



REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

EN ESTE NÚMERO:

EDITORIAL

CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS FUNCIONALES DEL MANEJO INTERDISCIPLINARIO EN LOS PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA TEMPRANA VERSUS TARDÍA

Josefina Bunster, Sylvana Aedo, Hans Baez, Natalia Salazar, Cristina Valdés

CONVERSATORIO SEGUNDAS VÍCTIMAS

Andrea Sakurada, Alicia Infante, Marcela Potin

LA ACREDITACIÓN NACIONAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.
LA MIRADA DE LAS ACREDITADORAS

Elizabeth Hurtado P., Claudia Silva V., Paola Martínez O.

BASES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES, CONTRIBUCIONES X CONGRESO INTERNACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE SANTIAGO DE CHILE 2026





REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 8
AÑO 2025

ISSN 2452-4468

N°3

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

hola@nimbodg.com.ar



Sumario

EN ESTE NÚMERO:

04**EDITORIAL****06****CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS FUNCIONALES DEL MANEJO INTERDISCIPLINARIO EN LOS PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA TEMPRANA VERSUS TARDÍA..*****Josefina Bunster, Sylvana Aedo, Hans Baez, Natalia Salazar, Cristina Valdés*****19****CONVERSATORIO SEGUNDAS VÍCTIMAS****Sakurada Zamora A., Infante Peñafiel A., Potin M.****28****LA ACREDITACIÓN NACIONAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
LA MIRADA DE LAS ACREDITADORAS*****Elizabeth Hurtado P., Claudia Silva V., Paola Martínez O.*****35****BASES PARA LA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES
CONTRIBUCIONES X CONGRESO INTERNACIONAL EN
SEGURIDAD DEL PACIENTE SANTIAGO DE CHILE 2026**

EDITORIAL

IAAS: LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, LA VIGILANCIA Y LOS COSTOS DE LA NO CALIDAD.

El programa de control de infecciones en Chile tiene una larga y fructífera historia que data de principios de los años '80s y antiguamente en muchos centros, durante años, la vigilancia de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) fue una práctica profundamente clínica; las enfermeras de control de infecciones recorrían los servicios, observaban prácticas, identificaban brechas y, sobre todo, educaban en tiempo real. Esta modalidad "en terreno" no solo permitía detectar riesgos de forma precoz, sino que también fortalecía la cultura preventiva entre los equipos clínicos, que veían al equipo de IAAS como un apoyo en su gestión preventiva en sus pacientes.

Hoy, sin embargo, esta escena en algunos centros ha cambiado con la llegada de la ficha clínica electrónica y gran parte de la vigilancia se ha trasladado al ámbito digital. Desde la comodidad del escritorio, se revisan registros clínicos, se generan alertas automáticas desde el laboratorio, entre otros. Esto ha traído ventajas innegables: trazabilidad, eficiencia en la revisión de múltiples pacientes, gestión sistemática de datos. Pero también ha implicado una pérdida crítica: la observación directa, el contacto humano y la capacidad de intervenir oportunamente en las prácticas asistenciales.

La vigilancia desde el escritorio no es, por sí sola, suficiente. La seguridad del paciente no puede depender únicamente de un sistema de alertas o del cumplimiento de la vigilancia para cumplir con los indicadores.

Chile cuenta con un conjunto de indicadores de vigilancia obligatoria definidos por el Ministerio de Salud. Son fundamentales, sin duda: infecciones de

sitio quirúrgico en cirugías centinela, bacteriemias asociadas a catéter central, infecciones urinarias por sonda, neumonías asociadas a ventilación mecánica y *Clostridioides difficile* en ciertos contextos.

Pero centrar toda la estrategia de vigilancia exclusivamente en estos indicadores genera un punto ciego institucional, ya que se dejan de vigilar muchas otras cirugías, pese a que pueden tener igual o mayor riesgo de infección, en algunos centros no se vigila estructuradamente ningún otro procedimiento invasivo fuera de los obligatorios, dejando fuera otros no menos importantes como catéteres arteriales, procedimientos urológicos o digestivos, implantes dentales, entre otros; perdiendo así la capacidad de aplicar medidas preventivas donde más se necesitan, ya que si no se vigilan, no se detectan patrones... y si no se detectan patrones, no se actúa. Quizás es un desafío para centros de mayor complejidad ampliar su vigilancia según número de cirugías o procedimientos realizados. No parece ser una buena estrategia la que siguen algunos centros de salud en Chile: vigilar solo lo obligatorio, y nada más.

Otro error de fondo es confundir vigilancia epidemiológica con gestión de eventos adversos, ya que uno de los problemas más graves que enfrentamos actualmente es el enfoque conceptual erróneo que algunos equipos han adoptado: asumir que basta con evaluar las tasas globales de IAAS cuatrimestralmente, sin necesidad de notificar ni analizar los casos individuales como eventos adversos. Esta lógica desconoce principios fundamentales de la seguridad del paciente y de la gestión de riesgos. Cada IAAS confirmada es, por

definición, un evento adverso, pues representa un daño potencialmente prevenible. No basta con que las tasas estén “dentro del estándar”.

Una gestión moderna de IAAS requiere revisar caso a caso: analizar si se cumplieron las medidas preventivas básicas y normadas institucionalmente (higiene de manos, técnica aséptica, profilaxis antibiótica, etc.) y, no solo cuando el daño es significativo o repetitivo, realizar un análisis para detectar quiebre en las prácticas, ya que en muchos casos ya ha ocurrido daño o peor aún la mortalidad en los pacientes. Retrasar la revisión hasta el análisis cuatrimestral es una forma de cerrar los ojos a los aprendizajes que cada evento adverso ofrece. Es una oportunidad de mejora desperdiciada. Más aún, al no notificar estos casos en el sistema institucional de eventos adversos, se fragmenta la información crítica, se invisibilizan patrones de riesgo y se pierde capacidad de acción preventiva.

Las buenas prácticas internacionales son claras. La vigilancia efectiva de IAAS debe combinar, la vigilancia obligatoria que es activa/selectiva, cumplimiento de los requerimientos del MINSAL, sumando la vigilancia ampliada según los riesgos del cada centro; cada uno debe identificar sus principales fuentes de riesgo y establecer mecanismos de observación activa sobre ellas, vigilancia en terreno, revisión caso a caso, cada IAAS, confirmada o sospechosa, debe revisarse con una mirada clínica, preventiva y epidemiológica, más allá de si está es o no obligatoria.

La seguridad del paciente exige una vigilancia mixta e inteligente, que use lo digital sin perder lo humano, que mire las cifras pero no olvide las historias. Notificar una IAAS no es una carga más, es una oportunidad de aprender.

Porque al final del día, lo que se espera de un sistema de salud no es que cumpla con tener al día los indicadores, sino que evite daños en nuestros pacientes. Y una infección evitada no solo no se verá reflejada en las tasas cuatrimestrales, también en la vida de quien no tuvo que sufrirla; además de evitar costos de no calidad, tales como los costos directos, asociadas a las IAAS como aumento de días cama ocupadas, uso de antimicrobianos, cirugías, procedimientos... sin considerar los costos indirectos como ausentismo laboral, necesidad de apoyo y acompañamiento familiar, etc.

Es tarea de todos apoyar el contar con profesionales suficientes para realizar las funciones asignadas a los equipos de IAAS.

Dra. Andrea Sakurada Zamora. MSc.
Médico Especialista en Laboratorio Clínico.
Servicio de Laboratorio Clínico
Hospital Clínico Universidad de Chile



CARACTERÍSTICAS Y RESULTADOS FUNCIONALES DEL MANEJO INTERDISCIPLINARIO EN LOS PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍA TEMPRANA VERSUS TARDÍA.

Autores:

Josefina Bunster: Klgo. Mg. Unidad de Paciente Crítico. Hospital del Trabajador, ACHS Salud.

Sylvana Aedo: Klgo. Unidad de Paciente Crítico. Hospital del Trabajador, ACHS Salud.

Hans Baez: Klgo. Mg. Unidad de Paciente Crítico. Hospital del Trabajador, ACHS Salud.

Natalia Salazar: Flgo. Unidad de Paciente Crítico. Hospital del Trabajador, ACHS Salud.

Cristina Valdés: Flgo. Unidad de Paciente Crítico. Hospital del Trabajador, ACHS Salud.

Correo: jbunsterg@gmail.com

INTRODUCCIÓN:

Existen antecedentes en la literatura médica que la Traqueostomía (TQT) precoz disminuye los días de ventilación mecánica invasiva (VMI), estadía en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), días de hospitalización y favorece los procesos de

rehabilitación temprana en la dimensión motora y deglución.

OBJETIVO:

El objetivo principal del estudio es comparar el tiempo de los procesos de rehabilitación entre los grupos de pacientes con TQT precoz y TQT tardía.

METODOLOGÍA:

Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron 86 pacientes ingresados a UCI del Hospital de Trauma Nivel II que requirieron la instalación de una TQT. La información se recopiló a partir de la base de datos interna del Hospital. Los datos se analizaron según 3 grupos de variables: variables personales y clínicas; características de la TQT; y variables asociadas a la rehabilitación motora y de la deglución.

RESULTADOS:

Se analizaron 56 pacientes, la edad promedio fue de 52 ± 12 años, el 73% fueron hombres. El tiempo de VMI ($20.5[16-24]$ versus $31.5[22-46]$; $p < 0.05$) y estadía en UCI ($23[20-29]$ versus $41[26.5-52]$; $p < 0.05$), fue menor en las TQT tempranas comparadas con las TQT tardías. El tiempo en que los pacientes logran salir de la cama, fueron menores en las TQT tempranas en comparación con las tardías (Sedente al Borde Cama: $18[16-24]$ versus $32[21-36]$, $p < 0.05$; Bípedo: $26.5[18-39]$ versus $42[31-62]$, $p < 0.05$; Deambulación $34.5[21-40]$ versus $59[37-73]$; $p < 0.05$). De forma similar ocurrió en las variables deglutorias, el tiempo de logro de ingesta fue menor en las TQT tempranas en comparación con las TQT tardías, (Inicio de ingesta: $32 [25-45]$ versus $46.5 [36-59]$, $p < 0.05$; Ingesta oral total $41 [33-47]$ versus $58 [48-75]$; $p < 0.05$).

CONCLUSIÓN:

La TQT temprana sería beneficiosa para disminuir los días de VMI y días de estadía en UCI, además, permite una rehabilitación precoz en relación a la rehabilitación motora y de la deglución.

PALABRAS CLAVE:

Early tracheostomy, Late tracheostomy,

Interdisciplinary rehabilitation, Out of bed, swallowing.

INTRODUCCIÓN

En Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), la necesidad de Ventilación Mecánica Invasiva (VMI) es cercana al 25% de los pacientes, y se da principalmente por la necesidad de sedación profunda, lo cual se asocia con una disminución del nivel de conciencia. El uso prolongado de la VMI, específicamente la intubación orotraqueal (IOT), provoca diversos cambios en el individuo, como lesiones en la mucosa de las vías respiratorias, lesiones en las cuerdas vocales, dilatación o estenosis traqueal, infecciones del tracto respiratorio, entre otras.¹ La evidencia muestra que entre el 9% y el 30% de los pacientes que ingresan a UCI requieren de ventilación mecánica prolongada, y se estima que cerca del 10% requieren de una traqueostomía (TQT).²

La TQT en sus inicios se asociaba a un procedimiento quirúrgico, pero cerca del año 1985 Ciaglia et al reportaron la técnica percutánea, utilizada frecuentemente hasta el día de hoy.³ Las principales indicaciones de TQT incluyen protección y acceso a la vía aérea, ventilación mecánica prolongada, obstrucción de la vía aérea superior y reducción del espacio muerto para facilitar el destete ventilatorio.⁴⁻⁶ Aunque se vea una técnica beneficiosa para el paciente, es frecuente encontrar algunas complicaciones asociadas a su uso, tales como alteración de la deglución (lo que podría llevar a aspiración laringotraqueal), dificultad en el paso del bolo alimenticio debido a la presión ejercida por el manguito de presión, reducción del reflejo tusígeno, disminución en la protección de la vía aérea y reducción del reflejo de aducción de las cuerdas vocales, provocando lentitud e incoordinación en su cierre.⁵

Es frecuente encontrar en la literatura la clasificación de la TQT como “temprana” y “tardía”, sin embargo, el criterio para su clasificación no está totalmente consensuado. Algunos autores clasifican la TQT como “temprana” a los 7 días desde la IOT hasta la instalación de la traqueostomía. Otros utilizan 14 días y otros 21 días.⁷ En los últimos años se ha visto que el criterio entre 7 – 10 días ha sido el más utilizado para la clasificación de las TQT tempranas.

