobre Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales](#); [Decreto 44 que aprueba un nuevo reglamento sobre Gestión preventiva de los Riesgos laborales para un Entorno de Trabajo seguro y saludable](#)). Para nosotros es básico que los Niños, los Trabajadores y las Personas Mayores, mientras sean nuestros Pacientes, tengan

derecho a Seguridad Clínica. ¿Por qué entonces no hemos pasado aún de mitigar a prevenir las IAAS/IRAS respiratorias en el sector Salud? Aparentemente, lo que los tomadores de decisiones han pretendido evitar -sacrificando la Seguridad del Paciente- es reconocer una garantía de Seguridad Ocupacional en el sector Salud respecto del riesgo de infecciones respiratorias agudas y de enfermedades (profesionales) no-transmisibles que a causa de ellas pudieren sobrevenir, como la Condición Post-COVID o COVID Persistente, porque entonces pasaría a ser un derecho exigible por parte de todos los Trabajadores en el resto de los sectores productivos, generando costo económico para el Estado y las Empresas. Sin embargo, el costo económico de la Epidemia estacional de infecciones respiratorias agudas que continuamos tolerando año tras año, sumado al costo económico de la Pandemia por COVID-19 y Condición Post-COVID o COVID Persistente, es mucho mayor. De hecho, pasar de mitigar a prevenir amenazas pandémicas por patógenos respiratorios es la orientación técnica del nuevo Programa PRET de la Organización Mundial de la Salud [4], cuya implementación en Chile representa hoy una valiosa oportunidad para la gestión del cambio desde el sector Salud.

## PROPUESTA PARA PREVENIR CON CALIDAD EL CONTAGIO CERCANO/LEJANO A TRAVÉS DE AEROSoles RESPIRATORIOS EN ESPACIOS PÚBLICOS



#LAS7CAPAS POR ONG DESINFLÁMATE

FUENTE: Fundación Desinflámate para la Medicina Social (Marzo 2022) a través del proyecto @AIREyVIDA2021  
Esta infografía (v2.0, 30/09/2022) está licenciada bajo Creative Commons: Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) por [www.ultimocidano.org](http://www.ultimocidano.org)  
Imagen N° 1: #LAS7CAPAS. [5]

La deuda pendiente en 2025 de la Autoridad Sanitaria, de los Funcionarios a cargo de Epidemiología en la Subsecretaría de Salud Pública y de los Funcionarios a cargo de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, es la regulación sanitaria de la Calidad del Aire Interior (Ventilación continua, cruzada, distribuida y medida para CO<sub>2</sub> < 550-700 ppm / Filtración con HEPA/MERV13 para 6-12 ACH) como Precaución Estándar en Salud y Medida de Saneamiento Básico en todos los Espacios Públicos [6], junto con la regulación sanitaria de los Respiradores N95/FFP2 como Elementos de Protección Personal en el sector Salud y Buena Práctica de Higiene Respiratoria en todos los Espacios Públicos [7] durante alertas epidemiológicas como la que se encuentra vigente a partir del 24 de marzo de 2025, por ejemplo. Esta tarea pendiente de rediseñar la Calidad mediante cambios normativos, conduce necesariamente a acometer una urgente actualización de los programas

de inducción, certificación y formación continua de los Profesionales de la Salud, de la Educación y de la Prevención. En consecuencia, también la fiscalización en Salud Pública y Salud Ocupacional, la Autorización Sanitaria, la Acreditación de Calidad y la Campaña de Invierno deben ser actualizadas. Pero aun antes de cerrar estas brechas de calidad en estructuras y procesos clave, antes incluso de plantearnos a qué ritmo nuestro país puede financiar la implementación de este nuevo paradigma “de mitigar a prevenir”, debemos respetar el “derecho a saber” de los Ciudadanos y de los Niños, el cual podría ser garantizado por parte del Estado con el apoyo de la Sociedad Civil mediante:

- una campaña educación científica que reconozca y difunda cómo el nuevo paradigma de aerosoles respiratorios y partículas respiratorias infecciosas ha superado el viejo dogma de las gotas y nos permite mejorar nuestra resiliencia socio-sanitaria frente a patógenos respiratorios endémicos y pandémicos;

- una campaña de comunicación de riesgo sobre el potencial impacto agudo, subagudo y crónico de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en general y de la Infección por SARS-CoV-2 en particular, destacando la COVID Persistente por su impacto sobre la salud multidimensional, con activa participación de las respectivas Agrupaciones de Pacientes; y

- una campaña de educación para la salud sobre #LAS7CAPAS (Vacunas más Educación, Ventilación, Filtración, Distanciamiento, Respiradores y Tests), es decir, la estrategia #VaccinesPlus [8] que nos permitirá pasar de mitigar a prevenir efectivamente las infecciones respiratorias endémicas estacionales, pero también mantener continuidad operacional con protección civil sanitaria frente a la emergencia no estacional de patógenos respiratorios con potencial pandémico.

Unidos, los Profesionales de la Salud, de la Educación y de la Prevención tenemos mucho trabajo de Preparación y Reparación Pandémica que realizar en Chile 2025 y ya se nos acabaron las excusas, tal como a mí para poner fin a este interminable editorial. Quisiera expresar mi respeto y agradecimiento a tres distinguidos Profesionales chilenos, de otras disciplinas, que han tenido la generosidad de compartir sus elevados conocimientos para que fueran integrados y ponderados en nuestra reflexión crítica: Wernher Brevis Vergara es científico doctorado en fluidodinámica, Rubén Cáceres Palacios es abogado especialista en derecho sanitario y Felipe Navarrete Varas es ingeniero experto en prevención de riesgos laborales.

Jaime Acevedo Vera, Médico Cirujano de la Universidad de Santiago de Chile, fundador y presidente de ONG DESINFLÁMATE para la Medicina Social, ex integrante de la Comisión Nacional de Respuesta Pandémica del Ministerio de Salud de Chile, coordinador del Grupo de Trabajo #PREVENCIÓN1234 de la Red Española de Investigación en COVID Persistente, consultor independiente en Medicina del Desastre

con @MDenespanol y ponente invitado a cerrar el IX Congreso Internacional de Seguridad del Paciente el viernes 6 de junio de 2025.

#### Referencias Bibliográficas:

[1] Al-Aly, Z., Davis, H., McCorkell, L. et al. Long COVID science, research and policy. *Nat Med* 30, 2148–2164 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03173-6>

[2] Global technical consultation report on proposed terminology for pathogens that transmit through the air. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Versión en inglés disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/global-technical-consultation-report-on-proposed-terminology-for-pathogens-that-transmit-through-the-air>

[2] Indoor airborne risk assessment in the context of SARS-CoV-2: description of airborne transmission mechanism and method to develop a new standardized model for risk assessment. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Versión en inglés disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/376346>

[3] Jimenez JL, Marr LC, Randall K, et al. What were the historical reasons for the resistance to recognizing airborne transmission during the COVID-19 pandemic? *Indoor Air* 2022; 32:e13070. <https://doi.org/10.1111/ina.13070>

[4] Preparedness and resilience for emerging threats module 1: planning for respiratory pathogen pandemics. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Versión en español disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275329252>

[5] Estándares para la Prevención de Enfermedades Transmisibles a través de Aerosoles Respiratorios, Póster de Jaime Acevedo Vera en Resúmenes XVI Jornadas Científicas. *Rev. Inst. Salud Pública Chile [Internet]*. 16 de mayo de 2023 [citado 11 de abril de 2025];6(3). Versión en español disponible en: <https://revista.ispch.gob.cl/index.php/RISP/article/view/175>

[6] Lidia Morawska et al., Lessons from the COVID-19 pandemic for ventilation and indoor air quality. *Science* 385,396-401(2024). <https://doi.org/10.1126/science.adp2241>

[7] Greenhalgh T, MacIntyre CR, Baker MG, Bhattacharjee S, Chughtai AA, Fisman D, Kunasekaran M, Kvalsvig A, Lupton D, Oliver M, Tawfiq E, Ungrin M, Vipond J. 2024. Masks and respirators for prevention of respiratory infections: a state of the science review. *Clin Microbiol Rev* 37:e00124-23. <https://doi.org/10.1128/cmr.00124-23>

[8] An open letter by a group of public health experts, clinicians, (2022) Covid-19: An urgent call for global “vaccines-plus” action. *BMJ*, 376. o1. <https://doi.org/10.1136/bmj.o1>



# LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE / HUMANIZACIÓN BUSCA LOGRAR UN GRAN OBJETIVO: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

**Paola Martínez Osorio**

Ing. Com. Magister en Salud Pública

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

La Atención Centrada en el Paciente es un nuevo enfoque donde la atención proporcionada por el médico y el equipo de salud asegura al paciente una mayor y más activa participación, en un ambiente de respeto y reconocimiento, donde es el paciente quien realiza las elecciones relacionadas con el cuidado de su salud. Este concepto entiende a cada paciente como único con sus aspectos de salud.

La Atención Centrada en el Paciente sitúa al paciente en el centro de la atención médica, dándole

un enfoque integral, y llegando más allá que el solo tratamiento de una enfermedad. El modelo busca que la persona se empodere y se involucre activamente en el proceso de recuperación de su salud, reconociendo la enfermedad como un todo, buscando una toma de decisiones conjunta entre paciente y profesional de la salud.

En este punto hay que señalar que en la literatura se puede encontrar dos términos usados en ocasiones como sinónimos: Atención Centrada en el Paciente

y Atención Centrada en la Persona, aunque revisten algunas diferencias que se deben aclarar.

La Atención Centrada en el “Paciente” da prioridad a las preocupaciones de salud inmediatas en la atención médica. Pone énfasis en una comunicación efectiva de la enfermedad y en su gestión, considerando sus demás ámbitos, para abordar específicamente el problema de salud en forma estructurada y mejorar su estado de salud.

La Atención Centrada en la “Persona” pone énfasis en el bienestar general de la persona, más allá que centrarse sólo en sus afecciones de salud. Considera elementos sociales, ambientales, económicos, etc.. en que está inmerso el paciente para planificar su atención yendo más allá de los tratamientos médicos tradicionales para mejorar su bienestar general.

