



REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

VOLUMEN 4 - NÚMERO 3 - AÑO 2021 - ISSN 2452-4468

EN ESTE NÚMERO:

TRABAJOS ORIGINALES

IMPACTO DE LA PANDEMIA SARS COV-2 EN INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. Silvana Villaleiva C., Sandra Mena V, Carolina Salazar C., Mario Vidal C., Andrea Sakurada Z.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

CAMBIANDO EL MODELO ASISTENCIAL DEL CUIDADO HACIA LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA SIN SUJECCIONES. Juan Carlos Martín, Rocío Lavilla y Dra. María Esther Aretxabala

CRÓNICAS

OITO ESTRATÉGIAS PARA A ACREDITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Andréa Prestes, Gilvane Lolato, J. Antônio Cirino

¿CÓMO APORTAN LOS FACTORES HUMANOS Y LA ERGONOMÍA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE? Stephan Jarpa Cuadra

ERGONOMÍA (FACTORES HUMANOS), EL SISTEMA DE SALUD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Carlos Aceves González

SIETE MITOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Fabián Vítolo

ANÁLISIS DE INCIDENTES DESDE LOS FACTORES HUMANOS Angela Caro Rojas

ENTREVISTAS

10 PREGUNTAS PARA PATRICIA Patricia Rojas Salinas



REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ CIENTIFICO

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

PRESIDENTA CAPITULO TECNÓLOGOS MÉDICOS

TM Eglia Marisol Morales B.

PRESIDENTA CAPITULO 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 4

NÚMERO 3

AÑO 2021

ISSN 2452-4468





SUMARIO

EDITORIAL	PÁG.04
<hr/>	
TRABAJOS ORIGINALES	
IMPACTO DE LA PANDEMIA SARS COV-2 EN INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. Silvana Villaleiva C., Sandra Mena V, Carolina Salazar C., Mario Vidal C., Andrea Sakurada Z.	PÁG.06
<hr/>	
ARTÍCULOS DE REVISIÓN	
CAMBIANDO EL MODELO ASISTENCIAL DEL CUIDADO HACIA LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA SIN SUJECIONES. Juan Carlos Martín, Rocío Lavilla y Dra. María Esther Aretxabala	PÁG.31
<hr/>	
CRÓNICAS	
OITO ESTRATÉGIAS PARA A ACREDITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE. Andréa Prestes, Gilvane Lolato, J. Antônio Cirino	PÁG.35
<hr/>	
¿CÓMO APORTAN LOS FACTORES HUMANOS Y LA ERGONOMÍA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE? Stephan Jarpa Cuadra	PÁG.40
<hr/>	
ERGONOMÍA (FACTORES HUMANOS), EL SISTEMA DE SALUD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Carlos Aceves González	PÁG.43
<hr/>	
SIETE MITOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Fabián Vítolo	PÁG.49
<hr/>	
ANÁLISIS DE INCIDENTES DESDE LOS FACTORES HUMANOS Angela Caro Rojas	PÁG.54
<hr/>	
ENTREVISTAS	
10 PREGUNTAS PARA PATRICIA Patricia Rojas Salinas	PÁG.62
<hr/>	
“REVISTA DE REVISTAS”	PÁG.66
<hr/>	



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 4
ISSN 2452-4468

NÚMERO 3

AÑO 2021

EDITORIAL

BIOÉTICA Y SEGURIDAD: EL CENTRO ESTÁ EN LAS PERSONAS

Desde el primer caso de Covid 19, reportado el 17 de noviembre del 2019 en la ciudad de Wuhan - China, hasta nuestros días, se estima en 5.070.370 la cantidad de vidas humanas que se han perdido en todo el planeta a causa de esta pandemia (1). En las Américas 570.000 profesionales de la salud han sido infectados y de ellos 2.500 han fallecido a causa del mortal virus (2).

Los sistemas de salud han sido profundamente exigidos, el vertiginoso ritmo de trabajo generó importantes costos económicos para las naciones, así como un alto precio en la salud de la población, siendo más evidente en las personas sobrevivientes a las unidades de cuidados intensivos y en el personal de salud (3).

Recientes estudios han detectado en los trabajadores de la salud, la aparición y vivencia de síntomas depresivos, ansiosos y síndrome de burnout que se estima podría afectar la capacidad de respuesta frente a la demanda asistencial (4)(5)(6), con alta probabilidad de generar situaciones o resultados no deseados. Entre ellos, los eventos adversos (EA), que dependiendo de cómo se logren gestionar al interior de las instituciones de salud, pueden favorecer la reconstrucción del Ethos profesional y corporativo o por el contrario, profundizar el daño de las segundas y terceras víctimas (profesionales e instituciones), lo que condiciona la posibilidad de recuperación de buena parte del sistema asistencial, la restauración moral y el bienestar de sus profesionales. En suma, la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes se pueden ver profundamente comprometidas (7).

Seguridad y sentido del quehacer profesional

La seguridad se ha abordado en general con una visión enfocada en los EA, aquellos daños no intencionados derivados de la atención sanitaria. Muchos esfuerzos se han focalizado en analizar el impacto de los problemas de seguridad y en buscar soluciones que pudieran reducir o eliminar los riesgos. Un modelo más reciente (la seguridad II) no se pregunta por qué las cosas salieron mal intentando luego buscar las causas presuntas para asegurarse que el episodio no vuelva a ocurrir (restituir el trabajo al modo en que se lo imaginó) sino, en intentar responder a la pregunta: ¿por qué las cosas salieron bien? y luego tratar de que esto suceda siempre (8).

La "cultura justa" sienta sus bases en que las personas son responsables de los patrones de comportamiento de riesgo que ponen en peligro la seguridad. Los actos individuales pueden violar los valores organizacionales y de forma sustancial poner en peligro a terceros, independientemente de si se produce daño (9). Por lo tanto, parece prudente volver nuevamente al centro del accionar, donde el factor humano, es el núcleo de la seguridad y la gestión del riesgo.

Las personas intentamos desarrollar a lo largo de nuestra vida aquello que en Grecia antigua se denomina el “ideal de vida buena”, es decir, el cultivo de aquellos elementos que dotan de sentido el existir porque lo consideramos valioso. Valorar es una necesidad biológica tan primaria como percibir, recordar, imaginar o pensar. Nadie puede vivir sin valorar. La vida sería en esas condiciones radicalmente imposible. De ahí el carácter primario de la noción de valor. Los valores son más básicos o elementales que las normas, las leyes o los principios de acción. Vivir por lo tanto, es un continuo proceso de valoración (10). Vivimos entre la acción y la valoración de dichas acciones y, por tanto, es la condición que posibilita la construcción de nuestra identidad personal, nuestro carácter o forma de ser: el Ethos personal (ética personal).

Pero la inteligencia humana es un rasgo fenotípico singular. Ello se debe a que, con ella, la “adaptación al medio”, propia de toda la evolución biológica, se transforma en “adaptación del medio”. Esto significa que el ser humano, para sobrevivir, tiene que modificar el medio en beneficio propio, es decir, tiene que humanizarlo. (10)

Los profesionales de la salud o profesionales sanitarios, venimos de diferentes matrices culturales, con arraigos valóricos y biográficos diversos. Con los años de formación profesional y ejercicio laboral, vamos compartiendo y construyendo con acciones concretas, y su ponderación permanente, nuestro carácter o ethos profesional. Lo vivido en forma significativa y reflexionado va dotando de identidad nuestro quehacer profesional, construyendo un espacio común (Ágora u hogar) en él que compartimos algo en común: la calidad del servicio.

Parece necesario entonces, después de este exigente tiempo vivido, reflexionar y resignificar nuestro ethos personal y profesional en los diferentes equipos humanos que componen las redes asistenciales. De tal forma que evitemos el nihilismo, el sin sentido del quehacer y el vacío existencial de nuestras diferentes profesiones, porque la seguridad de los procesos de atención y la gestión del riesgo pueden llegar a transformarse en conceptos vacíos, en palabras carentes de significado, haciéndonos confiar en una falsa seguridad basada en normativas reactivas por sobre la valoración virtuosa de aquello que hacemos bien en busca de la excelencia y dotada de sentido.

Referencias:

1. <https://es.statista.com/estadisticas/1107719/covid19-numero-de-muertes-a-nivel-mundial-por-region>
2. <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19>
3. <https://www.paho.org/es/noticias/2-9-2020-cerca-570000-trabajadores-salud-se-han-infectado-2500-han-muerto-por-covid-19>
- 4.- Cuidados de la salud mental del personal de salud durante covid -19: recomendaciones basadas en evidencias y consenso de expertos. Rev Colomb Psiquiatr. 2021 July-September; 50(3): 225-231
- 5.- Huang J. Care for the psychological status of frontline medical staff fighting against COVID-19. Clin Infect Dis. 2020 doi: 10.1093/cid/cia
- 6.- Enferm Intensiva. 2021 July-September; 32(3): 176-177
- 7- Recomendaciones para la recuperación de las segundas víctimas del SARS-CoV-2 / No disponible Mira Solbes, JJ Rev. esp. med. prev. salud pública ; 25(1/2): 39-44, 2020. Biblioteca
- 8.- Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. “From Safety-I to Safety-II: A White Paper.” The Resilient Health Care Net: Published simultaneously by the University of Southern Denmark; University of Florida, USA, an Macquarie University, Australia. (2015) <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-whte-papr.pdf>
- 9.- Marx, D. Patient safety and the “Just Culture”: A Primer for health care executives, Report for Columbia University under a grant provided by the National Heart, Lung and Blood Institute. 2001
- 10.- Gracia D. La cuestión del valor. Real academia de ciencias morales y políticas. Madrid 2011.



Dra. María Cruz Martín
(España)
Intensivista.
Miembro del Comité de
ética de la Federación
Panamericana e Ibérica de
Sociedades de Medicina
Crítica y Terapia Intensiva
(FEPIMCTI)



**Gonzalo Hormazabal
Rioseco**
Kinesiólogo, MBth
Miembro del Comité de
ética de la Federación
Panamericana e Ibérica
de Sociedades de Medicina
Crítica y Terapia Intensiva
(FEPIMCTI)
gonzalohormazabalr@gmail.com



TRABAJOS ORIGINALES

IMPACTO DE LA PANDEMIA SARS COV-2 EN INDICADORES DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Silvana Villaleiva C. (1), Sandra Mena V. (1), Carolina Salazar C. (1), Mario Vidal C.