A pesar del poco consenso existente entre los criterios de la clasificación, la evidencia es clara en demostrar que la instalación temprana de la TQT es beneficiosa para disminuir los requerimientos de sedación,⁸ días de VMI,⁷ esfuerzo respiratorio,⁹ días de estadía en UCI, días de hospitalización,¹⁰ y permitir una rehabilitación temprana en relación con la movilización, deglución y habla.^{11,12}

El tiempo del uso de la TQT podría variar según las características de cada paciente; por ejemplo, pacientes con daño neurológico y disminución del nivel de conciencia se relacionan con un mayor tiempo de uso de traqueostomía, siendo éstos expuestos a un mayor riesgo de efectos adversos como la formación de tejido de granulación, estenosis traqueal, traqueomalacia, hemorragias, fistulas, infecciones y riesgo aspiración, debido al uso prolongado de la TQT.¹³⁻¹⁵

La decanulación es el proceso de retiro de la cánula de TQT, permitiendo la ventilación por vía aérea natural. Para que la decanulación sea exitosa, el paciente debe poder ventilar alrededor de la traqueostomía usando la vía aérea natural.¹⁶ Este proceso depende de varios factores y puede variar dependiendo del tipo de patología o diagnóstico del paciente. Se ha visto que cerca del 55% de los pacientes con lesión cerebral y cerca del 70% de los pacientes con lesión traumática o quemados

logran la decanulación exitosa.^{17,18} Dentro de los factores que han sido identificados ampliamente en la literatura como predictores de una decanulación exitosa, destacan la edad del paciente, nivel de conciencia, duración de la respiración espontánea previo a la decanulación, efectividad de la tos, cantidad de secreciones y nivel de oxigenación.¹⁹

Por otro lado, Madeiros E et al, en el año 2019²⁰ realizó una revisión sistemática demostrando los factores que influyen negativamente en el proceso de decanulación, tales como sexo masculino, presencia de traumas faciales, pacientes quemados, bronconeumonía, componente secretor alto, alteración de la deglución, alteración de la sensibilidad laríngea, tos insuficiente, edad avanzada (sobre 60 años), estenosis traqueal, disfagia y bajos niveles de pH y pO2. Finalmente, la mayoría de los autores son claros en demostrar que el paciente se encuentra en condiciones para el retiro de la cánula de TQT cuando no hay necesidad de asistencia ventilatoria artificial, no existe obstrucción de la vía aérea superior, existe un correcto manejo de secreciones, mantienen buena tolerancia a la oclusión de la TQT y finalmente si poseen un nivel de conciencia que logre atención y siga órdenes simples.¹⁶

Debido a la complejidad de los pacientes con TQT, es necesario un equipo de rehabilitación interdisciplinario para brindar una atención coordinada y eficaz. Benevento B et al,²¹ hace referencia a la importancia del trabajo conjunto, en relación a la seguridad y calidad de atención. Ha sido demostrado que el trabajo de equipos interdisciplinarios son efectivos en el proceso de duración de la TQT desde su instalación en UCI, permitiendo reducir los tiempos de ventilación

mecánica y el éxito en el destete ventilatorio, hasta los programas educativos extra-hospitalarios para mejorar la seguridad del paciente, reducir las complicaciones y los posibles reingresos.

Dentro del equipo de salud interdisciplinario se incluyen tanto los profesionales de la salud para paciente traqueostomizado o para paciente de UPC general, como médicos, enfermeros, técnicos en enfermería, kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, entre otros. Los kinesiólogos y fonoaudiólogos cumplen un rol fundamental en torno a la rehabilitación del paciente con traqueostomía, la intervención kinésica radica en la rehabilitación respiratoria y motora. Se sustenta que la rehabilitación temprana desde UCI hasta el alta hospitalaria es una estrategia efectiva y segura en esta situación, mejorando no solo los resultados de la movilidad funcional, sino que también la función cognitiva y respiratoria del paciente.²² De la misma manera, se ha descrito la importancia de los fonoaudiólogos en el manejo de la TQT, quienes cumplen las funciones de facilitar la comunicación, disminuir el riesgo de aspiración, rehabilitar los patrones de deglución y contribuir en el equipo para la toma de decisión de la decanulación del paciente.²³

Por último, la coordinación en la atención debe ser considerada para mejorar la eficacia en el manejo del equipo interdisciplinario y garantizar que las intervenciones sean realizadas de manera oportuna, permitiendo la comunicación de manera transversal, de tal modo que la experiencia de cada disciplina sea considerada para tomar una decisión completamente informada, involucrando a los pacientes y sus familias.²¹ El objetivo principal del estudio es determinar la diferencia en los tiempos de rehabilitación de pacientes con TQT temprana y tardía.

METODOLOGÍA

Se recopiló la información de manera retrospectiva a partir de la base de datos interna del Hospital del Trabajador y del programa de registros clínicos disponible en la plataforma SAP de los pacientes ingresados a la UCI desde 1 de septiembre del año 2020, hasta junio del año 2022.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años ingresados el Hospital del Trabajador de Santiago con necesidad de TQT y que llevaron adelante procesos de rehabilitación interdisciplinaria intrahospitalaria. Se excluyeron a todos los pacientes que ingresaron con traqueostomía instalada y los pacientes que se trasladaron a otro centro asistencial con la TQT, por dificultad en el seguimiento de los datos (figura 1).

Los pacientes candidatos a decanulación deben cumplir con los criterios internos kinésicos y fonoaudiológicos para la utilización de válvula de fonación y su posterior obturación, según las líneas de tratamiento establecidas por el equipo interdisciplinario del Hospital del Trabajador (Anexo 1).

Se realizó un análisis de 2 grupo que se definió como tiempo de instalación, La clasificación de la traqueostomía fue determinada como “temprana” (cuando la traqueostomía se instala con un periodo menor a 15 días desde la intubación oro-traqueal), y “tardía” (cuando la traqueostomía se instala con un periodo mayor o igual a 15 días desde la intubación oro-traqueal). Se utilizó ésta clasificación debido al consenso clínico interno del Hospital del Trabajador.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para testear la normalidad de los datos se utilizó el test estadístico de Shapiro-Wilk. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa de un valor de $p<0,05$, utilizando el programa estadístico STATA.IC 14.

Se realizó un análisis descriptivo de la población de estudio. Los datos descriptivos se presentaron en promedio y desviación estándar para las variables paramétricas, y en mediana y rango intercuartílico para las variables no paramétricas. Las variables nominales u ordinales se presentaron en frecuencia absoluta y porcentaje.

Se utilizó el test estadístico de t-test o Mann-Whitney para las variables numéricas, según la normalidad de los datos, y chi-cuadrado para las variables categóricas, con la finalidad de determinar la asociación entre las variables presentadas según la clasificación de la traqueostomía.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 56 pacientes, la edad promedio fue de 51+ 12 años, la mayoría fueron hombres (73%), el diagnóstico más frecuente fue COVID (57%), seguido de Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC) (21,4%), y politraumatizado (12,5%)

El tiempo promedio de instalación de traqueostomía fue de 19 ± 7.2 días. El 32% de los pacientes se sometieron a traqueotomía temprana, mientras que el 68% se sometieron a traqueostomía tardía. La técnica utilizada para instalar la traqueostomía fue quirúrgica en el 100% de los casos.

El tiempo de decanulación (en días) para el total de la población fue de 21 días (IQR 13.5-37.5). Al analizar el tiempo de decanulación según diagnóstico de ingreso, se observó que para COVID el tiempo de decanulación fue de 20.5 días (IQR 13-31.5), 18 días (IQR 13-28) para TEC, 16 días (IQR 14-34) para politraumatizado, 67 días (IQR 54-67) para trauma raquímedular alta (sobre nivel C6), y 50.5 días (IQR 38-63) para quemados con injuria inhalatoria.

Las características clínicas, de decanulación, y funcionales de los pacientes se muestran en la Tabla 1.

Con respecto a las variables de rehabilitación motora y deglutoria, la mediana de los días en que se logra el sedente al borde de la cama es de 24 (IQR 19-34) días, seguidos del paso a sillón (con colaboración del paciente) en 34 (IQR 23-65) días, logrando el bípedo y la marcha en un periodo de 39 (IQR 26-54.4) y 44.5 (IQR 31-67) días respectivamente. Por último los pacientes comienzan la ingesta mixta a los 43(IQR 31-57) días, y logran la ingesta oral total a los 53.5 (IQR 40-75) días.

Al comparar el grupo de pacientes que recibieron TQT temprana versus TQT tardía, se observó que los pacientes con TQT temprana presentan menos días de VMI 20.5 (IQR 16 - 24) versus 41 (IQR 26.5 – 52) ($p<0.05$), y menos días de estadía en UCI 23 (IQR 20 - 29) versus 40.5 (IQR 28 - 58). El tiempo en que los pacientes logran salir de la cama, fueron menores en las TQT tempranas en comparación con las tardías (Sedente al Borde Cama: 18 (IQR 16-24) días versus 32(IQR 21-36), $p<0.05$; Bípedo: 26.5(IQR 18-39) días versus 42(IQR 31-62) días, $p<0.05$; y Deambulación 34.5 (IQR 21-40) días versus 59(IQR 37-73), $p<0.05$). De forma similar ocurrió en las variables deglutorias, el tiempo de logro de ingesta fue menor en las TQT tempranas en comparación con las TQT tardías, (Inicio de ingesta: 32 (IQR 25-45) días versus 46.5 (IQR 36-59), $p<0.05$; e Ingesta oral total 41 (IQR 33-47) días versus 58 (IQR 48-75) días, $p<0.05$).

Con respecto a las neumonías, se detectaron 7 (12,5%) neumonías asociadas a ventilación mecánica, 4 fueron por el agente Staphilococo aureus, 1 por pseudomonas, 1 por Enterobacter cloacae, y 1 sin agente patógeno. De las 7 neumonías asociadas a VMI, el 100% de ellas fueron en pacientes que se les realizó una TQT tardía.

DISCUSIÓN

Este estudio evaluó a 56 pacientes de ambos sexos, con un promedio de edad de 52 ± 12 años, con diagnósticos de COVID, TEC, politraumatizados, Trauma raquímedular alto (sobre C6) y quemados, lo cuales fueron ingresados a UCI y requirieron de una traqueostomía.