La Atención Centrada en el “Paciente”, al centrarse en la enfermedad en específico, es particularmente efectiva en atenciones de pacientes agudos y crónicos, mejorando la satisfacción del paciente en torno al resultado de sus tratamientos.

La Atención Centrada en la “Persona”, al considerar una atención de la persona en su totalidad, mejora los resultados de salud mediante el empoderamiento del paciente que logra hacerse cargo de su salud y además de su bienestar general.

Dado que se ha comprobado que para que una atención de salud sea segura es relevante una atención cálida y cercana al paciente, es que diferentes instituciones han comenzado a trabajar en la relación que se da entre pacientes y personal de la salud.

Esto ha hecho patente la innegable realidad de que: hay muchos pacientes parecidos, pero todos los pacientes son diferentes.

Pero ¿qué es lo que quiere el paciente? ¿qué es lo que necesita el paciente? ¿cuáles son los atributos que busca recibir el paciente para considerar que su atención fue de calidad?

Para entregar una Atención Centrada en el Paciente, es fundamental que el paso inicial sea averiguar qué es lo que realmente quieren nuestros pacientes, y desde esta información diseñar su atención y los cuidados que recibirán.

Un paciente que recibe atenciones en una fría isla del sur puede buscar diferentes atributos en una atención de salud que el paciente que acude a un centro de salud en el desierto. Por lo tanto, la atención centrada en el paciente debiera ser construida sobre las gustos y preferencias específicos del grupo de pacientes atendidos.

**Entonces, en conclusión, para trabajar y lograr entregar una Atención Centrada en el Paciente, existen 2 etapas:**

**Etapas:**  
**Etapas 1:** Definir las necesidades y expectativas del paciente con que se ha de trabajar:

- a.- Usando las necesidades definidas por algún estudio existente
- b.- Investigando las necesidades específicas de nuestros pacientes

**Etapas 2:** Implementar la Atención Centrada en el Paciente propiamente tal, basándose en las necesidades y expectativas deseadas.

Por lo tanto, hay que ser enfático en señalar que: para realizar una Atención Centrada en el Paciente es necesario y principal conocer “lo que quieren los pacientes”.

## ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DE OMS

OMS reconoce que los incidentes relacionados con la seguridad de los pacientes pueden causar muerte y discapacidad, así como sufrimiento a las víctimas y sus familias. Además de que los costos económicos que conllevan los fallos de seguridad son elevados.

En este contexto establece su Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021 -2030. En él releva la Atención Centrada en el Paciente como un instrumento para lograr la Seguridad del Paciente, pues un enfoque integrado que se centra en la persona es crucial para establecer sistemas de salud capaces de hacer frente a nuevos y variados desafíos para la salud.

Uno de los objetivos planteados en este Plan es “Empoderar e involucrar a los pacientes y familiares para obtener su ayuda y apoyo en favor de una atención de salud más segura”, el cual conlleva la necesidad de implementar una Atención Centrada en el Paciente, con las siguientes estrategias:

1.- Implicar a pacientes y familias en la elaboración de políticas, programas y directrices destinados a aumentar la Seguridad de la Atención de Salud.

---

2.- Aprender de la experiencia de los pacientes y familias expuestos a una atención insegura.

---

3.- Fomentar la capacidad de los promotores y defensores del paciente en materia de seguridad del paciente.

---

4.- Establecer transparencia y apertura en la atención incluyendo la divulgación de los incidentes de seguridad a pacientes y familias.

---

5.- Proporcionar información y educación a pacientes y familiares para implicarlos en autocuidado y empoderarlos en la toma de decisiones

---

El trabajo se centra en la implementación de acciones para lograr Seguridad del Paciente en la atención de salud, y dentro de ellas reseña a la Atención Centrada en el Pacientes y sus principios como una herramienta útil y necesaria para lograr la seguridad del paciente, pero no entrega



directrices o una metodología específica para su implementación.

### PROPUESTAS PARA LA ATENCION CENTRADA EN EL PACIENTE

Otras organizaciones sí han propuesto una metodología de implementación. Entre otras, se puede mencionar a Cleveland Clinics, Planetree, Picker Institute, además de numerosos esfuerzos de orden local en diferentes países. Todos ellos proponen acciones para satisfacer las expectativas y necesidades de los pacientes.

**Los modelos propuestos coinciden en las siguientes estrategias:**

**1.-** Se debe definir la misión, la visión, las políticas y los objetivos estratégicos incluyendo entre ellos a la implementación de la atención centrada en el paciente.

---

**2.-** Deberá ser el Director del establecimiento quien lidere el proceso para lograr que la atención entregada sea centrada en el paciente.

---

**3.-** Hay que definir los roles, responsabilidades y las autoridades que estarán a cargo de las acciones necesarias para que la atención se centre en el paciente.

---

**4.-** Es fundamental conocer las necesidades y expectativas del paciente, familiares y cuidadores, para poder entregar la atención que ellos esperan.

---

**5.-** Se debe personalizar la atención considerando las necesidades y expectativas de los pacientes.

---

**6.-** Hay que formar a los funcionarios en habilidades que les permita implementar la atención centrada en el paciente y el trabajo en equipo.

---

**7.-** La dirección del establecimiento debe dar a conocer al personal los objetivos planteados respecto de la atención centrada en el paciente.

**8.-** Es una fuente de conocimiento la retroalimentación realizada por los pacientes. Por ello, hay que recibir y acoger las sugerencias respecto a los cambios necesarios en el proceso.

### LO QUE LOS PACIENTES QUIEREN

Los modelos de Atención Centrada en los Pacientes incluyen muchas veces una descripción de las necesidades y deseos de los pacientes y sus cuidadores. Todos los modelos señalan que no puede existir una atención centrada en el paciente si no se sabe exactamente su opinión, por ello han recabado información respecto a ellos, llegando a definir que los pacientes quieren:

- Una atención segura

---

- Acceso rápido a la atención de un profesional de la salud

---

- Acceso oportuno al cuidado

---

- Tratamiento efectivo realizado por profesionales de confianza

---

- Continuidad de la atención con transiciones fluidas

---

- Cuidado coordinado

---

- Trato respetuoso

---

- Atención cálida y humanizada

---

- Información clara con lenguaje claro, directo e informal

---

- Que se le implique y considere en las decisiones y que se respeten sus preferencias

---

- Información para lograr autocuidado

---

- Que se le provea apoyo físico en caso de requerirlo

---

- Que se permita implicarse a sus familiares y cuidadores

---

- Apoyo emocional y espiritual

---

- Atención brindada con equipos y tecnología apropiada a su condición

---

- Ser atendido en un lugar limpio y que se adecue a sus necesidades físicas y ambientales

---

- Que el lugar le proporcione un confort físico

---

### HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

La experiencia del paciente, su familia y sus cuidadores, se ha alejado de lo que son sus expectativas de una atención de salud. En este escenario se ha vuelto más relevante la Humanización de la Atención como uno de los pilares de la Atención Centrada en el Paciente.

Si un paciente recibe un diagnóstico certero, una atención oportuna y es atendido en un lugar accesible y apropiado, aún puede estar insatisfecho. El motivo, es que no lo trataron con humanidad, condición especialmente relevante cuando una persona se encuentra en el estado de sensibilidad que provoca una alteración de salud.

Al hablar de humanización nos enfocamos en la atención a los usuarios, sus familias y el personal sanitario, como un sistema de apoyo completo e integral que responde a las dimensiones físicas, emocionales, sociales y espirituales de las personas. Es en este momento en que el paciente siente miedo y dolor necesita a un ser humano con

palabras cálidas, escucha, compasión para acogerlo y contenerlo.

Humanizar la atención significa hacerla digna de la persona humana, respetando los valores inalienables del ser humano. Es reconocer la dignidad exclusiva del paciente para que se sienta valorado como persona. Que ya no se sienta como un número ante su atención.

El profesional de la salud debe como un mediador de las relaciones, es quien debe acoger las necesidades intersubjetivas del paciente, para dar cuerpo así a la humanización. Así, se vuelve fundamental que los profesionales pongan su conocimiento al servicio de los demás, situando en primer lugar la sensibilidad y la ética en el acto del cuidado, resaltando la dignidad humana. Es por esto por lo que la humanización de la salud además debe poner en el centro también al personal sanitario.

La Humanización en la Atención de Salud implica un choque entre una cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la ciencia y la tecnología, y la cultura que busca el respeto por la persona, por su autonomía y valores.

Lo más complicado en la atención de salud está en su naturaleza humana, donde cada comunicación y cada forma de actuar crean el contexto para que el paciente considere su atención como “humanizada”. La Humanización se produce al momento de la interacción del paciente con el profesional de la salud.

Entonces, para lograr una atención de salud humanizada, el ámbito de acción, el lugar donde esto ocurre es el trato y la comunicación con el paciente. Trato y comunicación son el objetivo de la Humanización en Salud.

En resumen, la Atención Centrada en el Paciente



busca que la persona se empodere y se involucre activamente en el proceso de recuperación de su salud, reconociendo la enfermedad como un todo, buscando una toma de decisiones conjunta entre paciente y profesional de la salud.

La Humanización busca hacer digna la atención de la persona, respetar sus valores inalienables de ser humano. Reconoce la dignidad exclusiva del paciente para que se sienta valorado como persona.

Para lograr la Atención Centrada en el Paciente, para lograr un paciente involucrado que toma decisiones en conjunto con los profesionales de la salud, es necesario e imprescindible que este perciba que la atención es humana, que se sienta valorado en su dignidad.

En conclusión, la Humanización de la Atención es una herramienta fundamental para lograr la Atención Centrada en el Paciente y por ende la Seguridad del Paciente.



# PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA INSERCIÓN DEL CATÉTER URINARIO

## ACTION PROTOCOL FOR PATIENT SAFETY RELATED TO URINARY CATHETER INSERTION.

**María de los Ángeles Peña-Figueroa<sup>1\*</sup>**

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

**José Ignacio Escalante Quintero 1**

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

**Lisette Miranda Lara 1**

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

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

\* Autor para la correspondencia.

