



REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

VOLUMEN 5 - NÚMERO 1 - AÑO 2022 - ISSN 2452-4468

EN ESTE NÚMERO:

TRABAJOS ORIGINALES

ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A TRAVÉS DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN BLOQUE QUIRÚRGICO

Ruano Ferrer ; Gutiérrez Giner; Fiuza Pérez; Sánchez Álvarez; Peñate Rodríguez, Mora Lourido, C Bello Curbello.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

ASPECTOS ÉTICOS PARA TENER EN CUENTA PARA LA GARANTÍA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON AFECCIONES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS.

Lissette Miranda Lar, María de los Angeles Peña Figueredo, Lareisy Borges Damas

USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES

Jorge Cienfuegos Silva

CONTRIBUCIONES

SEGURIDAD DEL PACIENTE MIGRANTE EN PATERA

Fátima Ruano Ferrer, Aruma Bello Curbello, Isabel Gutiérrez Giner

ENTREVISTAS

10 PREGUNTAS PARA SONIA

Sonia Morales Díaz

“REVISTA DE REVISTAS”



REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ CIENTÍFICO

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 QUÍMICOSFARMACÉUTICOS

QF Ximena Alarcón T.

PRESIDENTE CAPITULO DE ENFERMERAS

EU Maritza Fuenzalida M.

PRESIDENTE CAPITULO DE ERGONOMIA Y FACTORES HUMANOS

QF Stephan Jarpa C.

PRESIDENTE CAPITULO DE KINESIOLOGOS

Klgo. Gonzalo Hormazabal R.

PRESIDENTE CAPITULO DE FONOAUDIOLOGIA

Fga. Pamela González I.

PRESIDENTE CAPITULO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Nut. Pamela Herrera G.

COORDINADORES PACIENTES POR SEGURIDAD DE PACIENTES

Aurora Muñoz L.
Daniel Contreras A.

RESPONSABLE INTERNACIONAL EN LA UNION EUROPEA

Dr. Med. María Inés Cartes

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL:

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

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

REVISTA CHILENA DE
**SEGURIDAD
DEL PACIENTE**

VOLUMEN 5

NÚMERO 1

AÑO 2022

ISSN 2452-4468





SUMARIO

EDITORIAL	PÁG.04
<hr/>	
TRABAJOS ORIGINALES	PÁG.10
ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A TRAVÉS DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN BLOQUE QUIRÚRGICO	
Ruano Ferrer; Gutiérrez Giner; Fiuza Pérez; Sánchez Álvarez, Peñate Rodríguez; Mora Lourido, Bello Curbello	
<hr/>	
ARTÍCULOS DE REVISIÓN	PÁG.19
ASPECTOS ÉTICOS PARA TENER EN CUENTA PARA LA GARANTÍA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON AFECCIONES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS.	
Lissette Miranda Lar I, María de los Angeles Peña Figueredo, Lareisy Borges Damas	
<hr/>	
USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES	PÁG.33
Jorge Cienfuegos Silva	
<hr/>	
CONTRIBUCIONES	PÁG.38
SEGURIDAD DEL PACIENTE MIGRANTE EN PATERA	
Fátima Ruano Ferrer, Aruma Bello Curbelo, Isabel Gutiérrez Giner	
<hr/>	
ENTREVISTAS	PÁG.44
10 PREGUNTAS PARA SONIA	
Sonia Morales Díaz	
<hr/>	
“REVISTA DE REVISTAS”	PÁG.51
<hr/>	



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 5
ISSN 2452-4468

NÚMERO 1

AÑO 2022

EDITORIAL ABRIL 2022

Estimados amigos

*Iniciamos este 2022 con la buena noticia de encontrarnos saliendo ya de esta **Pandemia COVID_19**, o al menos se avizora luz en el horizonte. Ojalá que así sea.*

Al mismo tiempo, tímidamente empezamos a leer trabajos y experiencias en Seguridad del Paciente referidos a las atenciones otorgadas durante los dos últimos años, en que se trabajó en modo pandemia.

Si a la luz de los conocimientos hemos repetido una y otra vez que los eventos adversos representan un 10% de las altas hospitalarias ¿Se mantendrá este número en las atenciones de estos últimos dos años?

Bueno el tiempo lo dirá, y seguro estoy de que sí lo hará.



Este inicio de año nos marca por la partida de Edita Falco, una investigadora en Seguridad del Paciente, ex Cirujana Pediátrica, profesora de Medicina en la Universidad de la República, en Montevideo, Uruguay.

Su trabajo en mostrar historias o relatos de eventos no deseados en los paciente fue un aprendizaje. Tuvimos la suerte de contar con sus letras en "Ocho Historias" Vol1 N°1 2018, muchas gracias estimada Edita, buen viaje, seguiremos tus pasos.



Respecto a nuestra gestión, cerramos el año 2021 con un encuentro de amistad y trabajo en que se definió la Planificación Estratégica de FSP CHILE para los próximos años, fue un estar intenso, generoso, colaborativo, constructivo y cordial.

MISION

Promover, generar, gestionar conocimientos, herramientas y experiencias que motiven e involucren a las personas, equipos e instituciones para entregar atenciones y prestaciones de salud seguras al paciente.

VISION

Ser una institución referente en Seguridad del paciente con posicionamiento nacional e internacional.

VALORES

Ética, Excelencia, Respeto, Compromiso e Integridad

*Respecto a nuestro trabajo, este año vamos por nuestro **VI Congreso Internacional en Seguridad del Paciente**, posicionado como el más grande en esta temática en Latinoamérica.*

Esperamos repetir los más de 4.000 inscritos en su versión 2021. En este punto, agradecemos una vez más el apoyo del Centro de Control de Gestión de la Facultad Economía y Negocios de la Universidad de Chile.

Los encuentros Latinoamericanos de Enfermería, Tecnología Médica y Químicos Farmacéuticos están en su año de consolidación. Se escriben nuevas miradas para hacer lo que hacemos. Volvemos los ojos al sistema en el que trabajamos y en él relevamos la importancia del diseño de los sistemas, organizaciones y puestos de trabajo. En estas acciones cobra



radical importancia la aparición de la Ergonomía, la ciencia de los Factores Humanos.

Hemos logrado que profesionales de Ghana, Japón, Alemania, Estados Unidos, México, Colombia, Argentina, Uruguay y Chile regalen sus conocimientos. Ellos compartirán sus experiencias entre el 8 y 10 de junio 2022.

¡Nos encontramos todos los días 17 a las 7!

ZOOM

17 de MARZO 2022
a las 7 PM hora de Chile
Seguridad del Paciente y los Aerosoles
Respiratorios en Pandemia

 **Wernher Brevis**
 Ingeniero PhD en Fluidodinámica,
 Profesor e Investigador UC,
 Educador Científico en @AIREyVIDA2021.

 **Jaime Acevedo**
 Médico, Presidente de ONG
 DESINFLÁMATE para la Medicina Social,
 Educador Científico en @AIREyVIDA2021.



*También, en nuestro camino como ONG, seguimos trabajando y entregando espacios de aprendizaje para los trabajadores de la Salud, por ello queremos que nuestro **Webinar 17 a las 7**, sea un espacio para difundir lo que hemos aprendido: la Seguridad del Paciente no es posible si no contamos con los mecanismos para asegurar espacios de bien-estar a quienes cuidan de los pacientes, por ello “Cuidar a quienes cuidan es una prioridad”.*

Este año 2022 queremos salir de los Hospitales y Centros de Salud. Para ello hemos generado actividades de Capacitación a los Cuidadores de Personas Mayores. Creemos que este mundo de las Residencia Sanitarias y de Personas que Cuidan Adultos mayores es un campo en que el personal de los cuidados tiene movilidad y rotación. Si a ellos incorporamos a las personas que cuidan por ser familiares o por buena voluntad, observamos un mundo donde hay una precariedad de contenidos y conocimientos. Allí queremos ayudar.



CURSO: SEGURIDAD Y CALIDAD PARA CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES

80 horas, por invitación
educacion@fspchile.org



En el ámbito mundial, es importante mencionar las actividades y directrices en Seguridad del Paciente que la OMS a entregado recientemente, señalando los retos, marcos de trabajo y lineamientos por donde caminar, en su **Draft Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 / Towards eliminating avoidable harm in health care**. Esto es un esfuerzo colaborativo de Gobiernos, las grandes corporaciones de Salud, Redes integradas, Hospitales, ONG, etc. Espero que su articulación y generación de espacios de conocimientos sea generosa para llegar al 2030 con la misión cumplida.



En congruencia, y como ya es una costumbre, el 17 de septiembre se celebrará el día Internacional del Seguridad del Paciente. Este año el tema será: Medicación sin Daño. Una propuesta que incluye los 4 pilares de la medicación: Las Industria Farmacéutica, los Sistemas de Salud, trabajadores de la Salud y los Pacientes. Cada uno en su área, su responsabilidad y sus capacidades. Se da relevancia al deber ético de informar y educar a pacientes y familiares.

<https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>



En este punto, es importante hacer un llamado a la **responsabilidad social**, o como quiera que se le llame, **de los grandes**, a las grandes organizaciones de Calidad, Seguridad del Paciente, Gestión de Riesgos y Atención Centrada en la Persona. No es posible continuar y caminar estos caminos si estas organizaciones permanecen destinadas sólo a las cúpulas y comparten sus saberes en las altas direcciones de las organizaciones. Creo que deben avanzar y ser ellas mismas quienes bajen

el conocimiento. Las grandes sumas de dinero de las filiaciones, la escasa disposición de las mismas de apoyar a las organizaciones más pequeñas, hacen que este trabajo sea difícil y complejo, pero al final es mas esperanzador y genera mayor satisfacción.



Finalizando, un año más de nuestra **Revista Chilena de Seguridad del Paciente**, que camina a paso lento y seguro para mantener la posición de ser la única en su género en habla hispana. Como siempre, queremos ser el portavoz de experiencias para que los trabajadores de las bases de nuestro sistema puedan obtener nuevas enseñanzas.

CURSO:
 COMO REALIZAR ANÁLISIS DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS BASADO EN PROTOCOLO DE LONDRES

80 HORAS PEDAGÓGICAS | 100% ONLINE | VALOR: \$99.000 USD 120

educacion@fsppchile.org
 www.fsppchile.org

CURSO:
 USO SEGURO DE MEDICAMENTOS

90 HORAS PEDAGÓGICAS | 100% ONLINE | VALOR: \$99.000, USD 120

educacion@fsppchile.org
 www.fsppchile.org

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

40 horas Cronológicas - \$ 30.000

educacion@fsppchile.org

"la plataforma en Educación para la Seguridad del Paciente en América Latina..."

Nuestra actividad de Docencia de Cursos y Diplomados, una oferta de bajo costo para los alumnos, de buen contenido para entregar herramientas de Gestión en Seguridad del Paciente.

En este número, el análisis de la Cultura de Seguridad en un servicio quirúrgico en España nos muestra una vez más no hemos logrado permear las bases de nuestros establecimientos “90,3% del personal no notifica Eventos Adversos”.. esto es una muestra de como estamos al debe ¿En su Hospital usted conoce su realidad?

Además, dado que nuestro accionar nos ha llevado hacia la Seguridad de las Personas Mayores, compartimos una revisión sobre el Uso de Medicamentos que nos enseña a tomar en consideración las especiales características de ellos.

Y una excelente contribución que nos llama a profundas reflexiones con un tema no menor en nuestra América: Migración.

En el cierre de esta Editorial, igracias por vuestro apoyo!

Nos despedimos recordando la frase del Congreso 2021: “Seguridad del Paciente no es una frase de moda, no es un comentario y ya ..., Seguridad del Paciente la tenemos que volver una Cultura” (Sonia Morales / Colombia)

Seguimos trabajando.

Gracias.

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



TRABAJO ORIGINAL

ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A TRAVÉS DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN BLOQUE QUIRÚRGICO.

Ruano Ferrer F.C 1,3 ; Gutiérrez Giner M^a I 1,3; Fiuza Pérez M^a.D 2 ; Sánchez Álvarez, A.L 1; Peñate

Rodríguez, M.M 1; Mora Lourido, C 1 Bello Curbello, A. 1

1 Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

2 Comité de Ética de la Investigación. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.

3 Universidad de las Palmas de Gran Canaria. ULPGC

Autor de Correspondencia: Fatima Ruano Ferrer

Dirección postal: Urbanización Hoya Pozuelo. c/Escobón,11. 35212 Telde. Gran Canaria. España

Dirección de correo electrónico: fc.ruano@celp.es



RESUMEN

OBJETIVO:

Determinar la percepción de seguridad a través de la notificación de Eventos Adversos en el Bloque Quirúrgico de un Complejo Hospitalario Universitario.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo transversal realizado entre Junio del año 2020 hasta Marzo del año 2021 en el Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) en Gran Canaria utilizando como herramienta de medición el Cuestionario sobre seguridad de los pacientes, versión española del Hospital Survey on Patient Safety (AHRQ).

RESULTADOS:

Tras analizar 278 encuestas, los resultados de fiabilidad de las dimensiones contenidas en dichos cuestionarios son aceptables (> 0.6). En relación a los eventos adversos (EA) notifica-

dos, entre los encuestados, el 90,3% refiere no haber notificado nunca un evento adverso. El perfil de los que notifican EA es un médico (61,5%), del Servicio de Anestesia y Reanimación (23,1%) con una media de antigüedad laboral de $18,92 \pm 8,9$ años en el Complejo y $15,6 \pm 8,9$ años en el Servicio calificando el grado de seguridad del paciente en su servicio de $6,62 \pm 2$.

CONCLUSIONES:

La cultura de notificar eventos adversos por parte de nuestro personal es muy mejorable. Se hace necesario implementar medidas para comprometer a los profesionales tanto con la notificación de eventos adversos como con la importancia de la seguridad del paciente.

PALABRAS CLAVE:

Seguridad del Paciente, Eventos Adversos, Notificación.



ABSTRACT:

OBJECTIVE:

To determine the perception of safety through the notification of Adverse Events in the Surgical Area of a University Hospital.

MATERIAL AND METHOD:

Cross-sectional descriptive study was carried out between June 2020 and March 2021 at the Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil (CHUIMI) in Gran Canaria using as a measurement tool the Patient Safety Questionnaire, Spanish version of the Hospital Survey on Patient Safety (AHRQ).

RESULTS:

After analysing 278 surveys, the reliability results of the dimensions contained in these questionnaires are acceptable (> 0.6). Regarding reported adverse events (AE), among those surveyed, 90.3% reported never having reported an adverse event. The profile of those who report AE is a doctor (61.5%), from the Anaesthesia and Resuscitation Department (23.1%) with an average working seniority of 18.92 ± 8.9 years in the Complex and $15, 6 \pm 8.9$ years in the Department, rating the level of patient safety in their department as 6.62 ± 2 . Conclusions: The culture of reporting adverse events by our staff can be greatly improved. It is necessary to implement measures to commit professionals both to the notification of adverse events and to the importance of patient safety.

KEYWORDS:

Patient Safety, Adverse Events, Notification.