1.1 Clasificación de la traqueostomía

Para la clasificación de la traqueostomía se utilizó como corte 15 días entre temprana y tardía, según el criterio interno del hospital. Aunque la información disponible sobre la clasificación de la traqueostomía es variable, frecuentemente se encuentra el consenso para las traqueotomías tempranas realizadas entre 7 y 10 días,⁷ sin embargo este criterio podría variar según la patología, el pronóstico esperado y la realidad de cada centro asistencial. Por ejemplo, en este estudio se observó que los pacientes con diagnóstico de COVID tienen tiempo de instalación de TQT más tardíos, ésto se da principalmente por el incierto pronóstico de evolución y por la inestabilidad respiratoria que tenían los pacientes para ingresar a pabellón, por lo que se esperaba tener parámetros de oxigenación $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ mayor a 100, para realizar la instalación de TQT. De modo contrario, los pacientes con diagnósticos traumatológicos tienen tiempos de TQT más tempranos y bastante similares a lo reportado en la literatura.²⁴

1.2 Requerimiento ventilatorio y neumonías asociadas a VMI

Todos los pacientes se encontraban bajo los requerimientos de VMI al momento de la instalación de traqueostomía, logrando el destete ventilatorio a los pocos días después de la instalación de

la TQT. Aunque, en este estudio no se evaluó el requerimiento de sedación pre y post instalación de traqueostomía, autores han reportado que la traqueostomía temprana está asociada a menos requerimientos de sedación,⁸ lo que facilitaría el destete ventilatorio y la respiración espontánea de los pacientes. De la misma manera, se pudo observar que la TQT temprana obtuvo un destete ventilatorio precoz en comparación con la TQT tardía, por lo que se podría inferir que la TQT temprana sería beneficiosa para disminuir los días de ventilación mecánica invasiva.

Se pudo observar que sólo el 12% de la población presentó neumonía asociada a VMI, lo cual es concordante con lo encontrado en la literatura, donde se encuentran frecuencias entre un 5% a 50% de neumonías asociadas a VMI.²⁴ Además todas las neumonías fueron encontradas en pacientes que posteriormente se les realizó una TQT tardía, lo anterior podría haber influido en la estabilidad del paciente para realizar el procedimiento quirúrgico de TQT, alargando los días que permanece con IOT. Con relación a lo anterior, se ha visto que los pacientes con neumonías asociadas a VMI tienen más días en VMI y más días de estadía en UCI, por lo que sería esperable que la neumonía influyera en el tiempo de realización de TQT.²⁵ Cabe destacar que la UCI del Hospital del Trabajador cuenta con Fonoaudiólogos 12 horas al día, kinesiólogos y Técnicos en enfermería 24 horas al día que trabajan en conjunto para la prevención de neumonías, realizando control de cuff, aspiración de secreciones subglóticas y aseos orales recurrentes.

1.3 Estadía en UCI y estadía hospitalaria

La estadía en UCI para este estudio tuvo una

mediana de 34 días, lo cual tiene relación con la información publicada en la literatura. Aún así, antes de interpretar este dato, es importante recordar que la clasificación de la TQT temprana v/s tardía para este estudio fue de 15 días, lo cual se considera algo tardío al realizar la comparación con los últimos estudios publicados, es por esto que los días de estadía en UCI encontrados en este estudio podrían ser concordantes a la estadía en UCI, de otros estudios, en población con TQT tardía.²⁴

Por otro lado, la mayoría de los pacientes que tuvieron una estadía prolongada en UCI se relacionan con casos de infecciones que requirieron aislamientos y personal exclusivo, por lo que el manejo intrahospitalario fue mantenerlos en la unidad con el objetivo de no generar focos infecciosos en otras unidades hospitalarias.

También se pudo observar que la TQT temprana se relaciona con menos tiempo de estadía en UCI, aún así, no se encontró diferencia significativa para los días de hospitalización entre la TQT temprana y la TQT tardía, esto se puede deber a que pacientes con patologías traumatológicas y de quemaduras podrían permanecer en el hospital posterior a la decanulación para la resolución de otros problemas asociados al trauma, además para los pacientes hospitalizados bajo la ley 16.744 de accidente del trabajo o enfermedad profesional, pueden alargar su estadía hospitalaria hasta lograr una rehabilitación óptima, o un lugar de traslado con las condiciones adecuadas para su alta hospitalaria.

1.4 Tiempo de decanulación

Con respecto al tiempo de decanulación entre la TQT temprana versus TQT tardía, no se

encontraron diferencias significativas. El tiempo de decanulación para la población de estudio fue de 21 (IQR 13.5-37.5), el cual varía entre los diagnósticos de ingreso, los cuales dieron resultados concordantes con lo publicado en la literatura, por ejemplo se ha visto que pacientes con patología COVID tienen tiempo de decanulación cercano a los 15 días,²⁶ similar a este estudio con un tiempo de 20.5 (13 - 31.5), lo mismo ocurre en pacientes con diagnósticos de politraumatizados y quemados, donde se han reportado tiempos de decanulación cercanos a 12 y 33 días respectivamente, similares a este estudio.²⁷ Para el diagnóstico de TEC no está muy claro el tiempo de decanulación, aun así, está ampliamente reportado que entre el 60-70% de los pacientes con TEC logran la decanulación,^{13,14} lo cual concuerda con los resultados encontrados, donde el 86% de los pacientes con diagnóstico de TEC fueron decanulados, y el otro 14% presentaba un puntaje de Glasgow cercano a 8 puntos y fueron trasladados a otro centro asistencial por lo que no fueron incluidos en el análisis.

1.5 Manejo interdisciplinario

Todos los pacientes fueron rehabilitados bajo el trabajo conjunto entre kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, enfermeros y médicos, con un plan de acción coordinado. Los pacientes inician la rehabilitación motora pasiva y cuidados orales desde su ingreso a UCI, posteriormente se va avanzando hacia posiciones funcionales y logros motores más altos, dependiendo de la colaboración del paciente. Los pacientes lograron salir de la cama con una mediana de 24 días hacia el sedente al borde de la cama, para posteriormente lograr el bípedo y la deambulación con una mediana de 39

y 44.5 días, respectivamente. Se pudo observar que los pacientes con TQT temprana cumplen los logros motores antes que los pacientes con TQT tardía, desde su ingreso a UCI.

Por otro lado, se observó que al momento de la decanulación el 50% de los pacientes tenía una condición deglutoria nutritiva con tipo de ingesta mixta, esto quiere decir que los pacientes al momento de la decanulación contaban con una rehabilitación adecuada en cuanto a los precursores de la deglución, logrando la ingesta oral total posterior a la decanulación de los pacientes.

Un punto interesante de analizar es que los pacientes logran salir de la cama en tiempos similares a los días que permanecen con VMI, lo que indicaría que la rehabilitación activa comienza, en algunos casos, cuando aún están con asistencia ventilatoria, es decir que la VMI y la TQT no sería un impedimento para comenzar la rehabilitación temprana en este tipo de pacientes. Por otro lado, el tiempo de inicio de ingesta es bastante similar al tiempo en que se logra el bípedo, lo que podría indicar que el logro de las posiciones funcionales más altas, como el bípedo y la marcha, podrían contribuir al inicio de ingesta. Lo anterior da cuenta que la coordinación y comunicación en la atención podría mejorar y garantizar que las intervenciones sean realizadas de manera oportuna.

CONCLUSIÓN

La TQT temprana sería beneficiosa para disminuir los días de VMI y días de estadía en UCI, además, permite una rehabilitación precoz con relación a la rehabilitación motora y deglutoria de los pacientes con TQT.

LIMITACIONES

La primera limitación se debe a la naturaleza del estudio, donde los datos recopilados podrían presentar sesgos durante la recopilación de los datos. El periodo elegido para el análisis incluye pacientes con patología COVID, los cuales son poco representativos de la población que se atiende en el Hospital del Trabajador, es por esto que se quiso realizar una diferenciación según patología de ingreso. No se recopilaron datos sobre complicaciones generales asociadas a la TQT, debido a que no fue posible extraer los datos de la ficha clínica, lo mismo ocurrió con la información sobre complicaciones motoras asociadas a la estadía en UCI como la debilidad adquirida en UCI o polineuropatía. Finalmente, la causa de la TQT se asoció al diagnóstico de ingreso, pero no fue posible rescatar la causa específica de su instalación.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Pandian V, Miller C, Schiavi A, Yarmus L. Utilization of a Standardized Tracheostomy Cardoso LSF, Camacho EC, Lucena RV, Guerra AF, Rodrigues JAS. Drawx out orotracheal intubation and the indication of tracheostomy. Rev Fac Cienc Med Sorocaba. 2014;16(4):170-3.
- 2) Cox CE, Carson SS, Holmes GM, Howard A, Carey TS. Increase in tracheostomy for prolonged mechanical ventilation in North Carolina, 1993–2002. Crit Care Med (2004); 32(11): 2219-2226.
- 3) Durbin CG. Techniques for Performing Tracheostomy. Respiratory care (2005); 50(4): 488-496.
- 4) De Leyn P, Bedert L, Delcroix M, Depuydt P, Lauwers G, Sokolov Y. Tracheotomy: clinical review and guidelines. European Journal of Cardio-Thoracic Surgery (2007); 32: 412-21.
- 5) Medeiros GC, Sassi FC, Lirani-Silva C, Andrade CRF. Criteria for tracheostomy decannulation: literature review. Codas (2019); 31(6): e20180228.
- 6) Raimondi, N., Vial, M., Calleja, J., Quintero, A., Cortés, A., Celis, E., Pacheco, C., Ugarte, S. Guías basadas en la evidencia para el uso de traqueostomía en el paciente crítico. Revista de Medicina Intensiva (2017); 41(2): 94-115.

- 7) Adly A, Youssef TA, El-Begermy MM, Younis HM. Timing of tracheostomy in patients with prolonged endotracheal intubation: A systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol* (2018);275(3):679-690.
- 8) Nieszkowska A, Combes A, Luyt CE, Ksibi H, Trouillet JL, Gibert C, et al. Impact of tracheotomy on sedative administration, sedation level, and comfort of mechanically ventilated intensive care unit patients. *Crit Care Med* (2005);33(11):2527-33.
- 9) Lim CK, Ruan SY, Lin FC, Wu CL, Chang HT, Jerng JS, et al. Effect of Tracheostomy on Weaning Parameters in Difficult-to-Wean Mechanically Ventilated Patients: A Prospective Observational Study. *PLoS One* (2015);10(9):e0138294.
- 10) Scales DC, Thiruchelvam D, Kiss A, Redelmeier DA. The effect of tracheostomy timing during critical illness on long-term survival. *Crit Care Med* (2008);36(9):2547-57.
- 11) Sutt AL, Tronstad O, Barnett AG, Kitchenman S, Fraser JF. Earlier tracheostomy is associated with an earlier return to walking, talking, and eating. *Aust Crit Care* (2020);33(3):213-218.
- 12) Garuti G, Reverberi C, Briganti A, Massobrio M, Lombardi F, Lusuardi M. Swallowing disorders in tracheostomised patients: a multidisciplinary/multiprofessional approach in decannulation protocols. *Multidiscip Respir Med* (2014);9(1):36.
- 13) Hakiki B, Draghi F, Pancani S, Portaccio E, Grippo A, Binazzi B, Tofani A, Scarpino M, Macchi C, Cecchi F. Decannulation After a Severe Acquired Brain Injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* (2020);101:1906-1913.
- 14) Zanata Ide L, Santos RS, Hirata GC. Tracheal decannulation protocol in patients affected by traumatic brain injury. *Int Arch Otorhinolaryngol* (2014);18(2):108-114.
- 15) Stelfox HT, Crimi C, Berra L, Noto A, Schmidt U, Bigatello LM, Hess D. Determinants of tracheostomy decannulation: an international survey. *Crit Care*. 2008;12(1):R26.
- 16) O'Connor HH, White AC. Tracheostomy decannulation. *Respir Care* (2010); 55(8): 1076-81.
- 17) Farrell MS, Gillin TM, Emberger JS, Getchell J, Caplan RJ, Cipolle MD, Bradley KM. Improving Tracheostomy Decannulation Rate In Trauma Patients. *Crit Care Explor* (2019); 1(7): e0022.
- 18) Saffle JR, Morris SE, Edelman L. Early tracheostomy does not improve outcome in burn patients. *J Burn Care Rehabil* (2002);23(6):431-8.
- 19) Singh RK, Saran S, Baronia AK. The practice of tracheostomy decannulation-a systematic review. *J Intensive Care* (2017);5:38.
- 20) Medeiros GC, Sassi FC, Lirani-Silva C, Andrade CRF. Criteria for tracheostomy decannulation: literature review. *Codas* (2019);31(6):e20180228.
- 21) Bonvento B, Wallace S, Lynch J, Coe B, McGrath BA. Role of the multidisciplinary team in the care of the tracheostomy patient. *J Multidiscip Healthc* (2017);10:391-398.
- 22) Mah JW, Staff II, Fisher SR, Butler KL. Improving Decannulation and Swallowing Function: A Comprehensive, Multidisciplinary Approach to Post-Tracheostomy Care. *Respir Care* (2017); 62(2):137-143.
- 23) Ward E, Agius E, Solley M, Cornwell P and Jones C. Preparation, clinical support, and confidence of speech-language pathologists managing clients with a tracheostomy in Australia. *American Journal of Speech-Language Pathology* (2008); 17:265- 276.
- 24) Fokin AA, Wycech J, Chin Shue K, Stalder R, Crawford M, Lozada J, Puente I. Early Versus Late Tracheostomy in Trauma Patients With Rib Fractures. *J Surg Res* (2020) ;245:72-80.
- 25) Muscedere JG, Day A, Heyland DK. Mortality, attributable mortality, and clinical events as end points for clinical trials of ventilator-associated pneumonia and hospital-acquired pneumonia. *Clin Infect Dis* (2010);51 Suppl 1:S120-5.
- 26) Battaglini D, Missale F, Schiavetti I, Filauro M, Iannuzzi F, Ascoli A, Bertazzoli A, et al. Tracheostomy Timing and Outcome in Severe COVID-19: The WeanTrach Multicenter Study. *J Clin Med* (2021);10(12):2651
- 27) Mourelo M, Galeiras R, Pértega S, Freire D, López E, Broullón J, Campos E. Tracheostomy in the management of patients with thermal injuries. *Indian J Crit Care Med*. 2015 Aug;19(8):449-55.