## RESUMEN

El cateterismo urinario es un procedimiento frecuente en las instituciones de salud, responsables de un alto por ciento de infecciones nosocomiales y de la pérdida de la calidad asistencial y de la seguridad del paciente; principal motivo que nos llevó a diseñar un protocolo de actuación, como herramienta para reducir las desviaciones técnicas, mediante la estandarización de los criterios de actuación en la inserción y cuidados del catéter urinario, incorporando la mejor evidencia disponible con el objetivo de minimizar los potenciales factores del riesgo que contribuyen a las infecciones urinarias.

## SUMMARY

Urinary catheterization is a frequent procedure in healthcare institutions, responsible for a high percentage of nosocomial infections and for the loss of quality of care and patient safety; the main reason that led us to design an action protocol, as a tool to reduce technical deviations, by standardizing the criteria for action in the insertion and care of the urinary catheter, incorporating the best available evidence with the aim of minimizing potential risk factors that contribute to urinary tract infections.

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE RELACIONADO CON LA INSERCIÓN DEL CATÉTER URINARIO.

## INTRODUCCIÓN

El cateterismo urinario es un procedimiento complejo que involucra la gestión de materiales, equipos, personas, capacitación y financiación aspectos que lo vinculan con las instituciones

prestadoras de salud y su correcta gestión a la seguridad del paciente. Diferentes investigaciones, corroboran que el cateterismo urinario ha sido practicado de manera distinta, no uniforme, sin seguridad y sin fidelidad al método. (1) Este procedimiento invasivo es responsable de más del 70% de todas las Infecciones Relacionadas a la Asistencia a la Salud (2)

Considerando que el cateterismo urinario es una práctica frecuente en la atención a personas en disímiles problemáticas Clínicas, necesita de mayor compromiso de los profesionales de Enfermería respecto a los derechos del paciente, la precisión técnica, así como mayor inversión en investigaciones. Los aspectos antes señalados motivaron a profesionales del departamento de Enfermería del Centro Internacional de Restauración Neurología CIREN, a la confección validación y puesta en práctica de un protocolo de actuación para la seguridad del paciente relacionado con la inserción del catéter urinario, logrando mejoras en la práctica clínica de enfermería. (3)

## ASPECTOS GENERALES

Cateterismo Vesical: Es una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente con fines terapéuticos o diagnóstico.

Los fines del cateterismo vesical pueden ser tanto diagnósticos como terapéuticos:

### Fines diagnósticos:

- Exploración uretral o vesical.
- Obtención de muestras de orina.

- Medición del residuo post miccional.
- 

- Control de la diuresis.
- 

#### Fines terapéuticos:

- Alivio de la retención urinaria (aguda o crónica).
- 
- Tratamiento crónico de pacientes con dificultad en el vaciado vesical.
- 
- Espontáneo (obstrucción intravesical o atonía vesical) cuando no hayan tenido éxito o no sean candidatos a ningún otro procedimiento alternativo.
- 
- Tratamiento de vejiga neurógena.
- 
- Administración de terapias Endo vesicales.
- 
- Postoperatorio de algunas cirugías (uretra, próstata, vejiga).
- 
- Fístulas vesicales y rotura vesical extraperitoneal.
- 
- Hematuria de origen vesico prostático en pacientes que requieran lavados vesicales continuos.
- 

- Para posibilitar la curación más rápida de úlceras por presión (LPP) en pacientes incontinentes.
- 

- Cicatrización de las vías urinarias tras la cirugía.
- 

- Prevención de la tensión en heridas pélvicas y/o abdominales a causa de la distensión de la vejiga. (4)

#### Tipos de sondajes:

Según el tiempo de permanencia del sondaje:

- Sonda permanente de larga duración. Con una duración mayor a 21 días, en el que la sonda es mantenida en su lugar por un balón que se infla con aire o agua al colocarla. Está indicado en caso de pacientes crónicos con retención urinaria.
- 
- Sondaje permanente de corta duración. De iguales características que la anterior, pero con una duración menor a 21 días, usándose en caso de patologías agudas.
- 



• Sondaje intermitente, que se realiza cada cierto tiempo (en general, cada cuatro a seis horas) y es el principal tratamiento de la incontinencia causada por el daño medular o daño de los nervios que controlan la micción y que produce incontinencia, con el mal vaciado de la vejiga, la cual se retira inmediatamente.

---

### Clasificación de las sondas

#### Según su composición:

- **Látex:** De uso muy frecuente para vaciado vesical permanente. Pueden causar alergias.

---

- **Silicona:** Con las mismas funcionalidades que la anterior, pero con mayor biocompatibilidad para pacientes alérgicos.

---

- **Cloruro de polivinilo (PVC):** también conocida como Nelatón; se usan en cateterismos intermitentes. Para fines diagnósticos o terapéuticos.

---

#### Según su estructura

**Sin globo:** Se utiliza en sondajes intermitentes  
**Con globo:** Sonda que se fija una vez colocada mediante el inflado de un globo situado en su externo distal.

#### Según el calibre

Los calibres deben seleccionarse según el sexo, la edad y características del paciente.

#### Los calibres más utilizados son:

---

• Niños: No. 6, 8, 10.

---

• Mujeres: No. 10, 12, 14, 16.

---

• Hombres: No. 10, 12, 14, 16, 18, 20, 22. (4,5)

---

### OBJETIVOS.

#### Objetivo General:

Diseñar un protocolo de actuación para reducir las desviaciones técnicas, mediante la estandarización de los criterios de actuación en la inserción y cuidados del catéter urinario, incorporando la mejor evidencia disponible con el objetivo de minimizar los potenciales factores del riesgo que contribuyen a las infecciones urinarias.

#### Objetivos Específicos:

• Reducir la variabilidad clínica con la incorporación de las mejores prácticas en la actividad asistencial diaria de las/os profesionales de enfermería.

• Disminuir el riesgo de infección asociada a catéter vesical.

---

• Garantizar los derechos de la/del usuario/o en cuanto a seguridad, intimidad y confort.

---

### DESARROLLO:

Las infecciones urinarias asociadas a la atención de salud son una problemática desde las perspectivas clínica, epidemiológica y terapéutica. El 70 % se presentan en personas cateterizadas, y generan un importante impacto sobre la morbilidad, y costos asociados al proceso de atención. (5) A los 10 días de llevar una sonda vesical, cerca del 50% de los pacientes pueden presentar bacteriurias, llegando al 100% de los pacientes si el período es de más de 21 días si es de silicona y 15 días si látex. (6)

El sistema de drenaje abierto favorece la aparición de bacteriuria en el 50% de los pacientes durante

las primeras 24 horas y casi del 100% al cuarto día de sondaje.

---

El sistema de drenaje cerrado reduce la incidencia de bacteriuria en aproximadamente el 5% de los pacientes por día de sondaje y solamente un 50% de los pacientes portadores de sonda vesical presentan infección entre los 11-13 días tras la colocación de la sonda.

#### Los microorganismos que son detectados más frecuentemente en el caso de bacteriuria son:

- Escherichia Coli

---

- Enterococos

---

- Candida

---

- Klebsiella

---

- Proteus

---

- Pseudomona Aeuruginosa

---

El mecanismo por el cual se produce la infección urinaria es mediante el ascenso de microorganismos a través de la luz interior de la sonda, o bien por la mucosa que la rodea. Este ascenso de los microorganismos se puede producir en tres situaciones:

- en el momento de inserción de la sonda, por falta de asepsia.

---

- a causa de desconexiones frecuentes de la unión de la sonda con la bolsa de drenaje.

---

- por la diseminación retrógrada de los gérmenes hacia la vejiga, al elevar la bolsa previamente contaminada por encima del nivel de la misma. (7)

Las mujeres tienen un riesgo de infección de 2 a 4 veces mayor que los hombres, debido a la menor longitud de la uretra. Así mismo, los diabéticos con vejiga neurógena tienen mayor probabilidad de infección. (8)

Muchas cistitis pueden ser asintomáticas, a pesar de ello debemos estar atentos a los siguientes síntomas y signos:

- Orina turbia.

---

- Orina de olor fuerte.

---

- Micción dolorosa, frecuente y con sensación de ardor (en pacientes no sondados).

---

- Espasmo en la región vesical y suprapúbica.

---

- Hematuria.

---

- Dorsalgia.

---

- Al menos 1.000 colonias de bacterias por mililitro de orina.

---

Las bacterias pueden llegar a la vejiga por la uretra y ascender a los riñones como consecuencia de un reflujo uretrovesical por mal funcionamiento de las válvulas de la unión uréter-vejiga, provocando una pielonefritis. Sus signos y síntomas incluyen:

- Fiebre.

---

- Escalofríos.

---

- Disuria.

---

- Dolor espontáneo y a la palpación en el ángulo costovertebral.

---

En las uretritis puede aparecer disuria y exudado mucopurulento. (9)

### Las pautas de higiene a seguir la persona

- Lavar los genitales y el punto de unión meato-uretra cada 12 horas.

- Utilizar agua estéril con jabón y agua yodada

- En las mujeres, lavar los labios mayores, menores y el vestíbulo siempre de delante hacia atrás.

- En los hombres, retraer el prepucio para lavar el glande, volviendo la piel a la situación anterior para evitar parafimosis.

- Retirar cualquier incrustación en la sonda o restos de heces en la zona de la sonda y de la conexión sonda-tubo a bolsa.

- Secar bien la zona con una toalla limpia y destinada sólo a este fin, secando con ligeros toques.

- Evitar contaminar la bolsa cuando manipulemos la válvula de vaciado.

### Detección de signos y síntomas de obstrucción de la Sonda. Fijación de la sonda y del sistema de drenaje

Se debe vigilar permanentemente que la orina es evacuada a la bolsa de forma correcta. La presencia de pequeños coágulos o el acodamiento de la sonda o del tubo que va a la bolsa, puede obstruir total o parcialmente el flujo de orina. Si esto no se resuelve, se puede llegar a una acumulación importante de orina que, si se mantiene durante un período lo suficientemente largo, da lugar a una distensión de la vejiga:

- **Distensión ligera:** sonido mate a la percusión.

- **Distensión severa:** se palpa una masa fluctuante en la zona suprapúbica.

- **Distensión extrema:** se palpa una masa fluctuante que puede llegar al nivel del ombligo.

- En las personas obesas puede resultar difícil valorar la distensión de la vejiga.

- El paciente no siempre se dará cuenta de que su vejiga está distendida, avisándonos de que tiene dolor o incomodidad.