(1), Andrea Sakurada Z. (1)

(1)Dirección de Calidad, Hospital Clínico Universidad de Chile

Autor de correspondencia:

Dra. Andrea Sakurada Zamora

Dirección de Calidad - Hospital Clínico Universidad de Chile

Dr. Carlos Lorca Tobar 999, Independencia, Santiago.

asakurada@hcuch.cl

Fono: 562 9787 0207



RESUMEN

La pandemia de SARS-CoV-2 ha representado un desafío para todas las instituciones de salud que, a nivel mundial, se vieron enfrentadas a una pandemia sin haber tenido tiempo ni experiencia suficiente para enfrentarla; a ello se sumó una gran sobrecarga de trabajo, con menores competencias y estrés en el personal de salud a cargo de la atención de los pacientes afectados, lo que se reflejó en el incumplimiento de los protocolos de seguridad del paciente y en la prevención de eventos adversos. Se produjo, además, un desvío de los recursos humanos hacia labores netamente asistenciales, en desmedro de las actividades de monitorizaciones de indicadores de Calidad y Seguridad del paciente. Frente al aumento de la carga laboral se generó una disminución en la adhesión a las buenas prácticas, evidenciado en una baja del nivel de cumplimiento de algunos estándares, sumado a no contar con información explícita y representativa de las actividades

realizadas, debido a la menor medición de los indicadores de calidad establecidos dentro de la institución, lo que se vio, además, reflejado en un aumento en la ocurrencia de incidentes de seguridad (eventos adversos).

Palabras Claves: Adverse events (Evento adverso), patient safety (seguridad del paciente), quality indicators (indicadores de calidad).

The SARS-CoV-2 pandemic has represented a challenge for all health institutions that, worldwide, were faced with a pandemic without having had enough time or experience to face it; To this was added a great work overload, with less skills and stress in the health personnel in charge of the care of affected patients, which was reflected in the non-compliance of patient safety protocols and in the prevention of events adverse. In addition, there was a derivation of human resources towards purely care tasks, to



the detriment of the monitoring activities of Quality and Patient Safety indicators. Faced with the increase in the workload, a decrease in adherence to good practices was generated, evidenced in a decrease in the level of compliance with some standards, added to the lack of explicit and representative information on the activities carried out, due to the lower measurement of the quality indicators established within the institution, which was also reflected in an increase in the occurrence of security incidents (adverse events)

INTRODUCCIÓN

El SARS-CoV-2 ha representado un desafío para todas las instituciones de salud, las que han debido adaptarse al gran aumento de la demanda asistencial, con un consecuente aumento de la carga laboral, que se ha visto agravada por la disminución de la disponibilidad de recurso humano, dado el impacto de este virus en la salud del personal al igual que en la población general, lo que ha hecho necesario tener que disponer de personal con escasa experiencia y capacitación (contratación de profesionales sin certificación nacional y alumnos en formación), sumado a la falta de infraestructura adecuada, materiales e insumos limitados¹ Además, como consecuencia de la alta demanda de atención y el consecuente despliegue de las medidas de seguridad necesarias para prevenir la transmisión asociada a la atención de salud, se desviaron recursos humanos, físicos y económicos del sistema hacia la atención de los pacientes COVID-19. En nuestra institución, entre las principales áreas que se vieron afectadas por esta derivación de recursos se encuentra la que está a cargo de la monitorización de normas de seguridad e indicadores de calidad (Calidad y Seguridad del paciente). De igual

modo, frente al aumento de la carga laboral se planteó una readecuación de las actividades a realizar por el personal clínico, generando una disminución en la adhesión en las normas de seguridad y prevención de eventos adversos, avalado por distintas jefaturas. Lo anterior nos generó una duda ¿Hemos sido eficaces en el desarrollo de una cultura de calidad, que implique una impregnación en la comunidad institucional sobre cuál es la relevancia de realizar atenciones seguras para los pacientes, independiente de la situación?

Concomitante con lo anterior, se agregó la suspensión del proceso de acreditación y de la monitorización de las características propias del proceso, generando una situación de mucha complejidad, que puso de manifiesto una débil cultura de calidad institucional frente a este escenario de “nueva normalidad”, en que se tendrá que convivir con esta pandemia por un largo tiempo sin que ello implique “congelar” las buenas prácticas. Será preciso retomar el ritmo de trabajo, cuantificar las brechas de calidad generadas, volver a convencer a los directivos, profesionales de salud y técnicos a retomar las buenas prácticas con actividades y mediciones de los estándares que certifiquen que se trabaja acorde a las mínimas normas de calidad y seguridad de la atención. Sin duda retomar actividades relacionadas con la seguridad de la atención será un proceso muy largo, que llevará un tiempo en el que posiblemente los pacientes se puedan ver afectados.

El objetivo del trabajo es establecer el impacto de la pandemia por SARS CoV 2 en la calidad de la atención, evidenciado en la monitorización de indicadores de proceso, así como en indicadores de resultado.



MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, en que se revisaron y cuantificaron todos los indicadores, ya sea de registro o de constatación directa asociados a acreditación, de los años 2018-2019-2020, que maneja la Dirección de Calidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile; se excluyeron del análisis aquellos que no presentaron medición durante todo el año 2020 y aquellos que en el año 2020 solo midieron el primer trimestre, además de los indicadores de unidades de apoyo como Laboratorios Clínicos, Imagenología, Anatomía Patológica, Kinesiología, Banco de Sangre, Esterilización y Farmacia. Se hicieron comparaciones con los indicadores en los que se contaba con información para los 2 años previos. Además, se obtuvo el total de resultados de monitorización a realizar trimestralmente y anualmente, por cada uno de los servicios clínicos/apoyo puntos de verificación.

Se incluye en el análisis los indicadores de resultado de eventos adversos como caídas, error de medicación y lesiones por presión del mismo periodo 2018 al 2020.

Los indicadores de calidad tienen un formato estándar que corresponde a “supervisiones observadas que cumplen con lo establecido, dividido por el número total de prestaciones observadas por 100” y para los indicadores de resultado su formato de análisis es “número de ocurrencias de un evento ajustado por días camas ocupadas”.

Este trabajo está autorizado por el Comité de ética institucional.

RESULTADOS

La Dirección de calidad mantiene 69 indicadores anualmente (con una pequeña variación en el N° trimestral, dado por indicadores que son

de monitorización semestral y anual); la mayoría son de periodicidad de medición trimestral, los que son reportados por los servicios y unidades de apoyo. Del año 2018 y 2019 se recibieron el 100% de los informes. En el año 2020 debieron notificarse 2067 informes de resultados de las mediciones realizadas, recibiendo reporte de solo 1200 resultados (58,1%); el primer trimestre tuvo un mejor desempeño, con 93,2% de los resultados recepcionados. Se puede notar que entre el segundo y cuarto trimestre solo se recibió el 45,5% de los reportes, considerando que, además, esto fue una reconstrucción de indicadores de registro, solicitado a los distintos servicios en octubre el 2020 (tabla 1). La mayoría de los resultados de los indicadores de calidad de tipo observacional, del periodo 2020, fueron solo parciales ya que solo se contaba con datos del primer trimestre.

Del total de indicadores que se llevaron el año 2020 (69), una vez aplicados los criterios de exclusión, solo se contó con información para poder realizar un comparativo en 24/38 indicadores (63,1%).

El indicador de *“Evaluación pre-anestésica”*, que considera los 3 pabellones con los que cuenta el hospital, en sus modalidades cirugía tradicional y cirugía mayor ambulatoria, no evidenció mayor repercusión producto de la pandemia, y se puede evidenciar tendencia a la mejora en todas las áreas medidas; solo se observó una disminución de la actividad en Radiología Intervencional, en que no completaron el “n” establecido para medición (tabla 2).

“Cumplimiento de los cuidados en pacientes en ventilación mecánica (VM)”, corresponde a un indicador de observación directa. UPC Intermedio Pediatría permaneció cerrada desde

marzo 2020 y en UPC Neonatología no se observó ningún impacto asociado a la pandemia, ya que mantuvieron la medición durante todo el periodo y con buen cumplimiento. La UPC Adultos (constituida por UCI adulto y Coronaria), solo registró datos durante 1º trimestre del año 2020, producto de la alta carga asistencial motivada por la pandemia (tabla 3).

Los indicadores de *“Administración de medicamentos endovenosos”* y de *“Mantenimiento de la vía venosa periférica (VVP)”*, corresponden indicadores de observación directa que, durante el 2020, solo presentaron resultados parciales, ya que UPC Adulto, Pediatría, Urgencia y servicios de Medicina solo informaron el primer trimestre del año 2020. Administración de medicamentos, con respecto al punto de verificación de Urgencia solo informó Urgencia de Ginecoobstetricia el primer trimestre del 2020; Urgencia Adultos no registró información durante todo el año 2020; por tanto, no se cuenta con información de la totalidad de urgencia. No se ve impacto en los resultados de Neonatología; sí se observa una disminución en el cumplimiento, el año 2020 en comparación con el año 2019, en Recuperación de Pabellón. Con respecto al indicador de mantenimiento de vía venosa periférica solo hay información de Ginecoobstetricia, donde no se ve que hubiese impacto negativo por la pandemia en el resultado de la monitorización (tablas 4 y 5).

Los resultados del indicador de *“Conservación de vacunas”* para el año 2020 son parciales, ya que el segundo trimestre no registra medición en todo el hospital; durante el 2020 se evidenció repercusión en el botiquín de Urgencia cumpliendo solo con un 7,6%, con un deterioro gradual desde el año 2019, que se incrementó de manera importante el año 2020 (tabla 6).

El indicador de *“Indicación de cesárea”* se midió íntegramente durante el año 2020 y destacó un importante deterioro del indicador que históricamente mantuvo valores por sobre el umbral establecido; esto porque en muchos casos la indicación de cesárea fue por solicitud materna, lo que no es parte de los criterios establecidos para la indicación de cesárea y no se puede establecer que estas decisiones se encuentren asociadas a pandemia, quedando bajo el umbral para el año 2020 (tabla 7).

“Identificación de pacientes”, corresponde a un indicador por observación directa. Pabellón, UPC Adultos, servicios de la Medicina, Pediatría, UPC Pediatría (por cierre transitorio), solo entregaron datos del primer trimestre del 2020; Neonatología y Psiquiatría cumplieron con la totalidad de las observaciones programadas. El servicio de Psiquiatría evidenció una leve disminución en el cumplimiento en la identificación de pacientes el año 2020 con relación a los años anteriores; Neonatología mantuvo los resultados históricos (tabla 8).

El indicador de *“Evaluación del dolor agudo”*, corresponde a un indicador de revisión de registros. Se evidenció que durante el 2020 los servicios de Pabellón-Recuperación no presentaron medición completa, y el resto de las áreas Traumatología y Ginecobstetricia evidenciaron una disminución de su cumplimiento con relación al año 2019, Cirugía mantuvo su cumplimiento (tabla 9).

En el indicador de *“Pausa quirúrgica”*, medido en los 3 pabellones del hospital, presentó una disminución global en el número de cirugías realizadas durante el 2020, no registrando impacto durante la pandemia (tabla 10).

El indicador *“Sistema de priorización de la atención de urgencia”*, corresponde a un indicador de registro; solo el área de Ginecobstétrica presentó datos durante el año 2020, evidenciando una baja en su cumplimiento; Urgencia Pediátrica se mantuvo cerrada desde marzo del 2020 y Urgencia Adultos no entregó información (tabla 11).



El indicador de “*Conexión al catéter de hemodiálisis*”, durante el 2020 no tuvo monitorización en el segundo trimestre; se notó un impacto en el cuarto trimestre del 2020 con una caída del cumplimiento de un indicador que habitualmente registraba un alto cumplimiento (tabla 12).

