

CONGRESO INTERNACIONAL
EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
Chile 9, 10 y 11 de Junio 2021



REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

VOLUMEN 4 - NÚMERO 1 - AÑO 2021 - ISSN 2452-4468

EN ESTE NÚMERO:

GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA DURANTE DESASTRES NATURALES: UNA TAREA COMPLEJA.

María Soledad Kappes Ramírez

ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA

QF Ximena Alarcón Trujillo

LA CALIDAD DE LA FASE PREANALÍTICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

MC HEDL Aurora Muñoz Pedraza /KaizenLabMexico

V CONGRESO INTERNACIONAL SEGURIDAD DEL PACIENTE

COVID 19 EN SU PRIMER AÑO: OPORTUNIDAD PARA LA INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE EN TORNO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Gloria Lucía Arango Bayer

UN CISNE NEGRO EN LA CIUDAD DE JUNIN

Dr.Mg.Carlos Marcheschi

10 PREGUNTAS PARA JOSÉ

José Joaquín Mira Solves

DÍA INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REVISTA DE REVISTA

Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente



SUMARIO

EDITORIAL	PÁG.03
VIVENCIAS DE UN PACIENTE MÉDICO EN UNA UCI COVID Dr. Rodrigo Zenteno González	PÁG.05
GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA DURANTE DESASTRES NATURALES: UNA TAREA COMPLEJA. María Soledad Kappes Ramírez	PÁG.10
ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA QF Ximena Alarcón Trujillo	PÁG.16
LA CALIDAD DE LA FASE PREANALÍTICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE MC HEDL Aurora Muñoz Pedraza /KaizenLabMexico	PÁG.26
V CONGRESO INTERNACIONAL SEGURIDAD DEL PACIENTE	PÁG.30
COVID 19 EN SU PRIMER AÑO: OPORTUNIDAD PARA LA INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE EN TORNO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Gloria Lucía Arango Bayer	PÁG.35
UN CISNE NEGRO EN LA CIUDAD DE JUNIN Dr.Mg.Carlos Marcheschi	PÁG.43
10 PREGUNTAS PARA JOSÉ José Joaquín Mira Solves	PÁG. 48
DÍA INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	PÁG. 53
REVISTA DE REVISTA Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente	PÁG. 55

REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ CIENTIFICO

Dr. Luis López Valenzuela
 Ing. Com. Paola Martínez Osorio
 EU Gladys Osorio Uribe
 EU Yasna Oppliger Negrón
 QF Mariela Valenzuela Guajardo
 QF Jorge Cienfuegos Silva
 TM Adriana Van Weezel Herrera
 TM Valeska Abarca Arce
 Kglo. Gonzalo Hormazabal Rioseco
 Mat. María Angélica Cifuentes Canales
 Nut. Pamela Herrera González

**PRESIDENTA CAPITULO TECNÓLOGOS
MÉDICOS**

TM Eglia Marisol Morales B.

**PRESIDENTA CAPITULO QUÍMICOS
FARMACÉUTICOS**

QF. Ximena Alarcón T.

**PRESIDENTE CAPITULO DE
ENFERMERAS**

EU Maritza Fuenzalida M.

**RESPONSABLE INYERNACIONAL
EN LA UNION EUROPEA**

Dr. med. María Ines Cartes

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL: NIMBO

DISEÑO:

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

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



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 4
ISSN 2452-4468

NÚMERO 1

AÑO 2021

EDITORIAL

LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LOS MEDICAMENTOS

Los medicamentos son una de las herramientas terapéuticas más utilizadas en nuestro tiempo para dar respuesta a múltiples necesidades sanitarias, tanto desde la prevención como en el tratamiento y cuidados. Estos poseen una “cadena” de procesos, que van desde su concepción (o Investigación y Desarrollo) hasta su utilización final por el paciente o su eliminación, requiriendo particularidades y existiendo vicisitudes revisadas en la literatura, la cual suele describir al mercado farmacéutico como un mercado imperfecto y que requiere de regulaciones (Ministerio de Salud de Chile, 2010). Todo el ciclo de vida del medicamento tiene un solo objetivo: mejorar la calidad de vida de los pacientes. Esto implica que todos aquellos que participan a lo largo del proceso son agentes de la seguridad del paciente, y por ende responsables de la misma frente a la sociedad, más allá del origen público o privado de los establecimientos.

El medicamento es un bien social, esencial para la salud pública(1); y no debe ser conceptuado como mero bien de consumo. La trascendencia que tiene en la vida humana, hace indispensable la regulación del Estado en las diversas fases de la vida del medicamento, acorde con el artículo 19 N°24 de la Constitución. Frente a la demanda de un producto farmacéutico el paciente tiene el derecho de exigir información sobre su correcto uso, pero es libre de utilizarlo como estime conveniente. Es por ende deber todo el equipo de salud, especialmente de los químicos farmacéuticos, velar por el acceso a la información, el cual es un derecho humano. Ambos derechos deberán estar presentes en las conversaciones y deliberaciones del proceso constitucional en el cual se encuentra ad portas en el país.

La OMS contempla un Reto Mundial por la Seguridad del Paciente relativo a la seguridad en el uso de los medicamentos para reducir a la mitad los daños graves y evitables relacionados con la medicación en todos los países. Esta tiene por objetivo subsanar las deficiencias en los sistemas de salud que llevan a errores de medicación y, como consecuencia de ellos, a daños graves. En la iniciativa se establece cómo mejorar la prescripción, distribución y consumo de los medicamentos, incorporando los riesgos asociados a un uso inapropiado de estos en los pacientes. Solo en los Estados Unidos de América, los errores de medicación provocan al menos una muerte diaria y daños en aproximadamente 1,3 millones de personas al año. Se calcula que el costo mundial asociado a los errores de medicación es de US\$ 42 000 millones al año, es decir, casi un 1% del gasto sanitario mundial.(2) Particularmente, en Chile un estudio realizado estima que cada año 11 mil chilenos son internados y más de 100 mueren por uso excesivo de fármacos.(3)

Las fallas terapéuticas pueden surgir tanto desde los productos farmacéuticos como en el uso de estos, abarcando a un amplio espectro de actores. En esa línea, las responsabilidades de las fallas de calidad comprometen tanto a la Autoridad Sanitaria, a los profesionales y equipos de salud, como también a los pacientes y sociedad toda, por lo que las responsabilidades de las consecuencias de dichas fallas terapéuticas. La seguridad del paciente es una tarea de todos, al igual que el uso racional del medicamento, sin embargo no debemos centrar nuestros esfuerzos en solamente asegurar la calidad de los medicamentos, sino que sigue siendo el paciente el centro de nuestro quehacer, buscando en muchas ocasiones disminuir las asimetrías de información y aportar en el empoderamiento de las decisiones farmacológicas y de salud. El paciente puede ser parte del equipo de salud y de las acciones de seguridad al paciente, siempre y cuando los equipos de salud los consideren en sus propias decisiones.

Referencias

(1) <https://www.minsal.cl/portal/url/item/8da19e5eac7b8164e04001011e012993.pdf>

(2) <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>

(3) Collao Juan F., Favereau Rafael, Miranda René, Aceitón Carolina. Daño asociado al uso de medicamentos en hospitales chilenos: análisis de prevalencia 2010-2017. Rev. Méd. Chile 2019 Abr;147(4): 416-425. dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000400416



Jorge Cienfuegos Silva

Químico Farmacéutico - Docente Universidad
Andrés Bello UNAB

PRÓLOGO

VIVENCIAS DE UN PACIENTE. MÉDICO EN UNA UCI COVID



Dr. Rodrigo Zenteno González

doctor.rodrigoz@gmail.com



Lo que a continuación narro corresponde a vivencias personales de una estadía, involuntaria por cierto, por alrededor de cuarenta y cinco días en la UCI COVID en que me debatí entre la vida y la muerte. Sin duda faltaran palabras para contarlo.

Todo empezó después de un lindo fin de semana en que de pronto me envolvió una extraña somnolencia agregándose los días siguientes cefalea y fiebre, quise hacerme creer que era una influenza y me fuí a hacer los exámenes de virus respiratorios donde di positivo para coronavirus.

El oxímetro no mentía, ese día empecé a desaturar ante lo cual mi hija Médico de UCI me solicitó un TAC pulmonar que mostró una neumopatía ante lo cual el Médico de urgencia decidió hospitalizarme en el "Piso Covid". Allí me visitó la Médico Jefe de la UCI quien se dio el tiempo para explicarme el eventual escenario que se venía. No olvidaré sus pala-

bras "Todo día que pasa es un día ganado". Su explicación denotaba optimismo y sabiduría lo me tranquilizó y me hizo confiar que estaba en buenas manos, tal como me lo había dicho mi hija que se formó y trabajó con ella.

Sabía que si pasaba los diez días, podría superar esta temible enfermedad, mas no fue así, al séptimo día empecé a desaturar, el medico broncopulmonar que me visitaba diariamente y que me examinaba con recelo para no contagiarse, indicó oxígeno dos litros que al día siguiente eran tres, además me mantenía voluntariamente en prono rogando no complicarme, sin embargo, nada funcionaba.

El día once de enfermedad, el broncopulmonar, indicó nuevo TAC de tórax que mostraba mayor compromiso pulmonar decidiendo mi traslado a la UCI Covid, donde me asignaron la sala 515 lo que no olvidaré fácilmente. Allí partí mi "calvario" primero con las punciones ar-

teriales, (iiiQue dolor!!!) luego la cánula de alto flujo la que me fue prácticamente insoportable por el aire cálido y la presión que entrega en una sala con un calor que hacía acrecentar mi angustia sospechando lo que se venía...la ventilación mecánica.

Y así fue. Nuevamente apareció la Médico Jefe esta vez para decirme que no estaba funcionando la cánula y que debía conectarme, yo le contesté con una mezcla de angustia temor y optimismo que confiaba plenamente en ella, a lo cual, amorosamente me asegura que todo saldrá bien. Acto seguido me pasa mi celular y me dice que haga la última llamada. ¿Última llamada? ¿Última llamada de mi vida? pensé en mi interior. Aún con un ápice de serenidad llamé a mi esposa para despedirme hasta solo cuando el Dios Padre lo dispusiera.

Luego me piden mi crucifijo, me siento desvalido y pregunto si voy a sentir dolor, me contestan que no sentiré nada aun así brotan lágrimas de mis ojos mientras me explican que me pondrán línea arterial, catéter venoso central, sonda vesical (iiiFuera pudor!!!), sonda nasogástrica etc. Es lo último que recuerdo y me sumo en un largo y profundo sueño.

Conectado a ventilación mecánica, y habiendo recibido altas dosis de bloqueadores neuromusculares mi nivel de conciencia era nulo. Me convertí en preocupación sublime de mi familia además de mis amigos, colegas y pacientes quienes diariamente me incluían en sus oraciones, incluso recibí diversas instancias de sanación a distancia. Todo suma dijo alguien por ahí con lo que yo concuerdo. Y en medio de mi inconciencia abrí mi cuerpo y alma para recibir todo tipo de ayuda...no quería morir solo quería vivir.

En víspera de navidad tras catorce días de ventilación mecánica, se me intenta extubar, sin embargo no lo toleré, por tanto se venía el siguiente paso, la traqueostomía, procedimiento que fue magistralmente realizado por la Médico jefe y el broncopulmonar. Rápidamente mejoré mis parámetros ventilatorios, sin antes recibir nuevas dosis de bloqueadores neuromusculares. El cambio terapéutico sin duda fue un acierto lo que permitió días más tarde iniciar la disminución de la sedación tras veinte días de ventilación mecánica.

De pronto empiezo a despertar, recupero paulatinamente mi nivel de conciencia en medio



de sueños y/o delirios. Mis recuerdos iniciales eran solo llorar y llorar...la impotencia me abrumaba, estaba muy asustado. Recibí la visita de mi esposa, no la conocí en un principio hasta que me habló y me acarició, no lograba entender su visita porque en medio de mis delirios, juraba que ambos estábamos muertos, si hasta tenía la fecha y hora de mi velatorio en las puertas de mi habitación y además había procedido a donar mis órganos.

Lloré de emoción al saber que estábamos vivos, quise hablar y me di cuenta que no podía hacerlo por la traqueostomía, quise abrazar a mi esposa pero las amarras de mis muñecas y la nula motilidad de mis brazos me lo impedían.

Los días que siguieron, fueron de infinito sufrimiento ya que a medida que recuperaba paulatinamente mi nivel de conciencia, me costaba diferenciar el día de la noche, no podía conciliar el sueño, la traqueostomía me impedía hablar y los menos tenían la paciencia o se daban el tiempo para "adivinar" lo que quería expresar, no podía mover mis extremidades superiores, solo mis dedos, no tenía un timbre de llamada para solicitar ayuda, y sentía que me ahogaba llegando muchas veces a pensar que me podía morir de un momento a otro. La tan necesaria aspiración de secreciones a través de la traqueostomía era para valientes y yo me confieso un cobarde, me provocaba un esfuerzo tan intenso que me hacía visualizar verdaderos estallidos hemorrágicos en mi cabeza que sentía que explotaba de un momento a otro. Escuchaba música pero la percibía distorsionada, mi visión era doble, veía la cara de las personas y al mismo tiempo la veía de cuerpo completo.

Fueron días angustiantes, añoraba la presen-

cia de los kinesiólogos, que para mí eran verdaderos ángeles estimulando el más mínimo movimiento logrado. ¡iiiQue maravilloso fue sentarme a la orilla de la cama!!! y mi primer "paradito" en que sentí que se cortaba el tendón de Aquiles y que decir de los primeros pasos aplaudidos como se hace con un niño que empieza a caminar.

De pronto me sentía muy solo casi abandonado, entonces rogaba al cielo tener a alguien a mi lado, ojalá de mi familia, mas los protocolos de la UCI COVID son tan estrictos que impiden una mínima relación médico paciente y aunque duela decirlo, son deshumanizantes. Solo había tiempo para ver y anotar desde fuera los registros de los monitores pero no me miraban por lo tanto no se daban cuenta si yo necesitaba algo. Cuando entraba una enfermera o un paramédico era generalmente para administración de medicamentos pero no siempre me hablaban y yo...quería que lo hicieran. Al no poder hablar ni mover mis manos, agradecía todo gesto de atención siempre con un guiño de ojos.

En un gesto lleno de humanidad, mi familia fue autorizada para visitarme, ellos me leían mis labios y adivinaban lo que quería expresar. Sus caricias y su compañía llegaron a convertirse en el mejor y más esperado momento del día. Los días siguientes fueron de gran avance, me instalan una válvula fonatoria...y pude hablar!!! Qué maravilla poder hablar y expresarme después de más de un mes sin hacerlo!!!. Aparece otro personaje adorable, el fonoaudiólogo quien reeduca mi voz y me enseña a deglutir, lo hago con temor no he recibido nada vía oral por semanas, amorosamente me consigue un helado de vainilla, mi favorito y pronto gracias a su paciencia empiezo a comer, quedando

atrás los preparados nutricionales parenterales.

De pronto se inicia el retiro del ventilador, confieso que me dio susto creí que no sería capaz de abandonarlo, que me cansaría y me ahogaría, se lo comenté a la enfermera de turno, ella me animó, le pedí que no quitara sus ojos de mí, ella accedió y me estimulaba con su pulgar desde afuera, de pronto estaba respirando solo, si solo no podía creerlo. Cerré los ojos y dí gracias a esa amorosa enfermera y a los dos ventiladores que utilicé por ayudarme a sobrevivir.

Bordeando los cuarenta días de hospitalizado en la UCI COVID y catalogado como no contagioso me trasladan a la UCI NO COVID donde mi estadía fue más amigable aunque aún no lograba dormir; pero podía expresarme y conversar con mis colegas. Me retiran la sonda vesical (iiiQue dolor!!!), la sonda nasogástrica, la línea arterial y el catéter yugular (Sentí mucho susto). Agradezco en silencio a todos esos elementos que invadieron mi cuerpo y contribuyeron a mi mejoría, suspiro y aquieto mi alma.

Posteriormente me dicen que me retirarán la traqueostomía, frente a mí la kinesióloga, la enfermera y el fonoaudiólogo. Me asusto, ¿sangraré? ¿Se cerrará el ostoma?, me tranquilizan y afortunadamente todo resulta exitoso aunque sentía las vibraciones de las cuerdas bucales en mi cuello.

Después de tres días soy trasladado a sala básica y en verdad es difícil de explicar mi alegría...se acercaba mi alta. Dicha alegría se vió opacada con la terrible noticia que familia había guardado hasta mi alta... mi madre había fallecido por COVID mientras yo estaba conectado al respirador...

Mi llegada a casa fue muy emotiva lloré y lloré, de rabia por haberme enfermado y haber vivido una verdadera pesadilla, lloré por la partida de mi Madre. Lloré de pena por haber ocasionado tanto dolor y preocupación a mi familia y lloré de agradecimiento por la labor del equipo de las UCI COVID al haberme entregado una segunda oportunidad de vida.

DR. RODRIGO ZENTENO GONZÁLEZ

EX PACIENTE DE UCI COVID

CONCEPCIÓN, MARZO DE 2021

GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD CLÍNICA DURANTE DESASTRES NATURALES: UNA TAREA COMPLEJA.



María Soledad Kappes Ramírez

Enfermera Matrona, Mg. Ciencias Médicas.
PhD© Universidad de Barcelona
Profesor asistente, Facultad de Cs. Para el cuidado de la Salud, Lago Panguipulli 1390
5501842, Puerto Montt, Chile
Universidad San Sebastian

mkappera12@alumnes.ub.edu



La gestión de calidad y seguridad clínica tuvo un hito marcado en el año 2000 por la publicación del libro *To err is human*. (1) Si bien conocíamos la ocurrencia de eventos adversos durante la hospitalización, no se dimensionaba su ocurrencia hasta la publicación de este libro en Estados Unidos. Así, en esta divulgación se establece la ocurrencia de 98.000 muertes al año por eventos adversos, cifra superior a muertes por otras causas comunes como accidentes de autos o cáncer de mama.