- Las acumulaciones de orina en la vejiga debidas a los acodamientos o coágulos favorecen las infecciones.

- Una ingesta de 2 a 3 litros de líquidos, si es que no existe alguna contraindicación médica, favorece la diuresis y dificulta la formación de incrustaciones en la sonda.

### VEJIGA INESTABLE. TENESMO VESICAL

Son contracciones involuntarias de la vejiga, que en el caso de un paciente portador de sonda vesical permanente se deben a la reacción de la vejiga a un cuerpo extraño como es la sonda. El paciente puede manifestar tenesmo y esta situación puede producirle bastante angustia e incomodidad. (10)

Suele ir cediendo poco a poco, pero a veces es necesario administrar medicamentos (indicación médica) para reducir estos espasmos. Debemos informar al paciente que esta es una reacción normal y que incluso se pueden producir pérdidas de orina pequeñas debidas a las contracciones, que no quieren indicar que la sonda esté mal colocada o defectuosa.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.

- Deterioro de la eliminación urinaria
- Riesgo de infección relacionado con la presencia de sonda vesical:
- Riesgo de hemorragia relacionado con la presencia de sonda vesical:
- Riesgo de obstrucción del tracto urinario relacionado con la presencia de sonda vesical
- Riesgo de complicaciones requiriendo cirugía relacionado con la presencia de sonda vesical
- Desequilibrio nutricional: ingesta menor que el metabolismo relacionado con la presencia de sonda vesical.

No debemos descuidar todas las repercusiones psicosociales que conlleva para la persona y su familia la nueva situación. El paciente al que se le debe poner una sonda vesical permanente o intermitente puede pasar por las fases similares a las que se suceden en una situación de duelo: negación, depresión, ira y resolución.

Debemos animar al paciente y su familia a que expresen sus preocupaciones, y nosotros debemos aclarar todas sus dudas y brindar nuestro apoyo para que el paciente lleve una vida normalizada y autónoma.

## MATERIAL NECESARIO

- Sonda Nelatón o Foley del número ( según las necesidades de la persona )
- Equipo para el aseo genital (recipiente con agua, jabón, toalla y cuña)

- Guantes estériles

- Hule y sábana tirante

- Depresores

- Recipiente estéril

- Lubricante hidrosoluble

- Torundas

- Recipiente de desecho

- Jeringuilla estéril con suero fisiológico

- Lámpara de pie

- Esparadrapo (si se deja fijo)

- Tijeras (si se deja fija)

- Bolsa colectora (si se deja fija)

- Copa graduada

## PROCEDIMIENTO.

1. Verifique la indicación médica.

2. Obtener el consentimiento de la persona o la familia

3. Realice lavado de manos médico.

4. Prepare la bandeja con el equipo necesario en dependencia del tipo de cateterismo.

5. Identifique y prepare emocionalmente al paciente y/o acompañante y solicite su cooperación para facilitar el desarrollo de la técnica y evitar molestias al paciente.

6. Coloque el hule y la sábana tirante debajo de las caderas del paciente



7. Coloque la lámpara de pie si es necesario.

---

8. Coloque la cuña y realice aseo de genitales con maniobra semicrítica con agua jabonosa, agua yodada y en la hembra utilice la pinza.

---

9. En el varón, aseo del glande y retracción del prepucio para exponer el meato.

---

10. Retire la cuña.

---

11. Lávese las manos.

---

12. Coloque la riñonera entre las piernas del paciente.

---

13. Colóquese los guantes.

---

14. Lubrique la sonda con sustancia hidrosoluble o humidézcala con suero fisiológico unos 10 cm cuando se va a realizar el cateterismo en la hembra y de 17 a 20 cm en el varón.

---

15. Si fuera mujer separe los grandes labios con los dedos índice y pulgar de la otra mano e introdúzcala 10 cm por el meato urinario, de manera suave, para no originar traumatismo a la uretra. Cuando comience a salir la orina, coloque el extremo distal de la sonda en la riñonera o en el frasco para tomar la muestra.

---

16. Si fuera varón sostenga el pene con una mano y llévelo hacia arriba, de manera que forme un ángulo de 60 grados aproximadamente para facilitar la entrada de la sonda en la vejiga.

---

17. Tome la sonda con los dedos índice y pulgar de la otra mano e introdúzcala por el meato suavemente. Si encuentra obstáculos que dificulten su entrada avise al médico. Evite ocasionar traumatismos a la uretra.

---

18. Deje la sonda, pero no vacíe completamente la vejiga. En caso de recolección de muestra, recójala y tape el frasco inmediatamente, proceda

a identificarla y trate de que llegue al laboratorio lo antes posible.

---

19. Después de evacuada la vejiga, retire la sonda suavemente si es cateterismo intermitente.

---

20. Seque los genitales del paciente y retírese los guantes.

---

21. Acomode al paciente.

---

22. Si es para dejar sonda permanente, utilice sonda Foley antes de insertar el catéter insufla el globo con agua estéril (10 ml en adultos y 3-5 ml en niños) para cerciorarse que no haya fugas, luego aspire para desinflar, después de colocada la sonda y verificada el flujo de orina, insufla el globo el utilizando 5cc, si no se produce flujo de orina, determine si la vejiga está vacía, asegúrese que haya avanzado el catéter lo suficiente antes de insuflar el globo, para no lesionar innecesariamente la uretra.

---

23. Coloque la bolsa de drenaje por debajo del nivel de la vejiga.

---

24. Retire el material y el equipo, realice la limpieza a lo que sea necesario y deje todo el material organizado

---

25. Lávese las manos.

---

27. En la historia del paciente se debe documentar (al menos) Indicación para la inserción del catéter. Fecha y hora, tipo y calibre del catéter insertado y profesional que lo realiza Fecha y hora de retirada y profesional que lo realiza.

---

### Puntos a tener en cuenta

- Obtener el consentimiento de la persona o la familia.
- Registrar en la historia de enfermería: Tipo y calibre.
- Fecha de inserción.
- Fecha recomendada de cambio, o retirada de sonda.
- Volumen de agua introducida en el globo.
- Volumen de orina.
- Registrar en el plan de cuidados: Las incidencias referidas a la inserción, mantenimiento y retirada de la sonda vesical, y características de la orina.

### SONDAJE INTERMITENTE

1. Realizar maniobras para evacuación vesical Valsalva y Credé previa valoración Clínica, urológica y neurológica.
2. En estos casos, se deben utilizar sondas específicas que no disponen de globo.
3. La ejecución de la técnica es la misma que en el sondaje permanente, excepto las acciones relacionadas con el globo del catéter.
4. La recogida de la orina se realizará en una bolsa de orina o recipiente.
5. Retirar la sonda cuando ya no haya emisión de orina.
6. En caso de signos disautonómicos (rubor, calor, piloerección, mareos, sudoraciones, hipertensión arterial, confusión mental u otros signos de alarma, que denoten volúmenes superiores a la capacidad vesical tolerada por el paciente, evitar

la descompresión brusca de la vejiga y realizar ultrasonido vesical para valorar causas.

### Puntos a tener en cuenta

- Revisar indicación médica para verificar horario.
- Registrar en el control de diuresis los volúmenes obtenidos.
- Registrar en la historia de enfermería: características de la orina, incidencias referidas a la inserción.

### CUIDADOS DEL PACIENTE CON SONDA VESICAL PERMANENTE

El plan de cuidados debe ser personalizado. Cada paciente tendrá unas necesidades específicas en función de su edad, sexo, nivel de autonomía, patologías añadidas, siempre tendremos en cuenta:

Detección de signos y síntomas de cistitis, pielonefritis y uretritis.

### Pautas de higiene.

- Detección de signos y síntomas de obstrucción de la sonda.
- Fijación de la sonda y de la bolsa.
- Registro de control de diuresis (Anexo 1)
- Lesiones en el aparato urinario secundario al sondaje vesical.
- Vejiga inestable. Tenesmo vesical.
- Repercusión psicosocial. Diagnósticos de Enfermería.
- Educación sanitaria.