INTRODUCCION:

La Alianza Mundial para la Seguridad del paciente se refiere a la cultura de seguridad de una organización como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad. El desarrollo y fomento de la cultura sobre seguridad del paciente en las organizaciones es un aspecto esencial para minimizar errores y eventos adversos, siendo su medición imprescindible para diseñar actividades de mejora (1). Los bloques quirúrgicos son servicios centrales de muy alta complejidad, característica fundamental para que se produzcan eventos adversos, partiendo de la base que el error cero no existe y que debemos aprender a convivir con ciertas dosis de riesgo (2). Las actividades humanas llevan asociadas un margen de error y la asistencia sanitaria no es una excepción. Los actos quirúrgicos representan uno de los pilares básicos del tratamiento médico en los países desarrollados, sin embargo, estos no están exentos de complicaciones asociadas.

La cultura de seguridad en los bloques quirúrgicos es muy importante, pues influye en el comportamiento, particularmente el modo de comunicarnos. La comunicación entre profesionales como parte del trabajo en equipo es un factor crítico y uno de los principales factores contribuyentes en el origen de la mayoría de los eventos adversos (3,4).

El objetivo del presente estudio es analizar la cultura de seguridad en los bloques quirúrgicos del CHUIMI a través de la notificación de EA utilizando como herramienta el cuestionario AHRQ adaptado al español (5,6,7).



MATERIAL Y MÉTODOS:

El presente estudio transversal y descriptivo está realizado en los bloques quirúrgicos de los dos Hospitales del CHUIMI: Hospital Universitario Insular de Gran Canaria (HUIGC) y Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias (HUMIC), siendo la población diana los/las profesionales sanitarios/as (médicos, enfermeros, técnicos en cuidados auxiliares enfermería (Tcae), técnicos de rayos) y no sanitarios (celadores) de los mismos con un antigüedad superior a 6 meses. Los criterios de exclusión fueron una antigüedad inferior a 6 meses y el colectivo de MIR (Médicos internos residentes) de primer año.

Se utilizó como herramienta el cuestionario sobre la seguridad del paciente en la versión española del Hospital Survey on Patient Safety de la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) (5,6,7). Se trata de un cuestionario autoadministrado con 42 ítems relativos al clima de seguridad agrupados en 12 dimensiones, una pregunta sobre la calificación global del clima de seguridad percibido, otra sobre la notificación de EA en el último año y preguntas sobre características sociolaborales de los/las profesionales. Para este artículo sólo hemos analizado los resultados de la primera dimensión, relacionada con la frecuencia de eventos adversos notificados, que incluyen

las respuestas 40, 41 y 42 del cuestionario.

Se entregó y recogió el cuestionario en formato papel al personal que desarrolla su actividad en los bloques quirúrgicos del CHUIMI entre Junio del año 2020 y Marzo del año 2021.

Para el estudio estadístico se utilizó el SPSS Versión 21.

RESULTADOS:

Si bien la población diana se estimó en 520 profesionales, debido a la crisis sanitaria por la pandemia se vio afectado el acceso a los mismos y solo pudieron ser entregados 300 cuestionarios. De estos, se recogieron cumplimentados un total de 278 en los dos bloques quirúrgicos del CHUIMI: 119 (42,81%) corresponden a personal del HUMIC, 61 (21,94%) a personal del HUIGC y 98 (35,25%) a personal que desarrolla su actividad en ambos hospitales.

Teniendo en cuenta la categoría profesional de las encuestas cumplimentadas, el 130 (46,8%) eran médicos, 130 (46,8 %) personal de enfermería y 18 (6,5%) celadores.

Del total de cuestionarios estudiados, 251 (90,3%) no ha notificado nunca un evento adverso. (Tabla1)

TABLA 2.- NOTIFICADORES DE EA POR HOSPITALES

	Frecuencia	Porcentaje
Médico	16	61,5
Enfermero	5	19,2
Auxiliar de Enfermería	2	7,7
Técnico	2	7,7
Médico Residente	1	3,8
Total	26	100,0



No existe asociación estadísticamente significativa entre los diferentes hospitales que forman el Complejo en lo que respecta a la notificación de eventos adversos ($p=0.102$)

En relación a los EA notificados, hubo que excluir del estudio un cuestionario por corresponder al supervisor de uno de los bloques y saber notificado 100 EA, considerándolo un valor fuera de rango para el resto de los análisis.

De los 26 que si notifican, la media de EA reportados por notificador fue de 2.12 ± 1.5 . El 50% de los notificadores lo hicieron de 2 EA (rango:1-7) .

Si bien los médicos son los que más EA notifican respecto al resto de categorías profesionales, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p= 0.067$). (Tabla 2)

TABLA 2.- NOTIFICADORES DE EA SEGÚN CATEGORÍA PROFESIONAL.

Centro	Ambos Hospitales		Notificadores de Eventos Adversos		Total
			No	Si	
		Recuento	84	14	98
		% dentro de Centro	85,7%	14,3%	100,0%
		% del total	30,3%	5,1%	35,4%
	Insular	Recuento	55	5	60
		% dentro de Centro	91,7%	8,3%	100,0%
		% del total	19,9%	1,8%	21,7%
	Maternoinfantil	Recuento	112	7	119
		% dentro de Centro	94,1%	5,9%	100,0%
		% del total	40,4%	2,5%	43,0%
Total		Recuento	251	26	277
		% dentro de Centro	90,6%	9,4%	100,0%
		% del total	90,6%	9,4%	100,0%

Analizando por Servicios observamos que si bien dentro de los que si respondieron a la encuesta Anestesia y Reanimación supone el 23.1%, solo el 13% de ellos notifican eventos adversos; proporcionalmente notifican más los Servicios de Medicina Nuclear (33.3%), Radio-

logía (20%), Traumatología (18.8%), Obstetricia y Ginecología (14.3%), Cirugía General (6.3%) y el personal de Enfermería (4.3%). (Tabla 3)



TABLA 3.- NOTIFICACIONES DE EA SEGÚN SERVICIO

Servicio			Notificadores de Eventos Adversos		Total
			No	Si	
Anestesiología/Reanimación	Recuento		40	6	46
	% dentro de Servicio		87,0%	13,0%	100,0%
	% del total		14,4%	2,2%	16,6%
Cirugía	Recuento		30	2	32
	% dentro de Servicio		93,8%	6,3%	100,0%
	% del total		10,8%	0,7%	11,6%
Medicina nuclear	Recuento		2	1	3
	% dentro de Servicio		66,7%	33,3%	100,0%
	% del total		0,7%	0,4%	1,1%
Obstetricia y Ginecología	Recuento		30	5	35
	% dentro de Servicio		85,7%	14,3%	100,0%
	% del total		10,8%	1,8%	12,6%
Otros	Recuento		11	2	13
	% dentro de Servicio		84,6%	15,4%	100,0%
	% del total		4,0%	0,7%	4,7%
Quirófano	Recuento		112	5	117
	% dentro de Servicio		95,7%	4,3%	100,0%
	% del total		40,4%	1,8%	42,2%
Radiología	Recuento		8	2	10
	% dentro de Servicio		80,0%	20,0%	100,0%
	% del total		2,9%	0,7%	3,6%
Traumatología	Recuento		13	3	16
	% dentro de Servicio		81,3%	18,8%	100,0%
	% del total		4,7%	1,1%	5,8%
Urología	Recuento		5	0	5
	% dentro de Servicio		100,0%	0,0%	100,0%
	% del total		1,8%	0,0%	1,8%
Total	Recuento		251	26	277
	% dentro de Servicio		90,6%	9,4%	100,0%
	% del total		90,6%	9,4%	100,0%

Respecto a la antigüedad laboral o años de profesión (Tabla 4), los que notifican tienen una media de antigüedad de 18.92 años (15.32-22.53 IC 95%) mientras que los que no notifican EA tienen una antigüedad media de 15.79 años (14.46-17.12 IC 95%).

Si lo que analizamos es la antigüedad en el hospital (Tabla 5), los profesionales notificadores son más antiguos (16,4 años vs 13,4). Ni las diferencias en la antigüedad laboral ni en el hospital de los notificadores de EA son estadísticamente significativas.



Los notificadores de eventos adversos trabajan semanalmente más horas [41.8 (38.5-45.1 IC 95%) vs 41 (39.8-42.3 IC95%)] no existiendo diferencia estadísticamente significativa.

El grado de seguridad del paciente en los Servicios lo califican en 6.62 (5.79-7.44 IC 95%) los que notifican EA frente a un 7.33 (5.79-7.44 IC 95%) los que no notifican, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

TABLA 4.- NOTIFICADORES EA SEGÚN ANTIGÜEDAD PROFESIONAL

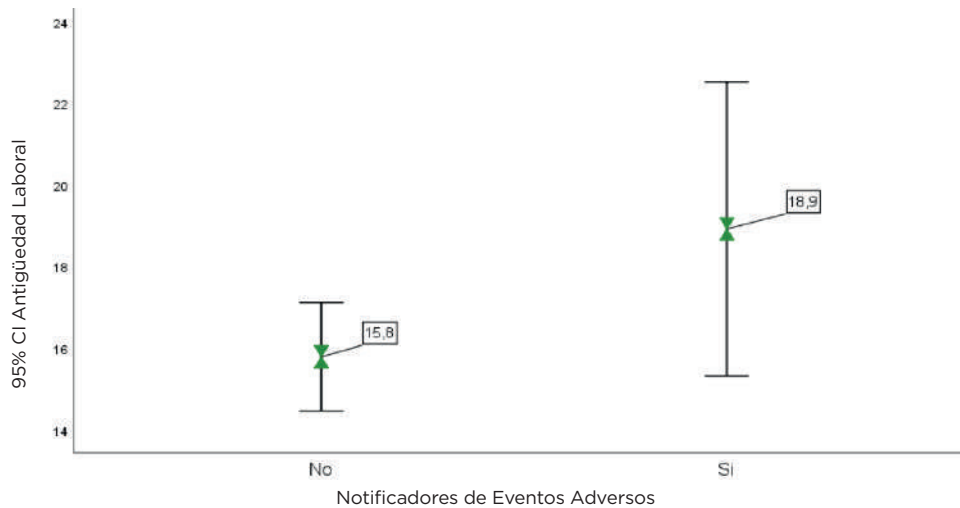
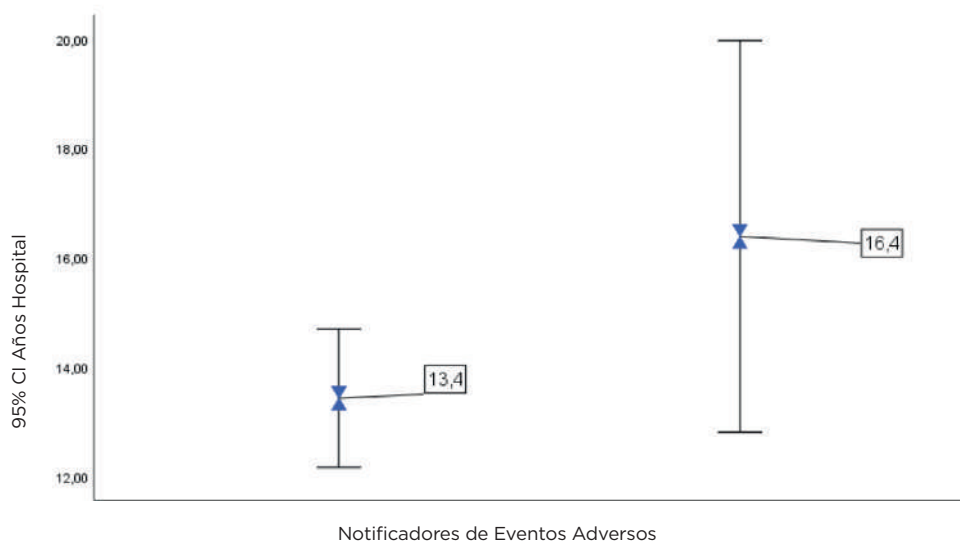


TABLA 5.- NOTIFICADORES EA SEGÚN ANTIGÜEDAD EN EL HOSPITAL





Los notificadores de eventos adversos trabajan semanalmente más horas [41.8 (38.5-45.1 IC 95%) vs 41 (39.8-42.3 IC95%)] no existiendo diferencia estadísticamente significativa.

El grado de seguridad del paciente en los Servicios lo califican en 6.62 (5.79-7.44 IC 95%) los que notifican EA frente a un 7.33 (5.79-7.44 IC 95%) los que no notifican, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

DISCUSIÓN:

El conocimiento y la notificación de los EA son cruciales en la cultura de seguridad. Los EA suponen un detrimento en la calidad asistencial y generan primera, segunda y tercera víctima en los sistemas de salud.

Nuestro estudio nos aporta información descriptiva sobre la notificación de eventos adversos dentro de la cultura de seguridad del paciente en nuestro medio.

El tamaño muestral es limitado probablemente en relación con la dificultad de acceso a la población diana por la pandemia por covid-19.

La diferencia entre la participación y la notificación de los dos bloques quirúrgicos no es relevante, probablemente por tratarse de un mismo Complejo Hospitalario con un único Plan Estratégico.

El hecho que el 90,3% de los encuestados no notifique, es un dato llamativo y muy mejorable si bien no muy lejano de lo reflejado en la literatura. Así, según Mella Laborde M, et al (8), el 82,8% de los encuestados no notifican.

Existen múltiples elementos que pueden interferir en la notificación de eventos adversos, y estos se agrupan bajo el calificativo de “Barreras para la notificación”. Muchas de estas barreras pueden deberse a condicionantes externos como la desconfianza en el sistema, el miedo a posibles consecuencias o no darle la importancia necesaria. Otras dependen directamente del sistema de registro, de la relación con la jerarquía institucional y con el tipo de evento ocurrido.

SINASP (9) es el Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente, desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social como parte de la Estrategia de Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud. Aunque la notificación es voluntaria y la información introducida es totalmente confidencial supone un incremento de esfuerzo a la hora de su aprendizaje y cumplimiento, aumentando la carga de trabajo y precisando de formación y motivación por parte del personal. Esto puede contribuir a la escasa notificación de EA.

Si bien el personal de mayor edad tiende a notificar menos y los médicos registran menos EA que los enfermeros (10), en nuestro estudio es a la inversa: los médicos son los que más notifican (61,5%) y además nuestros notificadores tienen más antigüedad tanto profesional como laboral. Aunque la diferencia no es estadísticamente significativa, podríamos pensar que en nuestro entorno a mayor experiencia profesional, mayor compromiso con el paciente y la institución y, por tanto, la preocupación y la implicación con la seguridad del paciente aumentan. La rotación de personal en otras categorías profesionales y el menor recorrido laboral podrían dificultar las notificaciones de



EA o bien poner de manifiesto el temor al “castigo” por la connotación punitiva que siempre se asocia a la comunicación de un error. No obstante, la reciente incorporación de personal a los bloques quirúrgicos y el recambio generacional deberán contribuir a mejorar nuestros resultados en cultura de seguridad por el posible aumento de motivación y disposición al cambio asociado a la juventud.