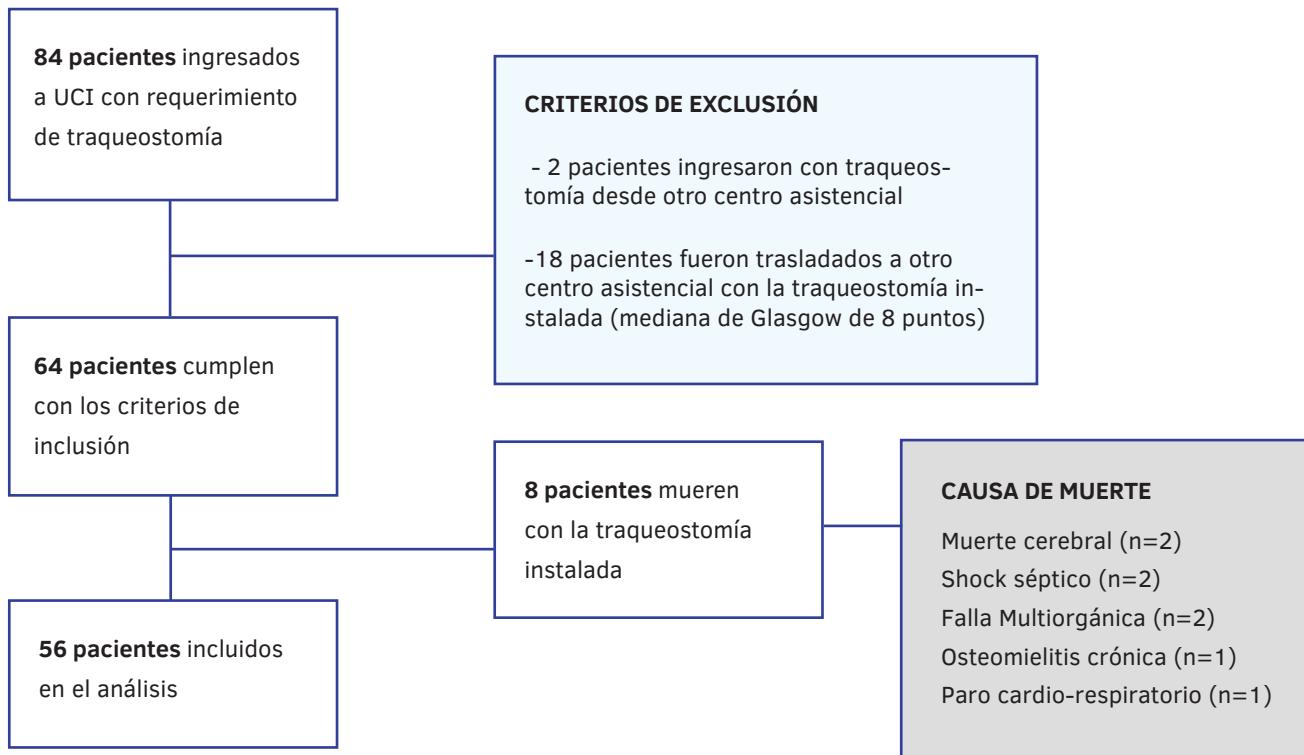
Figura N°1:

Tabla Nº1: Características clínicas, de decanulación y funcionales de los pacientes que ingresa a UPC, según clasificación de traqueostomía.

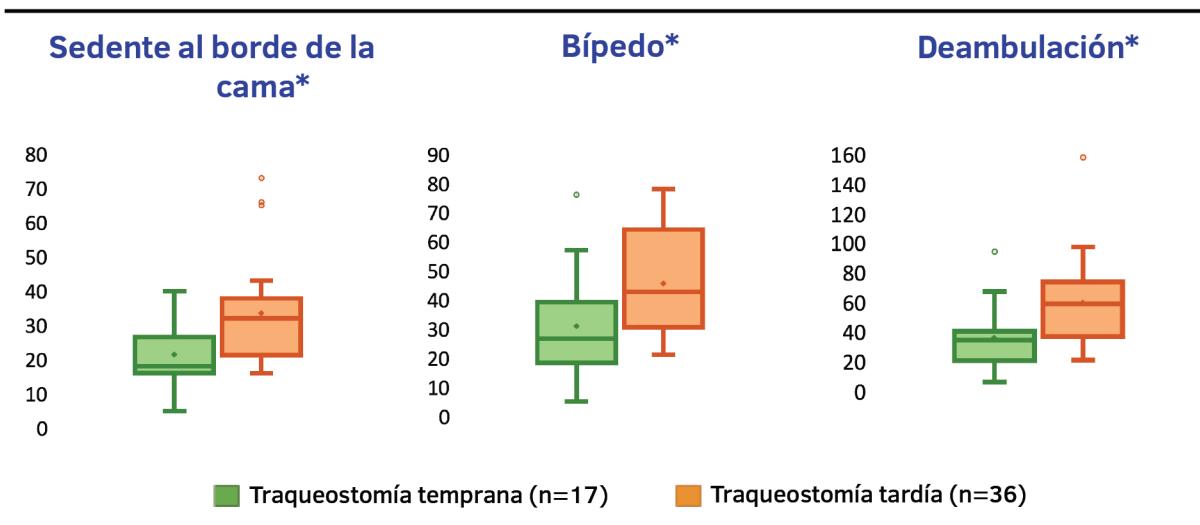
| Características | Total n= 56 | Clasificación de la traqueostomía | | valor p* |
|--------------------------------------|------------------|-----------------------------------|-----------------|----------|
| | | Temprana n=18 | Tardía n=38 | |
| | | | | |
| Edad | 52 ± 12 | 48 ± 12.1 | 53 ± 12.1 | 0.16 |
| Sexo | | | | 0.3 |
| Hombre | 41 (73%) | 15 (83%) | 26 (68%) | |
| Mujer | 15 (27%) | 3 (17%) | 12 (32%) | |
| Diagnóstico | | | | |
| COVID | 32 (57%) | 6 (33%) | 26 (68%) | <0.05 |
| TEC | 12 (21.4%) | 6 (33%) | 6 (16%) | 0.17 |
| Politraumatizado | 7 (12.5%) | 4 (22%) | 3 (8%) | 0.19 |
| Lesión medular alta | 3 (5%) | 1 (6%) | 2 (5%) | 1 |
| Quemado | 2 (4%) | 1 (6%) | 1 (3%) | 0.5 |
| Tiempo instalación TQT | 19 ± 7.2 | 11.4 ± 3 | 22.4 ± 5.8 | 0.96 |
| Diámetro de TQT | | | | |
| N° 8 | 44 (79%) | 11 (61%) | 33 (87%) | |
| N° 9 | 12 (21%) | 7 (39%) | 5 (13%) | |
| Tiempo de VMI (días) | 25 (20 - 41.5) | 20.5 (16 - 24) | 31.5 (22 - 46) | <0.05 |
| Estadía UCI (días) | 34 (22 - 50) | 23 (20 - 29) | 41 (26.5 - 52) | <0.05 |
| Tiempo de decanulación (días) | 21 (13.5 - 37.5) | 22.5 (14 - 38) | 19.5 (13 - 37) | 0.9 |
| Glasgow al decanular | 15 (14 - 15) | 15 (14 - 15) | 15 (14 - 15) | 0.8 |
| Estadía hospitalaria (días) | 72 (51 - 113) | 62 (46 - 131) | 77.5 (54 - 106) | 0.56 |

Datos expresados en promedio ± desviación estándar, mediana (IQR p25-p75) o frecuencia (porcentaje) según corresponda.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos, COVID: enfermedad de coronavirus, TEC: Traumatismo encéfalo-craneano, TQT: traqueostomía, VMI: ventilación mecánica Invasiva.

*Valor p <0.05 se consideró estadísticamente significativo.

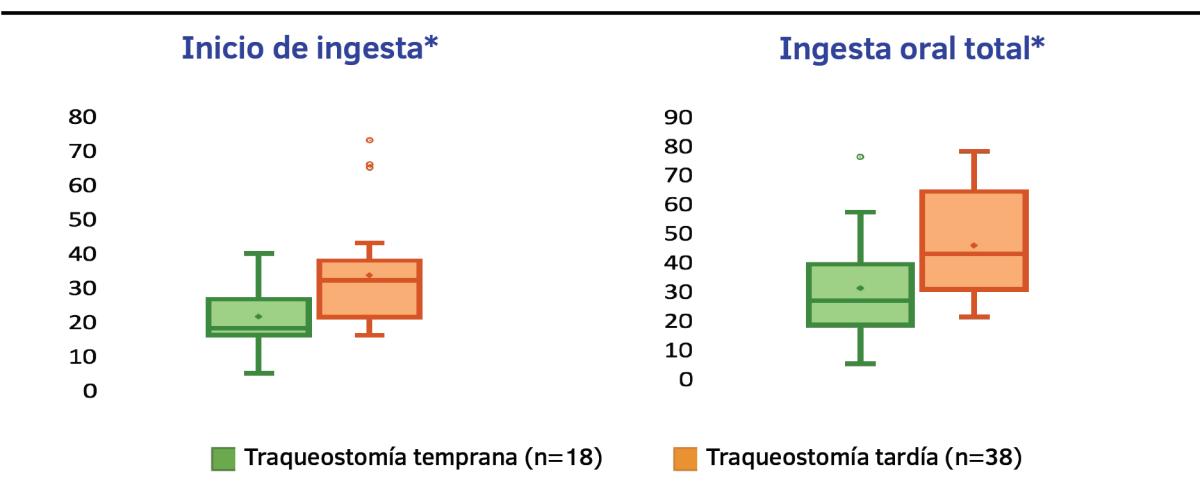
Figura N°1: Tiempo transcurrido (en días) hasta el logro motor en pacientes traqueostomizados (n=53).