El indicador de “*Prevención de caídas*”, durante el 2020 fue medido por los servicios de Ginecología y Obstetricia que mostró un importante aumento en su cumplimiento, Urgencia Ginecobstétrica con un 100% de cumplimiento y el área de Medicina y Cirugía Adulto que mostraron una importante disminución en su cumplimiento con relación al año 2019 (tabla 13).

El indicador “*Uso de elementos de protección personal*”, que debió medirse en las 3 áreas de urgencia y sala de Neonatología, durante el 2020, solo fue medido por Urgencia Ginecobstétrica y Neonatología, mostrando un 100% de cumplimiento en ambos servicios. Urgencia adultos no entregó datos y urgencia pediátrica permaneció cerrada desde marzo del 2020 (tabla 14).

En el indicador “*Prevención de infección de sitio quirúrgico*”, medido en Pabellón y en servicios del área quirúrgica adulto y pediátrico, se observó una disminución general significativa de la muestra durante el 2020; el cumplimiento de indicador se mantuvo bajo el umbral durante la pandemia, destacando el buen cumplimiento en Pabellón (tabla 15).

El indicador “*Prevención de infecciones asociadas a uso de catéter venoso central*”, medido en Diálisis y en Oncología, mostró una disminución importante en el cumplimiento durante el año 2020 en quimioterapia, con relación a los años anteriores, quedando incluso bajo el um-

bral. No hubo mediciones en quimioterapia y diálisis durante el segundo trimestre (tabla 16).

El indicador “*Registro de evolución médica*”, que se mide en Unidad Coronaria y Unidad Nefrológica Intensiva (UNI), solo presenta datos parciales, ya que solo se realizaron mediciones durante todo el año 2020 en la UNI, mostrando que mantiene el cumplimiento durante el periodo comparado. Unidad coronaria solo monitorizó durante el primer trimestre (tabla 17).

El indicador “*Complejidad del protocolo operatorio*”, que se mide en pacientes quirúrgicos (adultos y pediátricos), corresponde a un indicador de registro que fue monitorizado en su totalidad durante el año 2020, evidenciando una disminución en el cumplimiento en relación a años anteriores en el área adultos y ginecología, quedando ambos servicios bajo el umbral de cumplimiento (tabla 18).

El indicador “*Complejidad de la epicrisis*”, que se mide en Medicina, Pediatría, Unidades Críticas y Ginecología, muestra datos parciales ya que solo los servicios del área médica, y ginecología realizaron mediciones durante todo el año 2020; el área pediátrica solo realizó mediciones durante el primer trimestre y las áreas críticas no mostraron medición durante el periodo. El área médica se encuentra bajo el umbral en el periodo (tabla 19).

El indicador “*Complejidad de los registros de consultas ambulatorias*”, mostró una disminución de las consultas en el periodo para las áreas de Medicina, Cirugía y Psiquiatría. Solo pediatría mostró una leve baja en su cumplimiento en el periodo (tabla 20).

El indicador “*Entrega de la epicrisis*”, medido

en Medicina, Cirugía, Pediatría, Neonatología y Ginecología evidenció una disminución en el cumplimiento en relación a años anteriores; las áreas de Medicina y Cirugía no realizaron medición durante el segundo trimestre, y Pediatría solo monitorizó durante el primer trimestre. Las áreas de la Medicina y Cirugía quedaron bajo el umbral establecido (tabla 21). El indicador “Informe de prestaciones CMA,” medido en todos los servicios médicos quirúrgicos del hospital, Oftalmología ambulatoria, Ginecología, Pediatría, Unidad Coronaria, Unidad Hematológica (UHO), presentó mediciones durante todo el periodo, evidenciando una disminución importante en el cumplimiento en relación a años anteriores, principalmente en Ginecología y en los servicios Médicos Quirúrgicos (tabla 22).

El indicador “Informe de prestaciones ambulatorias programadas”, medido en los servicios de Centro Reumatológico (CREA), Imagenología, Endoscopia, Medicina Física, no registró impacto durante la pandemia (tabla 23).

El indicador “Protocolos de tratamiento de quimioterapia”, medido en Imagenología, Oncología y UHO, no registró impacto durante la pandemia (tabla 24).

El indicador “Administración de quimioterapia”, medido en los servicios médico quirúrgicos, UPC, UNI, UCO, Intermedio Cardiología, Ginecología, UHO y Oncología no registró impacto durante el periodo 2020 (tabla 25).

Se aprecia que de los 24 indicadores comparados, 15 corresponden a indicadores de registro, 7 a indicadores observacionales y 2 a indicador mixto. En 13/24 indicadores, los informes recibidos no alcanzaron el 50% de lo esperado

(consignados en rojo), 5/24 indicadores cuentan con datos, pero que no alcanzaron el 80% de lo esperado (consignados en azul), en 6 de ellos se recibió más del 90% de la información (consignados en negro), que corresponden a pausa quirúrgica, evaluación pre anestésica y cumplimiento indicación de cesárea, registro de consulta médica ambulatoria, informe de prestación ambulatoria y administración de fármacos citostáticos; en solo 2 de ellos se reportó la totalidad de la información (tabla 26). Con respecto a indicadores de resultado, esta información corresponde a notificación pasiva, los eventos adversos durante el periodo de pandemia mostraron un impacto durante el periodo, con alza en todos ellos, especialmente el indicador lesiones por presión (tabla 27).

En el indicador de caídas (indicador de resultado), se ve un impacto en el año 2020 en comparación con años anteriores, con disminución hacia final del año. Llama la atención que se repite la tendencia en los años 2019 y 2020, con tasas más alta al inicio del año disminuyendo hacia el cuarto trimestre (figura 1).

En el indicador de lesiones por presión se evidencia un aumento significativo durante el 2020 de las tasas en relación a los años anteriores (figura 2).

En el indicador el de medicación errónea no se observa en general un cambio significativo entre los años 2018, 2019 y 2020, pero se nota que mantiene una tendencia al alza en el periodo evaluado (figura 3).

DISCUSIÓN

El Covid 19 corresponde a una enfermedad nueva que se ha ido conociendo en el trans-

curso de estos 2 años de evolución, donde su manejo y sobre todo la atención paciente se ha convertido en un gran desafío para las organizaciones de salud, que deben planificar cómo continuar con la atención clínica resguardando la salud del personal en momentos en que incluso la disponibilidad de elementos de protección personal se ha visto limitada, así como la necesidad de contar con una gran cantidad de camas críticas y **de personal formado y con competencias para manejar** este tipo de pacientes.

Este nuevo escenario requiere una constante actualización de los protocolos y guías de tratamientos basados en la evidencia científica, adaptándolas y garantizando un fácil acceso de todo el equipo de salud a la nueva información disponible.

Nuestra institución no fue ajena a esta situación, donde se estableció la suspensión de medición de gran cantidad de indicadores de calidad y seguridad del paciente, con indicación de retomar los indicadores de registro una vez que disminuyeran los casos y hubiese personal disponible para realizar estas mediciones; lamentablemente muchos de nuestros indicadores eran de constatación directa, al lado del paciente, los cuales simplemente no pudieron retomarse y otros simplemente no se retomaron, evidenciando una caída de 50% en la medición de indicadores durante el año 2020, a nivel institucional, con solo 24 indicadores de 38 en los que se puede obtener información y realizar análisis para poder implementar propuestas de mejora. Considerando esta dificultad, para el año 2021 se hizo un cambio en la forma de recolección de datos de estos indicadores, pensado además en olas sucesivas que pudiera traer la pandemia, modificando algunos indica-

dores a registro, los que pudiesen retomarse a posteriori en caso de no hacerlo trimestral por sobrecarga laboral. Sin embargo, el realizar la monitorización de manera retrospectiva tiene la desventaja de no contar con la información para poder tomar acciones correctivas a tiempo para resguardar la seguridad de la atención, como ocurrió el año 2020.

Con relación a resultados de indicadores de proceso, dentro de los servicios destaca Neonatología, que en general mantuvo las mediciones así como el porcentaje de cumplimiento respecto a los umbrales establecidos, y Pabellón, con pausa quirúrgica, que mantuvo su medición y resultados. Preocupa de sobre manera que existan servicios que dejaron de medir actividades preventivas de eventos adversos en pacientes, como las unidades críticas y urgencia. Así como también la importante caída en el cumplimiento de algunas mediciones como mantenimiento de vacunas, indicación de cesárea, conexión de catéter en hemodiálisis, entre otros.

Con respecto a indicadores de resultado, se vio un impacto en las 3 áreas medidas, cuales son caídas de pacientes, lesiones por presión y error de medicación, comparado con los años anteriores, demostrando así que hubo un impacto negativo en nuestra institución con relación a la atención durante la pandemia, afectando tanto a indicadores de proceso como de resultado.

Ha quedado en evidencia que el recurso humano es el recurso más importante en las instituciones de salud, por lo que se ha privilegiado la seguridad del personal sanitario; sin embargo este mismo hecho ha influido en las medidas de prevención de eventos de seguridad del paciente, ya que se ha tratado de limitar el tiempo

que el personal esté expuesto directamente a pacientes con Covid 19, limitando así también la monitorización de constatación directa.

Así como las organizaciones han debido adaptarse es esperable que, de igual manera, el personal de salud (a pesar de la sobrecarga de trabajo y que laboran en condiciones no siempre ideales) busque las estrategias que les permitan continuar con el cumplimiento y la monitorización de los distintos indicadores de seguridad y calidad, en pos de que sean capaces de corregir a tiempo cualquier desviación de ellos, para aprender del error y así mejorar la atención que se brinda a los pacientes.

Deben buscarse, tanto a nivel institucional como nacional, las mejores estrategias para que en situaciones similares que nos puedan ocurrir en salud, se logre resguardar y mantener un piso mínimo de funcionamiento de las actividades relacionadas con la seguridad y calidad de la atención de nuestros pacientes para que se mantengan en el tiempo las prácticas seguras independiente de factores externos.

Referencias

- Decreto N° 4, Alerta Sanitaria por Covid 19, 8 de febrero 2020.
- Ordinario C37, N° 833, de 31 de marzo 2020, Directrices sobre prioridades de equipos de IAAS y seguridad del paciente y calidad de la atención por COVID-19.
- Oficio circular IP N° 3 del 16 de marzo 2020, Suspende procesos de Acreditación en trámite.
- Oficio circular IP N°13, 12 de agosto 2020, Instruye respecto del alcance retrospectivo de las mediciones y constataciones.