La valoración que se hace de la seguridad del paciente en los distintos servicios que intervienen en los bloques quirúrgicos no es estadísticamente significativa entre los que notifican y no notifican EA, siendo 6,62 y 7,33 respectivamente, y dista de la percepción de máxima seguridad (calificación 10). Esto pone de manifiesto la oportunidad de mejora que tenemos ante nosotros justificando la idoneidad de nuestro estudio y su difusión para implementar medidas de promuevan la notificación de EA, lo que redundaría indiscutiblemente en la mejora de la seguridad del paciente y la calidad asistencial en nuestros Bloques Quirúrgicos.

CONCLUSIÓN

El 90,3% del personal no notifica EA y este dato nos indica que la cultura de seguridad en nuestro medio es mejorable siendo necesaria la implicación tanto de los profesionales como de la Institución.

No existe gran diferencia en la participación en el estudio entre médicos y personal de enfermería, aunque en nuestro estudio son los primeros los que más notifican.

Destaca el dato que a mayor antigüedad profesional más se notifica EA, a diferencia de lo referido en la literatura.

La media de la calificación general sobre la seguridad en el servicio dista del 10, por lo cual debemos seguir buscando la excelencia.

Referencias Bibliográficas

- 1-Thomson R, Lewalle P, Sherman H. Towards an international classification for patient safety: a Delphi survey. *Int J Qual Health Care*. 2009; 21:917.
2. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320: 768-70.
3. Morello RT, Lowthian JA, Barker AL et al. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2013; 22:1-8.
4. Colla JB, Bracken AC, Kinney LM et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys. *Qual Saf Health Care*. 2005; 14:364-6.
5. World Health Organization. Patient safety. World Alliance for Patient Safety. Patient safety. The launch of the World Alliance for Patient Safety. Washington DC, USA; 27 October 2004. (Consultado el 11/10/2021.) Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>
6. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Madrid:Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
7. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
8. Mella Laborde M, et al. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gac Sanit*. 2018. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>
9. SINASP. <https://sinasp.es>
10. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. *BMJ Quality & Safety* 2002; 11:15-18.

Conflicto de intereses: ninguno



ARTÍCULOS DE REVISIÓN

ASPECTOS ÉTICOS PARA TENER EN CUENTA PARA LA GARANTÍA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON AFECCIONES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS.

MsC. Lic. Lissette Miranda Lar I, MsC. Lic María de los Angeles Peña Figueredo III. Dr. C. Lareisy Borges

I Centro Internacional de Restauración Neurológica. CIREN. Ciudad Habana. Cuba. lmiranda@neuro.ciren.cu .
III Centro Internacional de Restauración Neurológica. CIREN. Ciudad Habana. Cuba. mangeles@neuro.ciren.cu.
II Facultad de Ciencias Médicas. Artemisa. Cuba.



INTRODUCCIÓN

El tema de la seguridad viene siendo estudiado desde hace varios años dada sus implicaciones para la salud y la vida del ser humano. (1)

La seguridad del paciente es considerada como una dimensión esencial de la calidad asistencial, que para lograrla implica desarrollar estrategias encaminadas a reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria. Esta se resume como la ausencia de lesiones o de complicaciones evitables (o riesgo mínimo irreductible de los mismos), producida como consecuencia de la atención recibida a los problemas de salud. Médicos y profesionales de enfermería tienen como rasgo distintivo la elección de su profesión para aliviar el sufrimiento de las personas.

Ha sido desde siempre la seguridad centro de la atención y del esfuerzo de los profesionales e instituciones sanitarias (2)

La preocupación por la seguridad del paciente surge de la observación de la incidencia creciente de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención. (3)

La medicina no es una práctica infalible, muy a pesar del paradigma de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE); los daños a pacientes asociados a errores médicos son elevados. En Estados Unidos las muertes asociadas a errores médicos superan a aquellas producidas por accidentes de tránsito, por cánceres de mama y por SIDA (4)

Reconocer que han causado un daño, a veces irreparable, al paciente al que ayudan a recuperar su salud, es una de las experiencias psicológicas más devastadoras que pueden afrontar los profesionales de la salud y, sin lugar a duda una gran parte de dichos profesionales está en riesgo de vivenciar este suceso. (5)



Los pacientes hospitalizados no solo pueden verse beneficiados sino en ocasiones resultan afectados, involuntariamente cuando no se cumplen los requerimientos técnicos y éticos deseables al atenderlos. Cualquier profesional de la salud puede cometer un error en alguna intervención, a las enfermeras nos corresponde prevenir actos de mala práctica, que son específicas para sus competencias.

En este trabajo, se propone analizar los principales conflictos de tipo bioético que enfrentan los profesionales de la salud en la tarea de lograr la seguridad del paciente en las instituciones hospitalarias, fundamentalmente en los pacientes con afecciones neurológicas crónicas, que constituyen un grupo de alto riesgo, desde la concepción integral de la seguridad hospitalaria, su connotación bioética, a partir de los dilemas más frecuente que se presentan y su impacto social.

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática para desarrollar un análisis crítico reflexivo del contenido de documentos, donde se consideraron tesis de doctorado, de maestría, artículos originales y de revisión. Se utilizaron como palabras clave: paciente, seguridad, calidad, profesionales de la salud, siendo estas identificadas a través de DECs o de MeSH. Iniciamos la búsqueda en libros de autores cubanos publicados digitalmente en la Biblioteca Virtual de Salud. Posteriormente, la búsqueda se efectuó de manera digital en los sitios de Scielo Cuba y Scielo Regional, así como a través de Google Académico donde se visitó sitios web referentes al tema. Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron: artículos en español e inglés disponibles en los portales de datos seleccionados que presentaban adherencia a la temática. Los cri-

terios de exclusión fueron las pesquisas que se encontraron repetidas en las bases de datos. La traducción fue realizada por los autores. No hubo distinción en cuanto a la fecha de publicación de los artículos. La búsqueda de la información comenzó en julio del 2017 hasta septiembre del mismo año. No se reportan conflictos de intereses.

DESARROLLO

La preocupación por la seguridad del paciente (en lo adelante SP) se remonta a (1692 a.C.), en referencia al Código de Hammurabi donde, 11 leyes del mismo se dedican a la medicina, dentro de ellas la Ley 221 planteaba “Si un médico curó un miembro quebrado de un hombre libre, y ha hecho revivir una víscera enferma, el paciente dará al médico cinco siclos de plata”. (2)

En el análisis documental realizado se puede destacar que la preocupación por la seguridad del paciente comenzó a tomar relevancia cuando en 1999 el Instituto de Medicina (IOM) de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos publicó el informe “To Err is Human: building a Safer Health System”, en el que, según las estadísticas, cada año en Estados Unidos, los errores médicos ocasionaban la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a la de las muertes por accidentes de tráfico, cáncer de mama o SIDA. (6)

La seguridad del paciente se define por tanto como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Es considerada, además, como, la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos por la atención que se brinda, como resultado de servicios eficaces y



satisfactorios que garantizan una atención de calidad (7)

La Organización Mundial de la Salud en adelante (OMS) desarrolló una Clasificación Internacional cuyos conceptos clave son: seguridad del paciente logrado a nivel profesional, institucional y político. También definen el concepto de riesgo y los subdividen en riesgo asociado a la atención sanitaria, incidente relacionado con la seguridad del paciente, cuasi incidente e incidente con daños (evento adverso). (8)

Los autores, al realizar el análisis de lo antes expresado, opinan que para lograr la seguridad del paciente se deben involucrar todos los elementos presentes en el proceso de la atención sanitaria, los pacientes, la familia la organización sanitaria, así como los profesionales que brindan la atención.

Teniendo en cuenta además que la primera estrategia para mejorar la seguridad del paciente pasa por promover, crear y mantener una cultura de la seguridad positiva en las instituciones (9)

Sumado al trabajo desarrollado de manera interdisciplinaria lo que constituye una recomendación para avanzar en la seguridad del paciente y en la calidad de la atención a la salud. (10)

Cuando una persona portadora de una enfermedad neurológica crónica acude a nosotros, como profesionales de la salud, en primer término, desea su curación, y es esta la primera situación a enfrentar, si se tiene en cuenta que en la mayoría de los casos son enfermedades en las cuales se ha establecido un daño, muchas veces irreversible y, en otros, son enfer-

medades que se comportan de forma progresiva.

El paciente neurológico crónico plantea una serie de riesgos que no se limitan a las infecciones nosocomiales, sino que se extienden a la interacción del paciente con el medio hospitalario. Entre las más significativas se encuentran las caídas, las úlceras por presión, errores en la identificación, en la administración de medicamentos, entre otras. Estas son relativamente frecuentes en hospitales del mundo y pueden tener consecuencias importantes tanto a nivel individual como de la institución, siendo uno de los indicadores usados para la medición de la calidad de los cuidados de Enfermería.

En la actualidad, la seguridad del paciente constituye uno de los aspectos más importantes para tener en cuenta en las unidades prestadoras de servicios de salud, que requiere de análisis y desarrollo, para establecerse como un pilar necesario en la atención de enfermería, para lo cual se hace necesario conocer los riesgos a los que se pueden ver expuestos los pacientes con el fin de evitar o controlar los errores que atentan con la seguridad de este. Las ocurrencias de eventos adversos pueden poner en peligro la estabilidad del paciente neurológico crónico y empeorar su ya delicado estado de salud, prolongar la estancia hospitalaria y aumentar los costos hospitalarios.

Los profesionales de enfermería deben aplicar cuidados individualizados con un enfoque sistemático, con suficiente base de conocimientos, con un juicio profesional, sensato y consciente del contexto social y cultural, con el objetivo de desarrollar al máximo la salud, más que la cura de la enfermedad. El cuidado individualizado requiere de relaciones terapéuticas



que permiten a la vez el desarrollo del paciente y de la enfermera teniendo en cuenta los aspectos éticos relacionados con ella. (11)

Es válido señalar que las intervenciones sanitarias conllevan un riesgo de que ocurran acontecimientos adversos (AA), que pueden ocasionar en los enfermos lesiones, discapacidades e, incluso, la muerte. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en relación con la calidad de la atención y seguridad del paciente, establece que: “Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente, pero también pueden causarles daño”. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran acontecimientos adversos, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia”. (12)

La preocupación por la seguridad del paciente ha sido una constante histórica y base en la doctrina científica de la profesión de enfermería. La seguridad ya se contemplaba como una necesidad de las más importante para el hombre, y a la par, la responsabilidad que la enfermería tiene en el mantenimiento y consecución de esta. Cabe citar los trabajos de Florence Nightingale (1820-1910), considerada la fundadora de la enfermería moderna, la cual daba primordial importancia al cuidado del entorno en las instituciones hospitalarias para la prevención de infecciones, de V. Henderson, la cual hace referencia a la seguridad dentro de sus 14 necesidades básicas, o los de Faye Glenn Abdellah que en su tipología de los 21 problemas de enfermería, habla de fomentar la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones o traumatismos y mediante la prevención de la propagación de la infección. Para Evelyn Adam una necesidad fundamental es la de evitar los peligros del entorno y evitar el daño a otros.



M. Leininger hace alusión en su definición de cuidados a la conducta de protección. Nancy Roper define como actividad vital el de mantenimiento del entorno seguro. (13)

En los últimos años, la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad del enfermo se han convertido en una preocupación creciente, constituyendo un reto y una prioridad de todos los sistemas sanitarios. Diferentes organismos han puesto de manifiesto la importancia y magnitud del problema, implantando políticas internacionales con el objetivo preciso de reducir el número de errores en el sistema sanitario. Así, se recomienda utilizar herramientas que permitan descubrir, analizar y rediseñar sistemas para eliminar los errores, mejorando la calidad y minimizando los riesgos. La Alianza Mundial por la seguridad del paciente promovido por la OMS, a la que se han adherido gran número de países, tiene como objetivo básico la coordinación de estos esfuerzos, así como impulsar los cambios que permitan mejorar la calidad asistencial mediante el incremento de los niveles de seguridad en la atención a los enfermos intentando suprimir los errores evitables. (14) Por esta razón, el tema del evento adverso es una de las temáticas de la línea de investigación de bioética y derecho médico y sanitario.

ASPECTOS ETICOS A TENER EN CUENTA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La moral es una de las formas de la conciencia social que, en tanto que reflejo de las condiciones materiales de vida de los hombres, es histórica y concreta, y por tanto relativa, cambiante, y en desarrollo constante, de acuerdo con la marcha de la sociedad. El estudio de la moral forma parte actualmente de una ciencia

particular, la ética, la cual integra las ciencias sociales, es decir, las ciencias que se ocupan de estudiar las relaciones establecidas entre los hombres en el proceso de producción y reproducción de su vida material, relaciones que no se limitan, por supuesto, a las relaciones puramente económicas, sino que abarcan todas las relaciones sociales, materiales, producción y distribución de bienes, lucha con la naturaleza, consumo, vida familiar, vida social, espiritualidad, etc.(15)

La moral ha encontrado en la ética una racionalidad, no sólo valorativa en cuanto a sus funciones normativas (**deontología**), sino para la formación consciente de los valores que deben regular la conducta y la coexistencia humanas (axiología). Los valores, por su parte, son objetivos, porque objetiva es la actividad práctico material de la cual ellos surgen. Y este propio hecho de que los valores surja y participen en la actividad práctico material de los hombres y provoca que aquellos adquieran una connotación social.

El término “ética” procede del vocablo griego antiguo *ethos*, que significaba al principio “estancia, vivienda común”. Posteriormente adquirió otras significaciones: hábito, temperamento, carácter, modo de pensar. La **bioética** es un concepto que emerge a principios de la década de los años setenta y cobra una rápida aceptación, pues reconoce que la medicina no actúa como una disciplina única, sino que se relaciona con una variedad de aspectos filosóficos, culturales, tecnológicos, biológicos, pero sobre todo con valores del médico y de la sociedad en general. La Bioética, como disciplina clínica, es parte de la vida profesional de un médico. Es esencial para la orientación moral y de los valores.



La educación en Bioética en general ha sido vista como necesaria para el desarrollo de las destrezas en razonamiento crítico que necesitarán los profesionales de la salud para poder enfrentar los cambios tecnológicos y culturales significativos, que seguramente experimentarán durante su carrera. (16)

El surgimiento de la bioética debe ser entonces comprendido, como un proceso de diferenciación del pensamiento y el quehacer ético en medicina, con su aparición, comienzan a delimitarse de manera precisa dos campos, vertientes o ramas de la ética médica: **La deontología médica y la bioética**. Corresponden a cada una de ellas funciones y formas organizativas específicas que se complementan mutuamente. (23) Resultan ambas imprescindibles para poder abarcar los múltiples y complejos problemas de orden ético que se plantean hoy ante la humanidad en la esfera de la salud humana. (17)

El actual siglo, con su desarrollo socio económico, cultural y político, ha puesto en evidencia que la salud ha dejado de ser una cuestión eminentemente privada para convertirse en problema público, en el cual interviene no sólo el hombre y su familia, sino también la comunidad y las instituciones sociales y políticas de la sociedad. No es posible, por tanto, hablar de salud pública sin mencionar la política sanitaria, no sólo del organismo rector de la salud pública en el país, sino también del gobierno y el partido político gobernante. (18)

En el caso específico de los pacientes afectados por enfermedades neurológicas, comienza un proceso en el cual el enfermo, muchas veces en edad laboral, presenta afectaciones que limitan su actividad habitual que lo obligan a

acudir al facultativo. Este último, comienza a realizar la evaluación clínica y los estudios pertinentes, para llegar al diagnóstico correcto. Se inicia entonces **relación médico-paciente** donde el primero debe ser capaz, junto al eficaz tratamiento farmacológico, ofrecer la información necesaria al paciente en todo lo relativo a su enfermedad.