Datos presentados en mediana (IQR p25-p75). Traqueostomía temprana: realizada dentro de los primeros 15 días, desde la intubación endotraqueal. Traqueostomía tardía: realizada ≥ 15 días, desde la intubación endotraqueal

*Valor < 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

Figura N°2: Tiempo transcurrido (en días) hasta alcanzar ingesta en pacientes traqueostomizados (n=56).

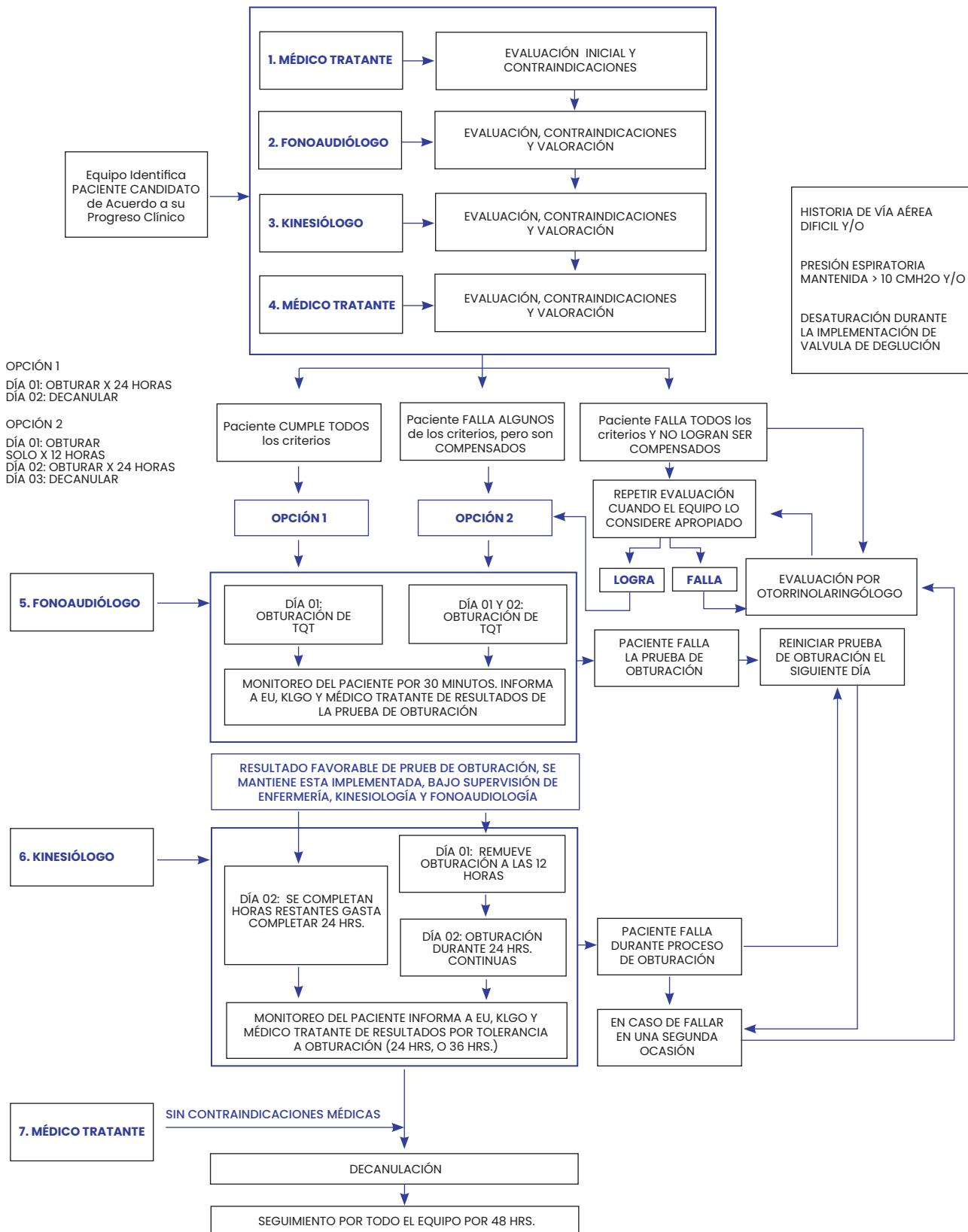


Datos presentados en mediana (IQR p25-p75). Traqueostomía temprana: realizada dentro de los primeros 15 días, desde la intubación endotraqueal. Traqueostomía tardía: realizada 15 días, desde la intubación endotraqueal

*Valor < 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

ANEXOS

Anexo Nº1: Protocolo para la decanulación de pacientes con traqueostomía (traducido y adaptado de Pandian et alí).





CONVERSATORIO SEGUNDAS VÍCTIMAS

Andrea Sakurada A¹, Alicia Infante A², Marcela Potin M³.

1 Médico Laboratorio, Hospital Clínico Universidad de Chile.

2 Enfermera, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Central.

3 Pediatra infectologa Universidad Católica de Chile, Medico Jefe de PC IAAS, Asesor médico de Vacunatorio, Clínica San Carlos de Apoquindo, Red de salud UCCHRISTUS

INTRODUCCIÓN

En el ámbito sanitario, los eventos adversos no solo impactan negativamente en la seguridad y bienestar de los pacientes, sino que también pueden generar profundas repercusiones emocionales, psicológicas y profesionales en los propios trabajadores de la salud. A estos profesionales, que experimentan sufrimiento como consecuencia de un error médico,

una complicación inesperada o una falla del sistema, se les denomina **segundas víctimas**, concepto introducido por Albert Wu en el año 2000 para visibilizar el daño emocional que pueden padecer los proveedores de atención tras un evento adverso (1).

Desde la publicación de la “historia natural” del proceso de recuperación del profesional sanitario tras un evento adverso por Scott y cols., se han descrito fases

emocionales bien caracterizadas y la necesidad de intervenciones de apoyo adaptadas a cada etapa (2). La literatura internacional ha demostrado que la prevalencia del fenómeno puede superar el 50 % en determinados entornos clínicos, con consecuencias que incluyen estrés agudo, ansiedad, síntomas depresivos, disminución de la satisfacción laboral, ausentismo y mayor rotación de personal (3, 6). Revisiones sistemáticas y estudios cualitativos coinciden en que la presencia de programas estructurados de apoyo, incluyendo acompañamiento entre pares, soporte psicológico especializado y capacitación en comunicación, favorece la recuperación y el retorno a la práctica segura (3, 5, 7, 9).

En Latinoamérica, y particularmente en Chile, la visibilización de este fenómeno es reciente pero creciente. Kappes y cols. identificaron una alta prevalencia de segundas víctimas en enfermeras de unidades de cuidados intensivos y destacaron las brechas en el soporte organizacional (4). Lagos y colaboradores aplicaron la encuesta ESVST-E en urólogos chilenos, demostrando la existencia del fenómeno en diferentes especialidades médicas (5). Por su parte, Mallea-Salazar y cols. estudiaron la calidad del soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso, evidenciando la necesidad de mecanismos institucionales sólidos de apoyo (6).

En nuestro país, aunque algunas instituciones han comenzado a implementar estrategias de prevención y acompañamiento, su alcance sigue siendo limitado. Reconocer y abordar el síndrome de la segunda víctima no solo es un imperativo ético hacia los profesionales, sino también una condición necesaria para fortalecer la cultura de seguridad del paciente y la resiliencia organizacional.

Las autoras fuimos convocadas por la Fundación para la Seguridad del Paciente a un conversatorio respecto a segundas víctimas, desarrollado en el IX

Congreso Internacional de Seguridad del Paciente, año 2025, y decidimos formular las siguientes preguntas para discusión:

1.- ¿Cuáles son las consecuencias que se han observado en el personal de salud a corto y largo plazo cuando se convierten en segundas víctimas? ¿Existen diferencias según estamento o jerarquía?

Este es un tema que, lamentablemente, no ha sido suficientemente visibilizado, pese a su gran relevancia. De la información nacional con las segundas víctimas no difiere de lo que se ha descrito en la literatura internacional ni de lo planteado por Joaquín Mira.

Las consecuencias emocionales y psicológicas son diversas: sentimientos de culpa, menoscabo, inseguridad, flashbacks, insomnio, sensación de poca valía, depresión y temor a reincidir en errores. Todo esto se agrava si en las unidades no existe un ambiente de apoyo, comprensión y compasión hacia quien ha cometido el error. En esos casos, incluso pueden presentarse situaciones de bullying, comentarios maliciosos y críticas que aumentan el daño.

Respecto a las jerarquías, afortunadamente hemos avanzado desde una cultura profundamente punitiva —en la que se pensaba que eliminando al responsable del error se resolvía el problema— hacia enfoques más justos. Sin embargo, la jerarquía sigue teniendo un peso importante. A menudo, se responsabiliza al personal de menor rango, a quienes recién ingresan o a los estudiantes, quienes son más vulnerables y se encuentran menos protegidos por las instituciones. Esto evidencia una falta de equidad en la forma de abordar los eventos adversos y en las exigencias impuestas a distintos estamentos.

Joaquín Mira también ha planteado que las consecuencias de ser una segunda víctima pueden ser muy complejas. En España, se han reportado cifras

significativas en cuanto a deserción y licencias médicas. En Chile, el gran problema no es que esto no ocurra o sea un fenómeno nuevo, sino que **no contamos con datos nacionales** sobre eventos adversos.

Esta falta de información impide dimensionar adecuadamente el problema de las segundas víctimas y agrava la situación, tanto para el personal afectado como para los pacientes que posteriormente atiende.

La literatura señala que los efectos pueden perdurar hasta por 52 meses (casi 4 años). Además, cuando uno pregunta al personal de salud sobre un evento adverso vivido, éste suele relatarse como algo reciente, sin importar cuántos años hayan pasado, lo que habla de la profundidad del impacto emocional.

Por todo esto, el tema requiere un abordaje más profesional, estructurado y sistemático. Detectar y manejar precozmente las consecuencias en el personal afectado no solo protege su salud mental, sino que es una estrategia fundamental para mejorar la **seguridad del paciente**. Un profesional dañado emocionalmente y sin el acompañamiento adecuado es más propenso a cometer nuevos errores.

De ahí surge también el concepto de “cuarta víctima”, que hace referencia a los pacientes futuros que pueden verse afectados si no se apoya adecuadamente a quienes han sido segundas víctimas. Por tanto, no basta con reaccionar frente al daño ya ocurrido: debemos trabajar activamente en **prevenir nuevos eventos y en cuidar a quienes cuidan**.

2.- En nuestro país, ¿cuáles serían los factores que agravan o contribuyen al desarrollo de este fenómeno?

Lamentablemente, tenemos un ecosistema que favorece el desarrollo de este problema. El doctor

Joaquín Mira menciona la “**cultura del error**”, pero aún más preocupante es la “**cultura del silencio**”, que puede ser incluso más dañina que enfrentar directamente un error. No se trata solo de que alguien te diga “*¿Sabes que te equivocaste?*”, sino de esas miradas, esos silencios, esa falta de apoyo y empatía que generan un entorno hostil. Hablamos mucho de la “**cultura justa**”, un concepto muy valioso, que no solo implica una mirada sistémica para abordar los eventos adversos, sino también hay que darle una mirada compasiva. En ese sentido, el liderazgo ético y la humanización de la atención en salud son estrategias fundamentales.

Muchos de nosotros conocemos personas que han sido segundas víctimas, y sabemos que no todos son empáticos. A veces se escucha: “*Eso a mí no me habría pasado, yo tengo más experiencia*”. Ese tipo de comentarios generan un daño enorme. Por eso, los grupos de primeros auxilios psicológicos deben estar formados por personas capacitadas, que sepan qué decir y cómo decirlo. No cualquiera está preparado para brindar ese tipo de apoyo y deben ser validados por profesionales respecto a sus aptitudes.