ANEXOS

ANEXO N°1. DEFINICIONES:

- **Indicador de registros:** dato que permite evaluar, medir u objetivar en el tiempo, comportamientos o resultados mediante la revisión de registros.
- **Indicador de constatación directa:** dato que permite evaluar, medir u objetivar en el tiempo, comportamientos o resultados mediante la inspección visual.
- **Indicador mixto:** indicador que para su medición contempla datos de constatación directa y de revisión de registros.
- **Evento adverso (EA):** daño no intencional causado al paciente como resultado clínico no esperado de la asistencia sanitaria y que puede o no estar asociado a un error clínico (OMS, 2004).
- **Seguridad del paciente:** ausencia de accidente o lesiones prevenibles producidos en la atención médica (Gutiérrez, Rafael).
- **Prácticas seguras:** prácticas que reducen el riesgo de EA relacionados con la atención médica, dados distintos diagnósticos o condiciones clínicas del paciente (Patient safety and Quality).
- **CMA:** cirugía mayor ambulatoria.
- **GO:** ginecología y obstetricia.
- **N° indic.:** número de indicadores.
- **N° inf. recib.:** número de informes recibidos.
- **N° inf. esp.:** número de informes esperados.
- **% :** porcentaje

ANEXO 2. TABLAS Y FIGURAS

TABLA 1: RESUMEN INDICADORES AÑO 2020.

Recolección de datos												
1 ^{er} Trim 2020	Por observación				Por registro				Total trimestre			
Medición	N° indic	N° inf. recib	N° inf. esp	%	N° indic	N° inf. recib	N° inf. esp	%	N° indic	N° inf. recib	N° inf. esp	%
Local	16	128	134	95,5	42	260	291	89,3	58	388	425	91,3
Central	3	61	61	100	7	60	60	100	10	121	121	100
Total	19	189	195	96,9	49	320	351	91,2	68	509	546	93,2
Recolección de datos												
2 ^{do} a 4 ^{to} Trim 2020	Por observación				Por registro				Total trimestre			
Medición	N° indic	N° inf. recib	N° inf. esp	%	N° indic	N° inf. recib	N° inf. esp	%	N° indic	N° inf. recib	N° inf. esp	%
Local	16	55	378	14,6	42	443	787	56,3	58	498	1165	42,7
Central	3	21	172	12,2	8	172	184	93,5	11	193	356	54,2
Total	19	76	550	13,8	50	615	971	63,3	69	691	1521	45,4
Recolección de datos												
Año 2020	Por observación				Por registro				Total trimestre			
Medición	N° indic	N° inf. recib	N° inf. esp	%	N° indic	N° inf. recib	N° inf. esp	%	N° indic	N° inf. recib	N° inf. esp	%
Local	16	183	512	35,7	42	703	1078	65,2	58	886	1590	55,7
Central	3	82	233	35,2	8	232	244	95,1	11	314	477	65,8
Total	19	265	745	35,6	50	935	1322	70,7	69	1200	2067	58,1

TABLA 2. CUMPLIMIENTO DE EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA

GCL 1.1	2018			2019			2020		
	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Pab. Cirugía General	88	144	61,1	102	144	70,8	117	144	81,3
Pab. Obstetricia y Ginecología	69	144	47,9	96	144	66,7	103	144	71,5
Pab. CMA	101	144	70,1	108	144	75,0	120	144	83,3
Sub total Pabellones	258	432	59,7	306	432	70,8	340	432	78,7
Imagenología intervencional	22	144	15,3	67	143	46,9	32	54	59,3
Hemodinamia	14	27	51,9	27	43	62,8	70	113	61,9
Total	294	603	48,8	400	618	64,7	442	599	73,8

Umbral de cumplimiento: $\geq 75\%$.

TABLA 3. CUMPLIMIENTO DE LOS CUIDADOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA

GCL 1.2	2018			2019			2020 PARCIAL		
	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
UPC adultos	182	198	91,9	198	246	80,50	Datos parciales		-
UPC inf.	s/casos		-	s/casos		-	s/casos		-
UPC neo	63	63	100	16	16	100	33	33	100
Total	245	261	93,9	214	262	81,70	-	-	-

Umbral de cumplimiento: $\geq 75\%$.

TABLA 4. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

GCL 1.2	2018			2019			2020 PARCIAL		
	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
UPC adulto	186	207	89,9	189	208	90,9	Datos parciales		-
UPC pediatría	71	72	98,6	68	72	94,4	Datos parciales		-
Urgencia	338	342	98,8	332	341	97,4	Datos parciales		-
Pabellón (recup.)	185	205	90,2	206	208	99,0	79	84	94,0
UPC neo	67	67	100	54	54	100	59	59	100
Medicina: UHO	72	72	100	72	72	100	Datos parciales		-
Total	919	965	95,2	921	955	96,4	-	-	-

Umbral de cumplimiento: $\geq 75\%$.

TABLA 5. MANTENCIÓN DE VVP

GCL 1.2	2018			2019			2020 PARCIAL		
	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Medicina	621	692	89,7	667	755	88,3	Datos parciales		-
Pediatría	71	72	98,6	71	72	98,6	Datos parciales		-
UPC ad.	61	70	87,1	15	18	83,3	Datos parciales		-
Ginecología-Obstetricia	142	144	98,6	138	144	95,8	144	144	100
Total	895	978	91,5	891	989	90,1	-	-	-

Umbral de cumplimiento: $\geq 75\%$.

TABLA 6. CONSERVACIÓN DE VACUNAS

GCL 1.2	2018			2019			2020 PARCIAL		
Puntos de Verificación	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Neonatología	72	72	100	36	36	100	26	26	100
Vacunatorio -Vitrina 1.	72	72	100	36	36	100	12	12	100
Vacunatorio -Vitrina 2.	71	72	98,6	36	36	100	11	11	100
Vacunatorio -Vitrina 3 (complementarias)	72	72	100	35	36	97,2	13	13	100
Vacunatorio Vitrina 4	63	63	100	36	36	100	14	14	100
Botiquín de urgencia	65	72	90,3	27	36	75,0	2	26	7,69
Total	415	423	98,1	206	216	95,4	78	102	76,5

Umbral de cumplimiento: $\geq 75\%$.

TABLA 7. INDICACIÓN DE CESÁREA

GCL 1.6	2018			2019			2020		
Mes	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Enero	12	12	100	12	12	100	17	17	100
Febrero	11	12	91,7	12	12	100	17	17	100
Marzo	12	12	100	12	12	100	15	17	88,2
Abril	12	12	100	12	12	100	16	17	94,1
Mayo	12	12	100	12	12	100	11	17	64,7
Junio	12	12	100	12	12	100	14	17	82,4
Julio	12	12	100	11	12	91,7	12	13	92,3
Agosto	12	12	100	12	12	100	16	17	94,1
Septiembre	12	12	100	12	12	100	13	17	76,5
Octubre	12	12	100	11	12	91,7	17	17	100
Noviembre	12	12	100	12	12	100	14	15	93,3
Diciembre	12	12	100	10	12	83,3	10	14	71,4
Total	143	144	99,3	140	144	97,2	172	195	88,2

Umbral de cumplimiento: $\geq 90\%$.

TABLA 8. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

GCL 1.12	2018			2019			2020 PARCIAL		
	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Pabellón	139	139	100	138	138	100	Datos parciales		-
UPC adulto	207	211	98,1	203	203	100	Datos parciales		-
Medicina	400	404	99,0	527	533	98,8	Datos parciales		-
Pediatría	36	36	100	36	36	100	Datos parciales		-
UPC pediatría	36	36	100	39	39	100	Datos parciales		-
Neonatología	70	70	100	69	69	100	71	71	100
UPC neonatología	36	36	100	36	36	100	36	36	100
Psiquiatría	72	72	100	72	72	100	70	72	97,2
Total	996	1004	99,2	1120	1126	99,45	-	-	-

Umbral de cumplimiento: $\geq 90\%$.

TABLA 9. EVALUACIÓN DE DOLOR

GCL 1.3	2018			2019			2020 PARCIAL		
	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Pabellón-Recuperación	148	151	98,0	150	151	99,3	Datos parciales		-
Cirugía	441	558	79,0	390	453	86,1	255	295	86,4
Traumatología	298	341	87,4	309	343	90,1	267	330	80,9
Obstetricia / Ginecología	66	72	91,7	69	72	95,8	65	72	90,3
Total	953	1122	84,9	918	1019	90,1	587	697	84,2

Umbral de cumplimiento: $\geq 90\%$.

TABLA 10. PAUSA QUIRÚRGICA

GCL 2.1	2018			2019			2020		
Puntos de Verificación	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Pab. A	3022	3232	93,5	2576	2784	92,5	1786	1936	92,2
Pab. B	4895	6096	80,2	3924	4804	81,6	3274	3842	85,2
Pab. D	4857	6075	79,9	5226	6815	76,6	2740	3460	79,1
Total	12774	15403	82,9	11726	14403	81,4	7800	9238	84,4

Umbral de cumplimiento: $\geq 75\%$.

TABLA 11. SISTEMA DE PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE URGENCIA (TRIAGE).

AOC 1.2	2018			2019			2020 PARCIAL		
Servicio	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Urgencia adultos	369	384	96,1	362	384	94,0	Datos parciales		-
Urgencia niños	357	384	92,9	354	384	92,0	Datos parciales		-
Urgencia Ginecobstétrica	305	360	84,7	316	360	88,0	295	360	81,94
Total	1031	1128	91,4	1032	1128	91,0	-	-	-

Umbral de cumplimiento: $\geq 85\%$.

TABLA 12. CONEXIÓN CATÉTER DE HEMODIÁLISIS

APD 1.2	2018			2019			2020 PARCIAL		
Trimestre	Nº obs. cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Primero	18	18	100	18	18	100	18	18	100
Segundo	18	18	100	18	18	100	Sin datos		-
Tercero	18	18	100	17	18	94,4	18	18	100
Cuarto	18	18	100	18	18	100	15	18	83,3
Total	72	72	100	71	72	98,6	51	54	94,4

Umbral de cumplimiento: $\geq 90\%$.

TABLA 13. PREVENCIÓN DE CAÍDAS

GCL 2.2	2018			2019			2020 PARCIAL		
Puntos de Verificación	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Endoscopia	106	106	100	106	106	100	Datos parciales		-
Medicina	286	370	77,3	309	414	74,6	124	209	59,3
Cirugía adulto	218	284	76,8	288	377	76,4	96	156	61,5
Obstetricia-ginecología	95	144	66,0	113	144	78,5	132	144	91,7
Urgencia GO	34	36	94,4	36	36	100	36	36	100
Total	739	940	78,6	852	1077	79,1	388	545	71,2

Umbral: > 80% hospitalizados
> 90% ambulatorios, UOQA y URGO

TABLA 14. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

GCL 3.3	2018			2019			2020 PARCIAL		
Puntos de Verificación	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Urgencia infantil	76	76	100	76	76	100	Sin datos		-
Urgencia adultos	87	87	100	87	87	100	Sin datos		-
Urgencia Ginecobs.	66	66	100	66	66	100	60	60	100
Total urgencia	229	229	100	229	229	100	60	60	100
Neonatología sala	68	68	100	68	68	100	66	66	100
Total	297	297	100	297	297	100	-	-	-

Umbral: > 80%

TABLA 15. PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE SITIO QUIRÚRGICO.