Se debe abordar la relación personal de la salud-paciente sobre la base de que estamos frente a un ente biopsicosocial y que su situación actual crea un compromiso no solo orgánico sino también disturbios de tipo laborales y familiares, o sea, sociales. Esta relación debe ser vista como un vínculo que requiere del compromiso, en un marco de libertad, voluntad y capacidad para la toma de decisiones, basada en la información clara, veraz y oportuna, en un ámbito de respeto y honestidad que genere confianza.

En el transcurso de la atención y manejo de este paciente se debe explicar objetivamente y exhaustivamente la concepción del tratamiento multidisciplinario que permite abordar desde varios ángulos el problema, lo cual ayuda a alcanzar resultados superiores, debe hacerse con claridad, informando el estado actual de la enfermedad, que opciones terapéuticas se pueden aplicar así como los riesgos y beneficios con los detalles necesarios para que existan suficientes elementos para tomar una decisión al respecto (19) poniendo en práctica la: **La autonomía** que puede definirse como libertad de elección; derecho o capacidad de elegir por uno mismo; derecho a crear la propia posición moral, aceptar la responsabilidad de su actuar, etc. Los pacientes tienen derecho a que se les brinde una información veraz de su enfermedad y los efectos adversos que se



pueden producir durante su atención. La persona autónoma es alguien que no sólo delibera acerca de algo y escoge los planes, sino que es capaz de actuar sobre las bases de las deliberaciones hechas, justo como un gobierno independiente ejerce el control autónomo sobre sus territorios y su política (20)

En el caso de los pacientes, la expresión más clara del pleno ejercicio de la autonomía es el **consentimiento informado**, que no es más que un requisito básico del contrato una pluralidad de partes con capacidad para contraer un acuerdo que se manifiesta a través de una declaración expresa. Consta de dos elementos fundamentales: de información, que a su vez consta de dos aspectos importantes: **el descubrimiento de la información** (¿Qué quiere saber el paciente?) y **la comprensión de la información** (necesidad de utilizar un lenguaje claro) y **de consentimiento**, que comprende dos aspectos: **el consentimiento voluntario** (sin presiones autoritarias) y **la competencia**

para el consentimiento (física y psicológica).

Por su parte, las funciones del consentimiento informado pueden ser reconstruidas como justificaciones formales para que el mismo sea obtenido: protege a pacientes y sujetos de experimentación, por prevención de daños a ellos (basado en el principio de no hacer daño): protege y beneficia a todos en la sociedad, incluyendo a los profesionales de la salud, pacientes e instituciones de práctica y/o investigación médica (basado en el principio de utilidad).

Constituye un acto de decisión voluntaria realizado por una persona competente, por lo cual acepta o rechaza las acciones diagnosticadas o terapéuticas sugeridas por el personal médico, fundado en la comprensión de la información revelada respecto a los riesgos y beneficios que le puede ocasionar la aplicación de un tratamiento o técnica traumáticas, novedosa o de otra índole. En ocasiones este puede ser difícil de lograr debido al estado de concien-





cia del paciente limitaciones mentales, baja capacidad intelectual y otras que impidan que el individuo sea por entero competente para dar su consentimiento, por tanto, esto forma un importante núcleo de problemas éticos en la medicina que se ha ido acentuando debido a los avances en la investigación y el rápido desarrollo de la tecnología.

El consentimiento informado cuenta con un aval ético moral que sustenta una obligatoriedad del personal médico de informar con veracidad la condición de enfermedad, así como el curso diagnóstico o terapéutico que crea más adecuado según su saber científico-técnico. Hoy, en muchos países, este procedimiento no es sólo regla moral sino a la vez fórmula legal (21)

El personal médico y de enfermería que se dedica al tratamiento y atención de los pacientes portadores de enfermedades neurológicas crónicas debe emplear todo su potencial intelectual, emocional y creador en el acercamiento, hacer que se sienta acompañado y protegido, sin llegar a hacerlo sentir sobreprotegido.

Además, debe hurgar en las circunstancias externas en que se desenvuelve con sus capacidades y discapacidades, así como su grado de satisfacción con él mismo y la percepción que tiene de sus condiciones globales de vida.

El conocimiento de estos factores contribuye con el personal de la salud que lo atiende en su tarea de lograr elevar la calidad de vida de estos pacientes teniendo en cuenta que esta se manifiesta como una categoría socioeconómica, política y moral.

El Consejo Internacional de Enfermeras (22) plantea que Las enfermeras: “Constituyen una

fuerza para el cambio. Mejorando la capacidad de recuperación de los Sistemas de Salud”. Elemento a tener en cuenta cuando de SP hablamos.

Es válido señalar que La Organización Panamericana de Salud ha venido desarrollando el Programa de Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente (23) **Para el logro de la seguridad del paciente el lema de esta Alianza Mundial es, “ante todo, no hacer daño”** derivado del principio hipocrático *primum non nocere*, que articula la ética de la seguridad clínica. (24)

El principio **de no maleficencia** nos obliga a evitar cualquier daño intencionado al paciente, pero también a poner todos los medios necesarios para evitar que ocurran eventos adversos, o lo que es lo mismo, disminuir el riesgo en la asistencia sanitaria.

El principio **de justicia** está basado en el hecho de que el error y la falta de seguridad llevan implícito un alto coste de oportunidad, debemos procurar un reparto equitativo de los bienes y servicios, en función de las necesidades más que de las demandas, evitando la discriminación al generar la obligación de invertir recursos extra en subsanar las consecuencias derivadas de los AA.

En la práctica cotidiana la relación clínica debe moverse, dentro del marco de una distribución equitativa de los recursos. **El principio de Justicia** se pone de manifiesto cuando se plantea que el derecho a la salud, es considerado en los derechos humanos universales.

Una vez producido el error, cobran protagonismo los principios de **autonomía y beneficencia**. El paciente tiene derecho, por una parte, a sa-



ber, qué ha pasado y, por otra, a reclamar apoyo, ayuda y reparación del daño causado. (25)

La beneficencia se refiere también a la obligación ética de aumentar al máximo los beneficios y reducir al mínimo los daños y perjuicios, es decir que los riesgos de la atención sanitaria deben ser razonables teniendo en cuenta los beneficios esperados. (26)

A Arthur Bolmfield (1888 – 1962) se le atribuye la famosa frase “Hay algunos pacientes a los que no podemos ayudar, pero no hay ninguno al que no podamos dañar” (27)

Principio de respeto a la dignidad del paciente. Los avances vertiginosos de la ciencia y la tecnología, que han permitido mejorar las expectativas de tiempo y calidad de vida de las personas, deben ser analizados, teniendo en cuenta el respeto debido a la dignidad de la persona humana, a los derechos humanos y a las libertades fundamentales.

Este determina que no se puede privar de su bienestar en forma injustificada a una persona, ni utilizarla sin su consentimiento como medio para satisfacer el bienestar de otra, como tampoco puede aceptarse imponerle sacrificios o privaciones que no sean en su beneficio (26).

Otro elemento importante para resaltar es que la aparición de acontecimientos adversos plantea la disyuntiva de informar de ello a los pacientes y familiares el evento ocurrido poniendo en práctica **el principio de honestidad**. La honestidad en la práctica médica está sustentada en valores personales, principios éticos y compromisos morales.

A pesar de establecerse la obligación de notificar cualquier accidente, daño o mal resultado

como consecuencia de un tratamiento, **la ocultación sistemática de los errores detectados ha sido la práctica habitual en todos los sistemas sanitarios del mundo hasta hace poco tiempo**. Los médicos deben informar a los pacientes sobre cualquier error diagnóstico o de procedimiento en el curso de la atención sanitaria, si tal información afecta de forma significativa los cuidados del enfermo, tal y como se establece, entre otros, en los estatutos para la regulación de la práctica médica, (28) poniendo en práctica el respeto **a la autonomía del paciente, el derecho a participar en la toma de decisiones, la responsabilidad profesional y una obligación hacia la organización sanitaria**.

Informar sobre los errores beneficia a los pacientes al permitir buscar soluciones de forma precoz y apropiada, pudiendo prevenir daños futuros, disminuye el stress al conocer las causas, permite participar al paciente de forma activa en la toma de decisiones, permite compensar las pérdidas y mejora la relación asistencial. Para el profesional, puede disminuir el estrés al ser “perdonado”, estrecharía la relación asistencial, podría disminuir las reclamaciones y litigios o mejorar la posición del demandado en caso de que estos se produjeran, permitiría aprender de los errores y aceptar la responsabilidad pudiendo cambiar la práctica clínica. (29)

No existe intervención clínica exenta de efectos adversos, ni siquiera la actividad preventiva, por lo que es evidente lo difícil que resulta en la práctica el cumplimiento del principio básico a que obliga el Juramento Hipocrático *primum non nocere*.(30)

La Declaración Universal sobre Bioética y De-



rechos Humanos de la UNESCO, señala que habrá de respetarse la igualdad fundamental de todos los seres humanos en **dignidad y derecho**, de tal manera que los pacientes sean tratados con **justicia y equidad**; amplía el concepto de protección a la salud, incluyendo el derecho a la promoción de la salud, disponibilidad de los medicamentos requeridos, atención preventiva en materia de nutrición y vuelve a hacer énfasis en el derecho a una atención médica de calidad. (31)

La ocurrencia del daño desencadena una última obligación ética personal del profesional, ya no con el paciente afectado, sino con la propia organización. Y es una obligación que tiene que ver con la necesidad de reforzar el marco, los principios de no maleficencia y de justicia. Es la obligación de informar a la organización de lo ocurrido para que se adopten las medidas que sean necesarias tanto a lo referido con lo ocurrido como las medidas a tomar para evitar que ocurran nuevamente, es por ello que se hace necesario el diseño de programas, modelos, estrategias que reduzcan o eliminen los errores y que garanticen la mayor seguridad de los pacientes permitiendo así determinar las medidas para evitar en primer término la ocurrencia de error y trazar los pasos a seguir una vez que estos desafortunadamente se produzcan, estos diseños permitirán evitar la variabilidad en la práctica clínica haciendo más eficiente el proceso.

Para lo cual debemos estimular:

- Participación en espacios que propicien la reflexión ética sobre las situaciones cotidianas de la práctica y los problemas que inciden en las relaciones.

- Generar culturas organizacionales que permitan revelar el error y trabajar en procesos de mejoramiento continuo de la calidad en un ambiente que propicie la crítica constructiva a favor del paciente.

- Crear mecanismos para analizar y aprender de los errores.

- Garantizar los recursos en calidad y cantidad para la atención, así como mejorar los ambientes de trabajo de las enfermeras.

- Desarrollar sistemas de información que permitan el seguimiento de los resultados de la atención.

Por tanto, se señala que las obligaciones éticas en torno a prevenir los errores médicos y promover la seguridad de los pacientes quedan configuradas por los principios fundamentales de la bioética.

ÉTICA DE LA RESPONSABILIDAD

Se hace necesario en el personal sanitario impulsar un comportamiento ético que encamine a colocar en práctica la ética de la responsabilidad, entendida como la capacidad de dar respuestas eficaces a los problemas que llegan de la propia realidad. Responsabilidad con respecto al ejercicio de los derechos humanos, la protección de los recursos naturales y la vida de las generaciones futuras.

La responsabilidad revela el carácter ético de cada persona, es un acto enteramente voluntario que lleva, por un parte, a más respeto, más transparencia y más cordialidad hacia los demás; y por otro parte, a dar respuesta a las



necesidades de otro ser humano. El profesional de salud debe dominar que está éticamente obligado a proteger a su paciente del daño mediante el mantenimiento y actualización de la calidad de su práctica profesional. Esto significa hacerse responsable de adquirir y mantener altos estándares de calidad científico técnica mediante la superación.

Esto representa mayores exigencias y nuevos desafíos, como personal de salud; sin embargo, hay que tener en cuenta que aun cuando “las condiciones apesadumbren o representen algún sufrimiento y las circunstancias nos sean desfavorables, ello no exime de responsabilidad, el reto es asumir, a pesar de todo lo adverso, una posición valiente para no hacer sufrir al sujeto de cuidado, para no ofrecer un cuidado de inadecuada calidad o para no privar del cuidado de enfermería. (32)

Hoy en día, la enorme responsabilidad e importancia del cuidado como garantía de seguridad del paciente, demanda la iniciativa legislativa en algunas materias, como el sistema de notificación de errores, los estándares de calidad, una mayor participación de los profesionales en la gestión hospitalaria. Pero también, deben acompañarse de otras medidas encaminadas al pleno desarrollo profesional de enfermería, para que se garantice su plena competencia y autonomía profesional. Solo así se estará actuando frente a las causas y no solo paliando los efectos.

Realizar acciones encaminadas a controlar la calidad del proceso, como auditorías clínicas, debe ser una prioridad, tanto por el compromiso con la seguridad clínica como por el ahorro en el gasto sanitario. (33) En el accionar de los profesionales de enfermería toman especial re-

levancia la prevención de caídas y de úlceras por presión, la administración segura de medicamentos y la identificación inequívoca del paciente (34) Se hace necesario realizar acciones encaminadas a controlar la calidad del proceso, como auditorías clínicas, debe ser una prioridad, tanto por el compromiso con la seguridad clínica como por el ahorro en el gasto sanitario (33)

Es válido señalar que los cambios en el contexto mundial han hecho con que los pacientes y sus familiares exijan un compromiso renovado con la mejora de la calidad en organizaciones prestadoras de servicios de salud, estimulados por la preocupación con la seguridad del paciente. (35)

CONCLUSIONES

El mayor reto para lograr un sistema sanitario más seguro y por ende, de mayor calidad y ética, es cambiar la percepción del error y del riesgo clínico como una amenaza para la buena reputación y el prestigio profesional por la consideración de los mismos como oportunidades para mejorar el sistema y reducir los riesgos que conlleva la atención sanitaria. Para ello es necesario un entorno laboral y profesional que favorezca una actitud más humilde en lo personal y más transparente en lo institucional, que permita la discusión abierta y participativa sobre los errores, los riesgos asumidos, el análisis de accidentes e incidentes ocurridos y/o evitables, con la finalidad de aprender de ellos y promover una retroalimentación informativa sobre los fallos con todos los involucrados, para que puedan implicarse y responsabilizarse de forma prospectiva, individual y corporativamente, en la mejora de los resultados.