Existen otros factores que agravan la situación, como la sobrecarga laboral. La pandemia de COVID-19 nos dejó muchas enseñanzas en este aspecto. El 17 de septiembre se conmemora el Día Mundial de la Seguridad del Paciente, y en el 2020 la OMS dedicó su conferencia a este tema. Fue una jornada especialmente significativa por el contexto pandémico, y el lema de ese año fue: “*Los profesionales de la salud: más necesarios que nunca*”. Se evidenció que el desgaste del personal sanitario no era algo nuevo, sino que ya existía desde antes. Al revisar literatura desde 2010, ya se observaban signos claros de sobrecarga y agotamiento en el personal de salud.

Si llevamos eso a nuestra realidad nacional, nos encontramos con jornadas laborales extenuantes que en otros países resultan impensadas. El sistema de turnos de 12, 24 e incluso más horas es algo que llama la atención desde afuera, pero aquí se ha naturalizado. También contribuyen las fallas estructurales, la falta de equipamiento, y los sistemas inefficientes, que son parte del día a día y terminan acumulando desgaste en el personal.

La sobrecarga laboral también contribuye directamente a los errores. Cuando se pregunta en una charla: “*¿Quién quiere ser atendido por un médico que lleva 24 horas de turno?*” o “*¿Por una enfermera que lleva 24 horas seguidas trabajando?*”, nadie levanta la mano. Es evidente que el cansancio afecta la toma de decisiones clínicas. Los profesionales más jóvenes a veces creen que no se cansan, pero estar descansado es clave para tomar buenas decisiones. A esto se suma la multiempleabilidad, muchas veces impulsada por los bajos sueldos, lo que hace aún más difícil sostener un buen nivel de atención.

Deberíamos aprender de otras industrias, como la aviación comercial, donde existen normas estrictas sobre las horas de descanso de los pilotos por motivos de seguridad. Se sabe que el cansancio disminuye la concentración, y esto también aplica a la salud.

Existe un perfil de personas más vulnerables a convertirse en segundas víctimas, especialmente cuando no cuentan con redes de apoyo adecuadas, tanto a nivel del equipo como en lo familiar y social. Aquellos con múltiples trabajos tienen aún menos espacio para desarrollar otras áreas personales que les permitan equilibrar su bienestar.

Otro aspecto importante es la sensación de indefensión que siente el personal de salud ante un reclamo o un proceso legal. La posibilidad de tener que litigar solos, enfrentarse a abogados o demandas económicas, es una fuente de temor constante. Muchas instituciones no son claras en educar a sus funcionarios sobre sus derechos, sobre seguros de mala práctica. Esto genera mucha ansiedad, especialmente en los médicos, quienes, al



ser jefes de equipo, muchas veces son demandados a título personal. Cuando la demanda es contra la institución, la carga es distinta, pero cuando recae directamente sobre el personal de salud, el impacto emocional es muy alto. Lo anterior fomenta una **cultura del ocultamiento**: evitar que se sepa qué ocurrió, por temor a las consecuencias. No se reconoce el error ni se analiza, porque se teme a la sanción más que al aprendizaje. Además, influye la propia naturaleza humana. Desde la neurobiología, sabemos que criticar o culpar a otros genera una sensación de alivio. Es más fácil decir: "*Ella fue, yo no habría cometido ese error*", que empatizar. Pero hay que hacer el ejercicio de pensar: "*Esa persona podrías ser tú*". Y probablemente ya lo has sido o lo serás nuevamente. Esta falta de empatía daña profundamente a quienes se convierten en segundas víctimas.

En Chile, muchas veces enfrentamos los problemas creando leyes. Ya tenemos leyes que nos obligan a tratar bien a los pacientes, y quizás pronto necesitaremos una que nos oblige a cuidar también a los funcionarios. Esta es parte de la realidad que agrava esta situación.

3.- ¿Cuáles serían las mejores estrategias de prevención y apoyo ante la ocurrencia de un evento adverso cuando se sospecha que habrá segundas víctimas? ¿Cómo se pueden estructurar programas de apoyo dentro de hospitales y centros de salud en Chile considerando las características del contexto actual?

Las estrategias deben ser sistematizadas y planificadas, integrando a distintos estamentos y que debe incluir el tema humanización: cuidado con implementar estrategias sin analizarlas integralmente. A veces se asume que el acompañamiento de pares puede hacerlo

cualquiera, pero eso no es así. Brindar un apoyo efectivo requiere cierta preparación y estructura.

Un ejemplo muy valioso proviene del equipo de anestesia de la Clínica Mayo (10), quienes documentaron su experiencia en un artículo notable. Compartieron que intentaron implementar aplicaciones digitales para el apoyo de segundas víctimas, pero estas no funcionaron. Lo que realmente resultó efectivo fue una intervención más simple: el apoyo por pares. Sin embargo, se dieron cuenta de que no cualquiera estaba preparado para brindar ese acompañamiento, por lo que desarrollaron un modelo tri-etápico:

1. Primera etapa: apoyo inmediato, dentro de las primeras 24 horas. Esta contención inicial era fundamental.

2. Segunda etapa: intervención de equipos especializados, incluyendo gestión de riesgos, para abordar no solo el impacto emocional sino también el aprendizaje organizacional.

3. Tercera etapa: derivación a psicólogos u otros profesionales de salud mental si era necesario.

Este modelo se replicó posteriormente en varios hospitales de **California**, con resultados similares. Conocer esta experiencia es una excelente referencia para implementar programas de apoyo en Chile, especialmente si se parte de un **buen diagnóstico de la cultura organizacional**, identificando en qué etapa de madurez está cada institución para así hacer las adecuaciones pertinentes.

Un aspecto clave es que **nadie entiende mejor al colaborador afectado que otro trabajador que conoce el proceso y el contexto en el que ocurrió el evento**. Por eso, los pares bien entrenados pueden brindar una contención más empática y eficaz.

En la red de salud UC CHRISTUS, institución asociada a la Universidad Católica de Chile se ha implementado con éxito un Programa de apoyo a segundas víctimas denominado PARES (Programa de Apoyo y Resiliencia para Eventos estresantes y de Seguridad graves). Esta estrategia que cumple más de 5 años, ha sido apoyada por los líderes institucionales y se basa en entrenar a pares voluntarios del entorno sanitario en Primeros Auxilios Psicológicos y habilidades de comunicación efectiva y autocuidado. La medida ha sido muy bien evaluada por los pares afectados y lentamente ha ido contribuyendo a un cambio cultural.

Está bien documentado que **la mayoría de las personas son capaces de superar estos eventos**, siempre que existan condiciones mínimas de apoyo. Sin embargo, hay casos donde el impacto es mucho más profundo, muchas veces relacionado con antecedentes personales, que requieren una **derivación a salud mental especializada**. En Chile, actualmente existe la opción de derivación a la **Unidad de Intervención en Crisis de la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS)**. No obstante, este servicio presenta limitaciones importantes: por ejemplo, solo cubre al turno directamente involucrado en el evento, excluyendo al personal que salió o que ingresó después, aunque éstos también pueden verse afectados por una muerte súbita o un evento no esperado. La realidad muestra que el impacto suele ser más amplio.

Implementar estos programas no solo es necesario, sino también muy costo-efectivo. Como lo ha planteado Joaquín Mira, estas estrategias no implican grandes costos, pero sí requieren ciertas condiciones mínimas: personal con tiempo protegido, registros que permitan seguimiento, indicadores de efectividad, y sobre todo, **el respaldo institucional para que realmente funcionen**.

En resumen, **prevenir y apoyar a las segundas víctimas implica actuar con responsabilidad, evidencia y humanidad**. No basta con buenas intenciones; se requiere planificación, formación, diagnóstico organizacional y una estructura sólida de respuesta.

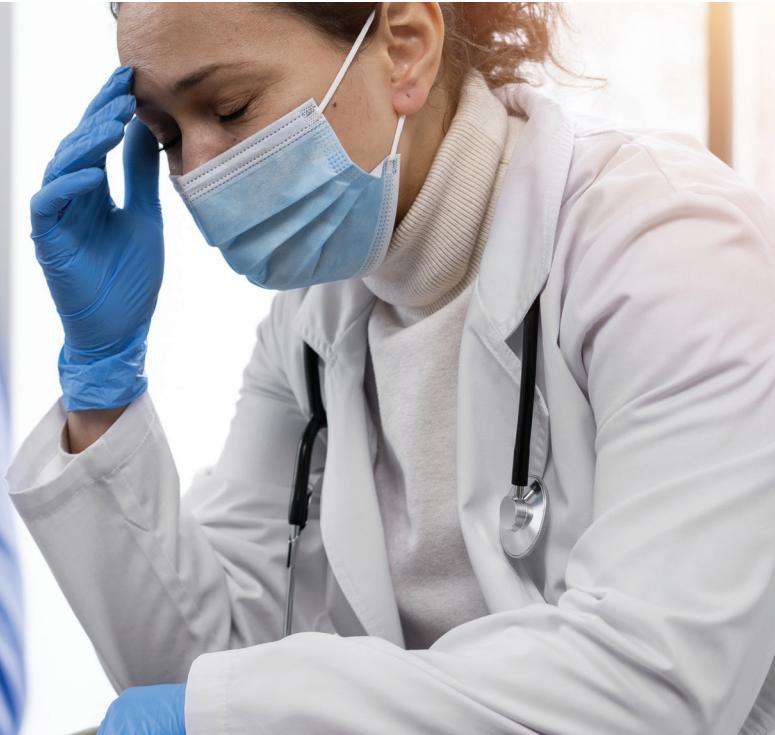
4.- ¿Cómo se debe manejar la comunicación y redes sociales ante eventos adversos que pueden viralizarse? ¿Cómo se protege al equipo de salud?

Este es un tema complejo y actual. Hoy todo se comenta en redes sociales, incluso aspectos sensibles como los eventos adversos en salud. Esta sobre exposición ha alcanzado también a las instituciones sanitarias, por lo que es urgente abordarlo desde distintos frentes.

En primer lugar, es clave fortalecer la formación ética y comunicacional del personal de salud. Ya no basta con enseñar los fundamentos ético-filosóficos clásicos; necesitamos preparar a los estudiantes y profesionales en habilidades prácticas, como **la comunicación de crisis**, la gestión del riesgo y la protección de la confidencialidad, incluyendo lo que circula en redes sociales. Esto debe abordarse desde la formación escolar, universitaria, con capacitaciones permanentes.

En segundo lugar, es urgente que las instituciones cuenten con **protocolos específicos** que vayan más allá del resguardo de fichas clínicas. Se deben establecer normativas claras sobre el uso de redes sociales, imágenes y relatos vinculados a pacientes, espacios clínicos y personal, incluyendo procedimientos para actuar ante publicaciones malintencionadas o sacadas de contexto.

Asimismo, **la comunicación institucional ante crisis debe ser activa y humana**. Es necesario que un vocero, idealmente un director médico, se



pronuncie públicamente: explique lo ocurrido, pida disculpas si corresponde, muestre empatía, asuma responsabilidades y comunique las mejoras que se implementarán. Esa respuesta también debe circular por las mismas redes donde se viralizó el evento, para que exista un contrapeso informativo. El silencio institucional sólo empeora la percepción pública: “el que calla, otorga” reza un dicho.

A nivel interno, también debe existir **un plan de comunicación claro y transparente**. Muchas veces los rumores internos se expanden rápidamente y distorsionan los hechos. Un comunicado oficial puede evitar la especulación y proteger al equipo de salud involucrado. Además, los análisis de eventos adversos deben ser rigurosos y autocríticos: no se puede seguir justificando todo como “complicaciones esperadas”, especialmente cuando hay espacio para mejorar.