Luego, en 2018 se publica una revisión donde se determina que en 137 países se producen más muertes por servicios sanitarios inadecuados que por no tener acceso a ellos. (2) Queda claro que la seguridad clínica es un problema de salud pública, no sólo por la prevalencia de eventos adversos si no también por los gastos que significa para el sistema de salud. En este sentido, un estudio realizado en Chile (3) identifica que con relación a los pacientes con

cateter urinario permanente, los que desarrollan una infección del tracto urinario tienen un costo 4 veces mayor a los pacientes que también tienen cateter urinario permanente pero que no desarrollan la infección. Este sólo hecho justifica el gasto que pueden generar muchas estrategias de prevención, como campañas locales para aumentar la adherencia al lavado de manos, capacitaciones, etc.

Si bien todo lo anterior es un problema real, debemos agregar que nuestro país se ha visto enfrentado a muchos desastres naturales. En este contexto, durante un desastre natural es un desafío mantener un estándar de calidad que permita evitar eventos adversos. La Organización mundial de la salud (OMS) junto a las naciones unidas y el banco mundial en el año 2009 impulsan la campaña “hospitales más seguros” (4) con el fin de asegurar a la población durante la ocurrencia de un desastre natural el acceso a establecimientos de salud en funcio-

namiento durante y después de los desastres naturales. En este sentido, la implementación del índice de seguridad hospitalaria permite determinar la probabilidad de que un hospital o establecimiento de salud continúe funcionando en situaciones de emergencia. (5)

Este índice evalúa 145 aspectos que permiten clasificar los hospitales, según su puntaje, en 3 categorías. En la primera están los establecimientos de salud que protegen la vida de sus ocupantes y probablemente continuarán funcionando en situaciones de desastre. En la segunda categoría establecimientos que pueden permanecer en pie en casos de desastre, pero cuyo equipamiento y servicios críticos están en riesgo. En la tercera categoría establecimiento de salud que no garantiza la vida y seguridad de los ocupantes y tiene alta probabilidad de dejar de funcionar en casos de desastre. Cualquiera sea la categoría del hospital se requiere un trabajo sistemático para mejorar la capacidad de respuesta del personal y del establecimiento a los requerimientos antes, durante y después del desastre. (5)

De esta forma queda claro que dentro de la cultura de calidad y seguridad clínica lo más importante es la planificación y anticipación a los eventos de desastres naturales. Experiencias de Europa del este muestran claramente que sólo la preparación, revisión de condiciones locales y planificación ante desastres puede mantener los hospitales en funcionamiento ante una emergencia por desastre natural. (6) Una experiencia en este sentido es la preparación en estructura de equipos. En Japón, un país sísmico, se ha intencionado la instalación de un resonador magnético móvil, con un sistema sísmico incorporado. (7) Esta preparación cobra gran importancia para tener disponibili-

dad de este tipo de equipos luego de un evento sísmico importante donde se esperan víctimas masivas de trauma.

Más allá de la planificación y mitigación de riesgos en hospitales durante los desastres naturales, lo que está bien establecido por la Organización Mundial de Salud (OMS) (8) donde cada hospital debe tener una planificación estratégica en relación con los temas más sensibles de calidad y seguridad clínica en un desastre natural. Por ejemplo, la identificación de pacientes es uno de los temas más críticos en este sentido. Hay experiencias en Chile post terremoto donde los pacientes fueron evacuados a áreas de seguridad fuera del hospital (estacionamientos, helipuertos) y reforzando su identificación con rotuladores indelebles en las extremidades. Una medida sencilla como esta puede ser muy útil en pacientes que al momento del desastre se encuentran en tránsito (ambulatorios o pacientes que consultan en urgencia).

Otro tema sensible son los errores de medicación, que al perderse las áreas de almacenaje de medicamentos por paciente puede inducir a errores en la administración de medicamentos. Los farmacéuticos han estado involucrados también en la preparación para desastres, principalmente en garantizar la seguridad y el acceso a medicamentos durante la ocurrencia de éstos. (9) Al respecto experiencias locales muestran lo importante de rotular cada medicamento con identificador por paciente, que no incluya su cama o ubicación por los cambios que se pueden generar durante un desastre.

En relación con la prevención de infecciones asociadas a la atención en salud, especial importancia tiene los pacientes inmunocompro-



metidos, pacientes en unidades de cuidados intensivos adultos pediátricas y neonatales. El polvo que se puede generar producto de sismos de importancia o bien otros materiales que se pueden depositar como lodo, aguas lluvia y otros, productos de tormentas o huracanes puede constituir un peligro para estos pacientes. En este caso el desplazamiento de pacientes a refugios es la principal causa del aumento de infecciones. (10)

Para prevenir estos eventos es de vital importancia que los pacientes más susceptibles sean identificados y aislados en la medida de lo posible. Experiencias luego del Tsunami del año 2004 en el Océano Indico muestran que las infecciones por gram negativos son más frecuentes que las por gram positivos. Además, en pacientes con trauma e inmunocomprometidos destacaron las infecciones fúngicas y por

bacterias productores de betalactamasas de espectro expandido. En estos casos se ha sugerido establecer aislamiento de contacto preventivo a los pacientes al trasladarlos (por vía aérea o terrestre) desde las zonas de desastre a otros hospitales que estén en condiciones de recibirlos. Parece una medida racional y efectivamente puede ser muy útil hasta tener resultados de cultivos o la evolución clínica de los pacientes. (11) Otras revisiones se han centrado en las condiciones que pueden existir luego de grandes inundaciones y las mayores posibilidades de desarrollo de infecciones. Al respecto se han descrito brotes de *Aeromonas* y *Legionella* en hospitales inundados. De allí la importancia de la limpieza, desinfección por métodos estandarizados y la revisión exhaustiva antes de reabrir un hospital luego de un desastre. (12,13) La pandemia de COVID 19 nos ha dejado también muchas lecciones importantes. La diná-

mica necesaria para reconvertir camas, que requiere de personal entrenado previamente, de repensar la asignación de camas críticas según distribución geográfica de la población (14) y del ajuste de espacios y equipos.

Todo lo anterior reafirma la necesidad de una gran planificación para eventuales escenarios de desastres naturales los cuales deberían incluir un plan nacional, pero también planes regionales de acuerdo a los riesgos de cada localidad (ejemplo erupciones volcánicas o aluviones). El desafío será anticiparse a los problemas estructurales, a la escasez de personal sanitario (muchos pueden ser víctimas propias del desastre) como estrategia fundamental para asegurar la calidad y seguridad clínica durante y después de la ocurrencia de un desastre.

Bibliografía

- 1.- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press (US).
- 2.- Kruk, M. E., Gage, A. D., Joseph, N. T., Danaei, G., García-Saisó, S., & Salomon, J. A. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet* (London, England), 392(10160), 2203–2212. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31668-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31668-4)
- 3.- Kappes Ramirez M. S. (2018). Urinary Tract Infection: Cost Study. *Hospital topics*, 96(2), 42–46. <https://doi.org/10.1080/00185868.2017.1406288>
- 4.- OMS | Hay que actuar urgentemente para proteger los hospitales de los peligros naturales. (2021). Retrieved 14 March 2021, from https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/disaster_day_20091014/es/
- 5.- Minsal (2021). Índice de Seguridad Hospitalaria. Retrieved 14 March 2021, from <https://degreyd.minsal.cl/indice-de-seguridad-hospitalaria/#:~:text=El%20%C3%8Dndice%20de%20Seguridad%20Hospitalaria,funcionando%20en%20situaciones%20de%20emergencia>
- 6.- Radovic, V., Vitale, K., & Tchounwou, P. B. (2012). Health facilities safety in natural disasters: experiences and challenges from South East Europe. *International journal of environmental research and public health*, 9(5), 1677–1686. <https://doi.org/10.3390/ijerph9051677>

- 7.- Akutsu, H., Yamamoto, T., Masuda, Y., Ishikawa, E., Masumoto, T., Matsuda, M., & Matsumura, A. (2015). Movable intraoperative magnetic resonance imaging incorporating a seismic system. *Clínica neurology and neurosurgery*, 135, 57–61. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2015.05.003>
- 8.- Organización Panamericana de la salud (2000). *Fundamentos para la mitigación de desastres en establecimientos de salud* Retrieved 14 March 2021, from http://www.hospital-seguro.cl/documentos/libro_vulnerabilidad_ops.pdf
- 9.- Aruru, M., Truong, H. A., & Clark, S. (2021). Pharmacy Emergency Preparedness and Response (PEPR): a proposed framework for expanding pharmacy professionals' roles and contributions to emergency preparedness and response during the COVID-19 pandemic and beyond. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*, 17(1), 1967–1977. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.04.002>
- 10.- Nawfal Dagher, T., Al-Bayssari, C., Diene, S. M., Azar, E., & Rolain, J. M. (2020). Bacterial infection during wars, conflicts and post-natural disasters in Asia and the Middle East: a narrative review. *Expert review of anti-infective therapy*, 18(6), 511–529. <https://doi.org/10.1080/14787210.2020.1750952>
- 11.- Uçkay, I., Sax, H., Harbarth, S., Bernard, L., & Pittet, D. (2008). Multi-resistant infections in repatriated patients after natural disasters: lessons learned from the 2004 tsunami for hospital infection control. *The Journal of hospital infection*, 68(1), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2007.10.018>
- 12.- Apisarnthanarak, A., Warren, D. K., & Mayhall, C. G. (2013). Healthcare-associated infections and their prevention after extensive flooding. *Current opinion in infectious diseases*, 26(4), 359–365. <https://doi.org/10.1097/QCO.0b013e3283630b1d>
- 13.- Apisarnthanarak, A., Mundy, L. M., Khawcharoenporn, T., & Glen Mayhall, C. (2013). Hospital infection prevention and control issues relevant to extensive floods. *Infection control and hospital epidemiology*, 34(2), 200–206. <https://doi.org/10.1086/669094>
- 14.- Palamim, C., & Marson, F. (2020). COVID-19 - The Availability of ICU Beds in Brazil during the Onset of Pandemic. *Annals of global health*, 86(1), 100. <https://doi.org/10.5334/aogh.3025>

LLAMADO PRELIMINAR DE CONCURSO DE VIDEO



La COMUNICACIÓN y la SEGURIDAD del PACIENTE en 40 segundos



SÓLO PUEDEN PARTICIPAR TRABAJADORES DE LA SALUD

PREMIOS

1er lugar USD 1.500.-
2do lugar USD 1.000.-
3er lugar USD 500.-

RECEPCION HASTA EL
31 DE JULIO DE 2021

revista@fspchile.org



Bases en www.fspchile.org

BASES PRELIMINARES de CONCURSO de VIDEO

“La Comunicación y la Seguridad del Paciente en 40 segundos”

1. Podrán participar SÓLO funcionarios de la Salud de cualquier parte del mundo, ya sea individualmente o en equipos (“el participante”). No pueden participar personas jurídicas.

2. La temática de los videos SÓLO debe estar relacionada con: “La comunicación y la Seguridad del Paciente”

3. Los VIDEOS deben ser inéditos y no superar los 40 segundos.

4. De las imágenes y audio: El material audiovisual presentado debe ser de autoría propia, y en el caso de agregar imágenes y/o música, estos deben contar con los derechos respectivos para su uso legal o las referencias claras y precisas de material de uso gratuito. Considerar y respetar todos los aspectos de la Ley de Deberes y Derechos del Paciente de la República de Chile.

5.- Formato del Video

1. El video creado debe ser grabado en formato digital

2. Orientación horizontal

3. Duración máxima 40 segundos

4. Puede ser cualquier formato posterior al año 2010

5. Resolución mínima 720x480

6. El video debe contener: Título de la obra, Pseudónimo de/los autores, créditos de música e imágenes.

7. Idioma oficial español o subtulado al español.

6. Cada participante puede presentar un video, el que se debe enviar al correo revista@fspchile.org

El archivo debe estar individualizado con el seudónimo del autor.

El resto de los datos se adjuntarán en una ficha que se puede descargar en www.fspchile.org

Se debe acreditar ser funcionarios de la Salud, con certificado de título del autor o contrato de trabajo o certificado de la SIS.

7. El plazo de recepción se abrirá el 1 de Julio de 2021 y cerrará impostergablemente el 31 de Julio del 2021 a las 24:00 hrs hora de Chile. Se comunicará a los ganadores en Ceremonia Oficial del día Internacional de la Seguridad del Paciente en el mes de septiembre del 2021.

8. El jurado estará integrado por personas relacionadas con las comunicaciones, artes y las letras nacionales, por definir, quienes contarán con la colaboración de un comité de preselección coordinado por los organizadores.

9. El jurado seleccionará veinte videos finalistas, de los cuales dirimirá un Primer Lugar, un Segundo Lugar, un Tercer Lugar entre todos quienes hayan participado.

Premios:

1er lugar: USD 1.500

2do lugar USD 1.000

3er lugar: USD 500

10. Luego de la ceremonia de premiación, los 20 videos finalistas serán publicados en la página web de Fundación para la Seguridad del Paciente.

11. No se devolverán los videos recibidos.

12. Los videos deben tener el carácter de originales (de autoría propia) e inéditos (no haber sido publicados antes en cualquier formato). En caso de infringirse lo anterior, el participante será responsable por todo tipo de daños y los organizadores podrán ejercer las acciones judiciales, civiles o penales, que correspondan.

13. La sola participación en el concurso significará la aceptación de estas bases y otorga el derecho exclusivo, gratuito, sin límite temporal ni territorial a los organizadores para que, sin fines de lucro, ejerzan todos los derechos señalados en el art. 18 de la Ley N° 17.336, y, especialmente, puedan editar, publicar, distribuir, traducir, transformar, adaptar y reproducir en cualquier medio las obras participantes. Todos los videos recibidos podrán ser utilizados como material educativo por Fundación para la Seguridad del Paciente – Chile.

14. Para seleccionar a los ganadores, el jurado tendrá en cuenta los siguientes criterios principales:

- Temática del video

- Creatividad de los editores y originalidad del video

15. Bases en Notaría Bustos. Paseo Arauco N° 620. Fono 42-283 5276 – Chillán.

16. Preguntas a hugoguajardo@fspchile.org

ESTANDARIZACIÓN DE PROCESOS EN UN SERVICIO DE FARMACIA



QF Ximena Alarcón Trujillo

Jefe de Farmacia y Abastecimiento Hospital Clínico del Sur - Concepción - Chile
Docente Carrera de Química y Farmacia Universidad San Sebastián.

xalarcon@hcdelsur.cl



Los medicamentos son una de las herramientas terapéuticas más utilizadas en la práctica de la medicina, constituyendo un bien de consumo esencial para el desarrollo de los países. Para la obtención de los beneficios que pudiese conllevar la aplicación de un medicamento, se debe precaver su uso apropiado, considerando una correcta prescripción, una apropiada dispensación y su oportuna administración.

El proceso que sigue un medicamento, desde su elaboración hasta su utilización, está conformado por diversas etapas, cada una de las cuales requiere de la participación de profesionales de la salud, tales como Médicos, Enfermeras, Químicos Farmacéuticos, Auxiliares y técnicos, que participan activamente en la búsqueda de la mejor alternativa terapéutica para la prevención, tratamiento y restablecimiento de la salud de un paciente.

Además, en última instancia el paciente tam-

bién es requerido en este proceso, ya que se le pedirá que, en una actitud de autocuidado y responsabilidad, utilice el medicamento siguiendo atentamente las instrucciones recibidas. Así, desde una óptica integral del uso de medicamentos, todas las personas estamos llamadas a propiciar un uso racional y apropiado de éstos.

PROCESO DE MEDICACIÓN O SISTEMA DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS.