GCL 3.3 Puntos de Verificación	2018			2019			2020		
	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Pabellón	161	202	79,7	119	136	87,5	51	52	98,1
Cirugía adulto	183	588	31,1	301	611	49,3	160	327	48,9
Cirugía infantil	17	36	47,2	30	36	83,3	5	8	62,5
Total	361	826	43,7	450	783	57,5	216	387	55,8

Umbral: > 90%

TABLA 16. PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS A USO CATÉTER VENOSO CENTRAL

GCL 3.3 Puntos de Verificación	2018			2019			2020 PARCIAL		
	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Diálisis	70	72	97,2	68	72	94,4	50	54	92,6
Quimioterapia	142	144	98,6	137	139	98,6	61	78	78,2
Total	212	216	98,1	205	211	97,2	111	132	84,1

Umbral: > 80%

TABLA 17. REGISTRO DE EVOLUCIÓN MÉDICA.

REG 1.2 Puntos de Verificación	2018			2019			2020 PARCIAL		
	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl
U. Coronaria / I. Cardiológico	60	60	100	54	60	90	Datos parciales		-
UNI	59	60	98,3	58	60	96,7	49	51	96,1
Total	119	120	99,17	112	120	93,3	-	-	-

Umbral: > 85%

TABLA 18. PROTOCOLO OPERATORIO.

REG 1.2	2018			2019			2020		
Puntos de Verificación	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Cirugía	763	862	88,5	105	136	77,2	55	75	73,3
Cirugía infantil	59	60	98,3	12	12	100	3	3	100
Gineco-obstetricia	58	60	96,7	22	22	100	15	21	71,4
Total	880	982	89,6	139	170	81,7	73	99	73,7

Umbral: > 85%

TABLA 19. COMPLETITUD DE LA EPICRISIS.

REG 1.2	2018			2019			2020 PARCIAL		
Puntos de Verificación	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Medicina	399	668	59,7	597	692	86,3	373	481	77,5
Pediatría	51	60	85,0	100	108	92,6	Datos parciales		-
UPC	194	247	78,5	225	271	83,0	Sin datos		-
Ginecobstetricia	58	59	98,3	120	150	80	56	60	93,3
Total	702	1034	67,9	1042	1221	85,3	-	-	-

Umbral: > 85%

TABLA 20. REGISTRO DE CONSULTAS MÉDICAS AMBULATORIAS.

REG 1.2	2018			2019			2020		
Puntos de Verificación	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Medicina	917	936	98,0	913	933	97,8	771	786	98,1
Cirugía	432	504	85,7	429	504	85,1	445	494	90,1
Pediatría	72	72	100	72	72	100	71	72	98,6
Ginecobstetricia	71	72	98,6	68	72	94,4	68	72	94,4
Psiquiatría	70	72	97,2	68	72	94,4	47	48	97,9
Medicina física	71	72	98,6	72	72	100	72	72	100
Total	1633	1728	94,5	1622	1725	94,0	1474	1544	95,5

Umbral:> 80%

TABLA 21. ENTREGA DE EPICRISIS.

REG 1.3	2018			2019			2020 PARCIAL		
Puntos de Verificación	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Medicina	687	775	88,6	716	849	84,3	280	361	77,6
Cirugía	825	916	90,1	624	704	88,6	314	405	77,5
Pediatría	72	72	100	125	126	99,2	Datos parciales		-
Neonatología	71	72	98,6	72	72	100	69	72	95,8
Ginecobstetricia	72	72	100	72	72	100	70	72	97,2
Total	1727	1907	90,6	1609	1823	88,3	769	946	81,2

Umbral:> 80%

TABLA 22. INFORME DE PRESTACIONES CMA

REG 1.3	2018			2019			2020		
Puntos de Verificación	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Servicios médico-quirúrgicos	115	137	83,9	84	91	92,3	56	94	59,6
U. Oftalmología ambulatorio				41	45	91,1	27	29	93,1
Ginecobstetricia	14	14	100	18	18	100	29	33	87,9
Pediatría	28	28	100	21	21	100	s/casos		-
U. Coronaria	s/casos		-	s/casos		-	0	1	0
UHO	s/casos		-	s/casos		-	2	2	100
Total	157	183	85,8	164	179	91,6	114	159	71,7

Umbral: > 80%

U. Oftalmología ambulatoria inicia actividades el año 2019.

TABLA 23. INFORME PRESTACIÓN AMBULATORIA PROGRAMADA.

REG 1.3	2018			2019			2020		
Puntos de Verificación	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
CREA	72	72	100	71	72	98,6	72	72	100
Imagenología	19	72	26,4	24	72	33,3	32	62	51,6
Endoscopia	196	214	91,6	130	142	91,5	119	126	94,4
Medicina física	59	72	81,9	60	72	83,3	52	54	96,3
Total	346	430	80,5	285	358	79,6	275	314	87,6

Umbral:> 80%

TABLA 24. PROTOCOLO TRATAMIENTO ONCOLÓGICO OTROS SERVICIOS.

APQ 1.2	2018			2019			2020		
Puntos de Verificación	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Imagenología	20	21	95,2	31	36	86,1	19	19	100
Oncología Hosp.	57	57	100	44	44	100	23	25	92
Total	77	78	98,7	75	80	93,7	42	44	95,4

Umbral: > 90%

TABLA 25. ADMINISTRACIÓN DROGAS ONCOLÓGICAS OTROS SERVICIOS.

APQ 1.3	2018			2019			2020		
Puntos de Verificación	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.	Nº obs. que cumplen	Nº total de obs.	% Cumpl.
Servicios medico quirúrgicos	295	357	82,6	308	325	94,8	201	232	86,6
UPC	0	26	0	30	39	76,9	21	25	84
UNI	1	2	50	3	8	37,5	7	10	70
UCO	3	3	100	2	3	66,7	6	6	100
I. Cardiológico							24	30	80
Ginecobstetricia	0	3	0	s/casos		-	0	2	0
Total	467	580	80,5	520	563	92,4	449	496	90,5

Umbral: > 85%

TABLA 26. RESUMEN DE CUMPLIMIENTO DE INDICADORES EVALUADOS.

Indicador	Tipo de indicador	Nº pautas esperadas	Nº pautas recibidos	% cumplimiento
Cumplimiento de evaluación pre-anestésica	Registros	618	599	96,9
Cumplimiento de los cuidados en ventilación mecánica	Observacional	192	71	37,0
Administración de medicamentos endovenosos	Observacional	704	267	37,9
Mantenimiento de VVP	Observacional	1024	364	35,5
Conservación de vacunas	Registros	216	102	47,2
Indicación de cesárea	Registros	204	195	95,6
Identificación de pacientes	Observacional	1260	322	25,6
Evaluación de dolor	Registros	6140	763	12,4
Pausa quirúrgica	Registros	9238	9238	100
Sistema de priorización de la atención de urgencia.	Registros	1104	360	32,6
Conexión catéter de hemodiálisis	Observacional	72	54	75,0
Prevención de caídas	Mixto	912	563	61,7
Uso de elementos de protección personal	Observacional	256	126	49,2
Preparación pre-quirúrgica de la piel	Mixto	756	387	51,2
Prevención de infección por CVC	Observacional	192	132	68,8
Registro de evolución e indicaciones médicas	Registros	120	66	55,0
Registro protocolo operatorio completo en ficha clínica	Registros	792	126	15,9
Registro de epicrisis completa	Registros	2100	571	27,2
Registro de consultas médicas ambulatorias	Registros	1472	1544	100
Entrega de epicrisis a pacientes hospitalizados	Registros	1920	946	49,3
Entrega de epicrisis a pacientes en CMA	Registros	2520	164	6,5
Informe de prestación ambulatoria completo	Registros	320	314	98,1
Protocolos de citostáticos otros servicios	Registros	288	124	43,1
Administración de fármacos citostáticos sectores hospitalizados	Registros	504	496	98,4

TABLA 27. TASAS DE INDICADORES DE RESULTADOS

	Año	1° Trim	2° Trim	3° Trim	4° Trim	Tasa	Total reportes x año
Caídas/ DCO	2018	0,53	0,37	0,74	0,79	0,60	57
	2019	0,79	0,68	0,59	0,57	0,65	64
	2020	1,08	1,01	0,84	0,41	0,82	68
UPP/ DCO	2018	4,58	5,10	6,07	4,29	5,05	90
	2019	5,75	6,80	5,17	4,87	5,67	73
	2020	6,00	8,45	8,48	7,38	7,47	202
Medicación errónea/ DCO	2018	0,45	0,66	0,81	0,65	0,65	65
	2019	1,10	0,79	0,70	0,61	0,79	79
	2020	0,99	0,71	0,52	0,99	0,82	71

DCO: días cama ocupado.

La tasa de lesiones por presión es la que evidencia mayor impacto durante el año 2020.

Esta información corresponde a notificación pasiva.

El año 2020 se observa un aumento de las notificaciones en un 49%.