Finalmente, debemos superar la mirada punitiva. Educar, formar y preparar a los equipos —desde estudiantes hasta jefaturas— es la mejor forma

de prevenir, contener y aprender de los eventos adversos en el contexto comunicacional actual.

5- ¿Cuál es el rol de los prestadores de salud, MINSAL, mutualidades y directivos en el desarrollo de grupos de apoyo ante eventos adversos?

El desarrollo de programas de contención y acompañamiento para el personal de salud, especialmente en el contexto de las **segundas víctimas**, requiere **un respaldo institucional claro y comprometido**. Sin el apoyo de la jerarquía, es prácticamente imposible implementar un programa efectivo y sostenido en el tiempo.

No se trata solo de contener al equipo después de un evento adverso, sino también de **prevenir**: fortalecer la resiliencia, mejorar el liderazgo clínico, y enseñar a comunicar errores de manera ética y empática tanto al paciente como al equipo. Estos programas no solo tienen impacto humano, también son muy costo-eficientes: **reducen licencias médicas, rotación de personal y pérdida de profesionales**.

altamente calificados. El daño emocional puede ser tan profundo que algunos prefieren abandonar su vocación antes que enfrentarse nuevamente al juicio externo o interno.

Sin embargo, muchas instituciones no comprenden este valor. Creen erradamente que desvincular al equipo resolverá el problema, sin considerar que eso **profundiza la herida institucional**, deteriora aún más el clima laboral, y además perpetua el error.

En cuanto a las **mutualidades**, ha habido avances dispares. En un inicio, cuando se intentó incluirlas en programas de apoyo psicológico, la respuesta fue que este tipo de eventos “no aplicaban”. Sin embargo, con el tiempo han comenzado a incorporar estos temas en sus líneas de trabajo. Aun así, estas intervenciones **externas deben complementarse** con equipos y protocolos internos, que estén en sintonía con la realidad del personal y cuenten con tiempos protegidos para su implementación.

Respecto al **Ministerio de Salud**, su participación reciente ha sido positiva. El marco normativo que se está desarrollando puede ser un gran aliado si permite **formalizar estas iniciativas en planes estratégicos institucionales** pero de carácter obligatorio.

Es fundamental que estos grupos de apoyo no dependan de la buena voluntad de una jefatura o del entusiasmo momentáneo de un equipo, sino que cuenten con **un diseño institucional, profesionalizado y sostenido**, idealmente vinculado —aunque no absorbido— por las unidades de calidad. Así como hace años se institucionalizaron estas unidades, hoy es necesario crear espacios formales para la contención emocional del personal. No estamos hablando de actividades “motivacionales”, sino de **una respuesta seria ante una problemática real que, en casos extremos, ha llevado incluso al suicidio.**

En resumen, el desarrollo de estos grupos requiere voluntad política, respaldo técnico, normativo y recursos. Sólo así dejaremos de improvisar respuestas y avanzaremos hacia **una cultura del cuidado y la seguridad, no solo del paciente, sino también del equipo de salud**.

En nuestro país, especialmente en el contexto de una cultura sanitaria que históricamente ha tendido a buscar culpables más que a comprender los factores sistémicos del error. Médicos, enfermeras, TENS, matronas y otros funcionarios de salud pueden verse enfrentados a sentimientos de culpa, vergüenza, miedo a sanciones legales o administrativas, y un profundo cuestionamiento de su rol profesional.

A nivel nacional, donde los esfuerzos por fortalecer la calidad y seguridad asistencial se han intensificado en las últimas décadas —incluyendo la implementación de acreditaciones, notificación de eventos adversos y promoción de buenas prácticas clínicas— el abordaje del fenómeno de las segundas víctimas sigue siendo incipiente y representa un gran desafío a corto plazo.

REFERENCIAS

- 1) Wu AW. Medical error: the second victim. West J Med. 2000;172:358-9.
- 2) Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, McCoig M, Brandt J, Hall LW. The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim” after adverse patient events. Qual Saf Health Care. 2009;18:325-30.
- 3) Ozeke O, Ozeke V, Coskun O, Budakoglu II. Second victims in health care: current perspectives. Adv Med Educ Pract. 2019;10:593-603. doi:10.2147/AMEP.S185912.
- 4) Kappes M, Delgado-Hito P, Riquelme V, Romero García M. Prevalence of the second victim phenomenon among intensive care unit nurses and the support provided by their organizations. Nurs Crit Care. 2023;28:1022-1030. doi:10.1111/nicc.12967.

5) Lagos M, Rivera V, Kappes M. Prevalencia del síndrome de segunda víctima y sus repercusiones en urólogos chilenos. Rev Chil Uro. 2024;89(4):153-163.

6) Mallea-Salazar F, Ibaceta-Reinoso I, Vejar-Reyes C. Segundas víctimas: calidad de soporte percibido y su relación con las consecuencias del evento adverso. Rev Chil Salud Pública. 2021;25(1):76-85.

7) Ma Z, Zhao J, Li M, Chen S, Wang T, Zhang J, et al. Exploring the relationships among second-victim-related distress, support, and work-related outcomes among nurses. BMC Health Serv Res. 2023;23(1):225. doi:10.1186/s12913-023-09309-0.

8) Ghazal LV, Gillespie GL, Conley D, Khoury D. The effects of the second victim phenomenon on work-related outcomes: connecting self-reported exposure to negative events with turnover and absenteeism. J Patient Saf. 2021;17(8):e1894-900. doi:10.1097/PTS.0000000000000926.

9) Cañadas-De la Fuente GA, Gómez-Urquiza JL, Ortega-Campos E, Albendín-García L, De la Fuente-Solana EI, Fuente-Solana AI. Prevalence of the second victim phenomenon among hospital healthcare professionals: A systematic review and meta-analysis. Int J Nurs Stud. 2021;118:103923. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103923.

10) Finney RE. Implementation of a Second Victim Peer Support Program in a Large Anesthesia Department. AANA J. 2021;89(3):203-209.

La Acreditación Nacional y la Seguridad del Paciente

LA MIRADA DE LAS ACREDITADORAS

Elizabeth Hurtado P., Claudia Silva V., Paola Martínez O.

Acreditadora Hurtado y Carrasco Ltda.

Acreditadora GCS Salud Limitada.

Acreditadora GECASEP.

MARCO

En el marco del IX Congreso Internacional de Seguridad del Paciente, se debatió el presente y futuro de la acreditación en salud en Chile. Bajo el mandato de la Reforma de la Autoridad Sanitaria (Ley 19.937), DFL N°1 2005 y el Decreto Supremo N° 15 2007, el sistema enfrenta un momento decisivo. Las conclusiones de la mesa redonda apuntan a que, para fortalecer la seguridad del paciente, es imperativo que cada actor del sistema — Prestadores, Entidades Acreditadoras y Organismos Fiscalizadores— evolucione en su rol.

Se desarrolló una mesa redonda sobre la acreditación chilena de prestadores institucionales en salud. Este resumen constituye la visión de las entidades acreditadoras participantes ante las preguntas realizadas.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Considerando que los estándares fueron creados para entregar una atención de calidad a los pacientes, y dado el rol gravitante que las entidades acreditadoras tienen en este proceso, ¿cuál considera usted que ha sido el aporte de las entidades acreditadoras para la seguridad del paciente?

La Acreditación es una función pública que genera un bien público, del cual dependen derechos y

garantías sociales explícitas, como es la garantía de Calidad. Beneficiando a todos los usuarios, independientemente de si son pacientes o familiares.

Por otra parte, la evidencia científica proveniente de revisiones sistemáticas sobre los procesos de acreditación destaca que, al ser ejecutados por organismos externos, estos adquieren un valor significativo, ya que generan confianza y otorgan fe pública sobre la veracidad de los resultados

La contribución principal de las Entidades Acreditadoras al sistema radica en que, gracias a su conformación, se pudo dar inicio a los procesos de acreditación en el año 2009 ya que tienen el mandato legal (DFL N1/ 2005) de evaluar a los prestadores institucionales de salud en forma periódica y determinar si un prestador cumple con los estándares y requisitos establecidos conforme a la exigencia y regulación vigente.

La labor de las Entidades Acreditadoras se desarrolla dentro de un marco que garantiza:

- **Imparcialidad:** porque son organizaciones externas, neutrales y objetivas, que se encargan de comprobar si las instituciones cumplen efectivamente con los estándares y normativas de calidad establecidos, lo cual otorga confianza y transparencia al proceso.



- **Competencia técnica e idoneidad:** se reflejan en que el equipo evaluador está conformado por especialistas de distintas áreas, lo que permite que cada integrante evalúe servicios y prestaciones en función de su experiencia y conocimiento específico.

En otras palabras, las entidades acreditadoras detectan oportunidades para mejorar la seguridad del paciente, facilitando que las instituciones adopten acciones correctivas y, en consecuencia, fomenten una cultura orientada a la seguridad asistencial. Este proceso impulsa la reflexión, el análisis de los resultados y el diálogo sobre las mejores estrategias a implementar.

- **Desarrollo profesional:** La acreditación fomenta el desarrollo profesional de los trabajadores de la salud, promoviendo la capacitación y la formación en materias de calidad y seguridad.

Siendo el objetivo de la Acreditación de

Prestadores entregar atenciones seguras a los pacientes, con una pauta de cotejo que contiene los procesos más relevantes para ello, las entidades acreditadoras, aportan identificando los puntos de incumplimiento. Puntos que pudiesen implicar finalmente daños en los pacientes.

Hasta hoy se han autorizado 56 Entidades Acreditadoras, de las cuales 17 ya tienen su registro cancelado. Este número de 39 entidades acreditadoras en funciones: ¿Son capaces de ejecutar el proceso de Acreditación en Chile?

Las entidades acreditadoras pueden cumplir con el proceso siempre y cuando se asegure la presencia de determinados factores internos y externos:

Factores internos:

- **Capacidad:** Es fundamental que las Entidades Acreditadoras cuenten con un equipo suficiente

de profesionales evaluadores para afrontar los procesos de acreditación de manera semanal. La cantidad óptima de evaluadores estará determinada por el número de personas que se dediquen exclusivamente a esta función, con el número de quienes la desempeñan de manera ocasional o como complemento a sus actividades habituales.

- **Idoneidad:** Es fundamental que el equipo esté conformado por profesionales interdisciplinarios competentes y con la preparación adecuada, capaces de evaluar de manera integral todos los aspectos contemplados en los diferentes estándares de atención. Esto garantiza que los resultados de sus evaluaciones tengan un respaldo público y confiable.
- **Habilitación:** estas 39 entidades deben estar autorizadas para hacer frente a los procesos de designación de los diferentes estándares vigentes.

Factores externos:

- **Metodología de designación aleatoria:** Es fundamental que la cantidad de prestadores asignados en cada sorteo sea suficiente para los profesionales de las entidades estén activos participando en un número mínimo de evaluaciones cada año, de modo que puedan conservar y perfeccionar sus habilidades y destrezas necesarias para llevar a cabo el proceso evaluativo de manera efectiva. Si no se garantiza este ejercicio constante, las competencias y destrezas de los evaluadores tienden a disminuir progresivamente con el tiempo. Esta regularidad en la realización de procesos de acreditación beneficia no solo a las entidades, sino al sistema de acreditación al garantizar la calidad y

consistencia de los procesos evaluativos en su conjunto.

Reglamento de la Acreditación de Prestadores, mediante la exigencia de requisitos a las entidades acreditadoras, busca asegurar la capacidad e idoneidad de ellas en este proceso. Por ello, en teoría, debieran ser capaces de ejecutar el proceso con el volumen actual de prestadores acreditándose.

Sin embargo, hay que prestar atención al hecho de que un bajo número de procesos al año implica una falta de práctica y especialización de los profesionales evaluadores.