BIBLIOGRAFÍA

1. Romero F, Vargas Gallo f. Capacidad de Respuesta Hospitalaria Distrital en Bogotá ante un evento con múltiples víctimas (tesis). Bogotá: Universidad del Rosario; 2015. (Consultado el 12 de febrero de 2016) Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/10154>
2. Aranaza JM. La cultura de seguridad del paciente: del pasado al futuro en cuatro tiempos *Med Clin (Barc)*. 2010;135(Supl 1):1-2 (Consultado el 12 de marzo de 2013) Disponible en: WWW.elsevier.es/medicinaclinica
3. Gómez Ramírez. O, Arenas Gutiérrez. W Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá, Colombia *Rev Ciencia Y Enfermería XVII* (3): 97-111, 2011 ISSN 0717-2079 (Consultado el 14 de marzo de 2013) Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009
4. Maglio I. Error y medicina a la defensiva: ética médica y la seguridad del paciente *Rev. bioét (Impr)*. 2011; 19(2): 359 - 65 (Consultado el 12 de marzo de 2013) Disponible en: www.redalyc.org/pdf/3615/361533256005pdf
5. Borrell-Carrió. Ética de la seguridad clínica. Contribuciones desde la práctica médica. *Med Clin (Barc)*. 2007;129(5):176-83 (Consultado el 15 de marzo de 2013) Disponible en: WWW.elsevier.es/medicinaclinica
6. Kohn L T, Corrigan J M, Donaldson. MS Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 1999 (Consultado el 21 de marzo de 2013) Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>
7. 55ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA55.18. Punto 13.9 del orden del día 18 de mayo de 2002. Calidad de la atención: seguridad del paciente. (Consultado el 13 de febrero de 2017) Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/EV/blood-4ta-resolucion.pdf>
8. World Health Organization, World Alliance for Patient Safety. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Informe técnico definitivo. Geneva: World Health Organization.2009 (Consultado 20 octubre de 2015). Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/es/index.html>
9. Urbina Laza O. Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente *Revista Cubana de Enfermería* 2011;27(3) 239-247 (Consultado el 12 de marzo de 2013) Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
10. Davins J, Oliva G, Álava F, et al. Visión y evolución de la seguridad del paciente en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2014;143 (Supl 1):1-2. (Consultado el 18 de marzo de 2013) Disponible en: WWW.elsevier.es/medicinaclinica
11. Wegner W, Pedro ENR. La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. mayo-jun. 2012 (consultado:23 de enero 2017);20(3): Disponible en: <http://www.scielo.br/revistas/rlae/eaboutj.htm>
12. World Health Organization. *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: WHO, 2002. (Consultado el 28 de diciembre 2013). Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/>.
13. Tomey, Ann Marriner. 1998. *Administración y Liderazgo en Enfermería*, pág. 154. Ed. Harcourt Brace. Quinta Edición. Madrid. Capítulo 10
14. World Alliance for Patient Safety. (Consultado el 28 de mayo 2014) Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/en>.
15. Colectivo de Autores. *Ética*. Editorial Progreso. Moscú, 1989.
16. H. Tristán Engelhardt Jr., Ph.D., M.D. *La Bioética: Hito de las Humanidades Médicas Cuadernos del Programa Regional de Bioética Número 1 - Septiembre 1995* ISSN 0717 - 2370
17. Rousseau P. Falls in the elderly. *Postgraduate Medicine* 1985; 78:87-8
18. Campbell AJ. Drug treatment as a cause of falls in old age. *Drugs and Aging* 1991;1(4):289-302. (Consultado el 28 de diciembre 2013). Disponible en: <https://link.springer.com/article/10>
19. *Bioética Sistemática*. La plata. Edit Quiron, 1991, p11
20. Pérez ME, Pérez A. Fundamentar la bioética desde una perspectiva nuestra. *Bioética desde una perspectiva cubana*. Primera edición 1997.
21. Cordero P. Temas de ética y humanismo. *La Bioética y el Directivo médico*. Revista Directivo Médico. Volumen 3. No 5. Sep- Oct - 1996. 33-38
22. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras (CIE); 2013 (Consultado 27 de Mayo de 2015) Disponible en: <http://www.icn.ch/es/publications/2016-nurses-a-force-for-change-improving-health-systems-resilience/2016-las-enfermeras-una-fuerza-para-el-cambio-mejorando-la-capacidad-de-recuperacion-de-los-sistemas-de-salud.html>
23. 55 Organización Panamericana de la Salud. *Sistemas de notificación de incidentes en América Latina*. (Internet) Washington, DC: OPS, 2013. Calidad en Atención y Seguridad del Paciente. (Consultado 20 febrero de 2015) Disponible: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1530&Itemid=1557&lang=es
24. Rivera Cisneros AE. Estudio exploratorio sobre la enseñanza de la comunicación humana asociado a la práctica médica. *Ir y Cir* 2010;71(3):210-6. (Consultado 15 febrero de 2009) disponible en: www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=614
25. Simón Lorda P. Ética y seguridad de los pacientes. *Humanidades Médicas*. 2005; 8:145-60.
26. Ramírez AM. Reflexiones acerca de los principios éticos y legales de mayor trascendencia en la práctica médica y su relación en la calidad y seguridad de los pacientes. *Revista CONAMED*, vol. 19, suplemento 2014, págs. S29-S32 ISSN 2007-932X (Consultado 20 febrero de 2015) disponible en <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/publicaciones.cgi?IDREVISTA=334&NOMBRE=Revista CONA>
27. Caballero Gálvez S, García Camacho C. Seguridad Clínica en hospitalización en cirugía cardiaca *Enferm Glob* 2011(Consultado 20 febrero de 2015) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51695-614120100020&ing=es
28. Federación Europea de Medicina Interna. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. *Med Clínica* 2002; 118 (18): 704-706. (Consultado 18 febrero de 2015) Disponible en: WWW.elsevier.es/medicinaclinica
29. Martín D. Aspectos éticos y legales sobre la seguridad del paciente *Rev de bioética y derecho* enero 2009 Pagina 6.
30. Smith R. The ethics of gnonrance. *J Med Ethics* 1992; 18: 117-118 134
31. *La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO* (Consultado 20 febrero de 2017) Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
32. Molina Restrepo ME. El modelo de salud colombiano y la calidad del cuidado de enfermería. *Aquichan*, (1) 2006; 6: 148-155. (Consultado 20 mayo de 2016) Disponible en: <http://www.scielo.org.co/revistas/aqui/eaboutj.htm>
33. Gómez Salgado J, Romero Ruiz A, Camacho Bejarano R. Relevancia de las enfermeras en los errores en la fase pre analítica: Su relación con la seguridad del paciente.



Rev ROL Enferm. 2014; 37:662---6. (Consultado 20 junio de 2016) disponible en: [http://www.erol.es/articulospub/articulospub_paso2.php?idartback=39\(11-12](http://www.erol.es/articulospub/articulospub_paso2.php?idartback=39(11-12)

34. Estrategia de seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015. (Consultado el 11 de julio de 2016.) Disponible en: <http://www.seguridaddel-paciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>

35. Organización Mundial de la Salud. Pacientes para la seguridad del paciente. (consultado 20 febrero de 2013). Ginebra. 2013. (Consultado 15 febrero de 2016) Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/



ARTÍCULOS DE REVISIÓN

USO SEGURO DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES

QF Jorge Cienfuegos Silva

Profesor Escuela de Química y Farmacia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Andrés Bello
Presidente Regional Santiago Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile A.G.

jorgecienfuegos@gmail.com



“Para el año 2020, habrá 15% menos personas en el grupo de los recién nacidos respecto de los que había en 1990. Con ello, menos personas se integrarán a la población total cada año, lo que significa que las personas en los grupos de edad mayores adquieren una importancia relativa creciente, especialmente dado que éstos sobreviven por más tiempo que sus antepasados, en efecto, unos 7 años más en 2020 que en 1990”¹

Junto con reafirmar las proyecciones de la población, omitiendo fenómenos como la inmigración, múltiples países en el mundo se enfrentan al envejecimiento de su población, lo que conlleva a una necesidad imperiosa de abordar diversos aspectos relacionados al cuidado de personas adultas mayores. Entre ellos, el uso de medicamentos es de gran importancia, ya que en Chile gran parte de la población es usuaria de algún tipo de fármaco, fármacos por persona en población adulta en promedio, aumentando este en adultos mayores²

Hay varias definiciones de polifarmacia, en general el uso de tres o cinco fármacos en forma simultánea, sin embargo, es necesario tener en consideración otros factores como la indicación de fármacos innecesarios o la cascada de prescripción³ Esta última comprende el indicar un medicamento para abordar los efectos colaterales de otro medicamento, lo que puede conducir, al igual que la polifarmacia en sí, a mayor riesgo de interacciones y RAM⁴ La polifarmacia en la población de 65 años o más alcanza 31,6%⁵

Los adultos mayores tienen condiciones diferentes de su metabolismo y su relación músculo y grasa corporal, junto a cambios en su función hepática y renal. Por ende, su farmacocinética, donde tenemos procesos de absorción, distribución, unión a proteínas plasmáticas y séricas, metabolismo y eliminación también sufren cambios importantes, que afectan al comportamiento de las drogas y la respuesta clínica que buscamos. En relación a la eliminación,



la mayoría de los medicamentos se eliminan a través del riñón, por lo que el medicamento puede su tiempo de estadía en el cuerpo y acumularse, llevando a aumentar las probabilidades de toxicidad. Por otro lado, cambia la proporción de grasa y músculo en el cuerpo, disminuyendo el músculo y aumentando las grasas, lo que hace que ciertos medicamentos, por ejemplo, las benzodiazepinas, utilizadas en gran medida para tratar insomnio, depresión y ansiedades, provoquen efectos no deseados. Esto es particularmente relevante para el equipo clínico y en términos de seguridad de paciente, ya que debemos tener en consideración estos elementos al momento de prescribir, realizar seguimiento y educación al paciente al adulto mayor o a los cuidadores.

Todo lo anterior ha llevado a la sistematización de criterios que pueden ser aplicados por los equipos clínicos, y otras instancias, para mejorar el uso racional y seguro de los medicamentos en adultos mayores, como lo son los criterios START/STOP y los de Beers⁶

Las preguntas que debemos responder antes de tomar un medicamento:

- ¿Para qué enfermedad o dolencia me lo indicaron? Los adultos mayores o sus cuidadores no pueden tener dudas de qué medicamento están utilizando y por qué lo están utilizando.

- ¿Cuánto debo tomar? En conjunto con el equipo clínico hay que ajustar los horarios para que se ajuste a los hábitos de los pacientes, o su grupo familiar, con el objetivo de administrar correctamente los medicamentos y mantener la adherencia.

- ¿Cuánto tengo que tomar? ¿Cuál es la dosis

o cantidad que debo tomar? Aquí uno de los grandes problemas es la falta de adherencia, donde los químicos farmacéuticos ha demostrado ser clave en mantener la adherencia a terapias y tratamientos en la población con patologías crónicas⁷⁻⁸⁻⁹

- ¿Durante cuánto tiempo debo seguir el tratamiento? Evitar el uso no seguro o irracional de medicamentos por tiempos prolongados de corticoides, omeprazol¹¹, u otros que pueden aumentar la fragilidad en adultos mayores.

- ¿Cómo debo tomarlo? Evitar interacciones fármaco - fármaco, fármaco - alimento.

- ¿Cómo almacenar correctamente los medicamentos? En lugares alejados de fuentes de calor, del sol o la luz intensa, o humedad como en cocina y baños. A su vez fuera del alcance de niños o personas que pueden confundirlos, teniendo en cuenta que pueden intoxicaciones con consecuencias graves¹²

Luego de estas preguntas generales es recomendable siempre revisar la fecha de vencimiento de los medicamentos antes de tomarlos, junto con su adquisición en lugares autorizados, sea en la asistencia pública o en farmacias. Junto con esto el uso de pastilleros¹³, no deben prepararse para mucho tiempo ya que se puede prestar para confusión y/o degradación del medicamento.

La importancia de la adherencia y la seguridad de los adultos mayores es relevante, entendiendo que OMS adopta la definición de adherencia terapéutica, no solamente como el hecho de tomar el medicamento, sino "... el grado en que el comportamiento de una persona (tomar



el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el modo de vida) se corresponde con las recomendaciones del prestador de la asistencia sanitaria.”¹⁴

La utilización de múltiples medicamentos puede ser común en los sistemas de salud que los pacientes acuden a de manera mixta, a través del sistema y de manera particular, para una atención más expedita, sin embargo, no exista una comunicación entre los sistemas o una herramienta de conocimiento holístico de los tratamientos farmacológicos que se encuentra utilizando el paciente. Esto puede conllevar a la prescripción de medicamentos similares, tanto en principio activo con otro nombre de fantasía como con similar objetivo terapéutico, y en consecuencia provocando efectos no deseados por ninguno de los equipos de salud de los sistemas, o por el paciente mismo. Tal y como se señala previamente es necesario identificar todos los medicamentos y analizarlos para lograr una conciliación farmacéutica¹⁵⁻¹⁶, evitando así fenómenos como la cascada de la prescripción, interacciones o directamente intoxicaciones asociadas.

Por otro lado, tenemos a la automedicación, la cual no es necesariamente inapropiada. La OMS habla de la automedicación responsable como “la práctica mediante la cual los individuos tratan sus enfermedades y condiciones con medicamentos aprobados y disponibles sin prescripción y que son seguros y efectivos cuando se usan según las indicaciones”¹⁷. Por lo tanto, si un medicamento es utilizado por tiempos cortos para patologías o elementos de fácil reconocimiento y utilizado de manera puntual no sería incorrecto. No obstante, la autprescripción que implica la utilización de manera unilateral de medicamentos que requieren



receta médica no sería recomendable, y por lo tanto imperativo acudir a un profesional sanitario para buscar información, opciones y el instrumento legal asociado – la receta.

Los diversos elementos, variables y problemáticas abordadas deben llevarnos a las herramientas disponibles para identificar problemas relacionados a medicamentos, tanto en la población general como en adultos mayores. Entre ellas, la farmacovigilancia busca reacciones adversas a medicamentos, entendiendo esta como “cualquier reacción nociva, no intencionada, que aparece a dosis normal usadas en el ser humano para profilaxis, diagnóstico, tratamiento o para modificar funciones biológicas”, contemplando que existen reacciones que son conocidas y otras que no, ya que los medicamentos se testean en un número reducido de personas y no específicamente en población chilena, que tiene genéticamente ciertas particularidades, o en adultos mayores. Esto implica que requerimos de notificaciones para identificar temas puntuales o generalizados.



La OMS ha lanzado el Tercer Desafío Mundial de la Seguridad del Paciente de la OMS: Medicamentos sin Daño para mejorar la seguridad de los medicamentos. Teniendo en cuenta la enorme carga de daños relacionados con los medicamentos, la seguridad de los medicamentos también ha sido seleccionada como tema para el Día Mundial de la Seguridad del Paciente 2022. Las prácticas de medicación inseguras y los errores de medicación son una de las principales causas de lesiones y daños evitables en los sistemas sanitarios de todo el mundo, y teniendo en cuenta la realidad epidemiológica de múltiples países hacia el envejecimiento poblacional, es prudente recordar estos criterios, lineamientos y aumentar la investigación asociada al uso seguro de medicamentos en pacientes adultos mayores, buscando siempre el *primum non nocere*.

Es primordial la comunicación efectiva entre los pacientes, cuidadores y equipo de salud para entregar información adecuada y que el paciente tome una decisión basada en la mejor información disponible, sus criterios personales y sus expectativas. Hay que corroborar y preguntar toda duda ya que en el uso de medicamentos es relevante tener en cuenta que “la diferencia entre un medicamento y un veneno es la dosis” (Paracelso).