**OBSERVACIONES:**

Cuando se trate de un paciente que a su ingreso trae sonda permanente o que esté ingresado y lleve más de 72 horas con la sonda colocada y es necesario recogerle urocultivos, se le cambiara la sonda antes o se le retira y se colocara al momento de realizarle el estudio indicado.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Ercole1F, Gonçalves T, Crespo LC, Rocha A, Campo CC, Couto T, et al. Revisión integrativa: Evidencias en la práctica del cateterismo urinario intermitente/demora. 2013 Universida de Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem [citado 2024 Septiembre 24];21(1):[10 Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/FNcTR5DX7bYJdRzDKQXKJFk/?lang=es&format=pdf>
2. López D, Marrero C, Milá MC. Infecciones urinarias y su relación con catéter vesical en pacientes ingresados. Rev.Med.Electrón. 2022 Feb [citado 2024 Dic 06];44(1):32-42. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci>
3. Mazzo A, Bardivia CB, Jorge BM, Souza JV, Fumincelli L, Mendes IA. Cateterismo urinario permanente: práctica clínica. 2015. Enferm. Glob. [citado 2024 Septiembre 24];14(38):50-59. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000200003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200003&lng=es).
4. Spiess J, Larrosa N, Ormaechea G. Uso y complicaciones del cateterismo urinario en salas de cuidados moderados de un hospital universitario. 2024.Rev. Urug. Med. Int. [citado 2024 Oct 31];9:e301. Disponible en: <https://doi.org/10.26445/09.01.1>.
5. Joanna B. Manejo del sondaje vesical permanente decorta duración para la prevención de infecciones del tracto urinario. Best Practice 2000[citado 2024 noviembre 24];4(1):1-6Disponible en: [https://www.murciasalud.es/recursos/best\\_practice/2000\\_4\\_1\\_SONDASVESICALES.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/2000_4_1_SONDASVESICALES.pdf)
6. Jiménez MI, Soto SM, Vergara CL, Cordero JR, Coll R et al. Protocolo de sondaje vesical. 2010. Biblioteca Lascasas, [citado 2024 Oct 31]; 6(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php>
7. Fong SV . "Infección del tracto urinario por uso del catéter vesical en pacientes ingresados en cuidados intensivos. 2014." Medisan [citado 2024 Oct 11]; 18.11: 1524-1530. Disponible en: [https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=Infección+del+tracto+urinario+por+uso+del+catéter+vesical+en+...&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Infección+del+tracto+urinario+por+uso+del+catéter+vesical+en+...&btnG=)
8. Martínez S, Urío T, Garrón L, Sáinz de Murieta, J. Uriz J. Vigilancia y control de la infección urinaria asociada a catéter. Anales del sistema sanitario de Navarra. 2000 [citado 2024 Oct 31] Vol. 23 Núm. 2 Pág. 123-128. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/metricas/documentos/ARTREV/6585996>
9. González C, Soler M, Arredondo E, González V. Infección del tracto urinario asociada a catéter urinario a permanencia: tendencia del indicador en Chile. Cienc. enferm. 2022 [citado 2024 Oct 31]; 28: 15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29393/ce28-15itcv40015>.
10. Ferreiro EA, Castaño AMF, González BF, Rodríguez BG, Gómezet JMG. "Sondaje vesical: protocolo de enfermería." Enfuro 2024 [citado 2024 Oct 3];90 : 7-14. Disponible en: <file:///C:/Users/Ignacio/Downloads/Dialnet-SondajeVesical-3100147.pdf>
11. Valdevenito JP, Diego Á. "Infección urinaria recurrente en la mujer." Revista Médica Clínica Las Condes 2018[citado 2024 Oct 31] 29.2: 222-231. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300282>
12. Aydin K, Ahmed I, Zaman MS, Khan P. Dasgupta Recurrent urinary tract infections in women Int Urogynecol J. 2015[citado 2024 Oct 31] 26. 795-804 Disponible en: [https://scholar.google.com/scholar\\_lookup?title=Recurrent%20urinary](https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Recurrent%20urinary)
13. Brunner LS, Suddarth DS. Enfermería Médico-Quirúrgica. México: Mc Graw-Hill. Interamericana. 1989.L. J. Carpenito. Manual de diagnósticos de Enfermería. 5ª edición. Madrid: Mc Graw-Hill. Interamericana de España. 1995.
14. Anne G, Patricia A. Guías Profesionales Enfermería. Técnicas y Procedimientos Básicos. Madrid: M Graw-Hill. Interamericana. 2000.
15. J. Blandy. Urología Básica. Barcelona: Ediciones Toray, S.A. 1978.Nursing Photobook. Técnicas de Urología en Enfermería. Barcelona: Ediciones Doyma.
16. Esteve M, Ibern L, López J, Mitjans T, Sarasa M, Valls L, Vieiray C, . Protocolos de Enfermería. Doyma. 2003.
17. Rendo A. ENFURO: Revista de la Asociación de Enfermería en Urología. Diciembre 2002. Nº 84.
18. Blay JR. La Enfermería en Urología. VII Congreso Nacional de Enfermería en Urología. Valencia. 2006. [citado 2024 Oct 31] Pág. 55-73. C. Hernández, R. Durán y G. Escribano. Jano. 2007. Nº 5.
19. ravens D, Zweig S. American Family Physician. 2009. J nuary 15. Pág. 1-9. <http://www.opolanco.es/Apat/Boletin12/sondas.htm> Enfermería oncológica: Sondaje vesical Acceso Febrero 2009. <http://med.unne.edu.ar/revista/revista113/aspectos.htm>
20. López D, Marrero C, Milá MC. Infecciones urinarias y su relación con catéter vesical en pacientes ingresados. Rev.Med.Electrón. 2022 Feb [citado 2024 Sep24];44(1):32-42. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid)

Convocatoria  
para la presentación  
de Trabajos libres /  
Contribuciones

---

**JUNIO  
2025**



**IX CONGRESO  
INTERNACIONAL  
EN SEGURIDAD  
DEL PACIENTE**

Santiago de Chile



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

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

---

## BASES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES / CONTRIBUCIONES

### IX CONGRESO INTERNACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

#### Santiago de Chile - 2025

Una atención médica de calidad incluye una atención eficaz, centrada en el paciente, oportuna, eficiente, equitativa y segura (IOM - 2001). De esta forma, la seguridad es un componente fundamental de la atención de salud, donde su principal objetivo se encuentra en reducir cualquier tipo de daño que le podría ocurrir al paciente. La Organización Mundial de la Salud (2021) ha definido la Seguridad del Paciente como un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos y procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención sanitaria que de forma coherente y sostenible: disminuyen los riesgos, reducen la aparición de daños evitables, hacen que el error sea menos probable y reducen su impacto cuando se produce.

Dada la gran importancia que tiene la Seguridad del Paciente en asegurar el bienestar de los pacientes y protegerlos de daños innecesarios, el IX Congreso Internacional en Seguridad del Paciente invita a profesionales interesados en el área a enviar sus trabajos de investigación que tengan como objetivo la obtención de mejores resultados en la seguridad de los pacientes.

#### ENVÍO DE TRABAJOS:

Los 3 trabajos de investigación seleccionados para premiación serán presentados durante el desarrollo del Congreso 2025.

No es necesario estar inscrito en el Congreso para postular un trabajo, pero sí lo es para asistir y presentar trabajos.

#### Requisitos para el envío:

1.- Los trabajos de investigación deben ser en 1ª edición, es decir, que no hayan sido objeto de presentación, publicación en revistas científicas ni en congresos anteriores de cualquier otra organización.

2.- Los trabajos deben ser preparados en base a las instrucciones oficiales del Congreso, según se detalla más adelante.

3.- Todos los trabajos deben identificar tanto para el autor y sus coautores la siguiente información: nombre completo, institución (si corresponde), correo electrónico y teléfono.

4.- Los trabajos deben ser enviados al correo [educación@fspchile.org](mailto:educación@fspchile.org)

5.-El plazo máximo para el envío de trabajos es el día 15 de Abril del 2025 a las 23:59:00 horas.

6.-Cada persona podrá presentar hasta 2 trabajos en los que figure como primer autor.

7.-El solo envío del trabajo es una aceptación de formar parte de la base de datos de la Fundación para la Seguridad del Paciente y es una autorización para su publicación en medios oficiales de la Fundación: Revista, página web, bibliografía de cursos y relatorías, etc.

8.-Debe contar con una carta simple de respaldo de la organización en la cual base su trabajo, que autorice el uso del nombre de la organización y su uso para su publicación en medios oficiales de la Fundación: Revista, página web, bibliografía de cursos y relatorías.

9.-El envío del trabajo per se, es una aceptación de las bases del Concurso.

#### INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES:

##### Aspectos Generales:

- Área temática: Seguridad del Paciente

- Se deberá enviar un archivo en Word con formato carta, letra Calibri, tamaño 12pt, interlineado a 1,5 líneas y justificado a la izquierda, dejando un margen de al menos 3 cm en los 4 bordes.

- Extensión: La extensión máxima del cuerpo del documento es de 2.500 caracteres con espacios incluidos (excluyendo título, palabras clave, autores y referencias). Por favor, evitar en la medida de lo posible caracteres gráficos poco habituales (tales como, ±, /, \*etc.)

#### ASPECTOS ESPECÍFICOS:

- **Título:** Debe ir en mayúsculas y no superar los 120 caracteres.

• **Autores:** Se admite hasta un máximo de 4 autores, identificados mediante el apellido e inicial del nombre. Ej: Martínez, Paola (separados por punto y coma (;) entre los autores). Sin incluir grados o títulos. Destacar con negrita o subrayado al autor que realizaría la presentación.

• **Afiliación o lugar de trabajo:** Identificar claramente su afiliación o lugar de trabajo, por ejemplo: Unidad o Servicio, Hospital, CESFAM, institución atención cerrada, etc.

• **Texto:** Coloque las abreviaturas no estandarizadas entre paréntesis tras la palabra completa, la primera vez que ésta aparece. Las abreviaturas estandarizadas pueden emplearse sin definir las.

### EL CUERPO DEL DOCUMENTO SE DEBERÁ AJUSTAR A LA SIGUIENTE ESTRUCTURA GENERAL:

a) **Introducción:** señalando relevancias y justificaciones del tema abordado.

b) **Objetivo:** especificar el o los objetivos que podrán complementarse con información general y antecedentes del problema a tratar. Los objetivos deben ser específicos y enunciar claramente el aspecto que se desea evaluar, medir o explicar.

c) **Material y método:** Debe servir y estar en función del objetivo a demostrar. Contará con una mínima información que permita entender al lector cuales han sido las características del entorno estudiado, que debe ser lo suficientemente precisa como para que se puedan comparar los datos con los de otro lugar. Metodología estadística utilizada y nivel de significación si corresponde.

d) **Resultados:** Deben ser una consecuencia de lo planteado en material y método y responder a los objetivos. Su interpretación debe ser correcta. Deben ser lo suficientemente explícitas (con datos cualitativos o cuantitativos y con significación estadística si corresponde). Deben justificar las conclusiones.

e) **Discusión y Conclusiones:** Deben atenerse estrictamente al análisis de los resultados y deben responder al objetivo planteado.

### EVALUACIÓN:

Se evaluarán 7 aspectos:

1. **Formato:** Se apega al formato solicitado por la organización.

2. **Claridad:** Al leerlo, se comprende todos los aspectos esenciales de la práctica presentada.

3. **Aporte y contenido:** Este trabajo aporta al conocimiento o a las buenas prácticas de la Seguridad del Paciente.

4. **Aplicabilidad:** El trabajo podría ser reproducible en otras organizaciones o establecimientos.

5. **Relevancia del tema o problema elegido:** Tema es actual y aborda un problema o cuestión de interés en la Seguridad del Paciente.

6. **Novedad del trabajo desarrollado:** Se refiere a lo nuevo o diferente del tema en la Seguridad del Paciente.

7. **Impacto de las intervenciones realizadas:** Efecto o cambios observados en la institución como resultado de la intervención.

### SELECCIÓN DE TRABAJOS:

• El Comité organizador (Directorio FSP Chile) realizará una preselección que cumpla estrictamente con las instrucciones para los autores, y entregará al Comité Científico los trabajos sin autores y sin lugar de afiliación.

• Los revisores evaluarán el trabajo de acuerdo con los 7 aspectos mencionados anteriormente.