FIGURA 1. TASAS DE CAÍDAS POR DCO

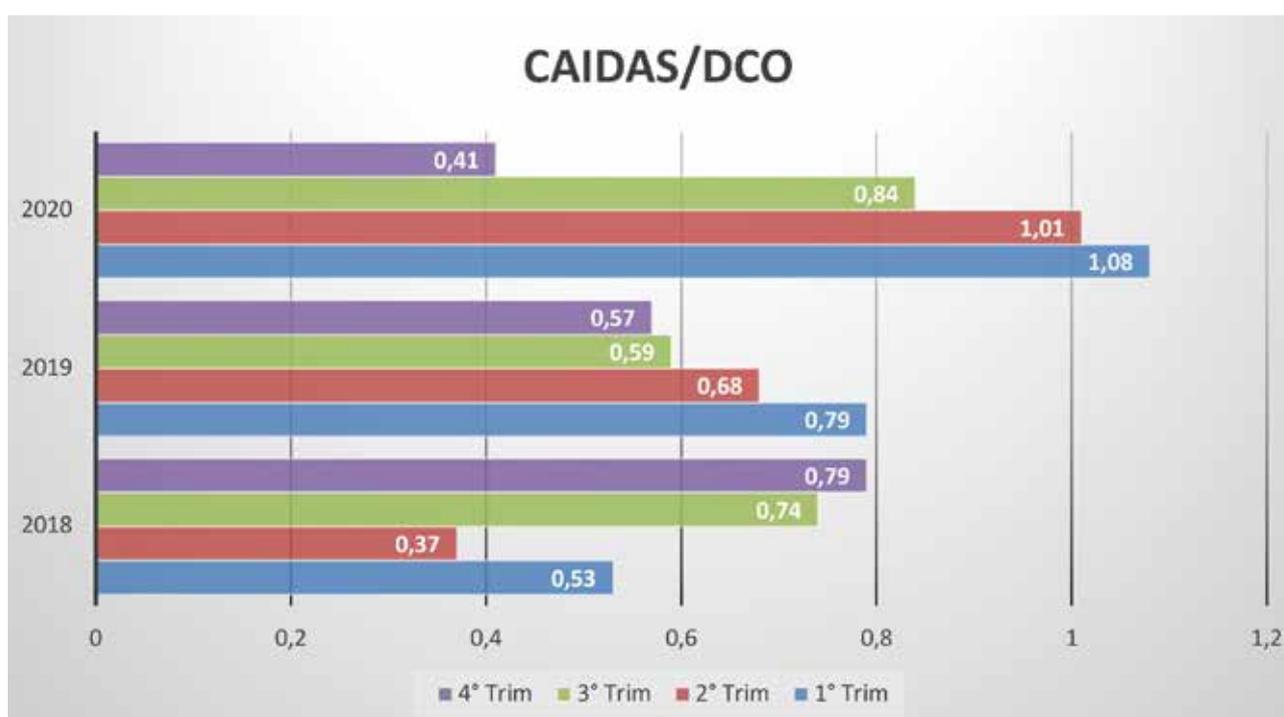


FIGURA 2. TASAS DE UPP POR DCO

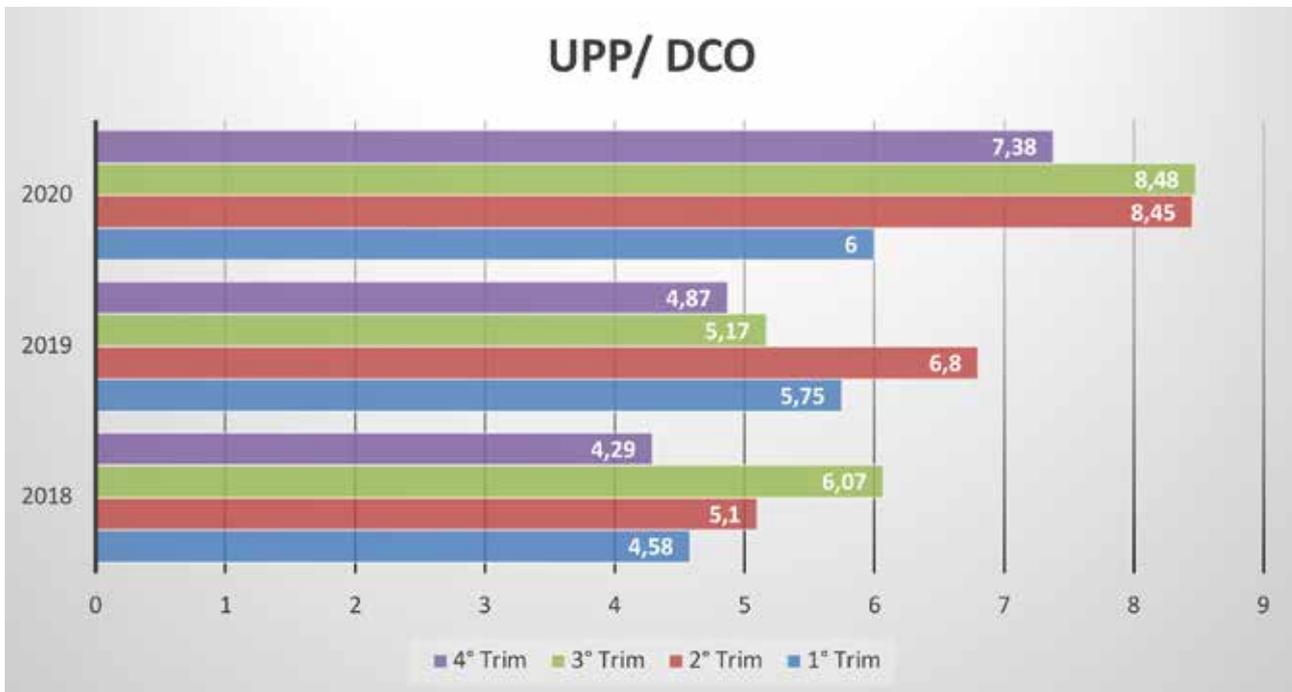
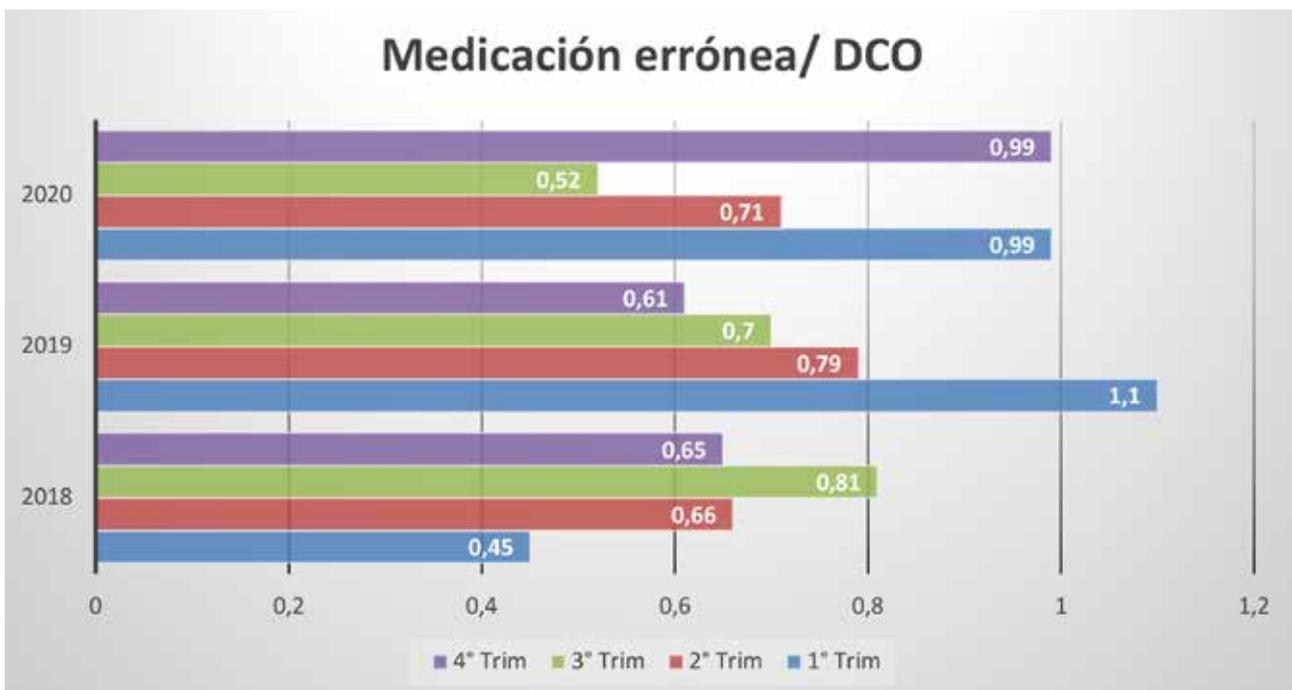


FIGURA 3. TASAS DE MEDICACIÓN ERRÓNEA POR DCO



ARTÍCULOS DE REVISIÓN

CAMBIANDO EL MODELO ASISTENCIAL DEL CUIDADO HACIA LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA SIN SUJECIONES.

Juan Carlos Martín, Rocío Lavilla y Dra. María Esther Aretxabala

Fundación Cuidados Dignos

fundacion@cuidadosdignos.org

www.cuidadosdignos.org





La Fundación Cuidados Dignos nació en España en abril de 2010 ante el deseo de un conjunto de profesionales de la Geriátría y la Gerontología de disminuir el excesivo uso y la alta prevalencia de uso de sujeciones en el ámbito de la geriatría en algunos países como puede ser España. Esta Fundación trabaja para favorecer la Ética y la Dignidad en los Cuidados que diariamente reciben las personas dependientes, así como de impulsar la individualización y personalización de dichos cuidados. Para ello desde Fundación Cuidados Dignos se comenzó a impeler un nuevo paradigma de cuidados de las personas dependientes desde la promoción de la mejora de la Calidad de Vida de las personas cuidadas que viven en centros socio sanitarios, sanitarios y sociales, así como en su domicilio, para garantizar unos cuidados seguros y llenos de respeto que no transgredan derechos básicos como la dignidad y la autonomía de tal persona cuidada.

Para conseguirlo, la Fundación Cuidados Dignos,

gracias a su presidenta la Dra. Ana Urrutia, creó e impulsó la Norma Libera-Care, nuevo Modelo de Cuidado basado en la Atención e Intervención Centrada en la Persona Sin Sujeciones que abarca en estos momentos todos los ámbitos asistenciales y de intervención. Un paradigma de Cuidado creado en torno a la Dignidad de la Persona Cuidada, entendiéndose así que la Calidad de Vida de la persona usuaria es el Eje del modelo y dicha Calidad de Vida se mide con una serie de indicadores.

En la actualidad, más de una década después del comienzo de su andadura, en varios países las sujeciones continúan siendo una forma habitual de “cuidar” y “proteger” a la persona institucionalizada con las consecuencias negativas que suponen las sujeciones en varios aspectos de la vida de las personas y sobre todo, en su dignidad y su autonomía. Por ello, Fundación Cuidados Dignos apuesta por el cuidado sin sujeciones físicas restrictivas y la disminución notable del uso de las sujeciones químicas.

cas, buscando una dosis óptima terapéutica y revisando la medicación cada poco tiempo, ofreciendo una alternativa al Modelo de Cuidado tradicional excesivamente paternalista y proteccionista que no deja a la persona decidir sobre lo que quiere o no hacer o sobre cómo quiere o no quiere que la cuiden. Por el contrario, la Norma Libera-Care propuesta por Fundación Cuidados Dignos, se basa en la autonomía beneficente, es decir, en la libertad de la persona para decidir sobre su propio bienestar. Para reducir y eliminar las sujeciones es fundamental, entre otras cosas, implantar el Modelo de Atención Centrada en la Persona a fin de conocer y respetar la singularidad de cada persona, desde su historia de vida hasta sus deseos y preferencias actuales, involucrándola, junto con su familia o representantes, en su plan de cuidado individualizado, haciendo ver que su opinión es muy importante. Además, los planes de cuidado propuestos se centran en las capacidades de la persona y no en sus déficits.

Por lo tanto, la Fundación Cuidados Dignos desde sus inicios lucha por un nuevo Modelo de Gestión del Cuidado que pretende aumentar la Calidad personas cuidadas, a través del enfoque de la Atención Centrada en de Vida de las la Persona sin sujeciones y el respeto a los Principios Bioéticos, siendo para ello un indicador de Calidad de Vida base el no uso de sujeciones físicas (mecánicas) o químicas (farmacología). Su labor se centra en la elaboración, implantación y certificación de metodologías de gestión adecuadas para ello, la formación de profesionales y cuidadores formales e informales, así como la sensibilización a través de la impartición de charlas y conferencias relacionadas con sus fines fundacionales.

Ante una situación problemática que en algu-

nos centros en diversos países daría lugar al uso de sujeciones, el Modelo Libera-Care propone buscar las posibles causas, recordando siempre que somos seres biopsicosociales, y el promover otras alternativas a la contención. Para ello, es básica la información de la persona que hemos recopilado previamente y la observación diaria de su conducta proponiendo medidas no farmacológicas ni de contención mecánica. Asimismo, es necesario que toda la organización de los centros camine en la misma dirección trabajando la calidez y el clima laboral, el logro de un liderazgo transformacional que motive a las personas trabajadoras y el ejercicio de una Dirección por valores orientados al desarrollo personal y corporativo para lograr que cambie la cultura del cuidado hacia el nuevo paradigma del cuidado propuesto desde la Fundación Cuidados Dignos. Para ello es necesario modificar procesos permitiendo controlar los trastornos de comportamiento sin necesidad de sujetar ni aumentar costes ni ratios ya que no se necesitan más recursos humanos para cuidar sin sujeciones, desde una cultura global.