- 1.- https://www.bcn.cl/siit/actualidad-territorial-19-5-2015/estructura_poblacion_edad
- 2.- http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/08/Informe_Uso_de_medicamentos_ENS_2016_17.pdf
- 3.- Pagán Núñez, Francisco Tomás, & Tejada Cifuentes, Francisco. (2012). Prescripción en Cascada y Desprescripción. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(2), 111-119. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2012000200006>
- 4.- Salvador-Carulla L., Cano Sánchez A. Cabo-Soler J.R. “Longevidad, Tratado integral sobre la salud en la segunda mitad de la vida” Ed. Panamericana 2004.
- 5.- Passi A., Valenzuela F., Margozzini P. (2019). En *Medwave* “Uso de medicamentos en Chile: resultados de la Encuesta Nacional de Salud ENS 2017” (Vol. 19, Issue s1).

Medwave Estudios Limitada. <https://doi.org/10.5867/medwave.2019.s1>

- 6.- Nicieza-García, María Luisa, Salgueiro-Vázquez, María Esther, Jimeno-Demuth, Francisco José, & Manso, Gloria. (2016). Criterios de Beers versus STOPP en pacientes mayores, polimedicados y residentes en la comunidad. *Farmacia Hospitalaria*, 40(3), 150-164. <https://dx.doi.org/10.7399/fh.2016.40.3.9706>
- 7.- Dawoud DM, Smyth M, Ashe J, Strong T, Wonderling D, Hill J, Varia M, Dyer P, Bion J, Effectiveness and cost effectiveness of pharmacist input at the ward level: A systematic review and meta-analysis, *Research in Social & Administrative Pharmacy* (2018), doi: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.10.006>
- 8.- A Review of the Methodological Challenges in Assessing the Cost Effectiveness of Pharmacist Interventions. Rachel A. Elliott *PharmacoEconomics*. DOI 10.1007/s40273-014-0197-z
- 9.- Rubio-Valera M, Bosmans J, Fernández A, Peñarribia-María M, March M, Travé P, Bellón JA, Serrano-Blanco A. Cost-effectiveness of a community pharmacist intervention in patients with depression: a randomized controlled trial (PRODEFAR Study). doi: 10.1371/journal.pone.0070588
- 10.- Benítez Arce, S. C., & Aveiro, A. (2018). Complications of long-term use of corticosteroids: iatrogenic Cushing. In *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna* (Vol. 5, Issue 2, pp. 30-37). Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. [https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2018.05\(02\)30-037](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2018.05(02)30-037)
- 11.- Rodrigues da Silva L. Indiscriminate use of omeprazole in the elderly and the importance of pharmaceutical care. *Revista Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos Universo/Goiania*. Ano 1 / Nº 3 / 2016 área da Saúde. <http://revista.universo.edu.br/index.php?journal=3GOIA-NIA4&page=article&op=view&path%5B%5D=3113&path%5B%5D=2056>
- 12.- Caracterización de las consultas realizadas al Centro de Información Toxicológica de la Pontificia Universidad Católica de Chile (CITUC) por productos de aseo y productos cosméticos en pacientes pediátricos, menores de 12 años, durante 2016 <http://cituc.uc.cl/images/articulos/Productos-de-aseo-y-productos-cosmeticos-en-pacientes-pediatricos-2018.pdf>
- 13.- Morales Suárez-Varela, M. T. (2009). Estudio sobre la utilidad del pastillero para mejorar el cumplimiento terapéutico. In *Atención Primaria* (Vol. 41, Issue 4, pp. 185-191). Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.07.003>
- 4.- Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. OMS 2004 <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- 15.- Marín, A. A., Castaño, R. R., & Guindo, P. N. (2016). Conciliación farmacéutica en ancianos ingresados en UCI. In *Acercamiento multidisciplinar a la salud: Volumen I* (pp. 39-44). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).
- 16.- Núñez, M. J. C., Moreno, E. B., Morales, A. I. B., Trincaido, T. T., López, M. C., & Larrocha, C. A. (2015). Conciliación de la medicación en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos comunitarios*, 7(3), 19-22
- 17.- Organización Panamericana de la Salud. *Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud*. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington, DC: OPS, 2013. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANO6-2013.pdf>



CONTRIBUCIONES

SEGURIDAD DEL PACIENTE MIGRANTE EN PATERA

Fátima Ruano Ferrer (Enfermera)*, Aruma Bello Curbelo (Enfermera), M^a Isabel Gutiérrez Giner (FEA)***

* Servicio Canario de Salud y Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC).

** Consejería de Educación del Gobierno de Canarias

fc.ruano@celp.es



INTRODUCCIÓN

La crisis sanitaria mundial causada por el virus SARS-COVID 19, ha llevado al límite los sistemas sanitarios y consecuentemente ha puesto de manifiesto otros problemas de gran relevancia que afectan a la Calidad Asistencial y a la Seguridad del Paciente. Uno de estos problemas en la Comunidad Autónoma de Canarias, es la llegada masiva de migrantes ilegales en patera. El objetivo de este documento es dar a conocer otra pandemia silenciada que afecta a nuestra sanidad y paralelamente a la Seguridad del paciente migrante en patera.

Canarias, por su cercanía con África, está dentro de las principales rutas migratorias Europeas. Durante el año 2020 recibimos cerca de

20.000 migrantes en patera, cifra muy similar en 2021 (1), muchos de los cuales, dadas las condiciones precarias de salud en las que llegan necesitan atención hospitalaria urgente y otros fallecen en la travesía o a su llegada. Los profesionales de la salud que tratamos la atención inmediata hospitalaria de estos pacientes percibimos cierta preocupación e inseguridad, agravada por la situación de crisis sanitaria actual. En España los derechos reconocidos a los migrantes están regulados por la Ley Orgánica sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros (2,3), en la cual se establece: “los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria”. De esta forma todos los

INMIGRANTES LLEGADOS A CANARIAS POR VÍA MARÍTIMA

2021

19.865

Datos acumulados provisionales desde el 1 de enero al 30 de Noviembre de 2021 comparados con el mismo período de 2020.

Datos del Ministerio del Interior



+90

+0,5%

2020

19.775

NÚMERO DE EMBARCACIONES

2021

492

2020

650

-158

-24,3%



migrantes están en igualdad de condiciones respecto a los españoles, tengan o no permiso legal de residencia, por lo que su asistencia sanitaria esta cubierta por ley en su totalidad.

Cada migrante, independientemente de sus características personales o condición de salud, que llegue a nuestros centros sanitarios, deben ser atendidos con las mismas garantías de calidad, respetando cada una de sus dimensiones. Los planes de contingencias que se han tenido que aplicar como medidas urgentes a tomar para la atención de los pacientes enfermos por Covid 19, ha llevado al sistema a un colapso en recursos y búsqueda constante de soluciones inmediatas y actualización de protocolos express, que garanticen un mínimo de seguridad a los pacientes y profesionales. A este perfil de paciente se les trata en la Unidades Covid, con su correspondiente aislamiento y cuarentena, hasta que su estado de salud permita su alta a otras unidades o centros de acogida, sin olvidar que, por desgracia, muchos pierden la vida en la lucha por buscar un mundo mejor.

La Alianza Mundial para la Seguridad del paciente se refiere a la cultura de seguridad de una organización como el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el estilo, la competencia y el

compromiso de la gestión de la seguridad. El desarrollo y fomento de la cultura sobre seguridad del paciente en las organizaciones es un aspecto esencial para minimizar errores y eventos adversos, siendo su medición imprescindible para diseñar actividades de mejora (4). Entre la crisis sanitaria que vivimos desde Marzo del 2020, más la llegada masiva y sin control de pateras, tanto la seguridad como la calidad asistencial, se ven amenazadas por la alta posibilidad de eventos adversos derivados de alto volumen de pacientes vulnerables, que aumenta la tensión asistencial, tanto a nivel de recursos humanos como logísticos. Toda actividad humana comporta un margen de error, y la asistencia sanitaria no es una excepción y menos en estos casos de presión asistencial límites. Los eventos adversos en este entorno de saturación extrema, no son solo fruto de los fallos humanos, sino que también, como acertadamente explica Reason(5), se producen por una interacción de sistemas complejos y fallos latentes en el sistema. La inmigración no va a parar, por lo que urge la puesta en marcha de protocolos de actuación hospitalaria urgente ante este perfil de pacientes (adulto, pediátrico, gestantes). Ya contamos con protocolos en la Atención Primaria, clasificando al paciente menor o mayor de 15 años, pero consideramos de vital importancia la nueva incorporación de protocolos en la atención hospitalaria urgente al migrante



que es recibido en puerto o mar y trasladado urgentemente al hospital para salvar su vida.

Las principales dificultades percibidas que consideramos ponen en riesgo la seguridad son:

- Nula o escasa comunicación por el estado de salud más barrera idiomática.

-Dificultad de correcta identificación de paciente.

- Nula información de patologías previas y antecedentes de interés. Ausencia de Historia Clínica

-Volumen elevado de carga asistencial.

-Barreras socioculturales.

Tras estas circunstancias, proponemos medidas que aseguren la calidad asistencial y seguridad del paciente migrante de patera, respetando unos mínimos de Equidad, Accesibilidad, Efectividad, Eficiencia y Seguridad. Sin olvidar establecer medidas de apoyo a las Segundas Víctimas de este drama humano, que somos nosotros, los profesionales que atendemos a estos pacientes, que solo con los ojos nos transmiten el pánico y dolor que llevan en su alma. Muchos de nosotros necesitamos ayuda psicológica de la institución como parte de la política de calidad y seguridad del centro hospitalario.

Financiación: Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses: Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

1. Instituto Canario de Estadística (2021). Actividad registrada por inmigración ilegal según tipos por islas y años. [En línea]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxiistac/tabla.do?uripx=urn:uuid:122ec83c-3df4-40b6-b9af-b64cd0c07b9c&uripub=urn:uuid:e9e775c9-37ea-48cd-9f7d-a46e9ef73966>.
2. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. Jefatura del Estado Referencia: BOE-A-2000-544 - (Análisis jurídico) Publicación: BOE núm. 10 de 12/01/2000 Entrada en vigor: 01/02/2000 Última actualización publicada el 30.06.2012
3. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE, [en línea], no 10. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2000/BOE-A-2000-544-consolidado.pdf>
4. Thomson R, Lewalle P, Sherman H. Towards an international classification for patient safety: a Delphi survey. Int J Qual Health Care. 2009; 21:917.
5. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 2000; 320: 768-70.
6. Protocolo de actuación y coordinación para la atención sanitaria a menores inmigrantes. Servicio Canario de Salud. 2006. Disponible en línea.

VI Congreso Internacional

Seguridad del Paciente

VERSIÓN ONLINE



9-10

JUNIO 2022



VI Congreso Internacional Seguridad del Paciente

VERSIÓN ONLINE



Sedación Paliativa: Una Experiencia de Familia
Dr. Gerardo Soto M.
Anestesiólogo, Jefe (S) Unidad de Pabellón,
Postoperados y Reanimación Hospital Guillermo Grant
Benavente / Concepción
Chile



Integración de la Ergonomía en los Sistemas de Salud: una estrategia clave para la Seguridad del Paciente
Yordán Rodríguez Ruíz
PhD / Profesor Titular de Ergonomía y Seguridad y Salud en el Trabajo Facultad Nacional de Salud Pública / Universidad de Antioquia
Colombia



Gestión de Incidentes en Seguridad del Paciente
Dra. Mariana Flichmann
Gerente Corporativo de Riesgo y Calidad Médica / Swiss Medical Group
Argentina



Medicación sin daño
QF. Mario Uribe Sánchez
Doctorante en Farmacia / Master en Farmacia Grupo de investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada y Cátedra María José Faus Dader
España



Aprendizajes desde las Historias de los Pacientes
Evangelina Vasquez Curiel
Red Mexicana de Pacientes por la Seguridad del Paciente
Mexico



Seguridad del Paciente Pediátrico
Guillermo Escamilla G.
Jefe del Laboratorio de Banco de Sangre en Instituto Nacional de Pediatría Ciudad Nezahualcóyotl
México



Ciencia de la Mejora o de la Implementación en Seguridad del Paciente
Dra. Jafet Arrieta
Senior Director and Improvement Advisor at IHI / Boston
USA



Seguridad del Paciente: Desde un lejano Horizonte
Dr. Elom Otchi
Organization Development (OD) Practitioner & Healthcare Quality & Safety Consultant / Africa Institute of Healthcare Quality Safety & Accreditation (AfHQSA)
Ghana



Gestión de la Seguridad del Paciente
Dr. med. Maria Ines Cartes
MHM, MBA
Medizinische Hochschule Hannover
Leitung Stabsstelle Medizinische Prozess- und Patientensicherheit / Hannover
Alemania



High Reliability Organizations
Dr. Luis Ramón Torres Torija Arguelles Ambassador for the Country of Mexico.
Patient Safety Movement Foundation
USA



Pacientes por la Seguridad del Paciente
Sue Sheridan
MIM, MBA, DHL
Founding Member Patients For Patient Safety
USA



Una mirada diferente de la Seguridad del Paciente
Dr. Shin Ushiro
Division of Patient Safety, Kyushu University Hospital / Japan
Council for Quality Health Care
Japón



Aerosoles, Covid-19 y los Trabajadores de la Salud
José Luis Jiménez
Doctor en Ingeniería por el MIT y Catedrático de Química y Ciencias Medioambientales en la Universidad de Colorado
USA



Normas ISO en la atención de Salud
Dra. Verónica Edwards
Chair ISO TC 304
USA



Normas ISO en la atención de Salud
Angela McCaskill
RN, MSc Salud Global, Líder WGS, Healthcare Quality Management Systems Standard
USA



Seguridad del Paciente en Atención Primaria
Dra. María Carolina Moreno
Especialista en Administración Hospitalaria por FGV-EAESP / Magister en Salud Colectivo por F.C.M Santa Casa de Sao Paulo / CEO na Portal Qualificação
Sao Paulo
Brasil

LINK PARA INSCRIBIRSE AL CONGRESO: <https://forms.gle/pDqf8troHQxABmGN9>



ENTREVISTAS

10 PREGUNTAS PARA SONIA



Sonia Morales Díaz

somodi21@yahoo.com



1.

¿Quién es Sonia Morales Díaz? ¿Qué puede usted decir de Sonia?

Soy una mujer apasionada por la vida, una hija, madre, hermana, amiga, “exesposa”, profesional dedicada a más no poder y felizmente colombiana.

Una persona espiritual, alegre, estudiosa, inquieta, innovadora, comprometida; con defectos, pero también con mil cualidades, perfeccionista, adoro los retos autoimpuestos (reconociendo que algunos me han quedado grandes) pero abanderada completamente a no negociar mis principios y mis valores, a ser coherente con lo que pienso, lo que digo y lo que hago, convencida de buscar y aportar a la calidad, a la mejora continua, a la seguridad del paciente, a hacer y ser cada día una mejor persona y todo eso sin perder el gusto por vivir intensamente lo que la vida me ofrece.