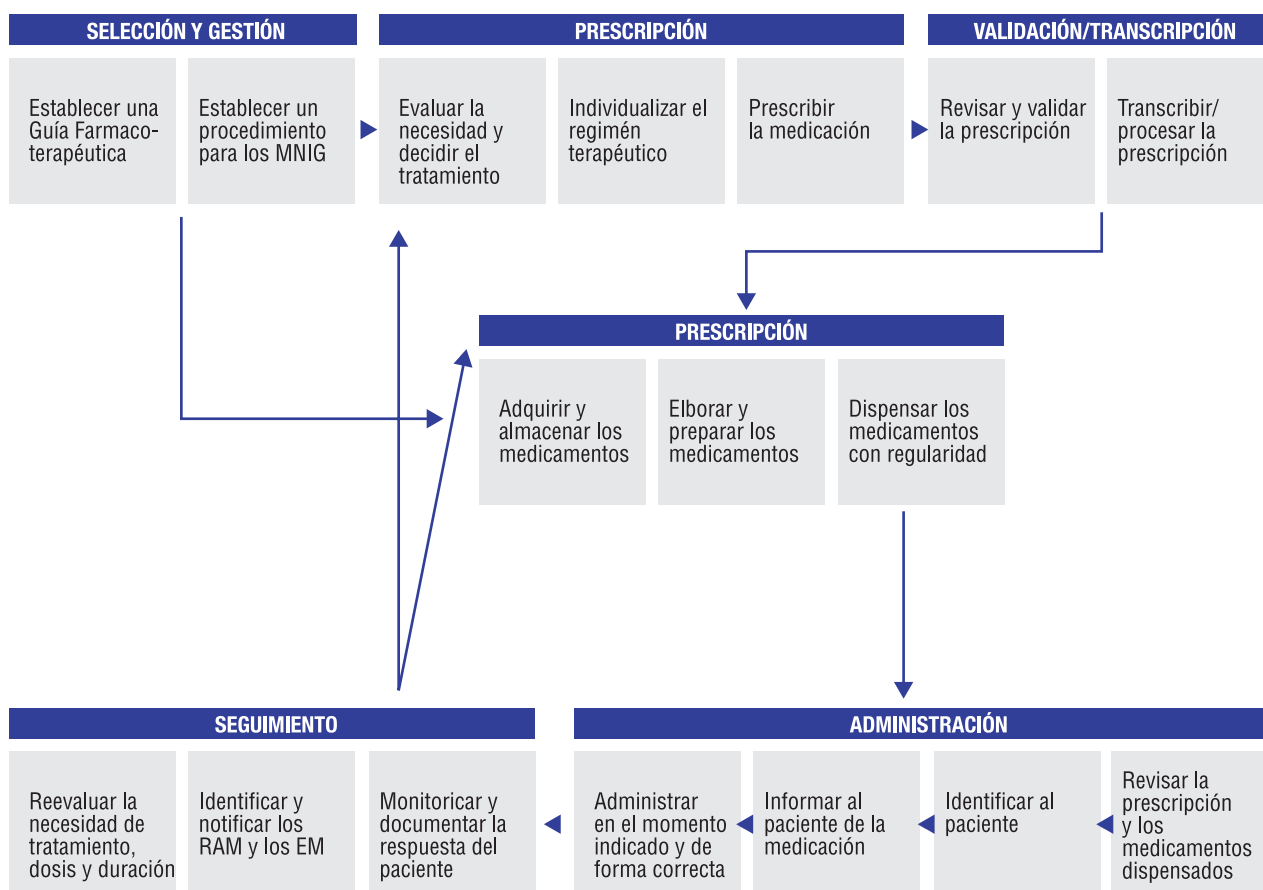
Se llama así a un conjunto de etapas interrelacionadas entre sí, cuyo objetivo es lograr el uso racional de los medicamentos, las etapas que contempla este proceso son:

- Selección
- Prescripción
- Validación / Transcripción
- Dispensación

- Administración
- Seguimiento

Dentro de cada una de las etapas existen distintos responsables y actividades relevantes a cumplir en cada una, tal como lo muestra en la siguiente gráfica.

ETAPAS DEL PROCESO Y ACTIVIDADES RELEVANTES DE CADA UNO.



El objetivo del proceso de medicación es el **Uso Racional de Medicamentos**, el cual es definido por entidades sanitarias internacionales como:

“Cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad” (OMS, Nairobi 1985).

La primera etapa del PROCESO DE MEDICACIÓN es la SELECCIÓN que, de acuerdo con la OMS, es un “proceso continuo, multidisciplinario y participativo que debe desarrollarse basado en la eficacia, seguridad, calidad y costo de los medicamentos a fin de asegurar el uso racional de los mismos”.

Todo modelo o procedimiento para la gestión

de la selección de medicamentos debería apoyarse en una metodología potente para que pudiese ser aplicada sin sesgos, es decir, basada en criterios establecidos por expertos, quedando entonces la responsabilidad de la utilización segura y efectiva de los medicamentos en los hospitales en el Comité de Farmacia y Terapéutica (CFT), responsable entonces de la etapa de la selección.

En esta etapa es relevante la definición de criterios a considerar, como los que se indicarán a continuación, pero hoy toma una gran importancia además el concepto de seguridad, tanto desde el punto de vista intrínseco del medicamento, (medicamentos de alto riesgo, relación dosis/efecto tóxico, alto índice de efectos adversos, incompatibilidades, etc.), como otras condiciones tales como: presentaciones similares, almacenamiento inadecuado, faltas de definición de protocolos, deficientes sistemas de control, entre otros, que pueden representar riesgos de errores en la etapa de la dispensación.

ALGUNOS CRITERIOS GENERALES DE INCLUSIÓN:

- Efectos adversos
- Eficacia/efectividad clínica
- Respaldos técnicos
- Costos
- Interacciones
- Farmacocinética
- Indicaciones aprobadas
- Perfil de seguridad
- Relación costo/beneficio
- Simplificación de la individualización posológica (versatilidad en las formas de dosificación).
- Mejora de la dispensación individualizada

de medicamentos (Dosis Unitarias)

- Promoción de especialidades farmacéuticas genéricas

ALGUNOS CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Bajo consumo durante el periodo anual anterior
- Retirada del mercado farmacéutico
- Eliminación de duplicidad de equivalentes terapéuticos
- Disponibilidad de alternativas de mayor seguridad
- Disponibilidad de alternativas más eficaces y/o de mejor relación beneficio/costo
- Medicamento predominantemente de uso extra hospitalario
- Preparados magistrales

Esta etapa de Selección se materializa en la elaboración de la Guía Farmacoterapéutica, (GFT), de las instituciones de salud.

Dentro de esta etapa y en relación con el concepto de seguridad se deben considerar los siguientes criterios:

- 1.- Simplificar.**
- 2.- Evitar cambios innecesarios.**
- 3.- Facilitar el uso seguro de los medicamentos.**

1.- Simplificar.

La complejidad favorece los errores.

- Debe primar una política de mínimos que supone limitar el número de principios activos y de especialidades disponibles en la GFT.
- Evitar la variedad de concentraciones de un mismo principio activo en el hospital, especialmente de medicamentos de alto ries-

go, y la duplicidad de marcas comerciales para las mismas presentaciones.

- Evitar presentaciones similares de medicamentos.

2.- Evitar cambios innecesarios.

Cuando se evalúa un nuevo medicamento equivalente en eficacia a otro, es importante considerar el factor error que conlleva todo cambio y no guiarse sólo por criterios económicos.

3.- Facilitar el uso seguro de los medicamentos.

Considerar ciertas características del mismo que pueden facilitar su utilización correcta, como puede ser que presente una dosificación sencilla, que no precise manipulaciones antes de su administración, etc. ,en la selección de especialidades farmacéuticas se deben valorar, por ejemplo, las especialidades re envasadas en dosis unitarias o las formas farmacéuticas listas para su uso (jeringas precargadas).

DISPENSACIÓN

El proceso de dispensar medicamentos es el conjunto de actividades que se llevan a cabo en el Servicio de Farmacia con el objetivo de contribuir a recuperar la salud de los pacientes entregando los medicamentos indicados por el profesional.

Una vez gatillado el proceso de Dispensación de Medicamentos, posterior a la prescripción médica, corresponde la etapa de revisión y validación de la prescripción, actividad realizada por el Químico Farmacéutico; considera la recepción y revisión de la receta con la finalidad de poder validar que la indicación cumple con las condiciones de forma y fondo necesarias,

es decir, con el Conjunto Mínimo Básico de datos requerido para la calidad y seguridad de la dispensación y para verificar que lo indicado tenga una correlación entre el diagnóstico y la terapia prescrita.

TIPOS DE DISPENSACIÓN EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD:

- Reposición de stock
- Petición individualizada por paciente
- Entrega directa a pacientes
- Sistema dosis unitaria (SDMDU)

REPOSICIÓN DE STOCK:

Sistema tradicional, donde las unidades clínicas tiene botiquines de medicamentos, (Autorizados por la Seremi), bajo responsabilidad de enfermería y luego de utilizados se solicita reposición al servicio de farmacia.

PETICIÓN INDIVIDUALIZADA POR PACIENTE:

La unidad clínica solicita la medicación en forma individualizada al Servicio de farmacia quien la dispensa en forma global o individualizada por paciente.

En los dos sistemas ya mencionados, el farmacéutico no tiene acceso a la indicación médica, por lo que existe alta posibilidad de errores.

ENTREGA DIRECTA A PACIENTES:

Utilizado en atención ambulatoria, directa entrega de la medicación al paciente, lo cual conlleva a un riesgo mayor asociado a errores, ya que a diferencia de la atención hospi-

talaria, es el mismo paciente quién realiza la etapa de la administración.

Todo lo anterior supervisado por el profesional Químico Farmacéutico, por lo que se logra:

SISTEMA DOSIS UNITARIA (SDMDU):

Acto profesional farmacéutico de proveer a la unidad de enfermería, una cantidad de medicamento suficiente para una dosis, en un compartimento individual y en el momento oportuno, previo a la administración programada.

El SDMDU es el sistema que mejor garantiza que el medicamento prescrito llegue al paciente al que ha sido destinado, ya que se basa en la receta médica de cada paciente en forma individual, a través de 3 principios:

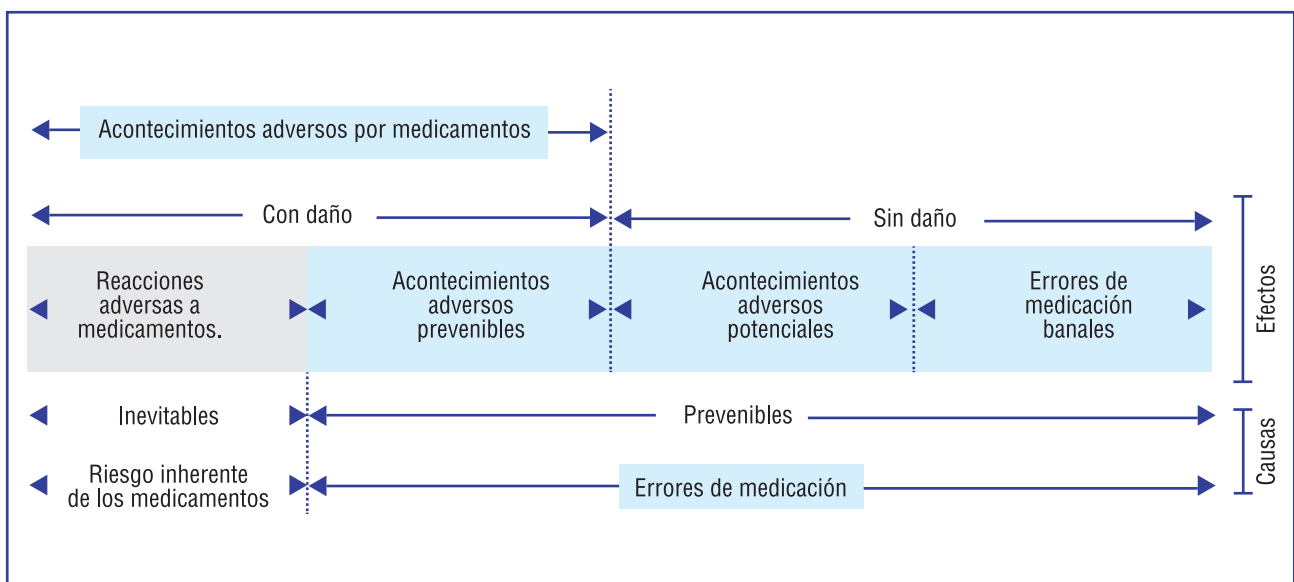
- La interpretación de la receta médica de cada paciente.
- La dispensación de los medicamentos en envases de Dosis Unitaria.
- El seguimiento y análisis del perfil fármaco-terapéutico de cada paciente.

- Garantizar que la dosis suministrada al paciente es la requerida.
- Eliminar o minimizar inventarios de medicamentos en las unidades clínicas
- Mejorar y facilitar el control de la medicación.

SEGUIMIENTO

Corresponde a la última etapa del proceso de medicación, una vez que el fármaco ha sido administrado al paciente y donde las alternativas de resultados son:

- Resultado terapéutico esperado.
- Acontecimientos adversos de medicamentos:
 - > Prevenibles: Errores de medicación (EM)
 - > No prevenibles: Reacciones adversas a medicamentos (RAM)



En la pasada década se ha producido un cambio importante en el concepto de la seguridad de la terapéutica farmacológica. Este cambio ha supuesto reconocer que los medicamentos, además del riesgo intrínseco que tienen de producir reacciones adversas cuando se utilizan de forma apropiada, provocan también numerosos eventos adversos causados por fallos o errores que se producen durante el complejo proceso de su utilización clínica, los denominados errores de medicación.

Uno de los principales conceptos que se ha introducido, para abordar la prevención de errores, ha sido reconocer que los errores se producen fundamentalmente por la existencia de fallos latentes en el diseño, equipamiento y organización de los sistemas (system approach) y no por incompetencia o fallos de los individuos (person approach).

Desde esta perspectiva de “sistema”, se entiende que la seguridad de un determinado sistema es una propiedad de este que resulta de sus características de diseño y organización, por lo que para hacerlo más seguro y reducir los errores es necesario modificar sus características. Para ello, en el ámbito sanitario habría que aplicar los fundamentos del análisis de sistemas a la práctica asistencial en todas las etapas del proceso de medicación.

El National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) define los errores de medicación (EM) como:

“Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor”.

Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos. En otras palabras, un EM es cualquier incidente prevenible que se produce en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos (drug-use-system errors), que incluyen la selección, prescripción, transcripción, dispensación, administración y seguimiento de los tratamientos, y que puede causar o no daño al paciente.

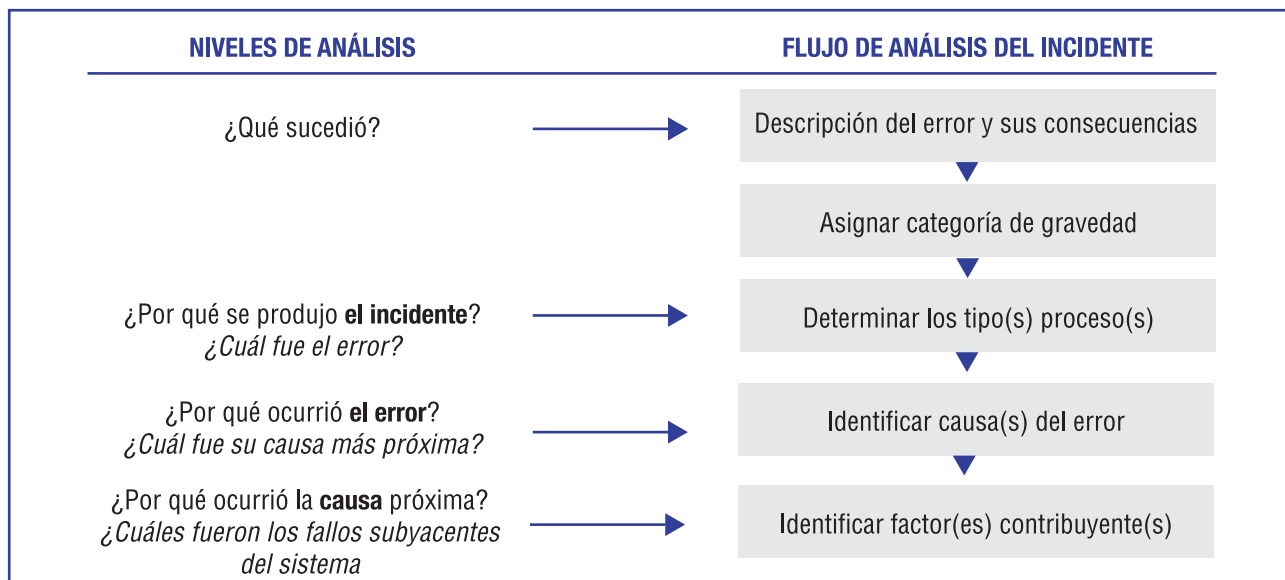
Las estrategias de **prevención de los EM** se basan en una serie de principios:

- Analizar los errores de medicación como errores de sistema.
- Crear una cultura de seguridad no punitiva que permita aprender de los errores

Es necesario también asumir que la mejor forma de mejorar los sistemas y prevenir los errores radica en analizar los propios EM que se producen, con el fin de identificar las causas que los originan, para ello es preciso crear un ambiente profesional no punitivo que deseche la idea de culpabilidad y favorezca la comunicación de los errores que se producen, el análisis de sus causas y la discusión de las estrategias necesarias para evitarlos.

En el contexto sanitario, esto supone un enorme cambio cultural, puesto que, en el ámbito de la medicina siempre se ha tendido a ocultar los errores por temor al desprestigio profesional y a las posibles sanciones, para ellos

es necesario implementar sistemas de análisis y mejoras una vez producidos los errores.



Otra herramienta útil a utilizar una vez determinado el EM, es clasificarlos según tipo y gravedad, ya que permite, focalizar acciones de mejora según lo que ocurre con mayor fre-

cuencia; esta clasificación puede ser según la **gravedad de las posibles consecuencias** para el paciente o tipo de error ocurrido.