La labor de la Fundación ha conseguido dar visibilidad a la realidad que indica que eliminar las sujeciones físicas y químicas es posible. Su enorme repercusión debe alentar a continuar con el impacto que está teniendo la iniciativa de la Fundación desde sus inicios en España en su ardua labor por transformar completamente el modelo de atención donde después de más de dos lustros gracias a la Fundación Cuidados Dignos se ha conseguido incidir directamente sobre el cuidado de más de 30.000 personas en toda España, que más de 21.000 Profesionales hayan cambiado su forma de cuidar, que más de 8.500 personas dependientes se hayan “liberado” de diversos tipos sujeciones. Así

mismo, se está lanzando internacionalmente su mensaje con la intervención de su Presidenta, Dra. Ana Urrutia, “Cuidados Dignos y Seguridad del Paciente”, en las Jornadas webinar organizadas por la Fundación Seguridad del Paciente Chile el 17/08/2021.

Es esencial continuar en el esfuerzo de mantener las buenas prácticas del cuidado apostando por un cuidado centrado en la persona sin sujeciones ni físicas ni químicas en todos los niveles asistenciales como viene abanderando la Fundación Cuidados Dignos desde 2010.



CRÓNICAS

OITO ESTRATÉGIAS PARA A ACREDITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Andréa Prestes

Gestora hospitalar, Master Black Belt em Lean Six Sigma, Life, Executive e Positive Coach. Mestranda em Gestão da Saúde, pela Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa, em Lisboa, Portugal. Ampla experiência na direção de grandes hospitais no Brasil.



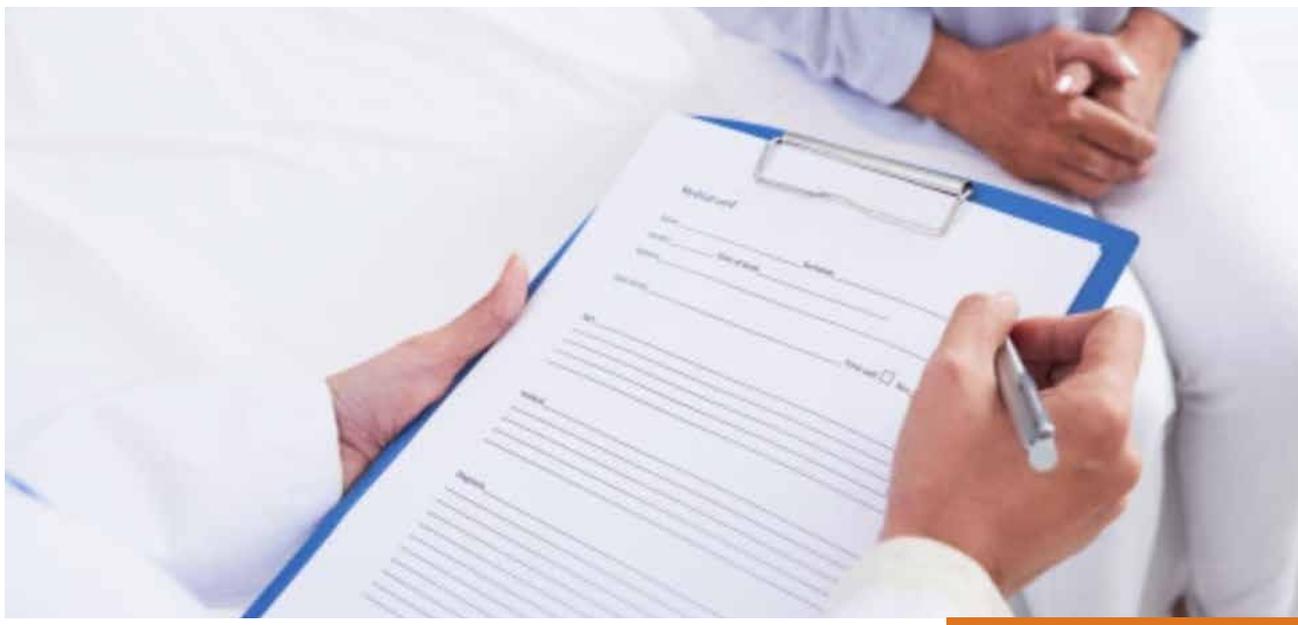
Gilvane Lolato

Graduada em Administração de Empresas, Especialista Gestão em Saúde, Controle de Infecção, Qualidade e Segurança do Paciente. Gerente de Educação da ONA. FISQua.



J. Antônio Cirino

Comunicólogo, gestor de qualidade, professor e pesquisador. Doutor em Comunicação e Sociabilidade (UFMG), com pós-doutorado em Comunicação e Cultura (UFRJ). Autor do livro “Gestão da Comunicação Hospitalar” e organizador da obra “Estratégias para a Acreditação dos Serviços de Saúde”.



A gestão da qualidade e segurança do paciente não é uma moda ou algo passageiro. É uma tendência cada vez mais presente como resposta aos anseios dos usuários e clientes/pacientes, dos próprios profissionais e das instituições de saúde, para a oferta de serviços de excelência. Essa busca é contínua, assim não há um “ponto final”, ou um momento em que deixa de existir.

Por ser um movimento contínuo, o trabalho para a promoção da cultura da qualidade nas organizações desencadeia uma mudança interior dos profissionais que lidam com ela. Mahatma Gandhi sintetiza, na frase “seja a mudança que você quer ver no mundo”, o empenho próprio fulcral para o progresso em qualquer contexto. Assim, a melhoria contínua, em processos de acreditação, além de oportunizar ganhos às instituições, refletem-se, principalmente, em crescimento importante às pessoas que nela atuam.

Dessa forma, o livro “Estratégias para a Acreditação dos Serviços de Saúde” contempla oito

capítulos, que se apresentam como as principais estratégias para a conquista desse resultado e, principalmente, para a implantação da cultura da qualidade e segurança nas unidades de saúde.

Com o capítulo “Por onde começar”, apresenta-se que a decisão estratégica é o primeiro passo para a implantação de um projeto voltado à acreditação em saúde. Aqui destaca-se a importância de elaborar o planejamento estratégico, para que seja a base e o norte ao desdobramento das estratégias no dia a dia. Outro ponto essencial é a estruturação do próprio projeto de acreditação, como planejá-lo e colocá-lo em prática.

No capítulo “Pessoas: elas fazem a diferença”, ressaltamos o aspecto humano intrínseco a qualquer gestão da qualidade e segurança do paciente, pois é feita de pessoa para pessoa, sejam elas profissionais, colaboradores, pacientes, familiares, sociedade etc. Por isso, desenvolver o potencial humano existente nas organizações de cuidado à saúde é fundamental,



formando, em especial, os líderes, para que sejam os multiplicadores e possam inspirar mais pessoas.

“Comunicação como mola propulsora do projeto de acreditação” foi um capítulo em que se firma a dimensão comunicacional presente nesse contexto e como podemos influenciar as pessoas para as mudanças positivas que devem ser empreendidas, seja pelos alinhamentos interpessoais, seja por mecanismos e estratégias de divulgação, engajando e gerenciando os diversos públicos da unidade de saúde.

Para fundamentar a gestão por processos, o capítulo “Conectando e gerenciando processos” aborda os instrumentos para o mapeamento, a contratualização e o gerenciamento dos processos assistenciais, de apoio e administrativos das organizações de saúde, com vistas a gerar valor aos usuários e clientes. Oferta, ainda, um olhar sobre o acompanhamento, com a medição e a análise crítica dos resultados, e as ações decorrentes.

Ouvimos comumente que “Prevenir é melhor do que remediar” e, por isso, nesse capítulo sobre gerenciamento dos riscos, apresenta-se uma forma de identificá-los, classificá-los e preveni-los no dia a dia do setor saúde, possibilitando melhorias efetivas ao mitigar as falhas nos processos, por meio da sensibilização das equipes e o desenvolvimento de um olhar crítico das pessoas no ato de cuidar.

Outra abordagem essencial foi o capítulo “De onde vem as melhorias?”, em que elencamos as principais fontes de oportunidades de melhorias para os processos da saúde. Abordamos desde as notificações de eventos adver-

sos, as percepções dos usuários quanto ao atendimento, até aos grupos multidisciplinares, que integram as comissões obrigatórias ou estratégias. Depois dessa estruturação, foram sugeridas ferramentas para analisar e gerenciar as tratativas que serão implantadas para a sustentabilidade das melhorias.

No capítulo “O cuidado centrado na pessoa: A trajetória do paciente no processo de acreditação”, fortalecemos a visão de que a promoção de uma experiência do paciente positiva perpassa o entendimento ampliado dos fatores que importam para as pessoas atendidas e como as equipes podem contribuir para o cuidado excelente, por meio de planos, metas e foco em resultados.

Por fim, no capítulo “Mudando a cultura para alcançar a excelência no cuidar e no gerir”, trouxemos os conceitos sobre a cultura da segurança do paciente, a implantação de uma cultura justa em detrimento de uma punitiva e como essa mudança de cultura pode impactar os resultados da gestão da organização de saúde.

Esperamos que o conteúdo apresentado nesta obra possa contribuir com a promoção e construção de uma jornada capaz de criar um processo sustentável para a melhoria contínua em sua instituição. O grande desafio é o despertar de uma nova forma de olhar o cenário, com a capacidade de perceber a existência de oportunidades de melhorias no desenvolver diário das atividades laborais. É promover, enquanto líder, o sentimento de pertencimento e engajamento nas pessoas, capaz de fazer fluir, naturalmente, uma nova cultura suportada pelo desejo de mudança positiva, pautada na qualidade e segurança das pessoas.

Chile, 8 de Junio 2022

Seguridad del Paciente

3er Encuentro Latinoamericano de Enfermería

2do Encuentro Latinoamericano de
Tecnología Médica

2do Encuentro Latinoamericano de
Químicos Farmacéuticos

1er Encuentro Latinoamericano de
Kinesiología y Fonoaudiología

1er Encuentro Latinoamericano de
Ergonomía y Factores Humanos

*¡Anota en tu
Agenda!*



Fundación
para la Seguridad del Paciente
www.fspchile.org



VI

**Congreso Internacional
en Seguridad del Paciente
Chile, 9 y 10 de Junio 2022**

*¡Anota en tu
Agenda!*

CRÓNICAS

¿CÓMO APORTAN LOS FACTORES HUMANOS Y LA ERGONOMÍA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Resumen de las conferencias presentadas en Webinar “ZOOM 17 a las 7”, actividad de Fundación para la Seguridad del Paciente en camino al Día Internacional de Seguridad del Paciente de OMS.