También soy orgullosamente profesional en bacteriología, especialista en calidad y magister en gestión integral; ganadora de algunos reconocimientos nacionales e internacionales, gracias a poner en práctica tantas lecciones aprendidas en el transcurso de mi vida.

Mi propósito actual es lograr dejar un legado a las generaciones de profesionales que vienen siguiendo nuestros pasos; para que teniendo en cuenta los avances tecnológicos que llegan de manera avasalladora no se dejen deslumbrar y logren encontrar el verdadero valor de cada una de las profesiones u oficios adaptándose a un mundo cambiante, pero encontrando de manera significativa y preponderante el verdadero valor de su profesión encajándola de una manera mágica y estratégica con las diferentes disciplinas.

Debemos reinventarnos rápidamente o estaremos próximos a ver que la vida pasó, tengo ejemplos muy sencillos que hacía un odontólogo hace 30 años y cuántos diseños de sonrisa

hace hoy?, a que se dedicaba un cirujano plástico hace 30 años y cuantas reinas de belleza hace hoy?, que hacía una secretaria hace 30 años y que hace hoy?

..... Bueno esa soy yo, con mil preguntas que pienso, analizo, tomo conciencia, estudio y luego busco como actuar y adaptarme a un mundo cambiante, retador y maravilloso.

Debo reconocer, que toda mi vida he venido peleando conmigo para tener tiempo libre, situación que un verdadero líder sabe manejar..... y yo ya casi lo voy a lograr.

2.

Un breve Curriculum, de su vida laboral. ¿Dónde ha trabajado?

Estudí Bacteriología en la Pontificia Universidad Javeriana, posteriormente me especialicé en Banco de Sangre y Medicina transfusional, en Gerencia en Sistemas de Calidad y culminé estudios formales con una maestría en Calidad y gestión integral.

He tenido pocos trabajos pero he crecido ocupando diferentes y retadores cargos en cada una de las organizaciones. He trabajado simultáneamente en el sector público (gubernamental) y en el sector privado lo que me ha permitido tener un conocimiento de las diferentes problemáticas y enfoques en la búsqueda de soluciones estratégicas.

En el sector público, inicié como jefe de Banco de Sangre, pasé a ser jefe de calidad de una clínica y posteriormente a ser Jefe de Gestión de calidad de 4 clínicas y 23 centros de atención ambulatoria, cargos que desempeñe por 10 años. Posteriormente ocupé el cargo de Subdirectora de Calidad del Instituto Nacional de Salud por 3 años y apoyo técnico a la supervisión de 14 proyectos con dineros de regalías durante la pandemia por COVID en el Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación.



En el sector privado, inicié como bacterióloga en la Clínica Palermo, pasé a ser la jefa de calidad de la misma, luego me desempeñé como presidente de comité de normalización por 2 períodos consecutivos y pasé a ser responsable de liderar la normalización del sector salud para Colombia en el ICONTEC por 6 años, donde también fui docente, auditora y formadora de auditores, debí responder ante ANAB (ente acreditador de USA) por el esquema ISO 13485.

Sobra decir que soy docente de alma y convicción, por lo tanto he venido realizando esta labor toda la vida para diferentes universidades, organizaciones y sociedades científicas.

3.

¿Qué hizo que su mirada profesional se volviera hacia el mundo de la Calidad? ¿Qué pasó en su trabajo que le hizo sentir que era necesario un cambio?

Un jefe que tuve hace muchos años, era el Director General de la clínica Carlos Lleras Restrepo. doctor al que admiro, aprecio y quiero con toda gratitud el Dr Victor Fernando Betancourt Urrutia, un excelente ser humano con principios valores incalculables, que un día me dijo “vas a montar nuestro banco de sangre, identifica que no tienen los demás bancos de sangre del país y móntalo en el tuyo”. Esa frase constituyó un verdadero reto, sólo llevaba 2 años de egresada de mi facultad, trabajé arduamente, al año siguiente y por 3 años consecutivos ganamos la posición del mejor banco de sangre del país y obtuvimos un reconocimiento nacional y otro internacional. Así inicié en temas de calidad, ese fue mi motor, pero lo que empezó empíricamente debía estudiarlo juiciosamente y apareció mi mano derecha, una de las bacteriólogas a mi cargo en el Banco de Sangre la Dra Liliana Rangel Pérez quien motivó, apoyó y estudió conmigo la especialización en gerencia de calidad, hicimos cosas maravillosas en nuestro trabajo alrededor de este tema, ella una profesio-

sional muy exitosa se casó con un Chileno y se vino a vivir a este bello país, donde reside hace cerca de 20 años.

Los anteriores fueron mis primeros pasos en temas de calidad y seguridad, luego empecé una carrera desenfrenada por aprender más y más, proceso que continua como parte de mi vida.

He trabajado por innovar, diseñar estrategias que muevan el corazón de la gente con la que trabajo buscando convencer en lugar de imponer, he leído mucho, estudiado, analizado, criticado, reído y llorado alrededor de las estrategias y programas de calidad. Mi aprendizaje luego de cerca de 30 años de vida profesional, es que no se deben escatimar esfuerzos para lograr mantener motivados a cada uno de los funcionarios de nuestras instituciones, hay que valorarlos, desafiarlos y acompañarlos en su importante labor porque cada uno de ellos constituye el granito de arena más importante durante la atención de los pacientes y sus familias.

Me he identificado tanto con estos temas de calidad, seguridad y estrategias de implementación y seguimiento que se han convertido en un pilar en mi vida, en mi forma de pensar y mi actuar personal y profesional.

Por último espero que lo que les he compartido ofrezca de alguna manera testimonio, de las semillas que dejamos unos en otros, y la responsabilidad que asumimos con nuestros compañeros de trabajo y amigos, porque con una sola frase en el momento indicado, o una actuación clara y oportuna podemos ser detonantes de emprendimientos exitosos y marcar positivamente muchas vidas de personas que realmente tienen la vocación de hacer las cosas bien.

“Con frecuencia los momentos determinantes en la vida, se escriben con letra minúscula”.



4.

¿Cómo definiría usted “Calidad”, desde su experiencia?

Han tratado de tratado de definir que es el amor?, cuantas veces hemos dicho te amo, pero realmente no sabíamos las implicaciones de lo que decíamos? Mis actuaciones eran coherentes con el amor que decíamos tener?

Lo mismo pasa con la calidad, hay muchas definiciones, pienso que :

No basta con hacer las cosas bien, calidad es lo que perciben mis pacientes y sus familias, esta frase tiene un trasfondo importante yo puedo hacer todo de la mejor manera pero si no logro que los pacientes y sus familias lo perciban, quizá estoy fallando en algo que no he detectado, o no he sabido comunicarles.

5.

¿Cree usted que es posible modificar Culturas en las organizaciones de salud?

Claro que sí, está demostrado, lo importante es que no sea un esfuerzo aislado porque no va a lograr los resultados esperados. El cambio de cultura debe ser fruto de una estrategia sencilla pero completa y coherente, por lo tanto debe surgir o ser apoyada con absoluto compromiso de los altos directivos, aplicada por todos los funcionarios e implica una mentalidad abierta para realizar ajustes en la estrategia de implementación de acuerdo con los resultados obtenidos.

Partiendo por apreciar el trabajo de los funcionarios, creer en ellos, valorarlos y potenciarlos, considerando elementos como:

- Estrategia razonable: al menor costo y esfuerzo, buscando el mayor impacto
- Gestión del cambio: para minimizar el

rechazo que puedan tener algunos funcionarios

- Entusiasmo: para que sea participativo y enriquecido por todos
- Motivación: para generar compromiso
- Que sea una práctica constante: medir y evaluar resultados, analizarlos y hacer ajustes a la estrategia cuando se requiera

Analicemos varios ejemplos:

Si asistimos a un supermercado que depende de una cadena, en todos ellos vamos a encontrar casi la misma cultura así estén ubicados en diferentes ciudades, vamos a encontrar la misma apariencia, la misma calidad en sus productos, más o menos el mismo trato de los empleados, la misma forma de hacer las cosas. Eso es fruto de una estrategia clara, evaluada y ajustada a las necesidades reales del cliente.

Si analizamos alguna cadena de comida rápida que se encuentra en diferentes países del mundo. Antes de entrar ya sabemos en términos generales lo que vamos a encontrar, la calidad de lo que vamos a consumir, la seguridad en los alimentos que nos ofrecen, el trato que vamos a recibir y que valor agregado nos dan. Eso es fruto de una estrategia.

Si vamos a una sede de nuestro banco, ya sabemos cómo es la logística de la atención, los servicios que nos prestan y tenemos idea sobre cómo nos van a tratar. Este servicio es fruto de una estrategia.

Siempre que tomamos un avión vamos a recibir información sobre las salidas de emergencia, el chaleco salvavidas etc siempre la misma explicación una y otra vez; pero en salud nosotros damos indicaciones completas a dos o tres primeros pacientes del día, luego vamos resumiendo y a los últimos les decimos Ud ya sabe lo que le voy a hacer?

Por qué en nuestras instituciones de salud existen diferencias tan marcadas entre un servicio y otro? Por ejemplo algunos llaman al



paciente por el nombre, otros le dicen gordita o abuelita, eso sin llegar a detalles específicos y reconociendo que todos ellos afectan la seguridad, todo esto sucede al interior de una misma organización y muchas veces en el mismo servicio la atención en la mañana es diferente a la atención en la tarde. Por qué sucede esto? es sencillo porque le dedicamos toda nuestra energía al quehacer en lo técnico, un poco en controles y muy poco a la actitud del servicio y a la interacción entre áreas, es justo allí en la interacción entre áreas donde se produce la mayor inconformidad de nuestros pacientes y familias. Porque la seguridad no ha sido fruto de una estrategia directiva que sea medida, valorada, analizada y ajustada de acuerdo a las necesidades. Cuantas cosas evitaríamos si existiera una cultura real del autocontrol y pudiéramos sumarle un sencillo listado de chequeo con los puntos críticos a revisar antes de salir cada uno de su jornada laboral.

Les quiero contar que como mamá, cuando mi hijo era adolescente y empezaba a salir solo, le enseñe que antes de salir siempre revisara "LLA CE PAPA": escrito no se ve bonito, pero pronunciarlo era muy fácil porque además era una frase que él utilizaba a diario y resultaba sencillo que recordara: llaves, celular, plata, papeles; hoy en día, aún la usamos y nos ha librado de mil olvidos. Qué bueno sería hacer nuestro pequeñísimo listado de chequeo antes de retirarnos de nuestro trabajo cada día.

Es importante resaltar que los seres humanos cuando hacemos la misma actividad muchas veces, vamos a empezar a automatizarla y esto es normal, así funcionamos rutinariamente ejemplo de ello es manejar el auto, bañarnos etc., ya no pensamos simplemente lo hacemos. Pero el acto más inseguro profesionalmente es tenernos tanta confianza que ya hacemos las cosas en automático, no podemos ser permisivos con ésta práctica, siempre debemos estar alerta porque el más mínimo descuido puede desencadenar un resultado no deseado.

6. ¿Por qué parece tan difícil lograr un cambio de conductas culturales o costumbres?

Porque debemos iniciar estandarizando conceptos, generando criterios, abriendo la mente al cambio.

Porque hacer lo mismo durante 20 años quizá me da antigüedad pero no necesariamente experiencia.

Porque gastamos esfuerzos aislados, pero cuando alguien tiene el liderazgo sobre un tema es muy importante saber seguirlo, saber trabajar en equipo y entender que un solo líder lo hace mejor.

Porque damos toda nuestra energía y tiempo al quehacer técnico y no le damos importancia al servicio, a la calidad, a la seguridad, a los controles y al compromiso frente a la seguridad.

Porque no confiamos en nuestros compañeros de trabajo, a tal punto que cuando llevamos un familiar debemos recomendarlo para que sea tratado de manera especial, como si cuando somos pacientes no fuéramos todos iguales.

Porque nos conformamos con pañitos de agua tibia, en lugar de comprometernos con acciones de fondo, sostenidas a lo largo del tiempo y armonizadas con la cultura organizacional. Porque es un tema del que todos hablamos, pero pocos demostramos nuestro compromiso real y profundo por convicción.

Hay muchísimos porque, pero quisiera invitarlos a pensar cuando vamos a empezar con verdadero y real compromiso nuestras actividades frente a la seguridad del paciente, cuando seremos embajadores del tema al interior de nuestra organización, cuando nuestro ejemplo va a motivar a otros a recorrer el camino de la seguridad, cuando vamos a analizar nuestros actos inseguros del día y a tratar



a todos los pacientes como si fueran un familiar nuestro.

7.

¿Se pueden mejorar los estándares de Calidad o Seguridad en una institución de salud sin atentar contra sus resultados económicos? ¿La Seguridad del Paciente es una política económica adecuada??

Claro que sí, es conocido que implementar acciones para seguridad del paciente genera costos, pero hemos medido y sumado los costos de la no calidad? costos del desperdicio? los derivados de actos inseguros? las vidas que afectamos?. Con toda seguridad, el inicio requiere conocimiento, esfuerzo e inversión, pero en la medida que vayamos fortaleciendo la cultura del trabajo fundamentado en la seguridad del paciente se va a ir disminuyendo la inversión hasta generar un equilibrio e idealmente conseguiríamos volverlo un control rutinario sumado a la conciencia plena en la ejecución de cada actividad.

Si partimos por encontrar los beneficios que nos ofrecería implementar un programa de seguridad del paciente, y cada funcionario pone su granito de arena. Si definimos estrategias que incluyan líderes que multipliquen y evalúen permanentemente, si restamos los tiempos muertos, si trabajamos convencidos, si cada cual se pone la camiseta de seguridad en el rol que desempeña, todo va a ser más fácil, vamos a poder ahorrar, optimizar recursos y generar actividades de gran impacto en la seguridad.

La seguridad del paciente debería formar parte implícita en cualquier prestación de servicios de salud. Actualmente parece estar relegada a un papel secundario, como si se tratara de un esfuerzo extra en la prestación del servicio.

La seguridad del Paciente es un pilar del desa-

rollo, es el cambio cultural desde donde nuevas fronteras se hacen posibles.

8

Según su experiencia: ¿Cuál es su opinión respecto a la participación de los pacientes en la prevención de posibles riesgos, como apoyo a la seguridad de la atención?

He trabajado de manera multidisciplinaria, en conjunto con asociaciones de usuarios y los resultados fueron sorprendentes. Su visión aporta conocimiento, tiempo y análisis de la realidad en la prestación, todo esto con el fin de tomar mejores decisiones, crear estrategias sencillas pero contundentes y entender que es un trabajo de todos, para beneficio de todos.

Por otro lado, cabe resaltar que estas asociaciones se enteran de las dificultades que enfrenta el equipo de salud día a día, los volúmenes de trabajo, los horarios extenuantes y las dificultades por resolver en la cotidianidad; esto nos permite una mejor comprensión de aquellos usuarios que participan en las mesas de trabajo y difunden al interior de la asociación logrando mejoras, crecimiento, compromiso en pro de la seguridad del paciente.

9.

Su consejo a los profesionales más jóvenes.

El concepto de calidad (como todos los conceptos) está en constante evolución, de nuestro trabajo depende que las próximas generaciones vivan ese concepto, solo desde la práctica se puede evolucionar.