POR GRAVEDAD:

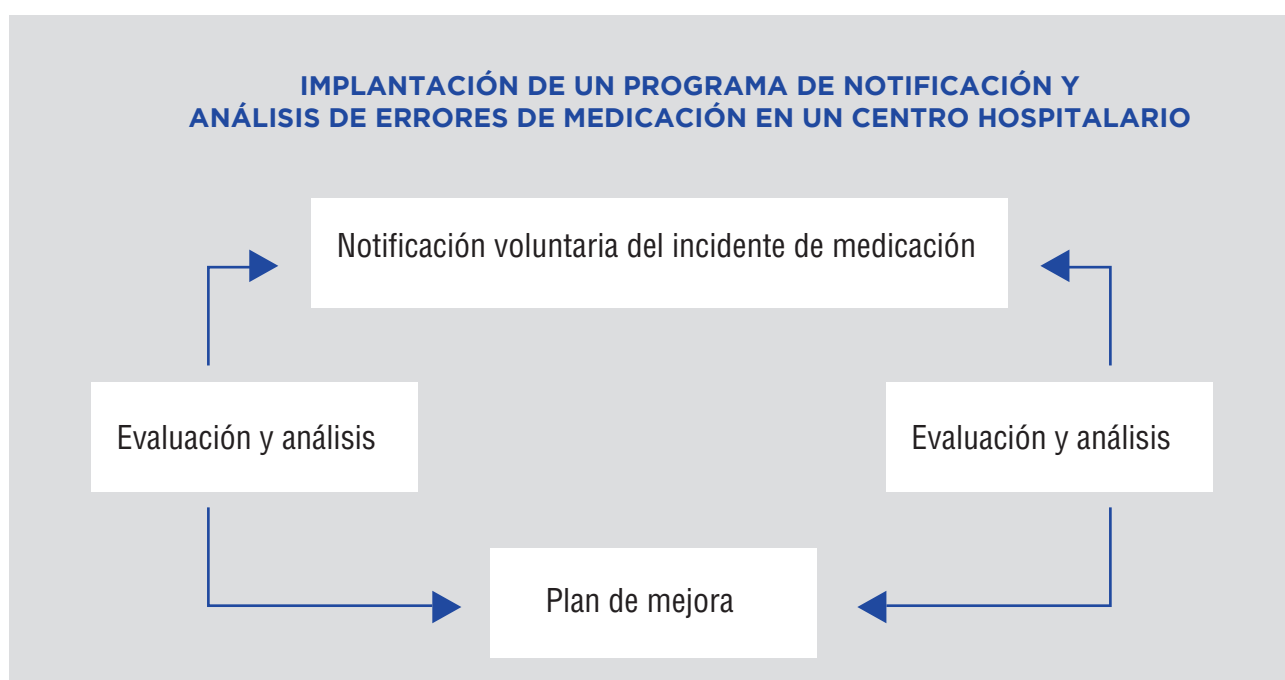
CATEGORÍA		DEFINICIÓN
Error potencial	Categoría A	Circunstancias o incidentes con capacidad de causar error.
Error sin daño	Categoría B	El error se produjo, pero no alcanzó al paciente.
	Categoría C	El error alcanzó al paciente, pero no le causó daño.
	Categoría D	El error alcanzó al paciente y no le causó daño, pero precisó monitorización y/o intervención para comprobar que no había sufrido daño.
Error con daño	Categoría E	El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó intervención.
	Categoría F	El error contribuyó o causó daño temporal al paciente y precisó o prolongó la hospitalización.
	Categoría G	El error contribuyó o causó daño permanente al paciente.
	Categoría H	El error comprometió la vida del paciente y se precisó asistencia médica para mantener su vida.
Error mortal	Categoría I	El error contribuyó o causó la muerte del paciente.

POR TIPO:

Error en dosis, omisiones, vía incorrecta, hora incorrecta, error de dosis, error de presentación, entre otra.

De acuerdo con lo descrito, es de real importancia que cada institución de salud tenga

protocolizada la etapa del seguimiento, es decir, definidos sistemas ya sea activos o pasivos de detección de EM, con adecuados sistemas de notificación, análisis de los errores, generación de acciones correctivas, logrando así evitar la ocurrencia de nuevos eventos adversos.



FARMACOVIGILANCIA (FV).

Se define de acuerdo a las disposiciones del DS MINSAL CHILE N° 03/2010, como “un conjunto de actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos asociados al uso de los medicamentos”, esta actividad se desarrolla en el país a través del Centro Nacional de Información de Medicamentos (CENIMEF) del Instituto de Salud Pública, quien desarrolla el programa nacional de FV, para lo cual recibe notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM), reportadas

por los profesionales de la salud del país, contribuyendo de esta manera, a la evaluación permanente y sistemática del perfil de seguridad de los medicamentos utilizados por la población nacional, estos reportes son evaluados y procesados por un comité de experto.

La normativa que regula esta actividad es la NT 140, la Farmacovigilancia, entre sus objetivos, persigue:

- Conocer la realidad de las RAM en la población chilena
- Detectar aumentos en la frecuencia de ciertos efectos adversos

-
- Identificar y evaluar los factores de riesgo que determinan su aparición
 - Prevenir que los pacientes sean afectados innecesariamente por fármacos potencialmente riesgosos
 - Como consecuencia, promover el USO RACIONAL Y SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS.

COMUNICAR AL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

Los profesionales de la salud tienen el deber de comunicar al Instituto, todas las sospechas de reacciones adversas de las que tengan conocimiento y que pudieran haber sido causadas por un determinado producto farmacéutico, la misma obligación recaerá en el Director Técnico de los establecimientos asistenciales, el cual tiene es el encargado de la FV, debiendo mantener un registro actualizado de estos eventos y los titulares de los registros sanitarios deben implementar y mantener un sistema de Farmacovigilancia, para recibir, registrar y tratar en un archivo único la información sobre las presuntas reacciones adversas y están obligados, además, a mantener información actualizada sobre el perfil de seguridad del medicamento registrado.

Se debe notificar las sospechas de RAM que involucren a todos los medicamentos incluyendo vacunas, productos biológicos, biotecnológicos, radiofármacos, fitofármacos, productos homeopáticos y gases medicinales, siempre se debe dar prioridad a las reacciones adversas graves o inesperadas y a todas aquellas de medicamentos de reciente comercialización en el país.

Los tiempos para la notificación están establecidos, siendo 72 horas de la toma de conocimiento para las sospechas de RAM graves (serias) a medicamentos, y las que no estén consideradas como graves, deberán notificarse dentro del plazo de 30 días.

BIBLIOGRAFIA

- MINSAL División de políticas públicas saludables y promoción Dpto. de políticas farmacéuticas y profesiones médicas.

- FARMHOSP (Madrid) Vol. 27. N.º 4, pp. 264-270, 2003 SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS.

- Norma general técnica N° 140. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. NCCMERP Taxonomy of medication errors, 1998. [citado 15 de marzo 2003]. www.nccmerp.org/aboutmederrors.ht

- 76. Hartwig SC, Denger SD, Schneider PJ. Severity-indexed, incident report-based medication error-reporting program. *Am J Hosp Pharm* 1991;48:2611-6.

- Consultoría para la Estandarización de Procesos de Redes Asistenciales MINSAL

- Organización Mundial de la Salud. Guía de la Buena Prescripción. Programa de Acción sobre Medicamentos esenciales, 1994.

LA CALIDAD DE LA FASE PREANALÍTICA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



MC EHDL Aurora Muñoz Pedraza / KaizenLab Mexico

Egresada de la BUAP Facultad de Ciencias Químicas
AVL Society Instituto de Hematopatología
Master en Laboratorio Clínico UPF Barcelona
Miembro Voluntario y Experto técnico CLSI
Programa de mejora continua en laboratorios clínicos CAP

kaizenlabmexico@gmail.com



La importancia de enfocar estos criterios está basada en ese 70% de todas las decisiones médicas las cuales están basadas en los resultados de las pruebas obtenidas por el laboratorio.

Se tiene registrado que de un 66% - 70% de los errores de laboratorio ocurren durante la fase preanalítica.

El principal propósito de la atención médica es mantener o mejorar la salud de los pacientes. Con la introducción de nuevas tecnologías, medicamentos y tratamientos, la atención médica se vuelve más compleja. Existe cada día una creciente conciencia de que los factores humanos y sistémicos pueden dañar a los pacientes a través de eventos adversos prevenibles. Los errores médicos y de auxiliares de diagnóstico los cuales incluyen al laboratorio clínico provocan estos efectos adversos son un tema de acción importante para los sistemas

sanitarios en todo el mundo. Hasta el 70% de todas las decisiones médicas se basan en los resultados de las pruebas de laboratorio y hasta el 66% de los errores de diagnóstico se producen durante la fase preanalítica. Es por eso que estos errores tienen el potencial de causar un gran daño a los pacientes.

LOS ERRORES PRE ANALÍTICOS UN GRAN DESAFÍO.....

Para la Unión Europea, América Latina y el mundo entero, hay mucho por hacer para evitar errores preanalíticos en los servicios de atención del Laboratorio Clínico. Uno de los grandes dolores de cabeza es la hemólisis. Es, con mucho, el error preanalítico más frecuente y el principal motivo de rechazo de las muestras. ¿Qué le sucede a una muestra hemolizada? La alteración en los glóbulos rojos se rompe y liberan hemoglobina y otros componentes

intracelulares al plasma o suero. ¿Por qué se hemolizan las muestras de sangre? Las causas incluyen la extracción incorrecta de sangre, utilización de dispositivos incorrecto, llenado insuficiente de los tubos, agitación incorrecta de las muestras y el uso de catéteres intravenosos para recolectar muestras de sangre. La hemólisis puede dar lugar a resultados poco fiables, retrasos en el diagnóstico y daños que pueden llegar a ser evitables a los pacientes. Es importante que todos los laboratorios estandaricen metodologías de extracción de muestras de sangre con los dispositivos adecuados, aunado a correctas técnicas en la utilización de los mismos por parte del personal del área de la salud quien realiza las tomas de muestra, esto permitirá asociar valores de corte del índice de hemólisis con adecuadas técnicas de detección. Ya que al considerarse una afectación basada en la detección visual es muy poco fiable y extremadamente inconsistente.

Las tasas más altas de hemólisis se encuentran en los servicios de urgencias, con un 65% de las muestras rechazadas por este motivo. El área de urgencias es el departamento del hospital donde ocurren la mayoría de los errores preanalíticos (por ejemplo, identificación errónea del paciente). En 2018 se documentó que es más difícil identificar la hemólisis con las pruebas en el punto de atención (POCT) que las pruebas realizadas en laboratorios centrales, ya que las primeras pasan por un proceso previo de revisión y centrifugación antes de tener ingreso a cualquier tipo de equipo. A su vez ha crecido el uso de la tecnología POCT (Pruebas de laboratorio en un lugar de asistencia) como en los entornos clínicos del servicio de urgencias, el papel de la fase preanalítica en la POCT puede, por tanto, plantear un desafío cada vez mayor.

ES POSIBLE MEDIR LA CALIDAD PREANALÍTICA

Los indicadores de calidad preanalíticos se utilizan para medir el desempeño en el servicio de urgencias, áreas de hospitalización y consulta externa. Debe ser considerado como el indicador de calidad más importante para los sistemas de salud en forma global, junto con el tiempo de respuesta en la atención de servicio, toma de muestra, procesos analíticos, liberación y validación de resultados. Aunque las definiciones varían, lo que debemos considerar para definir este indicador es el tiempo desde que se solicita la prueba hasta que se informan los resultados. Es muy ambiguo conocer el tiempo de muestreo exacto, y esto es importante para calcular la respuesta en los tiempos de atención. Algunos valores de referencia están correlacionados con la hora del día y se necesita un tiempo de muestreo para calcular las dosis del fármaco, condiciones metabólicas del paciente entre otras variantes. Sin embargo, los laboratorios clínicos no manejan una forma estandarizada de usar indicadores de calidad para medir el desempeño del laboratorio durante el proceso de prueba total.

PREVENCIÓN DE ERRORES Y MEJORA DE LA CALIDAD PREANALÍTICA

Existen soluciones para reducir los errores preanalíticos y lograr un impacto positivo en la seguridad del paciente. Una mejor gestión de la hemólisis requiere el uso de sistemas de detección automática en lugar de basarnos en lo comúnmente usado como la identificación visual, definiendo valores de corte del índice de hemólisis basados en datos biológicamente variables en lugar de utilizar un punto de corte

para todas las pruebas y todos los pacientes e informar a los médicos la opción de aceptación y rechazo de las muestras, así como cuando los resultados proceden de muestras hemolizadas. Si no se dispone de sistemas de detección automática, el laboratorio debe utilizar una tabla de colores para la identificación visual.

La importancia de conocer el tiempo de muestreo para mejorar así el tiempo de respuesta en atención del servicio ayuda a garantizar la estabilidad de la muestra. El tiempo exacto de muestreo debe documentarse e incluirse con cada muestra. Así los tiempos de respuesta serán más rápidos y pueden conducir a un tratamiento más oportuno y mejores resultados clínicos.

Referencias

Four perspectives on preanalytics and patient safety
BD participated in the 5th European Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (EFLM) conference on preanalytical phase in Zagreb, Croatia 22-23 March 2019. At the conference, we met Mr Steve McManus, Prof Ana-Maria Simundic, EFLM conference chair, Prof Mario Plebani and Dr Alexander von Meyer, member of the EFLM conference scientific committee. Prof Simundic and Dr von Meyer belong to the EFLM Working Group for Preanalytical Phase (WG-PRE). They gave us their views on patient safety, the preanalytical phase and its impact on the emergency department (ED)

V Congreso Internacional
Seguridad del Paciente
VERSIÓN ONLINE

2º Encuentro Latinoamericano de Enfermería

1er Encuentro Latinoamericano de Tecnología Médica

1er Encuentro Latinoamericano de Químicos Farmacéuticos



Inscripción gratuita a todos los eventos

9, 10 y 11 | JUNIO
2021

Plataforma:



Con la Colaboración y Apoyo de:



V Congreso Internacional en Seguridad del Paciente

Apúcia: Facultad de Economía y Negocios, Universidad de Chile - Santiago de Chile

10 y 11 de Junio 2021

JUEVES 10 DE JUNIO 2021

- 09:00 / **Ceremonia Inaugural**
Dr. Hugo Guajardo G. | CEO FSP Chile
Sr. José De Gregorio R.
Decano Facultad Economía y Negocios
Universidad de Chile
- 09:30 / **La Seguridad del Paciente – CHILE**
Sr. Patricio Fernández P.
Superintendencia de Salud CHILE
- 10:00 / **Pacientes por la Seguridad del Paciente Chile**
Sr. Daniel Contreras A.
Coordinador Pacientes por la Seguridad del Paciente
FSP Chile
- 10:30 / **Seguridad del Paciente y mente.**
Maria Cecilia Solar Hormazábal
Psiquiatra | Magister en filosofía de la
mente del lenguaje y la cognición.
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak - Chile
- 11:10 / Coffe Break
- 11:30 / **Waste in Patient Safety**
Lais Junquerira
ELSEVIER | Clinical Solutions | South LATAM
- 15:00 / **Second victims: Development of a support network. University of Missouri Health Care's forYOU Team.**
Susan D. Scott, PhD, RN, CPPS, FAAN
Nurse Scientist/Adjunct Associate Professor
University of Missouri Health Care Columbia,
Missouri - USA
- 16:00 / **Medicamentos de alto riesgo: Estrategias para un uso seguro.**
Helaine Capucho | Professor at the University of
Brasilia Pharmacovigilance| Quality & Safety
Improvement | Brasilia - Brasil
- 16:30 / **Cómo Construimos Seguridad del Paciente en la base de nuestras organizaciones.**
Taissa Sotto Mayor | Chief Quality Officer at
Unitedhealth Group | Brazil
- 17:15 / Cierre

Organiza:

Fundación para la Seguridad del Paciente – CHILE

Inscripciones:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfZsKA_7jw-p1llwIXjuSwapZ7zizu0Ev8GZ6ee8l-KsjoGQ/viewform

Valor: Sin costo a los participantes

Correo: educacion@fspchile.org

VIERNES 11 DE JUNIO 2021

- 09:00 / **En Atención Primaria en Chile: ¿Es posible la Seguridad del Paciente?**
Pamela Herrera G. | Directora Cesfam
Amador Neghme | IM. P. Aguirre Cerda
- 09:45 / **Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente**
Dr. Santiago Tomas V.
FIDISP - Fundación para la Investigación,
Docencia e Innovación en Seguridad del Paciente
España
- 10:30 / Coffee Break
- 10:45 / **Where we're going in Patient Safety. Where will 2025 find us?**
Peter Lachmann ex - CEO – ISQUA
The International Society for Quality in
Health Care
- 11:30 / Facultad de Economía y Negocios
Universidad de Chile / Relator por confirmar
- 12:15 / **WHO Patient Safety: A Decade of Patient Safety 2020-2030**
Speaker to be confirmed
- 15:00 / **¿Porqué falla el humano?**
Carlos Kerguelén B.
Subdirector de Métricas de Desempeño Clínico
Fundación Santa Fe de Bogotá Colombia
- 15:30 / **El humano no genera el error, el humano salva vidas**
Fabian Vitolo | Noble Seguros - Argentina
- 16:00 / **No es el factor humano, es el sistema**
Ariel Palacios – Argentina
- 16:30 / **Factores Humanos en la Aviación**
Jose Castellanos
QSL CONSULT – Acredited Instructor Q/S/E/FH
International Air Transport Association (IATA)
- 17:00 / Mesa Redonda: Guajardo, Kerguelen, Vitolo,
Palacios, Castellanos.
- 17:45 / Cierre Congreso



PROGRAMA

2º Encuentro Latinoamericano de Enfermería para la Seguridad del Paciente V Congreso Internacional en Seguridad del Paciente

Auspicia: Facultad de Salud y Odontología Universidad Diego Portales

Patrocina: Colegio de Enfermeras de Chile

Organiza: Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE



Miércoles 9 de Junio 2021

Ceremonia Inaugural

- 08:30** EU Maritza Fuenzalida M.
Capítulo de Enfermería de la Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE
- 08:40** EU María Angélica Baeza
Presidenta del Colegio Enfermeras de Chile
- 08:50** EU Eliana Escudero Z.
Decano Facultad de Salud y Odontología Universidad Diego Portales

udp FACULTAD DE
SALUD Y ODONTOLOGÍA

Programa

- 09:00 Buenas Prácticas en la Supervisión de Docencia y Pasantía Clínicas**
EU Pamela Torres P. / Directora de Enfermería
Profesor Asistente Facultad de Salud y Odontología Universidad Diego Portales - Chile
- 09:30 Prácticas Seguras de la Enfermería en Procesos de Preparación Preoperatoria**
EU Cristina Ortega L.
Enfermera Jefe de Centro Médico del Hospital del Trabajador de la ACHS / Santiago - Chile
- 10:00 Que son las buenas Prácticas de la Enfermería**
EU Claudia Regina Laselva / Diretora de Operações do HIAE, de Enfermagem e Experiência do Paciente
Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein - Sao Paulo – Brazil / Nursing Now
- 10:40 Coffee Break**
- 11:00 Gestion de Riesgos en la Enfermería**
EU Maureen Bisognano / President Emerita and Senior Fellow at the Institute for Healthcare Improvement /
Board of Nursing Now - USA
- 11:45 Uso Seguro de Medicamentos: Errores de medicación**
Dra. QF. Ana Fajreldines Torres de la Fuente / Jefe de Departamento. Calidad, Seguridad del paciente y
Acreditaciones. Hospital Alemán / Buenos Aires – Argentina.
- 12:15 Uso Seguro de Medicamentos: Uso de Cloruro de Potasio en soluciones premezcladas en servicios clínicos**
Dra. QF. Ana Fajreldines Torres de la Fuente