• De acuerdo con el resultado de esta evaluación, se definen los puntajes de todos los trabajos y se eligen los mejores.

• El resultado de la evaluación del Comité Científico es NO apelable ni discutible.

• Durante la tercera semana de Mayo del 2025, se informará a cada participante vía mail, cuál es el resultado de la evaluación de su trabajo.

### PRESENTACIÓN EN CONGRESO:

• Los 3 mejores trabajos seleccionados serán presentados y premiados en el IX Congreso Internacional de Seguridad del Paciente, el día Viernes 6 de Junio del 2025 a las 09:45 horas.

• Para el día del congreso deberá elaborar una presentación en PowerPoint, la cual no puede exceder los 20 minutos.

• La presentación deberá guardar la estructura del trabajo postulado.

• Se sugiere utilizar un máximo de 20 diapositivas, considerando un tamaño de letra y colores apropiados para su visualización.

- Los mejores 10 trabajos serán publicados como resumen en la Revista Chilena de Seguridad del Paciente en su volumen del mes de Agosto del 2025.

- Todos los autores de los 5 mejores trabajos seleccionados están invitados sin costo de inscripción al Congreso.

#### **PREMIACIÓN:**

##### **- PRIMER LUGAR**

###### **A la organización:**

- Un Proyector Epson PowerLite E20, 3LCD, XGA, 3400 Lúmenes o similar.

- A su(s) autor(es):

- USD 500.-

##### **- SEGUNDO LUGAR**

###### **A la organización:**

- Dos Unidades de Tablet Samsung Galaxy A9 X110 4g 64g o similar

- Android 13 8.7".

###### **A su(s) autor(es):**

- USD 300.-

##### **- TERCER LUGAR**

- A su(s) autor(es):

- USD 300.-

**Bases disponibles en :** [www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)

**Consultas del proceso :** [educación@fspchile.org](mailto:educación@fspchile.org)



# ENCUESTA ANÁLISIS DE LA CULTURA SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE: UN PUNTO DE PARTIDA

**Dr. Hugo Guajardo Guzmán**  
Presidente Directorio  
Fundación para la Seguridad del Paciente - Chile

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

## INTRODUCCIÓN

El objetivo de la encuesta es describir el clima de seguridad percibido por el personal de salud respecto de los aspectos de la cultura de seguridad de los pacientes utilizando, con autorización, la adaptación de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos. Encuesta que es utilizada para identificar los aspectos en que habría que incidir para mejorar la cultura de seguridad del paciente y poder monitorizar su evolución.

## METODOLOGIA

Este instrumento fue alojado en la página web de la Fundación para la Seguridad del Paciente Chile, para libre respuesta en un periodo de 2 años. La recogida de datos fue anónima, de personas de diferentes establecimientos de salud que ingresaron a la página web y se sintieron motivados a responder la encuesta.

Previamente, esta encuesta ya la habíamos aplicado en el Hospital de Arauco y el Hospital de San Carlos, ambos clasificados como de mediana complejidad en Chile.

Nuestra motivación fue sondear la visión general que existe respecto a la cultura de seguridad en los establecimientos de salud en Chile, considerando que, como este tema de investigación es aún incipiente en nuestro país, esto permitiría una visión de la realidad local, que podría mostrar un camino a explorar en más detalles y con más acuciosidad en cada Centro de salud.

Además, las respuestas nos permiten dar a conocer su utilidad como un elemento de base o punto de partida para la gestión de una cultura organización de seguridad para los pacientes.

La información recogida permitió establecer la percepción que tienen los profesionales de la salud en cuanto a doce dimensiones que conforman la cultura de seguridad. El análisis de la información evidencia que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en los conocimientos, creencias, concepciones y prácticas del personal de salud, que requiere de trabajo continuo y permanente en esta área.

## DISEÑO DE LA ENCUESTA

### Dimensiones evaluadas

Al igual que en la versión original, la encuesta proporciona información sobre la percepción relativa a las siguientes 12 dimensiones de la cultura de seguridad:

1.- Aprendizaje organizacional / Mejora continua

---

2.- Trabajo en equipo entre unidades

---

3.- Trabajo en equipo en la Unidad / Servicio

---

4.- Apertura en la comunicación

---

5.- Respuesta no punitiva a los errores

---

6.- Percepción de seguridad

---

7.- Expectativas y acciones de la dirección / Supervisión de la Unidad / Servicio que favorecen la seguridad

---

8.- Frecuencia de eventos notificados

---

9.- Retroalimentación y comunicación sobre errores

---

10.- Dotación de personal

---

11.- Apoyo de la Dirección del Hospital en la seguridad del paciente

---

12.- Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios / Unidades

---

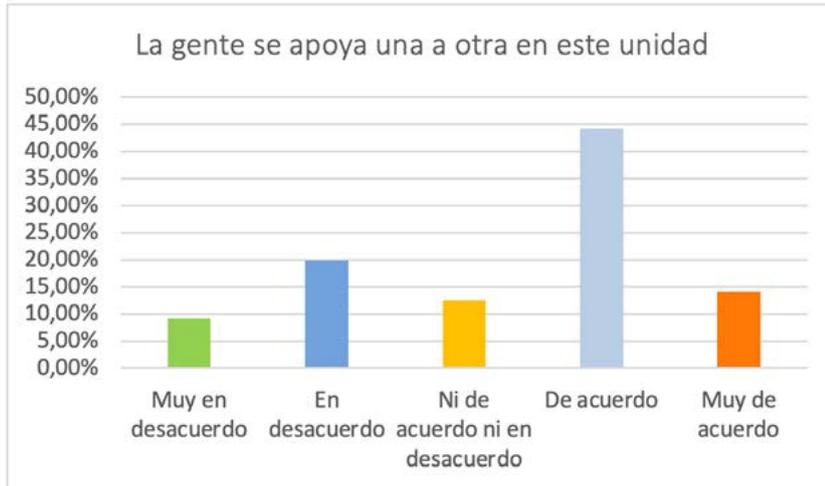
### Análisis de Resultados

Con los resultados, se describen observaciones generales de seguridad. No se realiza análisis de identificación de fortalezas y debilidades, siguiendo la metodología propuesta por la AHRQ, debido al diferente origen de los profesionales encuestados.

### Datos del análisis general

De los profesionales que responden la encuesta 38,2 % son Enfermeras, un 19,3 % son Médicos y un 5,8% son Técnicos Paramédicos. El restante 36,7 % corresponde al resto de las profesiones de la salud.

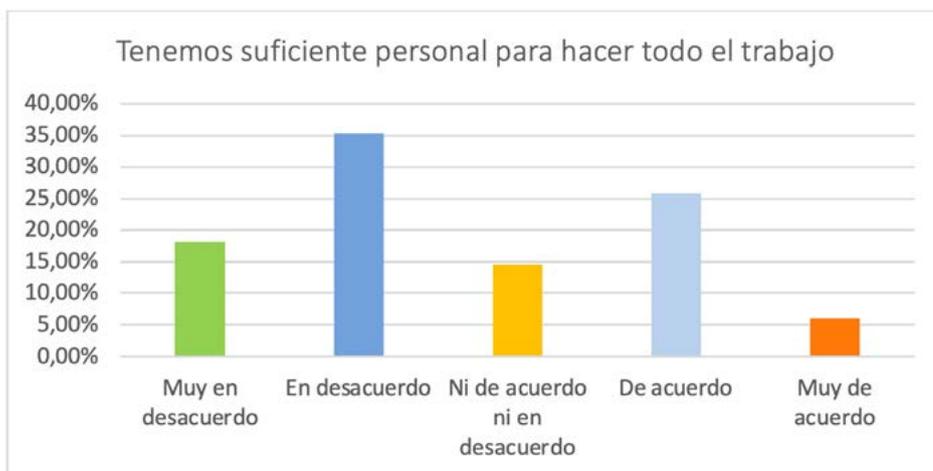
Respecto a la percepción de que “la gente se apoya una a la otra en esta unidad”, un 58,34 % describe que existe apoyo entre profesionales.



Opciones de respuesta	% respuesta
Muy en desacuerdo	9,17%
En desacuerdo	20%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	12,50%
De acuerdo	44,17%
Muy de acuerdo	14,17%

Respecto a “tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo”, el 53,44 % relata que no existe personal suficiente en sus establecimientos.

Sin embargo, un 51,81 % de ellos percibe que trabajan en equipo, y un 63,3 % reconoce un trato con respeto en su grupo de trabajo.



Opciones de respuestas	% de respuesta
Muy en desacuerdo	18,10%
En desacuerdo	35,34%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	14,66%
De acuerdo	25,86%
Muy de acuerdo	6,03%



Opciones de respuestas	% de respuesta
Muy en desacuerdo	4,59%
En desacuerdo	14,68%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	17,43%
De acuerdo	43,12%
Muy de acuerdo	20,18%

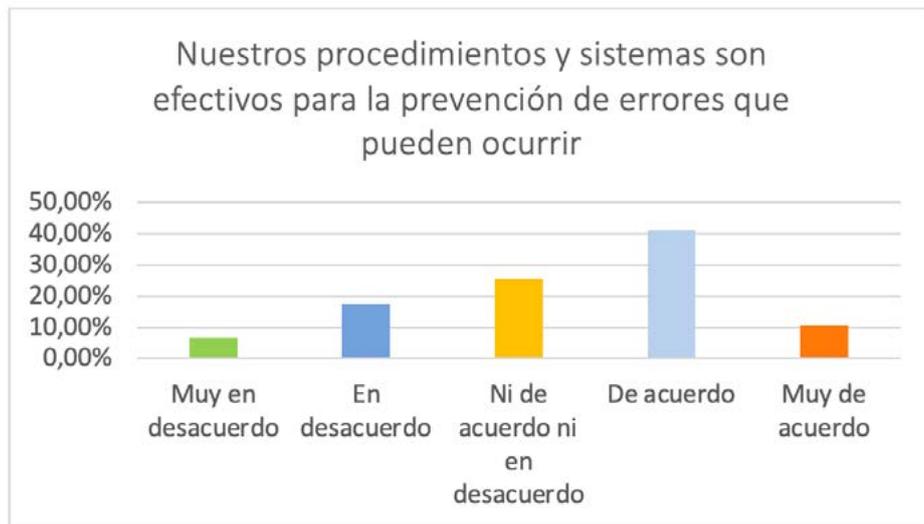
Un 64,71% señala que en su Unidad existe trabajo activo por la Seguridad del Paciente, sin embargo, la sensación de que los errores son usados en su

contra lo señalan un 50% de los encuestados. A pesar de ello, el 50,49% señala que los errores han generados cambios positivos.