Hacer las cosas asumiendo que están bien hechas no es suficiente, constate, corrobore, asegúrese, identifique lecciones aprendidas y evolucione.



Cuando yo sea viejita Ud me va a atender, voy a estar en sus manos, confío en Ud, en su buen criterio, en el buen juicio al aplicar sus conocimientos y su mejor práctica. El mundo moderno y la tecnología lo han provisto de muchas facilidades pero confío más en su criterio del buen uso de la misma, en su análisis de mi caso, en la interpretación adecuada y la interacción necesaria con otras disciplinas para lograr los mejores resultados. La responsabilidad es grande, Creo en Ud, confío en Ud, valoro lo que va a hacer por mí.

Y prepárese, llegara el momento en que usted tendrá que confiar en quienes le siguen.

10.

Su consejo a los formadores.

No podemos dejarnos abrumar por los avances tecnológicos, la gente aprende rápidamente el uso de la tecnología, pero el fundamento de las cosas, las razones, las bases y la capacidad de análisis no puede quedar en segundo plano.

Nuestra responsabilidad como formadores es transmitir conocimientos que permitan utilizar los beneficios de la tecnología y evitar convertirnos en simples operadores de la misma. De otro modo, estaremos condenados a la obsolescencia.

“Para obtener éxito en el mundo, hay que parecer loco y ser sabio”

— Barón de Montesquieu



REVISTA DE REVISTAS

En aras 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 ultimo tiempo. Se presenta la traducción del texto introductorio de lo publicado en la revista de origen.



INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE NOTIFICADOS ANTES Y DESPUÉS DEL INICIO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN ATENCIÓN PRIMARIA EN TARRAGONA

Montserrat Gens-Barberà, Núria Hernández-Vidal, Carles Castro-Muniain, Inmaculada Hospital-Guardiola, Eva Maria Oya-Girona; Ferran Bejarano-Romero, Cristina Rey-Reñones y Francisco Martín-Lujánd, en nombre del grupo de estudio de Calidad y Seguridad del Paciente de Tarragona (QiSP-TAR).

(a) Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, Gerencia Territorial Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España (b) Centro de Atención Primaria Dr. Turró, Valls, Direcció d'Atenció Primària Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España (c) Centre d'Alta Resolució, Salou, Direcció d'Atenció Primària Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España (d) Unitat de Suport a la Recerca Camp de Tarragona, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Gerencia Territorial Camp de Tarragona, Institut Català de la Salut, Tarragona, España (e) Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España

© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correo electrónico: mgens.tgn.ics@gencat.cat (M. Gens-Barberà).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102217>

Resumen:

Objetivo: Analizar y comparar la epidemiología de los incidentes de seguridad del paciente notificados en centros de atención primaria, antes y después del inicio de la pandemia COVID-19.

Diseño y emplazamiento: Estudio descriptivo analítico comparando los incidentes notificados del 01-marzo-2019 al 28-febrero-2020, y del 01-marzo-2020 al 28-febrero-2021, realizados a través de la plataforma TPSC Cloud TM accesible desde la Intranet corporativa en 25 centros de atención primaria del distrito de Tarragona, Cataluña, España.

Mediciones: Registros obtenidos a partir de notificaciones voluntarias mediante formulario electrónico, estandarizado y anonimizado. Variables: centro sanitario, profesional, tipo de incidente, matriz de riesgo, factores causales, contribuyentes y evitabilidad. Análisis estadístico: Se realizó análisis descriptivo del total de notificaciones y otro específico de los eventos adversos, comparando ambos períodos.

Resultados: Se notificaron un total de 2.231 incidentes. Comparando ambos períodos, en el de pandemia se observó una reducción del número de incidentes notificados (solo representaron un 20% del total), pero en proporción se incrementó el porcentaje de notificaciones por parte de profesionales sanitarios y el de eventos adversos que requirieron observación. También aumentaron los factores causales relacionados con los cuidados y el diagnóstico, y disminuyeron los de medicación. Además, se observó un incremento de los factores contribuyentes relacionados con el profesional. La evitabilidad fue elevada (>95%) en ambos períodos.

Conclusiones: Durante la pandemia, se han notificado un menor número de incidentes de seguridad del paciente, pero en proporción, más eventos adversos, siendo en su mayoría evitables.

El propio profesional se convierte en el principal factor contribuyente.



LA SEGURIDAD DE LOS PROFESIONALES COMO CONDICIÓN INDISPENSABLE PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

María Luisa Torijano Casalengua, Jose Angel Maderuelo-Fernández, María Pilar Astier Peña y Rosa A nel Rodríguez

(a) Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SES-CAM), Castilla la Mancha, España (b) Unidad de Investigación en Atención Primaria de Salamanca (APISAL), Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Gerencia de Atención Primaria de Salamanca, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACyL), Salamanca, España (c) Servicio Aragonés de Salud. Profesora de la Universidad de Zaragoza, GIBA-IIS Aragón, España (d) Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de semFYC, Centro de Salud Landako, Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Durango, País Vasco, España (e) Grupo de Trabajo de Seguridad del Paciente de semFY

Recibido el 29 de septiembre de 2021; aceptado el 3 de octubre de 2021

© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marisatorijano@gmail.com (M.L. Torijano Casalengua).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102216>

Resumen

El mayor activo de cualquier sistema sanitario son sus profesionales, y estos deben ser cuidados para poder cuidar. Es necesario resaltar que son clave para la resiliencia de nuestros sistemas de salud. Esto es particularmente importante en momentos de crisis, y especialmente trascendente para la atención primaria de salud.

Durante la pandemia de la COVID-19, las condiciones de trabajo han sido el principal factor

latente común para los incidentes de seguridad del paciente. Los profesionales de atención primaria han trabajado en condiciones laborales inseguras, con escasez de medios de protección, gran incertidumbre, falta de conocimiento científico y protocolos de trabajo rápidamente cambiantes para el abordaje de los casos y contactos de infección por la COVID-19, con una alta presión asistencial, largas jornadas de trabajo, suspensión de permisos y vacaciones, e incluso cambios de sus puestos de trabajo. Todo ello ha contribuido a que se conviertan, no solo en primeras víctimas de la pandemia, sino también en segundas víctimas de los eventos adversos sucedidos durante la misma.

Por ello, en este artículo analizamos los principales riesgos y daños sufridos por los profesionales en atención primaria y aportamos claves para contribuir a su protección en futuras situaciones parecidas.

Nota de la Redacción: Un muy interesante trabajo que aborda el cómo debemos rediseñar el sistema para “facilitar y lograr la implementación de esta atención (programas de atención a Segundas Víctimas) en cualquier CAP, incluso en los consultorios rurales de más difícil acceso, ponemos a disposición algunas claves y herramientas para poder abordar el asunto de forma prioritaria. En la tabla 3, se sintetizan las características de los principales programas de apoyo a las SV y los aspectos clave para su aplicación”



IS A HIGH MEDICATION RISK SCORE ASSOCIATED WITH INCREASED RISK OF 30-DAY READMISSION? A POPULATION-BASED COHORT STUDY FROM CROSS-TRACKS

Thoegersen, Trine Worm MHS, RN; Saedder, Eva Aggerholm PhD, MD; Lisby, Marianne PhD, MHS, RN

From the *Research Center for Emergency Medicine and Department of Clinical Pharmacology, Aarhus, Denmark.

Correspondence: Trine Worm Thoegersen, MHS, RN, Research Center for Emergency Medicine, Aarhus University Hospital, Palle Juul-Jensens Boulevard 99, J103, 8200 Aarhus N, Denmark (e-mail: trthoe@rm.dk).

Journal of Patient Safety: December [15, 2021](#) - Volume - Issue -
doi: 10.1097 / PTS.0000000000000939

Objetivos

El objetivo principal de este estudio fue evaluar si una puntuación de riesgo de medicación (MERIS) elevada al ingresar en un servicio de urgencias se asocia con un mayor riesgo de reingreso a los 30 días en pacientes dados de alta directamente a su domicilio. Como resultados secundarios se incluyeron la mortalidad, la visita al médico de cabecera y los cambios de fármacos a los 30 días.

Métodos

Se trata de un estudio de cohorte histórico con datos de la cohorte abierta danesa CROSS-TRACKS. Se utilizaron análisis de regresión de Cox para determinar si una puntuación MERIS alta se asociaba con un mayor

riesgo de reingreso y mortalidad a los 30 días. La visita al médico de cabecera y los cambios de fármacos se analizaron con la prueba 2 y la prueba de suma de rangos de Wilcoxon.

Resultados

Un total de 2106 pacientes fueron elegibles: 2017 tenían una puntuación MERIS inferior a 14 (grupo de bajo riesgo), y 89 tenían una puntuación de 14 o superior (grupo de alto riesgo). La proporción de pacientes del grupo de alto riesgo que fueron reingresados fue del 21,3% en comparación con el 16,3% del grupo de bajo riesgo, lo que dio lugar a una razón de riesgo de reingreso de 1,43 (intervalo de confianza del 95%, 0,9-1,3). La razón de riesgo de mortalidad fue de 8,3 (intervalo de confianza del 95%, 3,0-22,8). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las visitas al médico de cabecera; sin embargo, se observó un número significativamente mayor de cambios de medicamentos en el grupo de alto riesgo.

Conclusiones

Una puntuación elevada de MERIS se asoció con un mayor riesgo de reingresos y puede ayudar potencialmente a los profesionales sanitarios a priorizar a los pacientes que pueden beneficiarse de un examen adicional, por ejemplo, una revisión adicional de la medicación en el entorno de los cuidados intensivos. Se justifica la investigación adicional de MERIS y la exploración de las inferencias causales entre los daños relacionados con la medicación y los reingresos relacionados con la medicación.



AWARENESS AND UNDERSTANDING AMONG PATIENTS ABOUT PATIENT SAFETY IN INDIA: A CROSS-SECTIONAL QUESTIONNAIRE-BASED STUDY

Subhrojyoti Bhowmick 1 , Snigdha Banerjee 2 , Saibal Das 3 , Abhishek Nath 2 , Debarati Kundu 2 , Anupam Das 2 , Nina Das 1 , Krishnangshu Ray 2 , Sujit Kar Purkayastha 2

1 Department of Pharmacology, KPC Medical College and Hospital, Kolkata, India

2 Department of Clinical Research and Quality Assurance, Peerless Hospital and BK Roy Research Centre, Kolkata, India

3 Independent Clinical Pharmacology Consultant, Kolkata, India

Corresponding Author: Dr Subhrojyoti Bhowmick, Department of Pharmacology, KPC Medical College and Hospital, Kolkata, Flat no. 233, Block: H, 4-Sight Model Town Complex, Garia, Kolkata: 700 084, India. Email: drsubhro@gmail.com

First Published January 5, 2022 Research Article

<https://doi.org/10.1177/25160435211065672>

Introducción

Los errores quirúrgicos suelen producirse por cuestiones relacionadas con el factor humano. Un registrador de datos médicos (MDR) puede utilizarse para analizar los factores humanos en el quirófano. Los objetivos de este estudio fueron evaluar las amenazas a la seguridad intraoperatoria y los eventos de apoyo a la resiliencia mediante el uso de un MDR e identificar las cuestiones de seguridad y de mejora de la calidad que se discuten con frecuencia durante las sesiones informativas multidisciplinares estructuradas postoperatorias utilizando el informe de resultados del MDR.

Métodos

En un estudio transversal, se realizaron 35 procedimientos laparoscópicos estándar y se registraron utilizando el MDR. Los datos de los resultados se analizaron utilizando el modelo automatizado de la Iniciativa de Ingeniería de Sistemas para la Seguridad del Paciente. El informe de resultados del MDR asistido por vídeo refleja los eventos de amenaza a la seguridad y de apoyo a la resiliencia (categorías: persona, tareas, herramientas y tecnología, entorno psíquico y externo, y organización). Las cirugías fueron informadas por todo el equipo utilizando este informe. Se utilizó un análisis de datos cualitativo para evaluar los informes.

Resultados

Se identificó una media (SD) de 52,5 (15,0) eventos relevantes por cirugía. Tanto los eventos de apoyo a la resiliencia como los de amenaza a la seguridad se relacionaron con mayor frecuencia con la interacción entre personas (272 de 360 frente a 279 de 400). Durante los briefings, los fallos de comunicación (también categoría persona) fueron el principal tema de discusión.

Conclusiones

Las amenazas para la seguridad del paciente identificadas por el MDR y discutidas por el equipo de quirófano estaban relacionadas con mayor frecuencia con la comunicación, el trabajo en equipo y la conciencia situacional. Para crear una cultura operativa aún más segura, las iniciativas educativas y de mejora de la calidad deberían tener como objetivo la formación de todo el equipo de quirófano, ya que contribuye a un modelo mental compartido de los temas de seguridad relevantes.



HUMAN FACTORS, ERGONOMIC CONSIDERATIONS AND HOSPITAL BED DESIGNS: A REVIEW

Atul Andhere¹ Anil Onkar²

(1)Department of Mechanical Engineering, Visvesvaraya National Institute of Technology, South Ambazari Road, Nagpur - 440010, India

(2) Department of Mechanical Engineering, Visvesvaraya National Institute of Technology, South Ambazari Road, Nagpur - 440010, India
International Journal of Human Factors and Ergonomics Vol. 9, No. 1, 2022

ISSN: 2045-7804 / eISSN: 2045-7812

Published Online January 17, 2022

más cómodos para el paciente y permitir una manipulación sin esfuerzo de los pacientes. Se enumeran las recomendaciones para mejorar los diseños de las camas.

En este artículo se analizan las cuestiones relacionadas con el diseño de camas de hospital para los pacientes encamados. Con el crecimiento de la población, el número de pacientes ancianos y encamados aumenta rápidamente. Los pacientes encamados siempre desean depender menos del cuidador. Sienten incomodidad y vergüenza al utilizar las cuñas. Además, la manipulación de los pacientes puede causar lesiones musculoesqueléticas al personal de enfermería. Por lo tanto, es necesario reducir el esfuerzo en el manejo de estos pacientes y hacerlos menos dependientes del cuidador. Esta reducción es posible mediante el diseño adecuado de las camas.

El artículo revisa y analiza diversos trabajos relacionados con lo siguiente: El confort de los pacientes en las camas, la utilización de las bacinillas, las escaras, los efectos de la manipulación de los pacientes en el personal de enfermería y los diferentes diseños recogidos en la literatura. Los resultados se presentan en forma de tablas.

La conclusión es que los diseños actuales de las camas tienen que ser más ergonómicos,



¿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:

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

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

3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

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

4. CASOS CLÍNICOS

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

5. CRÓNICAS

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

6. CONTRIBUCIONES

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

Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

7. REVISTA DE REVISTAS:

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

8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

9. RECOMENDACIONES PRACTICAS

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

10. CURSOS Y CONGRESOS

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

11. CARTAS AL EDITOR

Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.

Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

II.- DISPOSICIONES VARIAS

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

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

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

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

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

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

ÉTICA

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

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

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

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

Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

www.fspchile.org

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

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

Cel: +56 9 94427435
+56 9 77651330

contacto@fspchile.org
www.fspchile.org