**FRESENIUS
KABI**
caring for life

12:45 – 14:30 hrs. Receso

- 14:30 Gestión de Demanda Quirúrgica**
Lic. Adriana Robaina A. / Integrante COSEPA Institucional del Hospital Policial de Montevideo - Uruguay
- 15:00 Implementación de una unidad Covid desde la perspectiva de Seguridad del Paciente.**
EU Argelis Olmedo / Directora de Enfermería y Calidad / Hospital Punta Pacifica / Pacifica Salud - Panamá
- 15:30 Mejora en la Reducción de Infecciones Asociadas a Cateteres Centrales**
Lic. Evangelina Herrera / Especialista en Enfermería Oncológica
Jefa de Enfermería / Conciencia. Instituto Oncológico y Oncohematológico de la Patagonia / Neuquén - Argentina
- 16:00 Gobernanza compartida: una estrategia que transforma los desenlaces Clínicos de enfermería**
EU Diana Cristina Castellanos U. / Coordinadora de Calidad y Gestión de Cuidado de Enfermería de la Fundación
Santa fe de Bogotá - Colombia
- 16:30 Segundas Víctimas de la Enfermería y la Seguridad del Paciente**
EU Sandra Mena V. / Dirección de Calidad / Hospital Clínico Universidad de Chile - Chile
- 17:30 Cierre Capítulo de Enfermeras de FSP CHILE**

Inscripciones: https://zoom.us/webinar/register/WN_xsAh-ryERp6aFgMwKjgquA

Valor: Actividad sin costo a los participantes

Correo: contacto@fspchile.org

Comité organizador: EU. Maritza Fuenzalida M., EU. Priscila Rodriguez T., EU. Gladys Osorio U.

www.fspchile.org

PROGRAMA

1er Encuentro Latinoamericano de Tecnólogos Médicos para la Seguridad del Paciente V Congreso Internacional en Seguridad del Paciente

Aupicia: Escuela Tecnología Médica Universidad de la Frontera Temuco
Becton Dickinson de México, S.A. de C.V.

Patrocina: Colegio de Tecnólogos Médicos de Chile AG.
APTAM - Asociación Panamericana de Tecnólogos Médicos
Colegio de Químicos Área Chihuahua – México
Kaizen Lab Mexico – México
VSV-Consulting-LATAM

Organiza: Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE



Fundación
para la Seguridad del Paciente
www.fspchile.org

Miércoles, 9 de Junio 2021

Ceremonia Inaugural

08:30 TM Adriana Van Weezel H.

Capitulo Tecnólogos Médicos Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE

08:45 TM Dr. Alejandro Cuevas

Director de Escuela de Tecnología Médica Universidad de La Frontera Temuco

Programa

09:00 Seguridad del Paciente en Micología Médica

TM Dr. Víctor Silva V. / CEO VSV-Consulting-LATAM y Consultor American Society for Microbiology

09:45 Histocitopatología Panamericana: Contribuyendo a la Seguridad del Paciente

TM Mg Juan Carlos Araya

Miembro de Consejo Asesor Permanente de Asociación Panamericana de Tecnología Médica

10:30 Seguridad del Paciente en Imagenología

TM. Nestor Llaupé / Universidad de La Frontera Temuco

11:15 Coffee

11:30 Seguridad del Paciente en Biología Molecular

TM Hildegard Kranen / Hospital Lucio Córdova

12:15 Seguridad del paciente y control de los procesos de la fase Pre Analítica en el Laboratorio Clínico Kaizen y Lean Manufactory.

LCB Silvia Valencia Rojas

Supervisora de Preanalítica en el Instituto Nacional de Pediatría - UNAM - México

13:00 Receso

14:15 La seguridad del Pacientes en Oftalmología

TM Constanza Castillo León / Hospital FACH

15:00 Humanización de la comunicación, pilar de la Seguridad del Paciente

Ps Mg Patricia Rojas / Universidad Finis Terrae

15:45 Espacio de colaboración, reflexión y respuesta a preguntas realizadas en conferencias

Moderadora: Sonia Morales D. / Sub Directora de Calidad / Instituto Nacional de Salud - Colombia

16:45 Palabras al Cierre

TM Edith Valenzuela Soto / Presidenta Nacional Colegio de Tecnólogos Médicos de Chile AG

16:55 Capitulo Tecnólogos Médicos Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE

TM Marisol Morales



VSV-Consulting-LATAM

Inscripciones en: <https://us02web.zoom.us/meeting/register/tZModumrqz0iG9AnLSRf-pVRgPHBRCIXSfr2>

Valor: Actividad sin costo a los participantes

Comité organizador: TM Eglia Marisol Morales B. – TM Adriana Van Weezel H.

Correo: contacto@fspchile.org



PROGRAMA

1er Encuentro Latinoamericano de Químicos Farmacéuticos para la Seguridad del Paciente

V Congreso Internacional en Seguridad del Paciente

Local: Virtual por plataforma Teams

Auspicio: Universidad Andrés Bello

Organiza: Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE

Miércoles 9 de Junio 2021

Ceremonia Inaugural

- 08:30** QF. Ximena Alarcón T.
Capítulo Químicos Farmacéuticos Fundación para la Seguridad del Paciente - CHILE
- 08:35** Dra. Claudia Morales L., Decana Facultad de Medicina UNAB
- 08:40** QF. Ana Nieto B., Presidenta del Colegio de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile AG.

Programa

- 09:00 Estándares de Acreditación en Farmacia Privada**
QF. Catalina Cano Abásolo
Secretaría Académica Escuela de Química y Farmacia Universidad Andrés Bello
Secretaría del Colegio de Químico Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile AG.
- 09:45 Seguridad del Paciente y Farmacovigilancia**
Helaine Capucho / Professor at the University of Brasilia | Pharmacovigilance
Quality & Safety Improvement HTA | Health Economics/ Brasilia, Distrito Federal - Brasil
- 10: 30 Sistema Nacional de Farmacovigilancia en Chile**
QF Verónica Vergara G. / Jefa (s) Subdepartamento Farmacovigilancia / Instituto Salud Pública, Chile
- 11:00** Coffee
- 11:30 Aspectos Prácticos Clínicos en la administración Segura de Medicamentos: Experiencia en Farmacia Asistencial.**
QF Marcia Yzoard Aguayo / Unidad de Farmacia / Hospital Guillermo Grant Benavente - Concepción.
- 12:15 Desafíos Farmacéuticos ante la pandemia y su aporte en la Inoculación**
QF. Stephan Jarpa Cuadra / Agencia Regulatoria InHouse.
Jefe de Calidad y Seguridad del Paciente / Hospital de Urgencia Asistencia Pública - Santiago
- 13:00** Receso
- 15:00 Bioequivalentes: Calidad, Seguridad y Eficacia**
Dr. QF. Jaime Sasso A.
Profesor Asistente en la Universidad San Sebastián y Profesor Adjunto en la Universidad de Santiago de Chile
- 15:45 Calidad en Atención Primaria: Con la comunidad y el Modelo de Salud Familiar**
QF. Karla Reyes Kohler / Capítulo de APS Sociedad Chilena de Farmacia Asistencial
- 16:30 MISP-3- Seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo: Meta de Joint Commission.**
Lic. Ariel Palacios
Enfermero Consultor Internacional en Seguridad del Paciente Buenos Aires – Argentina
- 17:30** Cierre Capítulo Químicos Farmacéuticos Fundación para la Seguridad del Paciente CHILE

Inscripciones: <https://www.fspchile.org/inscripciones/>

Valor: Actividad sin costo a los participantes

Comité organizador: QF. Ximena Alarcón T., QF. Mariela Valenzuela G., QF Jorge Cienfuegos S.

Correo: contacto@fspchile.org



COVID 19 EN SU PRIMER AÑO: OPORTUNIDAD PARA LA INNOVACIÓN Y APRENDIZAJE EN TORNO A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Gloria Lucía Arango Bayer

Profesora Asociada
Universidad El Bosque
Bogotá - Colombia

glarango@yahoo.com



El Covid 19 ha representado sin duda el mayor de los desafíos para la salud que haya presenciado la humanidad en la historia reciente. Como era de esperarse, la pandemia logró transformaciones en procedimientos, filosofías, creencias y prácticas en torno a la seguridad del paciente, varios de ellos mediados por el énfasis en garantizar la protección de los trabajadores de salud. En este artículo se presentan algunas de las innumerables oportunidades para la innovación y el aprendizaje en seguridad del paciente que se derivaron de esta pandemia en su primer año.

Desde el inicio de la pandemia empezaron a desplegarse inventos orientados a procurar la seguridad del personal de salud y de los pacientes, que empezaron a verse instaurados en los hospitales. La “caja de aerosol” para reducir el esparcimiento de aerosoles a la persona que realiza la intubación endotraqueal a un paciente con Covid 19 abrió la posibilidad

de ir mejorando este dispositivo para reducir el riesgo de contagio del personal de salud. Aunque fue inventada originalmente por el médico taiwanés Lai Hsien-yung, a la caja se le han venido haciendo modificaciones, con resultados positivos para los proveedores de salud, en términos de la reducción de los contagios.(1)

Ante la escasez de elementos de protección personal, y con el apoyo de las redes sociales, las universidades y personas particulares se dieron a la tarea de producir alrededor de 150 diseños de elementos de protección personal en impresoras 3D, diseños que finalmente fueron distribuidos alrededor del mundo, considerándose esta una nueva alternativa para dar respuesta a situaciones de emergencia. (2)

Por otra parte, la escasez de ventiladores para soporte ventilatorio a pacientes internados en unidades de cuidados intensivos llamó la atención del mundo entero, que veía cómo se redu-

cía el acceso a estos equipos altamente técnicos.

Ya en mayo se publicaba una solución para proveer asistencia en ventilación mecánica a dos pacientes con un solo ventilador mecánico disponible. En su artículo el autor presenta el paso a paso para lograrlo, reconociendo que en varios hospitales de la India el acceso a estas máquinas es restringido en hospitales pequeños y medianos. Aclara también que la compañía proveedora de los ventiladores no recomienda usarlos para ventilar a dos pacientes a la vez y que, por supuesto, se requerirá estudios adicionales y reflexiones en torno a las cuestiones éticas que esta práctica implica. (3)

Evidentemente, la “medicina de guerra” que se ha ejercido en la pandemia, ha obligado a tomar decisiones difíciles que comprometen la seguridad del paciente, pero frente a las cuales se actúa bajo el principio del mal menor. En el Reino Unido, por ejemplo, el rápido incremento de casos positivos de Covid 19 que requerían ventilación mecánica condujo al desarrollo de una estrategia de ventilación para dos pacientes utilizando un solo ventilador. Para ello se diseñó un circuito eléctrico análogo al ventilador que luego se conectaba a cada uno de los dos pacientes que requerían este sistema. Se hicieron experimentos que mostraron las bondades de esta alternativa. Si bien los autores señalan que esto no cambia las recomendaciones en torno al uso correcto de los ventiladores, no descartan que se use esta alternativa. (4)

El 25 de noviembre fue publicado un artículo que muestra como se hizo una simulación por computador para evaluar la seguridad del pa-

ciente con Covid 19 descompensada que compartía un ventilador mecánico. Los resultados de esta simulación mostraron que los parámetros eran satisfactorios cuando la diferencia de distensibilidad pulmonar entre los dos pacientes era de menos de 12 ml por centímetro de agua y la diferencia del índice de saturación de oxígeno de menos de 2 mmHg. Estos autores reconocen que ésta tendría que ser una medida desesperada frente a la escasez de máquinas de ventilación. (5)

Así, la escasez de recursos motivó el invento de alternativas novedosas para reducir sus efectos sobre la atención y la seguridad de los pacientes.

También los procesos de atención en los diferentes servicios cambiaron para adecuarse a la “nueva normalidad”. Los servicios quirúrgicos, que han llegado a restringir los procedimientos a las intervenciones de urgencias, tuvieron que adaptarse para continuar. En Italia, por ejemplo, publicaron la experiencia del manejo de seis pacientes ortopédicos que ingresaron a través del servicio de urgencias y que requirieron intervención quirúrgica. Los autores explican cómo sus guías de manejo incluían la forma de vestirse y de prepararse para el acto quirúrgico, así como la manera de retirarse el vestuario. Su interés era no solamente proteger al paciente, haciendo un balance de la necesidad de la intervención quirúrgica frente a las relacionadas con síntomas de COVID, sino también proteger al personal de salud de un posible contagio. (6)

En los Estados Unidos, un grupo de médicos publicó algunas medidas para proteger la seguridad del paciente en el escenario de pandemia. Reconociendo que los cirujanos debían

evitar que se esparciera el virus, plantearon una serie de medidas para reducir la propagación del Covid, centrándose en tres categorías: la fase preoperatoria y las visitas, el acto quirúrgico y el cuidado posoperatorio.

En relación con las visitas y la atención preoperatoria sugirieron hacer uso de la telemedicina para limitar los encuentros personales con el médico, hacer chequeo de síntomas de COVID, uso permanente de máscaras, entrada limitada de visitantes a la clínica, distanciamiento social, consultas espaciadas y prueba PCR tres a siete días antes de la cirugía.

En el acto quirúrgico dieron indicaciones sobre el sistema de ventilación en salas, la reducción de personal, tanto quirúrgico como de anestesia, evitar el uso de grapas o suturas no absorbibles en la incisión quirúrgica, y hacer uso del teléfono o del video para informar a los familiares sobre la cirugía.

En cuanto al cuidado posoperatorio optaron por minimizar el tiempo de estancia de los pacientes y hacer rondas postoperatorias usando telemedicina así como reducir las visitas a aquellos pacientes que requirieron permanecer en el hospital.(7)

Reconociendo que la llegada del Covid 19 tendría un impacto en la práctica clínica en el futuro y que la prestación de los servicios de salud no deberá continuar retrasándose en razón a la pandemia, un grupo de médicos italianos propuso una serie de medidas que permiten garantizar la atención a la vez que promueven la seguridad de pacientes, personal de salud y administradores. Las medidas incluyen cambios en el proceso atención de pacientes ambulatorios, el proceso de admisión, los turnos

en servicios de hospitalización y el manejo en salas de cirugía. A estas medidas se sumó el requerimiento de un resultado negativo de una prueba de hisopado para Covid 19, una práctica que debe realizarse también al equipo quirúrgico, al cual se le sugirió suspender el entrenamiento y la investigación quirúrgica. (8)

En esa misma dirección, y entendiendo que aún en medio de la pandemia no es posible retrasar intervenciones como las cirugías por trauma, por abdomen agudo y las endoscopias de urgencia, la Revista turca de trauma y cirugía de emergencia desarrolló unas pautas dirigidas a los cirujanos para actuar en aquellos casos en que no sea posible retrasar una intervención en el escenario de pandemia.(9)

Otros de los servicios altamente afectados por la pandemia fueron los relacionados con la atención de pacientes con cáncer. Debido a que estos pacientes están más expuestos al riesgo de infectarse, profesionales de un departamento de Oncología de la Universidad de Túnez, en Túnez, se dieron a la tarea de establecer estrategias para limitar el riesgo de infección de sus pacientes. La pandemia obligó a los proveedores de salud a tomar toda clase de decisiones. Algunas decisiones sencillas consistieron en identificar quiénes requerirían las consultas en el hospital, establecer los pacientes que requerían tratamiento inmediato y aquellos que podrían mantenerse por más tiempo sin requerir estas consultas, todo ello con el propósito de reducir el riesgo de exposición al virus. Otras, más difíciles, exigían hacer un balance del beneficio de la quimioterapia versus el riesgo de morbilidad y mortalidad relacionada con la ocurrencia de COVID-19, así como también definir qué pacientes debían ser tratados y cuales tendrían que recibir atención

de apoyo. Tras adoptar estas medidas, el equipo de profesionales reconoce que pudieron haber tenido consecuencias positivas, puesto que no se reportó ningún caso positivo en los pacientes a su cargo.(10)

Una mirada distinta de la problemática relacionada con el posible contagio del Covid 19 ha sido expuesta por profesionales que tienen a su cargo la realización de pruebas diagnósticas a pacientes positivos para Covid 19. Esto implicó una reflexión en torno a la utilidad de las pruebas ecocardiográficas a pacientes positivos para Covid 19, y a establecer medidas tanto en la preparación del paciente para el procedimiento, como la preparación del vestier, de la sala en la que se realiza el examen, del equipo de ecocardiografía y de la persona que hace el procedimiento.(11)

La atención de las pacientes obstétricas también ha sido objeto de revisión. Un artículo publicado en España presenta una serie de orientaciones para el manejo por parte del equipo de anestesia de las pacientes obstétricas que incluyen, entre otras, la clasificación de la gravedad de la enfermedad del COVID-19 de estas pacientes, la diferenciación del cuidado anestésico según el diagnóstico del COVID-19 (posible, probable o confirmado) y recomendaciones relacionadas con la analgesia de estas pacientes, así como su preparación, evaluación y monitorización y los cuidados postoperatorios.(12)

El caso de los servicios de urgencias, que se han visto abarrotados de pacientes con Covid y con otras enfermedades, también ha movido estrategias novedosas de atención. Reconociendo el significativo aumento de pacientes con COVID-19 que arribaban a los servicios de

urgencias en un hospital de los Estados Unidos, se optó por el diseño de un servicio que combinaba atención de cuidado crítico con la propia de un servicio de urgencias. Para ello se contó con la participación de médicos intensivistas que acudían a la sala de emergencias para valorar los pacientes en los horarios en los cuales no había disponibilidad de especialistas para hacer el monitoreo y la valoración en ese servicio. (13)

La pandemia además reveló los problemas de seguridad del paciente relacionados con la escasez de dispositivos, medicamentos e insumos para la atención de los pacientes en un escenario jamás antes visto. El doctor James Rickert, cirujano ortopedista de los Estados Unidos, hace una reflexión en torno a una escasez que se acentuó con la pandemia pero que ya había levantado banderas rojas en ese país. Mientras que la unión americana hacía acuerdos con proveedores de insumos como las máscaras para garantizar suficiente provisión y se solicitaba a la India, proveedor de medicamentos del país, no restringir las exportaciones, los países de la unión europea intentaban reducir las exportaciones para evitar la escasez en de la Comunidad Económica Europea. El autor reconoce que para el caso de los países de ingresos bajos y medios, la pandemia solamente agravó la falta de acceso a medicinas que resultan muy costosas para sus ciudadanos. Añade que las dificultades que los Estados Unidos tienen para garantizar una adecuada oferta de medicamentos, así como los problemas en calidad y confiabilidad de los que son importados, procedentes entre otros de India y China.(14)

El problema de la escasez de medicamentos

que Ricket analiza de una manera global tiene unas afectaciones importantes en los procesos de atención en los hospitales, asunto que también fue abordado enfatizando en los problemas que la escasez de medicamentos trae para la seguridad de los pacientes. Se ha alertado entonces acerca del aumento de los errores en la medicación, bien sea por omisión o por fallas en la dispensación y administración de los medicamentos.