Opciones de respuestas	% de respuesta
Muy en desacuerdo	8,82%
En desacuerdo	18,63%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22,55%
De acuerdo	38,24%
Muy de acuerdo	11,76%

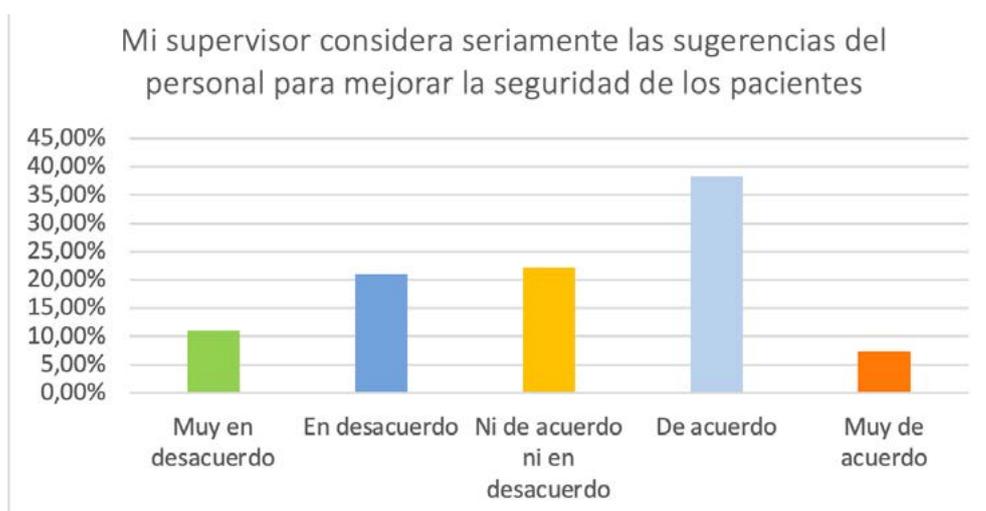
Respecto a los procedimientos 51,96 % relatan que existen procedimientos y sistemas efectivos para la prevención de errores.



Opciones de respuestas	% de respuesta
Muy en desacuerdo	6,86%
En desacuerdo	17,65%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	25,49%
De acuerdo	41,18%
Muy de acuerdo	10,78%

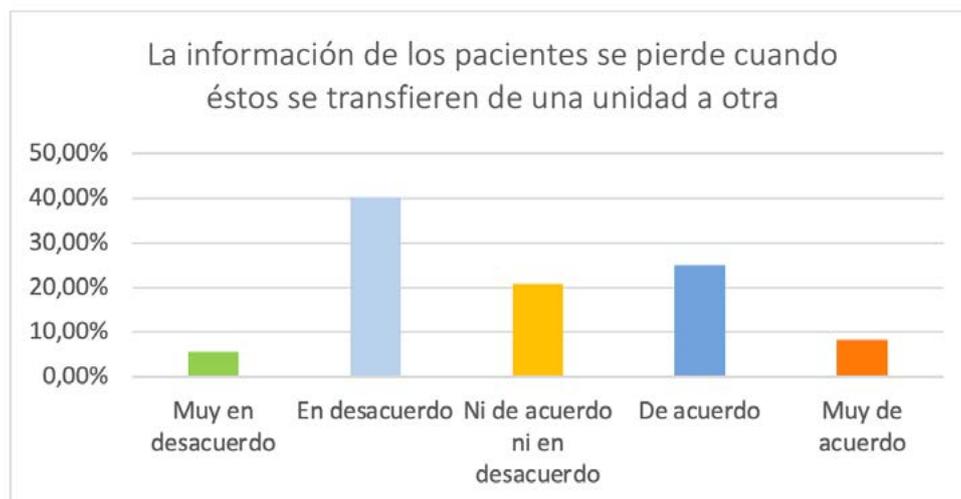
Un 47,68 % de los que respondieron la encuesta consideran una actitud positiva en los Directivos del establecimiento, y 45,68 %

señala que las sugerencias son tomadas en cuenta para mejorar la seguridad de los pacientes.



Opciones de respuestas	% de respuesta
Muy en desacuerdo	11,11%
En desacuerdo	20,99%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	22,22%
De acuerdo	38,27%
Muy de acuerdo	7,41%

Un 33,33 % señala que existe pérdida de información de los pacientes en los traslados de Unidad.



Opciones de respuestas	% de respuesta
Muy en desacuerdo	5,56%
En desacuerdo	40,28%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	20,83%
De acuerdo	25,00%
Muy de acuerdo	8,33%

## CONCLUSIONES

Estamos en un mundo que vive cambios importantes en Seguridad del Paciente luego de que la OMS entregara su marco de trabajo 2021-2030 e impulsara cambios importantes en la mirada y en las acciones de los Ministerios de Salud de muchos países.

El inicio de las acciones por la Seguridad de los Pacientes debe realizarse en base al conocimiento interno de cada organización. Desde hace años hemos observado que un buen y necesario punto de partida es el conocer cuanto saben y perciben de seguridad del paciente nuestros trabajadores.

Por ello, esta encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos, es un buen instrumento que, en su análisis, permite observar las debilidades existentes en la organización que pueden obstaculizar la

implementación de una cultura de seguridad del paciente. Este conocimiento ayuda a decidir cómo y dónde iniciar los esfuerzos de gestión para brindar una atención segura a los pacientes.

Presentamos este resumen para motivar el uso de este recurso de uso mundial pues entrega valiosa información sobre lo que es, y de lo que se hace en los establecimientos de salud por una cultura de seguridad de los pacientes.

## JUEVES 5 DE JUNIO 2025

**09:00 - 09:40**

### Ceremonia Inaugural

Dr. Hugo Guajardo G. / CEO FSP Chile  
Sr. Ariel La Paz / Director del Departamento de Control de Gestión y  
Sistemas de Información de la Facultad de Economía y Negocios  
Universidad de Chile

**09:45 - 10:25**

### Seguridad del Paciente: La visión desde el MINSAL y la Academia.

Luis Castillo F.  
Decano Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma de Chile.  
Ex subsecretario de Redes Asistenciales MINSAL Chile

**10:30 - 11:00**

### Úlceras por presión: Panorama actual y tendencias históricas en la atención segura.

PhD Verónica Fuentes C.  
Centro Control de Gestión FEN U de Chile

**11:00 / Coffe Break**

**11:35 - 12:10 Hrs**

### La mirada de los Pacientes: Reflexiones

QF. Stephan Jarpa C.  
Agencia Regulatoria In House / Chile

**12:20 - 13:00**

### ¿Los Pacientes saben de Seguridad del Paciente?

Sra. Cecilia Rodríguez R.  
Fundación Me Muevo / Chile

**13:00 / Working Lunch**

**14:30 - Inicio Jornada tarde**

**14:40 - 15:30**

### Retos y Oportunidades de la Inteligencia Artificial para la Seguridad del Paciente.

Laís de Holanda Junqueira  
MBA, CLSSBB / Gerente de Calidad, Seguridad del Paciente y Innovación  
Elsevier

**15:40 - 17:00**

### Conversatorio: La Acreditación Nacional y la Seguridad del Paciente / La mirada de las Acreditadoras

Moderadora: Ing. Com. Paola Martínez O. / GECASEP  
EU Claudia Silva V. / GCS Salud Limitada  
EU Ana María Herrera O. / AMH Calidad Salud  
MAT. Elizabeth Hurtado P. / Hurtado y Carrasco Ltda.  
Dr. Aliro Galleguillos R. / Salud Management

**17:00 / Cierre del día**

## VIERNES 6 DE JUNIO 2025

**09:00 - 09:40**

### Plan Nacional de Seguridad del Paciente MINSAL

Dra. Javiera Fuentes C.  
Dpto. de Seguridad y Calidad de la Atención / MINSAL  
Chile

**09:45 - 11:10**

### Trabajos Científicos / Premiación

**11:15 / Coffe Break**

**11:45 - 13:15**

### Conversatorio: Segundas Víctimas

Ps. José Joaquín Mira S. / RESCUE (IG19113) / FISABIO /  
Universidad Miguel Hernández / España  
Dra. Andrea Sakurada Z. / Hospital Clínico U de Chile  
Dra. Marcela Potin S. / Escuela de Medicina UC  
EU Alicia Infante P. / Directora Simulación U. Mayor

**13:15 / Working Lunch**

**14:30 - Inicio Jornada tarde**

**14:40 - 15:10**

### La Seguridad del Paciente en un Mundo Diferente

EU Claudia Jiménez R.  
Jefa de Calidad Teletón Chile

**15:15 - 15:45**

### Atención Centrada en el Paciente

#### ¿Se relaciona con la Seguridad del Paciente?

Karen Medina, MD, MSc.  
International Advisor in Healthcare Systems Improvement  
Client & Assessment Services / HSO / Accreditation Canada

**15:50 - 16:20**

### Humanización del Cuidado y la Seguridad del Paciente

EU Mónica Monteiro T.  
Hospital Base Valdivia - Chile

**16:20 - 16:50**

### Seguridad del Paciente y Seguridad del Trabajador en Pandemia

Dr. Jaime Acevedo V.  
ONG DESINFLÁMATE para la Medicina Social- Chile

**17:00 - 17:30 / Ceremonia de Cierre**

Auspicia:



# INVERSIÓN PÚBLICA EN SALUD Y SU IMPACTO EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN CHILE: UN ANÁLISIS CRÍTICO

**Lara Becerra, Javier.**

MBA con Especialización en Salud, Tecnólogo Médico Mención Imagenología y Física Médica.