¿El funcionamiento actual del sistema de acreditación, con sorteos semanales que incluyen alrededor de 4 prestadores, ¿permite a las Entidades Acreditadoras sostenerse?

El sistema no permite a las Entidades Acreditadoras sostenerse, por lo siguiente:

- **Competencias e idoneidad:** la ausencia de procesos periódicos impide el desarrollo de prácticas sólidas y consistentes; y sin estas prácticas, se dificulta la adquisición de las destrezas y habilidades necesarias para llevar a cabo las evaluaciones de manera adecuada. Además, tanto la experiencia como el volumen de casos evaluados son factores clave que inciden en la calidad del trabajo realizado. Por lo general, quienes acumulan mayor experiencia y han participado en un mayor número de evaluaciones logran mejores resultados.
- **Financiero:** Desde el punto de vista financiero, las entidades enfrentan gastos fijos que resultan inviables de cubrir con el bajo volumen de



acreditaciones registrado hasta la fecha en 2025. La fórmula actual utilizada para la distribución de los prestadores entre todas las entidades acreditadoras pone en riesgo su continuidad en el largo plazo. La falta de ingresos para solventar los costos fijos las está haciendo inviables, lo que ha llevado al cierre de un importante número de entidades. Y la ejecución de pocas acreditaciones, proceso complejo y fuertemente normado, dificulta la especialización de los evaluadores, lo que ha llevado a errores en las evaluaciones. El resultado: un número creciente de formulaciones de cargo y sanciones que dificultan aún más su continuidad.

Cuál es su propuesta de mejora o qué cambios sugiere:

Para los Prestadores:

- **Liderazgo y Visión:** Establecer la seguridad del paciente como una prioridad organizativa, comunicando la importancia de la cultura de seguridad y creando un ambiente donde se fomenta la comunicación y la colaboración. Este es un mandato para todos los gestores sanitarios.

- **Unidades de calidad y seguridad asistencial:** Es fundamental fortalecer las unidades de calidad y seguridad asistencial, no solo incrementando el número de profesionales, sino asegurando que el personal cuente con formación continua y actualizada para enfrentar los retos cambiantes del entorno sanitario y promover una cultura de mejora constante en los procesos de atención.

Definir un sistema de designación de prestadores que aseguren un número similar de acreditaciones a cada una de las entidades acreditadoras, evitando así que algunas se vean perjudicadas por un número aún menor de procesos.

Para los Prestadores: la acreditación como herramienta de gestión, no como un fin

El cambio cultural más urgente en los establecimientos de salud es dejar de ver la acreditación únicamente como un trámite para obtener un sello o certificado. Se propone reinterpretarla como una herramienta de trabajo diaria diseñada para garantizar seguridad de la atención a sus usuarios.

- **Del cumplimiento a la convicción:** el liderazgo debe establecer la seguridad del paciente

como una prioridad organizativa real, no solo documental. Esto implica que las instituciones utilicen los estándares para detectar brechas y oportunidades de mejora de forma continua.

- **Gestión de planes de mejora:** la verdadera utilidad del proceso radica en su capacidad para impulsar la reflexión y el análisis. Los prestadores deben enfocarse en la ejecución rigurosa de planes de mejora cuando los indicadores no se cumplen, aplicando el ciclo de mejora continua (Deming), un enfoque que será central en los futuros estándares de 2027.
- **Fortalecimiento de equipos:** las Unidades de Calidad deben contar con formación continua para liderar esta transformación cultural.

Para las Entidades Acreditadoras: estandarización y humanización

Las entidades, como garantes de la fe pública, deben elevar sus estándares internos para asegurar la sostenibilidad y legitimidad del modelo.

- **Excelencia técnica y protocolos:** es fundamental estandarizar los procesos internos mediante la creación de protocolos de trabajo rigurosos. Esto permite reducir la variabilidad y asegurar que el equipo evaluador mantenga un alto nivel de competencia e idoneidad técnica. La práctica constante es vital para mantener estas destrezas y evitar errores.
- **Humanización del vínculo:** más allá de la evaluación técnica, se debe incorporar explícitamente el concepto de trato humanizado hacia el prestador. La evaluación no debe ser una instancia de tensión sino un proceso objetivo, respetuoso y constructivo que fomente la confianza mutua y fortalezca el sistema en su

conjunto. Hoy hablamos de trato humanizado hacia el paciente, las personas, no podemos excluir en los procesos de acreditación el trato humanizado para los prestadores

Para los Organismos Fiscalizadores: objetividad y equidad en el sistema

La autoridad Superintendencia de Salud, tiene el desafío de modernizar la gobernanza del sistema para hacerlo viable y justo.

Objetivar las evaluaciones en terreno: se requiere transitar hacia una forma estandarizada de evaluación que reduzca la dispersión de criterios. La fiscalización debe basarse en matrices de riesgo y criterios objetivos, evitando la subjetividad. El trabajo conjunto y las mesas de deliberación entre fiscalizadores y entidades son claves para unificar estas miradas.

- **Fiscalización Preventiva:** el sistema debe evolucionar de un enfoque reactivo a uno preventivo y de acompañamiento, especialmente con las entidades nuevas, para asegurar el cumplimiento normativo antes de que ocurran los fallos.
- **Mejora del sistema de designación aleatoria:** es crítico revisar el actual mecanismo de sorteo aleatorio. Se propone un sistema que asegure una distribución equitativa y suficiente de evaluaciones, permitiendo que las entidades mantengan su viabilidad financiera y la experticia técnica de sus evaluadores, corrigiendo así la distorsión que hoy amenaza la continuidad de muchas de ellas.

La acreditación en Chile es un bien público que beneficia a todos los usuarios. Sin embargo, su éxito futuro depende de esta triada de mejoras: prestadores comprometidos con la mejora real,

entidades técnicamente sólidas, de buen nivel técnico y humanas, y un fiscalizador que ofrezca reglas claras, objetivas y sostenibles.

¿Cuál sería la forma en que el organismo rector debiera gestionar la acreditación, en una próxima nueva administración de gobierno en Chile?

Desde una perspectiva integral, es altamente recomendable que la fiscalización evolucione hacia un enfoque más proactivo y preventivo. Este cambio tendría efectos positivos no solo para las entidades acreditadoras y prestadores, sino que fortalecería todo el sistema en su conjunto. Por esta razón, se destacan, entre otros factores, dos aspectos que fundamentales a abordar:

- **Fiscalización Preventiva:** En lugar de reaccionar ante errores, incumplimientos, la autoridad debiera enfocarse en prevenir la ocurrencia de estos eventos. Mantener matrices de riesgo y toma de decisiones, asegurando su integración en los procesos de fiscalización.

Acompañamiento a entidades nuevas, para una fiscalización directa en los primeros procesos ya que ayuda a reducir los riesgos de incumplimiento y mejorar la eficiencia de las entidades y del sistema.

- **Trabajo en conjunto:** La colaboración entre los entes fiscalizadores y las entidades es un factor clave para lograr mejores resultados en el desempeño. Esto podría incluir la creación de canales de comunicación, la organización de reuniones de debate y deliberación de ciertas materias que presentan mayor dispersión en las evaluaciones o con errores sistémicos. Esto no solo ayuda a fortalecer a las entidades sino al sistema de acreditación.

También, hay que considerar el papel del Ministerio de Salud como ente rector, quien debería cobrar una especial relevancia en la implementación de una mejora continua del proceso de Acreditación. Lo que en un futuro se traducirá en la definición de los nuevos



estándares que darán continuidad al trabajo de los establecimientos de salud por la seguridad de sus pacientes.

Complementando lo expresado por otros panelistas y a la consulta de los asistentes, respecto de los actuales estándares que solo están enfocados a evaluación documental:

Una noticia alentadora para los prestadores es que actualmente el Ministerio de Salud se encuentra en una etapa avanzada en el desarrollo de la segunda generación de Estándares Generales para Prestadores de Atención Cerrada.

Al participar en el plan piloto organizado por el ministerio, observó que estos nuevos estándares fueron recibidos positivamente tanto por entidades públicas como privadas, incluyendo aquellas de la región metropolitana y otras ubicadas en lugares tan distantes como Punta Arenas.

Estos nuevos estándares representan un avance significativo en la consolidación del ciclo de mejora continua de Deming. Mientras que hasta ahora el enfoque principal había sido lo estructural, a partir de ahora se incorporarán aspectos esenciales como la elaboración de planes de mejora cuando los indicadores no alcancen los umbrales establecidos, la evaluación del conocimiento de los procedimientos por parte del personal, y la realización de entrevistas tanto a pacientes como a familiares para verificar la correcta entrega de información.

De acuerdo con la planificación del Minsal, se espera que estos nuevos estándares estén listos para su implementación en 2027.



Convocatoria para la presentación de trabajos libres / Contribuciones

JUNIO
2026

X CONGRESO INTERNACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Santiago de Chile

Bases en www.fspchile.org



Fundación
para la Seguridad del Paciente
www.fspchile.org

Bases para la presentación de Trabajos libres

CONTRIBUCIONES X CONGRESO INTERNACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE SANTIAGO DE CHILE 2026

INTRODUCCIÓN

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 X 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.

PREMIACIÓN

PRIMER LUGAR

Proyector led PHILCO 3115n 7000 lúmenes gris

Tablet Galaxy Tab S6 Lite 64GB 4GB RAM 10.4" Wifi Light Green o similar

SEGUNDO LUGAR

Tablet Galaxy Tab S6 Lite 64GB 4GB RAM 10.4" Wifi Light Green o similar

TERCER LUGAR

Tablet Galaxy Tab S6 Lite 64GB 4GB RAM 10.4" Wifi Light Green o similar

ENVÍO DE TRABAJOS

Los 3 trabajos de investigación seleccionados para premiación serán presentados durante el desarrollo del Congreso 2026.

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 1^a 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 no requieren haber sido presentados a un Comité de Ética Científico

5.- Los trabajos deben ser enviados al correo fspchile.org@gmail.com

5.- El plazo máximo para el envío de trabajos es el día **15 de Abril del 2026 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 por 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 definirlas.
- 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 augea al formato solicitado por la organización.
2. **Claridad:** Al leerlo, se comprende todos los aspectos esenciales de la práctica presentada.
3. **Apporte 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 trabajo 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 2026**, 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 segundo día del Evento.
- 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.
- Sólo, los mejores trabajos y que cuenten con autorización de un Comité de Ética Científico, serán publicados como resumen en la Revista Chilena de Seguridad del Paciente en su volumen del mes de Agosto del 2026.
- Todos los autores de los 5 mejores trabajos seleccionados están invitados sin costo de inscripción al Congreso.

Bases disponibles en: www.fspchile.org - Consultas del proceso: fspchile.org@gmail.com



¿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

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 del 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:

- a) 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.
- b) Palabras claves: 3-6 palabras claves en español y también traducidas al inglés (Key Word)
- c) Introducción: breve exposición de los objetivos de la investigación.
- d) Material y Método: descripción del material de estudios y del método aplicado para su análisis.
- d) Resultados: Deben ser presentados en una secuencia lógica en el texto, al igual que las tablas e ilustraciones.
- e) Discusión y conclusiones: Destaque los aspectos más novedosos e importantes del estudio y sus conclusiones.
- f) 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 significuen un aporte docente importante en Seguridad del Paciente. Estos deberán incluir un breve resumen de la anamnesis, las investigaciones de laboratorio que sólo tengan relación con el cuadro en cuestión, un pequeño comentario y un resumen final.

Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

5. CRÓNICAS

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

Su extensión no debe sobrepasar las 1.000 palabras.

VOLUMEN 8
AÑO 2025

ISSN 2452-4468

Nº3

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 prácticas, 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

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

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

Cel: +56 9 94427435
+56 9 77651330

contacto@fspchile.org
www.fspchile.org