Una falla que podría presentarse en razón a la escasez tiene que ver con el ajuste de los sistemas de información para que pueda formularse un nuevo medicamento, y la necesidad de familiarizar al equipo de salud para que se prescriba, prepare y administre adecuadamente el medicamento de reemplazo. Si a eso se le

suma que, en razón de la pandemia, hay personal nuevo y poco entrenado atendiendo en unidades COVID el riesgo para los pacientes aumenta. Eso sin contar que el medicamento de reemplazo podría ser menos efectivo que el original.(15)

Los efectos negativos del Covid 19 en la salud de los trabajadores de salud fueron motivo de preocupación y de aprendizaje en el 2020, por sus numerosos impactos en la atención y seguridad de los pacientes.

Las lesiones y enfermedades de la piel se sumaron a los diagnósticos habituales de los trabajadores de salud. Un estudio realizado en dos hospitales de la ciudad de México registro como los equipos de protección personal oca-



sionaron problemas dermatológicos como xerosis, descamación y eritema en manos y cara, que significaron para los trabajadores de salud prurito y dolor. El uso del alcohol glicerinado aumentó el riesgo de xerosis y fisuras. 78% de los encuestados reportó afectación en su piel por el uso de elementos de protección personal Y se encontró además que estos elementos exacerbado en las enfermedades de la piel, principalmente la rosácea (OR: 2,96).(16)

Los efectos psicológicos de la pandemia sobre los profesionales de salud han sido preocupantes. Condiciones como el estrés, la depresión y la ansiedad pueden conducir a un aumento de los errores en el proceso de atención y a incapacidades de los trabajadores de salud, reduciendo la cantidad de personal de salud disponible para la atención de los pacientes, lo que termina afectando su seguridad.

La falta de equipos de protección personal para la atención de pacientes con Covid 19 fue un factor que aumentó el estrés emocional y el burnout de los trabajadores de salud. Para autores como Rangachari y Woods las organizaciones deben reconocer la manera como el Covid 19 afectó los aspectos emocionales de los trabajadores en salud, porque de no hacerlo, se afectará la seguridad del paciente y la retención del personal. Con base en ello, hacen un llamado a considerar la seguridad psicológica y la confianza del trabajador como prerrequisitos para la resiliencia organizacional de las organizaciones de atención en salud.(17).

En Irán se abordó la problemática de la sobrecarga de trabajo del equipo médico y su salud mental. En su trabajo encontraron que el tipo de trabajo, el turno asignado, el nivel educativo y la atención de pacientes Covid positivos afec-

taban los puntajes de sobrecarga, que fueron significativamente mayores en el equipo de enfermería y, como era de esperarse, en aquellos que trabajaron en contacto con pacientes infectados de Covid 19. Se vieron más afectados los trabajadores que tenían turnos de 12 horas que aquellos que los tenían de ocho, al igual que aquellos que hacían turnos de noche se vieron más afectados que quienes tenían turnos en el día. Las personas que trabajaban de noche reportaron más sobrecarga de trabajo. Por supuesto, los autores recomiendan prestar atención especial al equipo de enfermería y desarrollar estrategias de asistencia integral a los trabajadores de salud.(18)

En otro estudio se encontró que los más afectados por la ansiedad entre los trabajadores de salud fueron las mujeres y las personas con escaso entrenamiento; en estos últimos adicionalmente se presentaban mayores índices de depresión. (19) Uno más llevado a cabo en Camerún mostró que era el personal joven el más afectado.(20) Los patrones de sueño también fueron objeto de investigación en razón a la pandemia. Entre diferentes ocupaciones estudiadas los trabajadores de salud fueron los que obtuvieron más altas tasas de sueño pobre.(21)

Pues bien; las afectaciones de la salud mental han conducido a diferentes asociaciones y líderes de salud alrededor del mundo a hacer un llamado de atención a las instituciones para que muestren una real preocupación por sus trabajadores de salud y los apoyen. Profesores de la Universidad de Stanford resumen las solicitudes de los profesionales de salud a sus organizaciones en cinco puntos: “Escúchenme, protéjanme, prepárenme, apóyenme, cuiden de mí”(22).

Como se ve, el Covid 19 trajo consigo innovación y aprendizajes de toda índole orientados a procurar la seguridad del paciente y permitió reflexionar sobre asuntos importantes en el proceso de atención en salud. Pero quizás una de las más importantes lecciones que ha dejado la pandemia en su primer año es que no será posible la atención de los pacientes con calidad y seguridad si no hay conciencia sobre la importancia de la seguridad de los trabajadores de salud. Por ello, seguirá siendo vigente el lema que la Organización Mundial de la Salud propuso para celebrar el Día Mundial de la Seguridad del Paciente: “personal sanitario seguro: pacientes seguros”.

Referencias

1. Girgis AM, Aziz MN, Gopesh TC, Friend J, Grant AM, Sandubrae JA, et al. Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Aerosolization Box: Design Modifications for Patient Safety [Internet]. Vol. 34, Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia. 2020 [cited 2021 Jan 5]. p. 2274-6. Available from: <https://www-clinicalkey-es.ezproxy.unbosque.edu.co/#!/content/playContent/1-s2.0-S1053077020304213?returnurl=null&referrer=null>
2. Vordos N, Gkika DA, Malialis G, Tilkeridis KE, Antoniou A, Bandekas D V, et al. How 3D printing and social media tackles the PPE shortage during Covid-19 pandemic. 2020 [cited 2021 Jan 6]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104870>
3. Shetti A. The ventilator solution for COVID -19 patient at rural tertiary care hospital. Saudi J Anaesth. 2020;14(3):415-6.
4. Solís-Lemus JA, Costar E, Doorly D, Kerrigan EC, Kennedy CH, Tait F, et al. A simulated single ventilator/ dual patient ventilation strategy for acute respiratory distress syndrome during the COVID-19 pandemic. R Soc Open Sci. 2020;7(8).
5. Webb JB, Bray A, Asare PK, Clipp RB, Mehta YB, Penupolu S, et al. Computational simulation to assess patient safety of uncompensated COVID-19 two-patient ventilator sharing using the Pulse Physiology Engine. PLoS One. 2020;15(11):e0242532.
6. De Mauro D, Rovere G, Smimmo A, Meschini C, Mocini F, Maccauro G, et al. COVID-19 pandemic: management of patients affected by SARS-CoV-2 in Rome COVID Hospital 2 Trauma Centre and safety of our surgical team. Int Orthop. 2020;44(12):2487-91.
7. Forlenza EM, Chahla J, Forsythe B. Protecting Surgical Patient Safety During the COVID-19 Pandemic. Arthrosc Sport Med Rehabil [Internet]. 2020; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.asmr.2020.09.005>
8. Tafuri A, Minervini A, Celia A, Cindolo L, Schiavina R, Rocco B, Porreca A AA. No TitleCOMMENT ON: Hospital care in Departments defined as COVID-free: A proposal for a safe hospitalization protecting healthcare professionals and patients not affected by COVID-19. Arch Ital Urol Androl [Internet]. 2020;92(2).
9. Gök AFK, Eryılmaz M, Özmen MM, Alimoğlu O, Ertekin C, Kurtoğlu MH. Recommendations for trauma and emergency general surgery practice during COVID-19 pandemic. Ulus Travma ve Acil Cerrahi Derg. 2020;26(3):335-42.
10. Letaief F, Gharbi I, Hamdi A, Yahyaoui Y, Ayadi M, Blousa I, et al. A practical approach to the management of colorectal cancer during the COVID-19 crisis in the reference cancer treatment center in Tunisia. J Oncol Pharm Pract. 2020;19-21.
11. Gupta R, Das MK, Mohanan PP, Deb PK, Parashar SK, Chopra HK, et al. Cardiological society of India document on safety measure during echo evaluation of cardiovascular disease in the time of COVID-19. Indian Heart J. 2020;72(3):145-50.
12. Guasch E, Brogly N, Manrique S. Revista Española de Anestesiología y Reanimación Recomendaciones prácticas en la paciente obstétrica con infección por COVID-19. 2020;67(8):438-45.
13. Drumheller BC, Mareiniss DP, Overberger RC, Sabolick EE. Design and implementation of a temporary emergency department intensive care unit patient care model during the COVID-19 pandemic surge. J Am Coll Emerg Physicians Open. 2020;
14. Rickert J. On Patient Safety: COVID-19 Exposes the Dangerous State of Drug and Device Supply Chains. Clin Orthop Relat Res. 2020;478(7):1419-22.
15. Badreldin HA, Atallah B. Global drug shortages due to COVID-19: Impact on patient care and mitigation strategies. Res Soc Adm Pharm. 2021;17(January):1946-9.
16. Felix-téllez F, Encarnación-martínez M. de la salud asociadas al uso de equipo de protección. Piel Form Contin en dermatología [Internet]. 2021;(xx). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.piel.2020.10.004>
17. Rangachari P, Woods JL. Preserving organizational resilience, patient safety, and staff retention during covid-19 requires a holistic consideration of the psychological safety of healthcare workers. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(12):1-12.
18. Shoja E, Aghamohammadi V, Bazayr H, Moghddam HR, Nasiri K, Dashti M, et al. Covid-19 effects on the workload and mental health of Iranian healthcare workers. 2020;1-7.
19. Qasem Surrati AM, Asad Mansuri FM, Ayadh Alihabib AA. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers. J Taibah Univ Med Sci [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2021 Jan 6];(6):536-43. Available from: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
20. au FOCAP R, ois Roger Nguépy Keubo Infirmier F, EMDR niveau P, Gautier Ngueteu Fouaka S. ARTICLE IN PRESS G Model L' ´ evolution psychiatrique xxx (xxxx) xxx-xxx ScienceDirect. 2020; Available from: www.em-consulte.com/Articleoriginal
21. Mihăițan F, Ancuța C, Borcea C, Coșei V, Oros M. Sleep in COVID 19 Period. Intern Med. 2020;17(3):45-50.
22. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and Addressing Sources of Anxiety among Health Care Professionals during the COVID-19 Pandemic. JAMA - J Am Med Assoc. 2020 Jun 2;323(21):2133-4.

UN CISNE NEGRO EN LA CIUDAD DE JUNIN



Dr.Mg.Carlos Marcheschi

carlosmarcheschi@icloud.com



“Aprende de los errores ajenos. No vivirás lo suficiente como para cometerlos todos”. Eleanor Roosevelt (1884-1962)

La ciudad de Junín (mi ciudad natal), amaneció el miércoles 27 de enero con un cisne negro pegado en la tapa de su diario mas leído (“La Verdad”). Contaba que el lunes 25 una **feroz pelea** había ocurrido en el Hospital Interzonal, entre dos miembros del equipo quirúrgico, el Medico Cirujano y el Medico Anestesiólogo. (<https://laverdadonline.com/feroz-pelea-entre-cirujano-y-anestesta/>)

El hecho ocurrió dentro del hospital y a poco de haber concluido el acto quirúrgico, debiendo ser operado de urgencia el medico anestesiólogo por una ruptura esplénica. Este evento, se constituye en un evento imprevisto de TIPO CISNE NEGRO(1) por cubrir los tres rasgos necesarios.

Su **rareza** por lo infrecuente, el **impacto extremo** por las consecuencias posteriores para la seguridad del propio personal de salud, su equipo y los pacientes y su **predictibilidad retrospectiva**, o como suele decirse en el “diario del lunes”, circulan en las redes explicaciones de todo tipo que venían venir un evento de estas características.

¿Pero qué grado de “predictibilidad prospectiva” tiene este evento adverso y en qué podemos mejorar?

LA SEGURIDAD DE LAS PERSONAS O SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La atención sanitaria puede causar daño en todos sus niveles de atención y la necesidad de disminuir al mínimo posible su ocurrencia es materia trascendente de la anestesiología moderna.

Asumiendo el problema como un problema que excede a el propio personal de salud, es necesario la participación de todos los usuarios y participantes del sistema para poder mejorar el rango de ocurrencia.

Como parte de ese objetivo, es importante poder implicar a los pacientes y familiares en el conocimiento de la “Seguridad de las personas”, como muestran por ejemplo las recomendaciones impartidas por la OMS (2) en la campaña “PDS, o “Pacientes en defensa de su seguridad”

(https://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/es/)

FACTOR HUMANO

El factor humano se encuentra presente en mas del 50% de los eventos adversos dentro del quirófano y este caso no es la excepción. *El factor humano, entendido como todos los factores del entorno, organización, del trabajo y las características humanas e individuales que influyen en el comportamiento en el trabajo y afectan a la salud y la seguridad.*

Una sociedad BIO-TECNO-SOCIAL COMPLEJA, como un quirófano es un sistema que debe ser visto como un sistema que debe ser mejorado continuamente con medidas proactivas que identifiquen y mejoren las debilidades **defensivas del sistema** para lograr la mayor SEGURIDAD DE LAS PERSONAS como objetivo esencial.

El trabajo en equipo, la comunicación y la toma de desiciones son áreas oportunas para la mejora continua dentro de un área crítica.(2)

En especial la diada anesthesiólogo-cirujano ya ha sido interceptada como elemento clave en la eficiencia del equipo quirúrgico, en algunos trabajos publicados.(3)

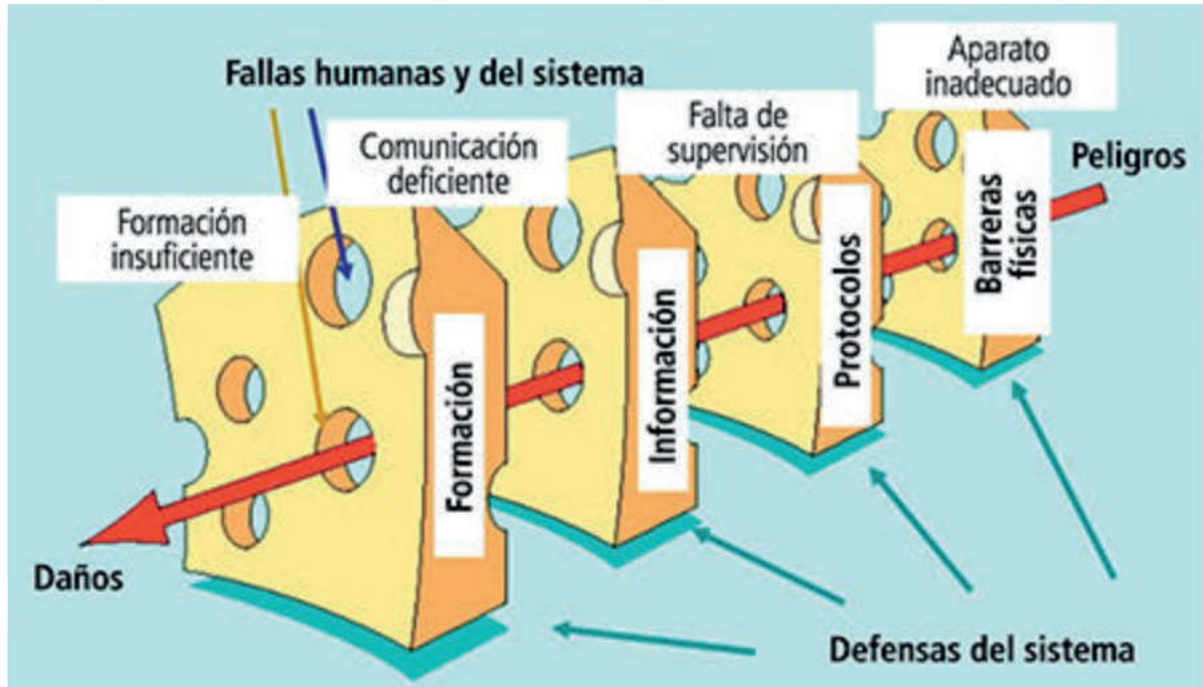
FALLAS SISTEMICAS

Nos es dable preguntarnos si en este lamentable suceso no podríamos identificar con herramientas adecuadas (ACR, por ejemplo), las barreras defensivas que fracasaron y permitieron un hecho semejante.