[gerencia@asesalud.cl](mailto:gerencia@asesalud.cl)

## RESUMEN

Este estudio examina la relación entre la inversión pública en salud y la seguridad del paciente en Chile, a través de una revisión retrospectiva de 50 publicaciones académicas y reportes técnicos. Se analiza el impacto del financiamiento en infraestructura hospitalaria, formación del personal médico y acceso a tecnologías médicas. Los hallazgos indican que el gasto público en salud, limitado al 4.5% del PIB, resulta insuficiente

para responder a las necesidades del sistema, lo que afecta negativamente los indicadores de seguridad del paciente. Además, las disparidades regionales en la distribución de recursos generan brechas significativas en la calidad de atención. Se proponen estrategias para optimizar la asignación de recursos, priorizando la seguridad del paciente.

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente es un componente esencial de los sistemas de salud modernos, implicando la

reducción de errores médicos y eventos adversos prevenibles. En Chile, donde el sistema público atiende al 75% de la población, las restricciones presupuestarias impactan la calidad del servicio. Este estudio analiza la relación entre la inversión pública y factores determinantes de la seguridad del paciente, como infraestructura hospitalaria, capacitación profesional y acceso a tecnología.

## METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica retrospectiva de literatura académica y reportes oficiales. Las fuentes incluyeron bases de datos como PubMed, SciELO y Web of Science, así como informes del Ministerio de Salud de Chile y organismos internacionales. Se categorizaron los hallazgos en tres ejes: infraestructura hospitalaria, recursos humanos y desigualdades regionales.

## RESULTADOS

### Gasto Público e Infraestructura

Infraestructura hospitalaria deficiente en donde el 60% de los hospitales públicos enfrenta problemas de mantenimiento, lo que incrementa los riesgos de infecciones intrahospitalarias, existiendo limitaciones en capacidad operativa debido a la falta de camas críticas y equipos médicos en hospitales públicos resulta en demoras en la atención y mayores tasas de complicaciones. Por otra parte, el impacto en áreas rurales en regiones rurales, los hospitales tienen un 50% menos de acceso a recursos básicos, como sistemas de esterilización modernos.

### Gasto Público y Personal Médico

La Falta de capacitación continua en donde solo el 30% del personal médico en hospitales

públicos participa regularmente en programas de capacitación relacionados con protocolos de seguridad del paciente. Por otra parte, una sobrecarga laboral que se encuentra en una relación médico-paciente en el sistema público es de 1:1,500, en comparación con 1:900 en el sector privado, lo que aumenta el riesgo de errores médicos. Finalmente, la existencia de una distribución desigual del personal como por ejemplo en regiones como La Araucanía y Los Ríos tienen hasta un 40% menos de médicos especialistas per cápita en comparación con la Región Metropolitana.

### Desigualdades Regionales

Las brechas de inversión per cápita en donde la Región Metropolitana recibe \$450,000 CLP per cápita en comparación con \$300,000 CLP en regiones extremas como Arica o Magallanes. El impacto en indicadores de seguridad en las regiones con menor presupuesto tiene tasas de infecciones intrahospitalarias un 25% más altas y tiempos de espera prolongados en emergencias.

### Discusión

Los resultados evidencian que el financiamiento insuficiente y su distribución desigual impactan negativamente la seguridad del paciente. La falta de inversión en tecnología médica y programas de formación obstaculiza la implementación de protocolos de seguridad efectivos.

## CONCLUSIONES

El análisis de la inversión pública en salud en Chile revela que las restricciones presupuestarias han afectado negativamente la seguridad del paciente,

evidenciando deficiencias en infraestructura, sobrecarga laboral y acceso limitado a tecnología médica. Estas limitaciones se agravan en regiones rurales, donde las desigualdades en la distribución de recursos son más pronunciadas.

Proyecciones recientes indican que el déficit fiscal de Chile para 2025 se situará en torno al 1,3% del PIB, según estimaciones de la OCDE. Este escenario presenta desafíos significativos para el financiamiento del sistema de salud pública. La necesidad de reducir el déficit podría limitar la capacidad del gobierno para aumentar la inversión en salud, afectando la implementación de las recomendaciones propuestas en este estudio.

Es esencial que las autoridades consideren estrategias que permitan equilibrar la consolidación fiscal con la inversión en áreas críticas como la salud. Esto incluye la búsqueda de fuentes alternativas de financiamiento, la optimización del uso de recursos existentes y la implementación de reformas que mejoren la eficiencia del gasto público. Solo mediante un enfoque integral y equilibrado se podrá garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en el sistema de salud chileno.

## RECOMENDACIONES

1. Incrementar el gasto en salud al 9.5% del PIB, nivel promedio de la OCDE.
2. Implementar un modelo de financiamiento equitativo basado en necesidades poblacionales.
3. Modernizar la infraestructura hospitalaria, priorizando regiones rurales.
4. Establecer programas obligatorios de capacitación en seguridad del paciente.

5. Subsidiar tecnologías médicas en hospitales públicos.

6. Crear un sistema de monitoreo fiscal para asegurar el uso eficiente de los recursos.

## REFERENCIAS

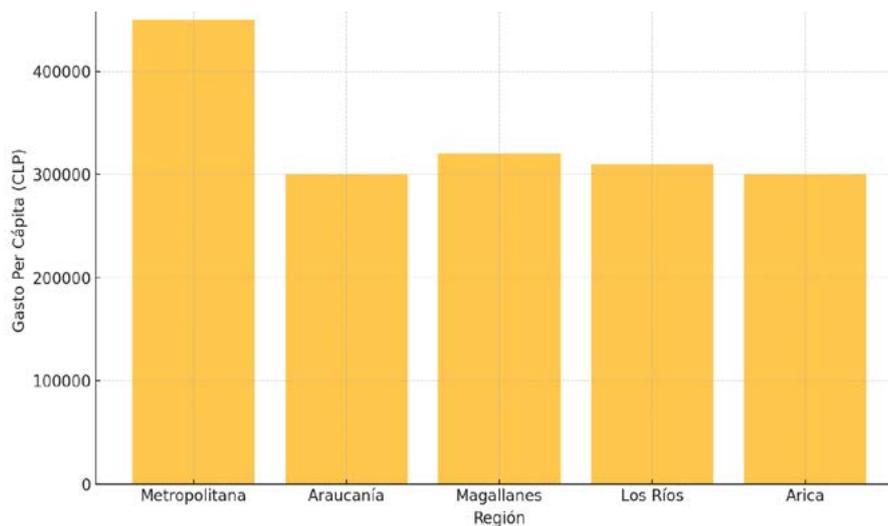
- Banco Mundial. (2021). Impacto del gasto público en la salud en América Latina. <https://www.bancomundial.org>
- Cepeda, M., & Torres, R. (2020). Brechas en la calidad del cuidado en el sistema público chileno. *Revista de Salud Pública*, 16(4), 231-245.
- Ministerio de Salud de Chile. (2023). Informe Nacional de Gasto Público en Salud. <https://www.minsal.cl>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2020). Informe comparativo de sistemas de salud. <https://www.oecd.org>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Seguridad del paciente: Estándares globales. <https://www.who.int>

## GRÁFICO Y TABLAS

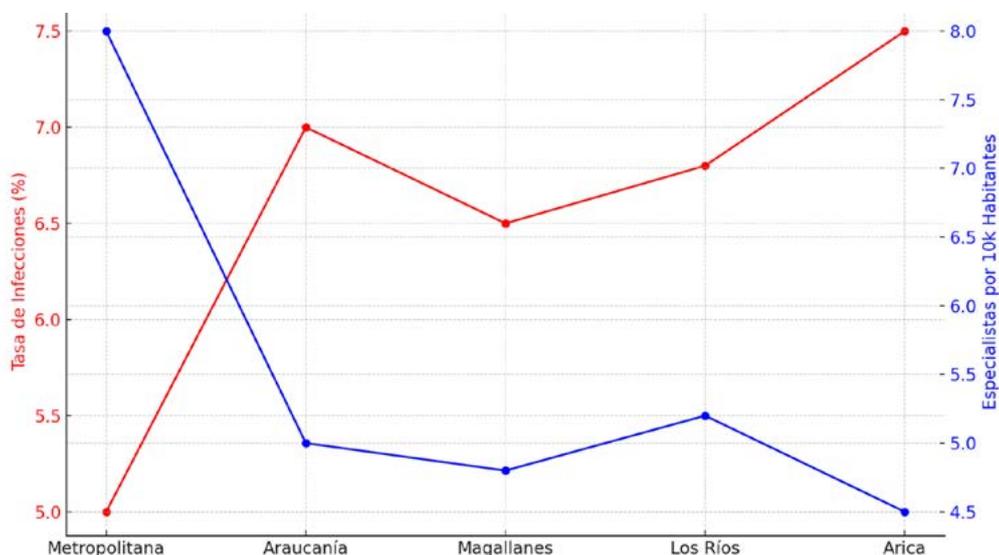
### - Comparación de gasto público y seguridad del paciente por región

	Región	Gasto Per Cápita (CLP)	Tasa de Infecciones (%)	Especialistas por 10k Habitantes
1	Metropolitana	450000	5.0	8.0
2	Araucanía	300000	7.0	5.0
3	Magallanes	320000	6.5	4.8
4	Los Ríos	310000	6.8	5.2
5	Arica	300000	7.5	4.5

### - Gasto público per cápita por región



### - Comparación: Tasa de infecciones y número de especialistas por región





# ¿Qué hacemos?

## DIPLOMADOS ON LINE

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

## TALLERES/ CURSOS PRESENCIALES

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

## CURSOS ON LINE

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

## CONGRESOS Y JORNADAS

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



# REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 7

AÑO 2024

ISSN 2452-4468

N°2

## 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 dárles una forma adecuada.

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

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

#### 2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

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

#### 3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

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

#### 4. CASOS CLÍNICOS

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

#### 5. CRÓNICAS

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

#### 6. CONTRIBUCIONES

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

Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

#### 7. REVISTA DE REVISTAS:

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

#### 8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

#### 9. RECOMENDACIONES PRACTICAS

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

#### 10. CURSOS Y CONGRESOS

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

#### 11. CARTAS AL EDITOR

Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.

Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

### II.- DISPOSICIONES VARIAS

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

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

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

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

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

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

### ÉTICA

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

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

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

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



# FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



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

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

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

Cel: +56 9 94427435  
+56 9 77651330

[contacto@fspchile.org](mailto:contacto@fspchile.org)  
[www.fspchile.org](http://www.fspchile.org)