Más allá de la investigación judicial, seria muy productivo para cualquier institución, poner en marcha un proceso tendiente a clarificar las posibles oportunidades de mejora para evitar la iteración de sucesos semejantes.

Es decir, buscar **fallas latentes** (parásitos del sistema) que pudieran seguir presentes en el lugar, esperando que un error active el nuevo EVENTO ADVERSO.(4) (“Teoría del error humano” de James Reason).

Solo por crear escenarios posibles, utilizando el Modelo de Reason y poder poner foco en posibles acciones de mejoras podemos proponernos como ejercicio meta cognitivo:



(<https://liderazgoparaelcambio.com/modelo-queso-suizo-james-reason/>)

LOS HECHOS DE AQUEL DÍA

1.- Se menciona que el residente de primer año estaba operando al momento de ocurrir una discusión dentro del quirófano.

¿Existía la supervisión adecuada de otro especialista experto en cirugía?. ¿Cuál es el protocolo en estos casos , si existiera?

2.- Se menciona que el Médico Anestesiólogo ponía presión en el tiempo de ejecución de la tarea quirúrgica por que se sentía mal.

La prisa por producción es un elemento para eliminar de los quirófanos para conseguir una cultura justa de seguridad.

¿Hay previsión de reemplazo en caso de un

anestesiólogo en malas condiciones psicofísicas?.

¿La dirección se encontraba al tanto del estado del Médico Anestesiólogo?. ¿Estaba en condiciones psicofísicas de administrar anestesia?.

¿Quién es el responsable de monitorear este importante factor?.

¿Existe un canal de denuncias establecido para tales casos?.

3.- El médico anestesiólogo es mencionado en varias redes sociales, como con antecedentes de dificultades para desarrollar habilidades sociales dentro del área de quirófano.

¿Hay registros de tal cuestión?

¿La dirección tomó nota de un posible problema en ese sentido?

¿Se reconocen cambios de guardia por problemas de este tipo?

4.- El entorno laboral y marco de trabajo se presenta como inadecuado para el desarrollo de la actividad.

¿Es posible que la baja remuneración o el atraso de pagos de honorarios anestesiológicos en los hospitales públicos, se torne un elemento de vulnerabilidad psico-emocional y ocasionar el apuro por la multiplicidad de lugares a concurrir en un corto plazo?

5.- Los equipos de trabajo en área quirúrgica son cambiantes y variados, y muchas veces la tarea educativa médica agrega dificultades adicionales.

¿Se realizan actividades programáticas (Briefing) antes de empezar la tarea quirúrgica para mejorar la seguridad?

¿Se estandariza la realización de listas de chequeos en el lugar?-

OBSERVACIONES FINALES

- Los errores son inevitables, es el precio de poseer un cerebro.

- No nos queda otra opción que aceptar que son posibles y ver la manera de gestionarlos como mejor podamos para mitigar su impacto

o evitar su repetición.

- Es muy importante entender que existe una “causalidad” en la mayoría de los errores o eventos adversos y entonces es útil evaluar si hay condiciones que pueden ser mejoradas.

- La seguridad del paciente no es una cuestión del paciente, es de todos los usuarios del sistema, inclusive el propio personal de salud, y de los familiares de ambos.

- La pandemia nos recordó la importancia de los cuidados personales en el personal de salud (EPP, Tiempo laboral saludable, descanso adecuado, etc.), ya que podemos enfermarnos y enfermar a nuestros seres queridos al regresar a casa, por adquirir infecciones en nuestro lugar de trabajo.

- La seguridad es un problema de todos y debe interesarnos a todos.

BIBLIOGRAFIA

(1) El cisne negro. Nassim N. Taleb, Paidós.

(2) El trabajo en equipo y los errores de comunicación en anestesia
A. Bartolomé, J. I. Gómez-Arnau, J. A. Santa Úrsula, D. Arnal, J. M. Marzá, G. Puebla (Rev Esp. Anestesiología Reanim. 2012;59(Sup. 2): S31-S38)

(3) Critical Role of the Surgeon-Anesthesiologist Relationship for Patient Safety. Jeffrey B. Cooper, Ph.D. (Anesthesiology 2018; 129:00-00)

(4) Teoría del error médico. Paul A. Gluck, MD University of Miami. Miller School of Medicine, 8950 North Kendall Drive, Suite 507, Miami, FL 33176, USA

ENTREVISTAS

10 PREGUNTAS PARA JOSÉ



José Joaquín Mira Solves

Doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid.
Chair de la Cost Action ERSNT (European Research Network
on Second Victims).

Instituto de Investigación FISABIO, Alicante.
Universidad Miguel Hernández, Elche, España.

Jose.mira@umh.es

1.

¿Quién es José Joaquín? ¿Qué puede usted decir de José?

Normalmente decimos de dónde somos y en qué trabajamos. Así que lo formal es que soy de Alicante, España, y trabajo como catedrático en la Universidad Miguel Hernández, en una categoría profesional que me permite ejercer, al mismo tiempo, mi profesión de psicólogo clínico en el sistema público de salud español. Pero, si les interesa más algún detalle personal, les diré que me gusta el cine y la fotografía y el running, que práctico mucho menos de lo que me gustaría. Estoy casado y tengo dos hijos que ya tienen su propio proyecto personal en marcha.

.....

2.

Un breve Curriculum, de su vida laboral.

¿Dónde ha trabajado?

Empecé como psicólogo clínico en atención primaria en la ciudad de Alcoy en 1984. Luego he desempeñado varios puestos y funciones en el sistema público de salud de mi país y, desde hace unos 25 años, también en el mundo universitario.

Participé, a finales de los 80, en la puesta en marcha, por primera vez, de una unidad de hospitalización psiquiátrica en un hospital general en España, concretamente en Alcoy, dentro del proceso de reforma psiquiátrica que se llevó a cabo en mi país y, en los 90, asumí la coordinación de los recursos de salud mental de la provincia de Alicante, donde vivo. He participado en el desarrollo de la norma para la acreditación de institutos de investigación

sanitaria en hospitales que se puso en marcha en España, en 2006. Hace ya unos años accedí a un puesto de profesorado universitario, compatible con mi actividad clínica y estuve desempeñando, como presidente de la comisión para la verificación de títulos universitarios de grado en CC Sociales, la labor de supervisión de los títulos que las universidades españolas ponían en marcha durante unos 10 años.

Mis líneas de investigación han girado en torno a la calidad asistencial y la seguridad del paciente. Actualmente, asumo el papel de Chair de un proyecto europeo, concretamente financiado por la COST Association (Bruselas), que ha puesto en marcha la red ERNST, con la que perseguimos incrementar la resiliencia de los profesionales sanitarios ante situaciones agudas de estrés, como sucede cuando ocurre un evento adverso o con lo que está ocurriendo ahora con la pandemia de COVID-19.

.....

3.

¿Qué hizo que su mirada profesional se volviera hacia el mundo de la Seguridad del Paciente y desde allí a las Segundas Víctimas? ¿Qué pasó en su trabajo que le hizo sentir que era necesario este cambio?

En las actividades de investigación en el grupo en el que me integro hemos tenido la vocación de abordar cuestiones que estaban empezando a surgir en relación con la calidad asistencial. La investigación en este campo nos acercó a los estudios que se acababan de publicar sobre la frecuencia de eventos adversos y esto rápidamente atrajo la atención de uno de mis colegas, el Dr Aranz, quien lideró por ejemplo el estudio IBEAS, y casi sin proponérselo es-

tábamos metidos en un proyecto sobre seguridad del paciente. El siguiente paso fue sencillo. Ya habíamos trabajado sobre la frecuencia de los incidentes de seguridad, sus causas y consecuencias. También sobre qué prácticas seguras eran necesarias. Abordamos el papel de los pacientes en la seguridad de los pacientes y, por deducción, nos quedaba un ámbito por analizar. El impacto de estos incidentes en los profesionales.

.....

4. ¿Cómo definiría usted Seguridad del Paciente? ¿Cómo definiría a las Segundas Víctimas? y ¿Porqué cree que es importante este apoyo y trabajar en ellos?

En la vida buscamos hacer bien nuestras tareas. Pero, aunque pongamos todo el interés del mundo, la posibilidad de un error está a la orden del día. Cuando trabajamos en una organización, los fallos de sistema es inevitable que ocurran. Errores y fallos se combinan en todas las actividades y mundos profesionales. La diferencia es que algunas de esas actividades son cruciales. Un error humano o un fallo de sistema en la producción de zapatos (por ejemplo, una suela mal cosida al cuero) nos hace perder un producto y, en el peor de los casos un cliente. Un error o fallo en la clínica puede ocasionar que una persona fallezca.

La seguridad del paciente creo que es una actitud ante la clínica, por la que reconocemos que existe la posibilidad de errores y de fallos y por la que buscamos la forma de evitarlos, lo que llamamos gestión de los riesgos, de una forma activa.

Y, precisamente por lo que le comento, cuando el resultado de una intervención no es el esperado y el paciente sufre un daño grave, el profesional tiene también un impacto emocional negativo directo. Su práctica se altera y puede cometer más errores. Sus emociones se disparan y siente miedo, vergüenza y remordimiento, todo a un tiempo. Sabemos que estos errores son, en la mayoría de los casos, el movimiento final de una cadena en la que existen varios fallos de sistema, fallos que normalmente llevan años ocurriendo sin que nadie hubiera actuado para corregirlos. Esto justifica que hablemos de segundas víctimas. Soy consciente que el término segunda víctima, por la palabra víctima, genera actualmente controversia. Los familiares de pacientes que han fallecido a causa de fallos o de errores tienen razón en que su sufrimiento es distinto al de los profesionales involucrados en el incidente y deben ser escuchados. El término de segundas víctimas surgió en un contexto distinto y destacaba que el profesional que “toca” al paciente en último lugar está incluido en una cadena de actuaciones en la que siempre hay un profesional que es el último, pero eso no significa que sea el responsable directo del incidente de seguridad. La casuística es dispar y hay que ver en cada caso qué ha ocurrido. Si que hemos de ser autocríticos y reconocer que los comportamientos corporativistas son un agujero en nuestras políticas de seguridad del paciente.

.....

5. ¿Por qué a los tomadores de decisiones u organizaciones “las terceras víctimas” les deberían importar o se deberían ocupar de las Segundas Víctimas?

Quien crea que la calidad asistencial es posible solo gracias a acreditaciones, protocolos o guías clínicas no tiene los pies en tierra. Claro que hacen falta, pero las decisiones clínicas y los cuidados los hacen personas y sin esas personas nunca va a haber calidad asistencial. Ocuparse del bienestar de los profesionales sanitarios es preocuparse por la seguridad de los pacientes. El modelo de la cuádruple meta describe esta situación de forma muy sencilla y realista.

Ahora, con la crisis sanitaria que ha motivado el SARS-CoV-2, ha quedado patente que el paso adelante que han dado los profesionales sanitarios es lo que ha permitido sacar adelante a muchas personas que, de otro modo, experimentaban una situación incierta. La implicación de muchos profesionales reorganizando su actividad o prestándose a tareas asistenciales que no eran las habituales, son un ejemplo de cómo la actividad asistencial no es una cuestión de papeles, sino de personas. Si no cuidamos a quienes cuidan, nos podemos despedir de la seguridad de los pacientes.

.....

6.

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

Si, pero no es sencillo. Lamentablemente, la experiencia nos dice que cambia cuando ha sucedido un incidente muy grave. Entonces, caemos en la cuenta de la importancia de las

prácticas seguras. Creo que hay que realizar un esfuerzo mayor para sensibilizar al conjunto de las profesiones sanitarias de los principios básicos de la seguridad del paciente.

Romper la barrera del silencio y hablar de lo que hacemos y con qué resultados creo que es un paso necesario. Si entramos en esta dinámica, la necesidad de un programa de segundas víctimas surge espontáneamente.

Últimamente, hablamos de seguridad psicológica para referirnos a la posibilidad de hablar, levantar la voz, sobre lo que hacemos bien y mal. Las organizaciones que cuentan con la experiencia de sus profesionales y donde no hay recelo a decir lo que se piensa, son en las que el número de incidentes de seguridad es menor. Hemos de avanzar en esta dirección.

.....

7.

¿Cuál es su opinión respecto a la participación de los pacientes y familia, “las primeras víctimas”, en la prevención de posibles riesgos, como apoyo a la seguridad de la atención?

Es poco lo que hemos aprendido hasta ahora sobre este tema y escasas las experiencias. Pero no cabe duda de que, en atención primaria, por ejemplo, es esencial. El paciente administra su medicación por ejemplo y los errores de medicación en el hogar, en algunos casos, son graves. En hospitales los pacientes y sus familiares también pueden ayudar a evitar eventos adversos. El ejemplo más evidente es el hospital de día de oncología.

.....

8.

Si hubiera que trabajar con la sociedad, los ciudadanos, “las cuartas víctimas”, ¿Cuál sería el camino?

Es complejo, ojalá tuviera la respuesta. Pero hemos de avanzar y modificar ideas erróneas sobre los incidentes de seguridad. Las negligencias son otra cosa distinta a lo que estamos hablando pero, en general, se confunden unos términos con otros. Muchas veces no se comprende que la labor asistencial se realiza en un entorno de incertidumbre. Trasladar un mensaje realista a la población creo que es un paso que debemos dar.

.....

9.

Su consejo a los profesionales mas jóvenes.

Cuando te reúnes con jóvenes en formación te cuentan a las claras incidentes de seguridad que han observado durante sus prácticas. Creo que todos, los jóvenes también, tenemos que tomar conciencia de que también nos puede ocurrir a nosotros, y sobre todo en los primeros pasos en la profesión.

.....

10.

Su consejo a los formadores.

Mensajes claros, directos. Cercanos a la práctica. Escuchar lo que profesionales y pacientes tienen que contar para convertirlo en elementos para la formación continuada. Creo que hay que acercar los principios básicos

de la seguridad del paciente a las situaciones concretas de la clínica en cada especialidad y aunque lo parezca, no es sencillo.

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

Agradeceros vuestra labor y los espacios que creáis para sensibilizarnos todos de la importancia de generar un entorno, en nuestros centros, cada vez más seguro.

DÍA INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Este año 2021 la Organización Mundial de la Salud – OMS, ha decidido que el tema central del Día Mundial de la Seguridad del Paciente, 17 de septiembre, sea **“La atención segura a la madre y al recién nacido”** y cuyo slogan es **¡Actúa ahora por un parto seguro y respetuoso!**

EL 17 A LAS 7

En esta línea de acción, y para cumplir con nuestra misión, hemos decidido un punto de encuentro ... el 17 a las 7 es decir, todos los 17 de cada mes a las 7 de la tarde hora de Chile, tendremos un encuentro webinar, en un tema de Seguridad del Paciente.

17 de abril: Cómo investigar incidentes en Seguridad. Una mirada de la Aviación. Relator Sr. José Castellanos Lores - QSL CONSULT - Chile.

¡Nos encontramos todos los días 17 a las 7!

ZOOM
45 minutos en Seguridad del Paciente

17 de Abril a las 7 PM hora de Chile
Tema: Como investigar Incidentes en Seguridad.
Una mirada desde la Aviación

Relator: *Jose Castellanos Lores*
QSL CONSULT – Accredited Instructor Q/S/E/FH
International Air Transport Association (IATA)

Inscríbete sin costo en: www.fspchile.org

Con el apoyo de:

- ISQua
- ERNST
- In support of WHO's initiative WPSD 2021
- Día Mundial de la Seguridad del Paciente
- Safe Maternal and Newborn Care / Act now for safe and respectful childbirth

17 de mayo: Reflexiones respecto de la nueva definición de Seguridad del Paciente - OMS 2021. Relator Dr. Fabián Vítolo - Noble Seguros - Argentina

17 de junio: Pandemia: Impactos da Saúde do Profissional na Segurança do Paciente - Relator Sra. Karina Pires P - IBSP Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente São Paulo, Brasil

Todos estos eventos son sin costo y libres para quién desee estar, apoyar, patrocinar y difundir. Inscripciones en www.fspchile.org

CONCURSO DE VIDEOS

Al igual que el año 2020, lanzamos un llamado a un nuevo concurso, esta vez centrados en el tema “La Comunicación y la Seguridad del Paciente en 40 segundos”.

Comunicación en todas sus expresiones. Un concurso de videos, sólo para trabajadores de la Salud, en forma individual o como equipo. Se reciben trabajos desde el 01 al 31 de Julio en correo revista@fspchile.org . Las bases en nuestra pagina web www.fspchile.org

Queremos que nos acompañen

Fundación para la Seguridad del Paciente Chile

LLAMADO PRELIMINAR DE CONCURSO DE VIDEO

La COMUNICACIÓN y la SEGURIDAD del PACIENTE en 40 segundos

SÓLO PUEDEN PARTICIPAR TRABAJADORES DE LA SALUD

PREMIOS

1er lugar	USD 1.500.-
2do lugar	USD 1.000.-
3er lugar	USD 500.-

RECEPCION HASTA EL 31 DE JULIO DE 2021

revista@fspchile.org

Bases en www.fspchile.org

The poster features a central illustration of a woman in a blue uniform standing in front of a large screen displaying a video player interface. A man in a white lab coat is visible on the screen. Surrounding the screen are various icons: a clapperboard, a camera, a video camera on a tripod, a play button, a checkmark, and a thumbs up icon. The background is orange with blue and white accents.





REVISTA DE REVISTAS

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

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

MEASURING PATIENT SAFETY CULTURE: A STUDY AT A TEACHING HOSPITAL IN GHANA

Musilimu Muftawu 1 , Ece Ugurluoglu Aldogan 2

1 Ghana Health Service, Accra, Ghana

2 Faculty of Health Sciences, Department of Healthcare Management, Ankara University, Ankara, Turkey

Journal of Patient Safety and Risk Management

- Volume: 25 issue: 6, page(s): 250-258

Article first published online: July 13, 2020; Issue published: December 1, 2020

<https://doi.org/10.1177/2516043520938534>

Objetivo

Este estudio examinó la cultura actual de seguridad del paciente desde la perspectiva de los trabajadores de la salud en un Hospital Universitario de Ghana y estableció una comparación con el Informe de la Base de Datos Comparativa de la Cultura de Seguridad del Paciente de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica de 2018. (ARHQ)

Se realizó una encuesta transversal utilizando la Encuesta Hospitalaria sobre la Cultura de Seguridad del Paciente desarrollada por la Agency for Healthcare Research and Quality. Se distribuyeron 435 cuestionarios y se recibieron 322 respuestas válidas (una tasa de respuesta del 74%). La muestra del estudio incluía 178 enfermeras, 59 médicos, 19 farmacéuticos, 35 técnicos (de laboratorio y radiología) y 31 directivos. Para el análisis de los datos se utilizó la herramienta Excel para encuestas

hospitalarias 1.6 y el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 20.

Resultados

La puntuación media global de las 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente fue del 53%, lo que supone un 12% menos que el informe de referencia de la Agency for Healthcare Research and Quality 2018, que es del 65%. La dimensión con la puntuación media positiva más alta fue "Trabajo en equipo dentro de las unidades del hospital" (77%), mientras que la que obtuvo la puntuación más baja fue "Frecuencia de notificación de eventos" (33%). Los 12 dominios, excepto "Frecuencia de notificación de eventos" ($p = 0,414$), "Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente" ($p = 0,823$) y "Trabajo en equipo dentro de las unidades" ($p = 0,070$) tienen una relación significativa con la cultura de seguridad del paciente.

Conclusiones

En general, la dimensión de la cultura de seguridad del paciente en el hospital universitario fue baja. Es muy necesario formar al personal sanitario en materia de seguridad de los pacientes y realizar una investigación amplia que incluya a todas las categorías de personal sanitario para comprender plenamente y cambiar la cultura de seguridad de los pacientes en los hospitales de Ghana.

Nota del Editor

La evaluación de la Cultura de Seguridad propuesta por AHRQ en virtud de este trabajo y de otras experiencias, sigue siendo una muy buena herramienta en Seguridad del Paciente que permite conocer y mejorar el estado actual de la Seguridad del Paciente en la organización.

IMPROVED HANDOFF QUALITY AND REDUCTION IN ADVERSE EVENTS FOLLOWING IMPLEMENTATION OF A SPANISH-LANGUAGE VERSION OF THE I-PASS BUNDLE FOR PEDIATRIC HOSPITALIZED PATIENTS IN ARGENTINA

Facundo Jorro Barón 1 , Celina Diaz Pumara 2 , María Agustina Janer Tittarelli 2 , Agustina Raimondo 2 , Marcela Urtasun 2 , Lucila Valentini 2

1 Pediatric Intensive Care Unit, Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", Buenos Aires, Argentina
2 Education and Research, Hospital General de Niños "Pedro de Elizalde", Buenos Aires, Argentina

Journal of Patient Safety and Risk Management
- Volume: 25 issue: 6, page(s): 225-232
Article first published online: November 16, 2020; Issue published: December 1, 2020

<https://doi.org/10.1177/2516043520961708>

Resumen

Se sabe que los errores de comunicación entre el personal médico son una de las principales fuentes de eventos adversos (EA). La implementación de la formación en trabajo en equipo junto con el uso de un paquete estandarizado de traspaso ha demostrado previamente que reduce el número de EA. Sin embargo, la aplicabilidad de este programa en países de habla hispana sigue sin estar clara.

Objetivo

Evaluar si la implementación exploratoria del paquete I-PASS en un Hospital Pediátrico Argentino se asocia con una reducción de la tasa de EA.

Métodos:

Diseño: estudio exploratorio, no controlado, pre-post.

Población y muestra: se revisaron las historias clínicas (IR), las prescripciones médicas y los informes médicos en dos salas clínicas del "Hospital General de Niños Pedro de Elizalde".

Intervención: I-PASS versión española, un paquete de traspaso estandarizado que consiste en: una mnemotecnia, un taller introductorio, una herramienta de traspaso escrita, sesiones de simulación y observaciones estructuradas con retroalimentación.

Resultados

Se revisaron 264 RM. Los EA prevenibles se redujeron en un 62,8% entre el periodo anterior y posterior a la intervención (12,1 frente a 4,5 EA/100 ingresos; IC95: 0,010; 0,142; [p = 0,025]). La adherencia al uso de los elementos clave del traspaso de calidad aumentó significativamente, del 25% al 61% en el periodo posterior a la intervención (p = 0,0001). La duración del traspaso no cambió significativamente (5,5 ± 0,2 frente a 5,3 ± 0,3 minutos por paciente [p = 0,59]).

Conclusión

La implementación de una versión española de I-PASS se asoció con una reducción significativa de la tasa de EA y con mejoras en la calidad del traspaso; sin cambios en la duración.

Nota del Editor

La implementación de herramientas de Team STEPPS, para mejorar comunicación efectiva y trabajo en equipo es otra de las propuestas de AHRQ. En este trabajo se muestra los resultados en disminución de los incidentes en Seguridad después de la puesta en marcha de una de ellas: I-PASS.

WHAT IS THE ROLE OF TECHNOLOGY IN IMPROVING PATIENT SAFETY? A FRENCH, GERMAN AND UK HEALTHCARE PROFESSIONAL PERSPECTIVE

Alain Astier 1 , Jean Carlet 2 , Torsten Hoppe-Tichy 3 , Ann Jacklin 4 , Annette Jeanes 5 , Steve McManus 6 , Mathias W Pletz 7 , Harald Seifert 8 , Ray Fitzpatrick 9

1Biotopic Pharmaceuticals, Paris, France

2World Alliance Against Antibiotic Resistance, Paris, France

3Pharmacy Department, University, Heidelberg University Hospital, Heidelberg, Germany

4Centre for Medication Safety and Service Quality, Imperial College Healthcare NHS Trust, London, UK

5Infection Prevention and Control, University College London Hospital, London, UK

6Royal Berkshire NHS Foundation Trust, Reading, UK

7Institute for Infectious Diseases and Infection Control, Jena University Hospital/Friedrich-Schiller-University, Jena, Germany

8Institute for Medical Microbiology, Immunology and Hygiene, University of Cologne, Köln, Germany

9School of Pharmacy, Keele University, Newcastle-Under-Lyme, UK

Journal of Patient Safety and Risk Management

- Volume: 25 issue: 6, page(s): 219-224

Article first published online: December 9, 2020;

Issue published: December 1, 2020

<https://doi.org/10.1177/2516043520975661>

Resumen

La seguridad de los pacientes en los hospitales puede verse comprometida por eventos adversos evitables. Entre los EA evitables, las infecciones hospitalarias son uno de los más graves, ya que contribuyen no sólo a empeorar los resultados de los pacientes, sino también a la

carga institucional por las pérdidas económicas directas y el aumento de la duración de la estancia de los pacientes.

Las innovaciones tecnológicas pueden mejorar la seguridad de los pacientes mediante la automatización de tareas, la introducción de alertas de medicación, recordatorios clínicos, la mejora de los informes de diagnóstico y consulta, la facilitación del intercambio de información, la mejora de la toma de decisiones clínicas, la interceptación de posibles errores, la reducción de la variación en la práctica y la gestión de la escasez de personal, así como la disponibilidad de datos completos sobre los pacientes.

Se convocó un grupo de trabajo multidisciplinar de tres países europeos para debatir cómo optimizar el uso de la tecnología para reducir los EA evitables en los hospitales de agudos. El grupo de trabajo identificó ejemplos en los que, en su opinión, existían oportunidades para agilizar las vías de acceso de los pacientes, como la administración de antimicrobianos, las pruebas en el punto de atención, los informes de pruebas microbiológicas para agilizar el tiempo desde la toma de muestras hasta la decisión clínica y los sistemas móviles de dispensación automatizada, que pueden reducir la carga del personal sobrecargado de trabajo. El grupo de trabajo también debatió los factores clave para garantizar que las diferentes partes interesadas, tanto dentro como fuera del hospital, puedan contribuir de forma significativa a mejorar la seguridad del paciente. Coincidieron en que los enfoques y avances tecnológicos tendrían un impacto limitado si no se producen cambios culturales significativos en todos los niveles de la infraestructura sanitaria para aplicar las ventajas que ofrecen las tecnologías actuales o futuras.

Nota del Editor

Un muy buen ejemplo del uso de las Tecnologías en apoyo a mejorar los procesos. La necesidad que los avances tecnológicos caminen de la mano con el crecimiento del factor humano.

IMPROVING DIAGNOSTIC QUALITY AND SAFETY/REDUCING DIAGNOSTIC ERROR: MEASUREMENT CONSIDERATIONS. FINAL REPORT

Washington DC; National Quality Forum: October 6, 2020.

http://www.qualityforum.org/Publications/2020/10/Reducing_Diagnostic_Error_Measurement_Considerations_-_Final_Report.aspx

Resumen

Con la aportación de un comité de partes interesadas, el Foro Nacional de Calidad identificó recomendaciones para medir y mejorar el error de diagnóstico y la seguridad del paciente. Identificó cuatro áreas de alta prioridad relacionadas con los errores de diagnóstico que causan daños a los pacientes: sutilezas omitidas, fallos de comunicación, sobrecarga de información y pacientes despedidos, que reflejan ejemplos de alta probabilidad de errores de diagnóstico que pueden provocar daños a los pacientes. El informe incluye recomendaciones exhaustivas, de amplio alcance, procesables y específicas para poner en marcha actividades de mejora de la calidad con el fin de involucrar a los pacientes, educar a los médicos, aprovechar la tecnología y apoyar una cultura de seguridad con el objetivo de reducir los errores de diagnóstico.

Conclusión

Aproximadamente 12 millones de estadounidenses sufren un error de diagnóstico cada año, y el Comité de las Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina (NASEM) dice sobre los errores de diagnóstico en la atención sanitaria que la mayoría de las personas experimentarán al menos un error de diagnóstico en su vida. Estos errores de diagnóstico, incluidos los diagnósticos omitidos o retrasados, pueden tener importantes consecuencias para la seguridad

y la atención de los pacientes y sus familias.

El Comité elaboró soluciones integrales para estos tipos de errores de diagnóstico, identificando los factores que contribuyen y las soluciones de aplicación clave para superar y prevenir los errores.

Aunque los casos de uso varían en cuanto a sus temas, áreas de interés y entornos clínicos, el Comité ofrece recomendaciones para un conjunto de acciones que las diversas partes interesadas pueden adoptar para aplicar en el ámbito del Proceso de Diagnóstico y Resultados del Marco de Medición, y medir y reducir los errores de diagnóstico, mejorando en última instancia la calidad de la atención que reciben los pacientes.

A medida que el panorama sanitario sigue evolucionando y las exigencias continúan aumentando, los diagnósticos precisos y oportunos siguen siendo una prioridad crítica en medicina. La ampliación de la formación, el trabajo en equipo y el aprovechamiento de la tecnología son tecnologías fundamentales en el camino hacia la seguridad del diagnóstico. Diversas partes interesadas de la sanidad -incluidos los médicos, los administradores, los pacientes, los proveedores de HCE, las sociedades de especialidades médicas, pagadores, entre otros, deben unirse para dar pasos concretos que mejoren la precisión de los diagnósticos y reduzcan los errores de diagnóstico para la seguridad de todos. Reducir los errores de diagnóstico para la seguridad de todos los estadounidenses.

Nota del Editor

Un extraordinario informe del National Quality Forum, descargable, que en sus 110 páginas les entrega una informada y amplia mirada sobre el error diagnóstico. Presenta las áreas sobre las que priorizar los esfuerzos.

FRONTIERS IN HUMAN FACTORS: INTEGRATING HUMAN FACTORS AND ERGONOMICS TO IMPROVE SAFETY AND QUALITY IN LATIN AMERICAN HEALTH-CARE SYSTEMS

Carlos Aceves-González, Yordán Rodríguez, Carlos Manuel Escobar-Galindo, Elizabeth Pérez, Beatriz Gutiérrez-Moreno, Sue Hignett, Alexandra Rosewall Lang

International Journal for Quality in Health Care, Volume 33, Issue Supplement_1, January 2021, Pages 45-50

<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa135>

Resumen

La importancia de los factores humanos/ergonomía (HFE) está bien establecida en todos los sistemas de alta fiabilidad, pero su aplicación en el sector sanitario es relativamente reciente. En muchos sectores, los países de renta baja/media (PRMB) van por detrás de los países económicamente más desarrollados en la aplicación de esta ciencia de la seguridad, debido a los recursos y, en algunos casos, a la concienciación y la experiencia. La mayoría de las aplicaciones anteriores de la HFE se referían a la ergonomía laboral y no a la seguridad sanitaria.

Métodos

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

Resultados

Los ejemplos prácticos para la investigación y la educación ilustran el desarrollo de la conciencia de la relevancia de la HFE para los sectores de la salud en LatAm y la apreciación de su valor para mejorar la calidad de los servicios de salud y la seguridad del paciente a través de la participación de la comunidad sanitaria. En 2019 se formó una nueva Red LatAm de HFE en Sistemas de Salud (RELAESA), que ha proporcionado una plataforma para el asesoramiento sobre HFE durante la pandemia de COVID-19.

Conclusión

Existe una oportunidad real en LatAm y en otros servicios de salud de países de ingresos bajos y medios para lograr un progreso más rápido y sostenible en la HFE integrada en la atención sanitaria que el que se ha experimentado en los servicios de salud de las naciones más desarrolladas.

Nota del Editor

La importancia de los factores humanos/ergonomía emerge con fuerza y se está posicionando como un necesario polo de desarrollo en nuestros sistemas de Salud.

Junto a este trabajo y otros ISQUa en este número https://academic.oup.com/intqhc/issue/33/Supplement_1 posiciona este tema.

PATIENT SAFETY INCIDENT REPORTING AND LEARNING SYSTEMS: TECHNICAL REPORT AND GUIDANCE

WHO TEAM - Integrated Health Services

<https://www.who.int/publications/item/9789240010338>

ISBN: 9789240010338

16 September 2020 | Guidance (normative)

Visión general

Este documento pretende instar a los lectores a comprender la finalidad, los puntos fuertes y las limitaciones de la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Los datos derivados de las notificaciones de incidentes pueden ser muy valiosos para comprender la magnitud y la naturaleza de los daños derivados de la atención sanitaria, siempre que se revisen cuidadosamente las propiedades de los datos y se saquen conclusiones con precaución.

El uso de los sistemas de notificación de incidentes para un verdadero aprendizaje, con el fin de lograr una reducción sostenible del riesgo y una mejora de la seguridad de los pacientes, si-

gue siendo un trabajo en curso. Se puede hacer y se ha hecho, pero todavía no a la escala y con la rapidez que se compara con otras industrias de alto riesgo. Eso es lo que todos debemos procurar.

Estas orientaciones técnicas nos ayudarán a llegar a una posición en la que podamos mostrar a los pacientes y a sus familias cómo hemos utilizado este aprendizaje para ofrecerles una atención segura y fiable cada vez que la necesiten.

Nota del Editor

Lo mejor una nueva definición de Seguridad del Paciente: "Un marco de actividades organizadas que crea culturas, procesos y procedimientos, comportamientos, tecnologías, y un entorno en la atención sanitaria que consistente y de manera sostenible: disminuyan los riesgos, reduzcan la aparición de daños evitables, hagan menos probable el error y reducir su impacto cuando se produce".

Una nueva mirada colocada en un enfoque proactivo y un nuevo énfasis en la necesidad de mirar hacia los mecanismos de reportes de incidentes.



¿QUÉ HACEMOS?

DIPLOMADOS ON LINE

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

TALLERES/ CURSOS PRESENCIALES

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

CURSOS ON LINE

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

CONGRESOS Y JORNADAS

Como parte de la implementación de nuestra Misión, realizamos Congresos y Jornadas que tienen como objetivo dar a conocer la Seguridad del Paciente y las herramientas

NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP

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

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

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

I. REGLAMENTO PARA PUBLICACIÓN

1. TRABAJOS ORIGINALES

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

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

- 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.
- e) Resultados: Deben ser presentados en una secuencia lógica en el texto, al igual que las tablas e ilustraciones.
- f) Discusión y conclusiones: Destaque los aspectos más novedosos e importantes del estudio y sus conclusiones.
- g) Referencias: Deben hacerse en orden de aparición citadas en el texto, siguiendo la nomenclatura internacional. Las abreviaturas deben ser de acuerdo al Index Medicus. Los autores son responsables de la exactitud de las referencias.

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

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

3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

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

4. CASOS CLÍNICOS

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

5. CRÓNICAS

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

6. CONTRIBUCIONES

Resúmenes de contribuciones presentadas en Congresos o Jornadas, que se realizan durante el año, en cualquier evento relacionado a Seguridad del Paciente, las cuales deben ser enviadas por sus autores. Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

7. REVISTA DE REVISTAS:

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

8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

9. RECOMENDACIONES PRACTICAS

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

10. CURSOS Y CONGRESOS

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

11. CARTAS AL EDITOR

Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.

Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

II.- DISPOSICIONES VARIAS

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

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

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

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

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

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

ÉTICA

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

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

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

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

Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

www.fspchile.org

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

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

Cel: +56 9 94427435
+56 9 77651330

contacto@fspchile.org
www.fspchile.org