Stephan Jarpa Cuadra

Moderador

Químico Farmacéutico. Director Agencia Regulatoria IN House
Vice Presidente de la Sociedad Chilena de Farmacovigilancia
Ex jefe de Calidad y Seguridad del Paciente - HUAP Chile

sjarpa@agenciainhouse.cl

Nota del Editor: Resumen de la presentación del Moderador de las Conferencias realizada durante el webinar ¿Cómo aportan los Factores Humanos y la Ergonomía a la Seguridad del Paciente? Modalidad on line / Chile, 17 de Octubre del 2021

¡Nos encontramos todos los días 17 a las 7!

ZOOM

17 de OCTUBRE a las 7 PM hora de Chile

¿Cómo aporta los Factores Humanos y la Ergonomía en la Seguridad del Paciente?

- ¿Qué es la Ergonomía y los Factores Humanos?
- ¿Cuales son los niveles de acción de la Ergonomía?
- ¿Cómo vemos a los Factores Humanos en la Seguridad del Paciente?
- Análisis de incidentes desde los Factores Humanos

Modera: Stephen Jajja / PSP CHILE
 Carlos Aceves / RELAESA MEXICO
 Fabián Vitolo / FUNDACIÓN ITAES ARGENTINA
 Ángela Caro / RELAESA COLOMBIA

Logos: INHouse, Portal, Fundación Itaes, Relaesas, Universidad de Chile Ergonomía.

La Seguridad del paciente ha sido una de las preocupaciones más relevantes en los últimos años. ¿Será porque los pacientes están más empoderados? o ¿porque simplemente su seguridad está más vulnerable que en otros tiempos? Son cuestiones que debemos hacernos, pues la frase “el paciente está primero” puede ser una nota de incumplimiento muy fuerte en los sistemas de salud.

Al platicar en un debate de ideas entre México, Argentina, Colombia y Chile nos damos cuenta de que el común denominador es la validación de la Ergonomía en los sistemas sanitarios, dejamos en claro que no sólo es “sillas y mesas” sino que es una forma de mirar la importancia del entorno y su diseño a favor del paciente.

Desde la academia, se desarrolla un concep-

to que ya está en práctica en Europa como es “factores humanos”, si, con una mirada diferente se combinan perfectamente la ergonomía y los factores humanos, y el resultado es “seguridad para el paciente”.

Al considerar estos factores humanos podremos corregir, mejorar y avanzar en el mirar los errores en la atención asistencial con más optimismo y pensamiento de mejora. Es el pensamiento Sistémico que llega para quedarse en grandes centros hospitalarios que funcionan muchos de ellos como “islas”, sin considerar los aportes y observaciones de otros estamentos ... y finalmente el error, el incidente e incluso el daño, queda en una “anécdota” que no aporta ni mejora al sistema.

Hemos aprendido en un dialogo que sin esta mirada la salud no tiene remedio, que, si no consideramos los factores humanos en la medicación, esto será un incontrolable crecimiento en los errores de medicación ... y sin duda alguna un deterioro en la calidad de atención asistencial.

“Nadie es culpable y todos somos responsables”, es la lógica que nuestra referente de Farmacovigilancia Internacional QF Ángela Caro, nos dejará como mensaje y aprendizaje: no buscar culpables ni deteriorar el sistema con cacerías de brujas y trabajar en las mejoras. Todo estará refrendado por los aportes de Ing Phd Carlos Aceves desde RELAESA y la consideración de los factores humanos de Ing. Jeysi Cofré quién nos complementa con su mirada Ergonómica y la experiencia en el mundo laboral al considerar en salud estos aspectos. Finalmente, el Dr. Fabián Vitolo nos conectará con el paciente y sus necesidades, con una mirada asistencial de la Seguridad del Paciente.



No dejemos de pensar en este modelo integrado, que ayudará a quienes nos cuidan y que nos permita acoger a quienes nos necesitan. La Ergonomía y los Factores Humanos en Salud llegaron para quedarse y darle aún más fuerza a acciones como la Farmacovigilancia, la Tecnovigilancia y la Seguridad del Paciente.



CRÓNICAS

ERGONOMÍA (FACTORES HUMANOS), EL SISTEMA DE SALUD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



Carlos Aceves González

RELAESA
Universidad de Guadalajara

c.aceves@academicos.udg.mx

Nota del Editor: Resumen de la Conferencia realizada durante el webinar ¿Cómo aportan los Factores Humanos y la Ergonomía a la Seguridad del Paciente? Modalidad on line / Chile, 17 de Octubre del 2021



¿Qué es la Ergonomía? Seguramente ustedes lo han escuchado y aplicado como el producto de la silla al computador, al automóvil, y sobre todo en términos comerciales del mercado, también quizá lo han escuchado en materia de salud ocupacional y hablando de, por ejemplo, movimientos repetitivos: posturas forzadas, etcétera.

Sin embargo, me gustaría el día de hoy, contarles que la Ergonomía es una disciplina científica y bueno, aquí hago una pausa para mencionarles que el término que se usa normalmente en los países de no habla inglesa es Ergonomía, y en Estados Unidos empezaron a llamarles Ingeniería de Factores Humanos. Hoy en día ustedes pueden encontrarlo en la literatura como Human Factor and Ergonomics. Nos referimos a la misma disciplina que se encarga de entender la interacción que tienen las personas con los elementos de un sistema, esto como disciplina científica que, luego como profesión, se

encarga de aplicar el conocimiento sobre los factores humanos en el diseño de los sistemas, de los productos, de los servicios, a fin de optimizar el bienestar humano y el desempeño de todo el sistema en el cual los humanos participan.

Hay 3 características fundamentales de nuestra disciplina.

La primera es un enfoque de sistemas. Se ha venido diciendo y abogando que la Seguridad del Paciente se debe resolver desde un enfoque de sistemas y utilizando disciplinas como la de los factores humanos, que está orientada hacia el diseño, es decir, la Ergonomía. Esta estudia la interacción con el diseño del sistema, con sus elementos para entender las necesidades humanas. La interacción que se tiene y para rediseñarlo, mejorarlo.

Al aplicar la ergonomía normalmente se tiene



dos resultados esperados que son: mejorar y optimizar el bienestar humano. Si pensamos en sistemas de salud, hablaremos, por ejemplo de pacientes, pero también de los trabajadores de salud y con ello, de alguna manera también mejorar el desempeño del sistema.

Tengo una imagen que me encanta mostrar, tomada de Chartered Institute of Ergonomics and Human Factors, que creo representa muy bien lo que es nuestra disciplina.

Ahí en esa imagen pueden ver ustedes al centro: las personas, que son lo más importante de todo el sistema y las personas con su capacidad de hacer cosas, su componente físico y de anatomía, antropometría, fuerzas, capacidades físicas, etcétera.

Por otro lado, su componente psicológico, que tiene que ver con cómo las personas recibimos la información, cómo la procesamos, almacenamos y damos respuesta. Los seres humanos siempre estamos inmersos, (en la zona verde), en alguna actividad, haciendo alguna cosa. Y puede ser en este momento, yo estoy hablando, ustedes están escuchando o bien ustedes pueden pensar en la actividad que realizan en su espacio de trabajo, como enfermero, enfermera o médico.

Cualquier actividad que usted realice, para hacerla siempre utiliza equipos, herramientas y las desarrolla dentro de un ambiente.

"Entender las interacciones entre las personas y otros elementos dentro de un sistema, y diseñar a la luz de ese entendimiento"

(Wilson, J. 2014. Fundamentals of systems ergonomics/human factors. Applied Ergonomics, 45:5-13)

"Adoptar un enfoque integral para el diseño y la evaluación que considere lo físico, cognitivo y organizacional / social."

(Wilson and Sharples, 2015. Evaluation of Human Work)



CIEHF, Career Guide 2019

Entonces digamos que esta interacción de las personas con sus actividades, con el equipo que utiliza, con el ambiente, pero además hay un aro afuera que encierra todo el círculo, que es el sistema, y es este sistema finalmente lo que nos interesa estudiar, para que las actividades, herramientas y ambientes estén diseñados de acuerdo con las características, limitaciones y capacidades de las personas que trabajan en esos sistemas.

Entender estas interacciones y diseñar nuestros sistemas es lo que Wilson llamaría Ergonomía.

Charlábamos antes de entrar a esta conversación, como a menudo se habla de la Ergonomía y se piensa en la silla, se piensa en el escritorio, estantes donde se colocan las cosas, sin embargo, hay componentes de origen cognitivo y psicológico y organizacional que determinan el funcionamiento de los sistemas. Y en este recorrido, muy breve sobre la Ergonomía, les voy a contar un poco, como la Ergonomía ha venido tomando fuerza en los sistemas de salud.

Inicialmente hay estudios por allá por los sesentas, con temas de medicación. Es en la década de los 80 y los 90, en donde la Ergonomía comienza a tener más influencia en los sistemas de salud, sobre todo el tema de salud ocupacional y en el diseño de edificios, pero paulatinamente se fue incorporando el enfoque de sistemas.

Y fue justo en el año 2000, a raíz de “Errar es Humano” que la Ergonomía y su enfoque de sistemas comienza a ser reconocido como un elemento crítico para la Seguridad del Paciente. Esto marca para la disciplina, para la Seguridad del Paciente en el mundo.

La OMS en el año 2009 y luego en el 2011 genera un documento que es la guía del currículum para la Seguridad del Paciente, donde sugiere que todo el personal de salud, todo personal que tenga algo que ver con los sistemas de salud de los pacientes, deben llevar esta guía de currículum dentro de su profesión.

El tema central de la guía OMS es la Seguridad del Paciente, pero luego señala la importancia de aplicar los factores humanos y entender los sistemas y el efecto de la complejidad. Digamos que desde entonces la OMS venía señalando la importancia de incluir el tema de los factores humanos.

Avanzando un poco con esta línea y para cerrar con mi presentación, hablar como hoy día tenemos retos y oportunidades para la Ergonomía del Sistema de Salud en América Latina. Oportunidades como esta charla que el día de hoy Fundación para la Seguridad del Paciente nos permite avanzar en ese sentido, no nos perdemos diciendo que tenemos enfrente una década: la de la Oportunidad.

La Organización Mundial de la Salud el año pasado lanzó un primer borrador, y este año, el documento final, que es el Plan de Acción Global para la Seguridad del Paciente 2021 - 2030.

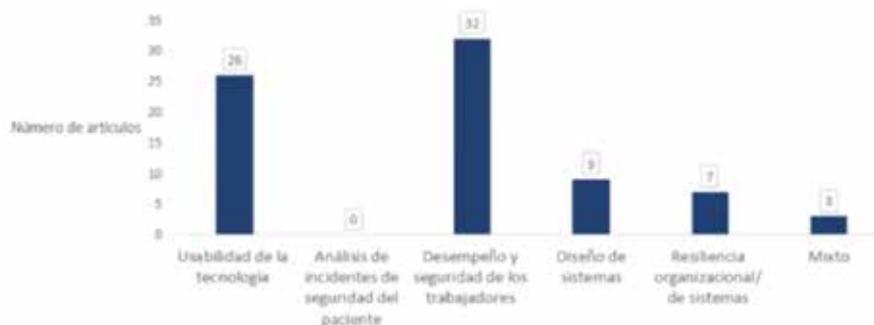


14 | Draft Global Patient Safety Action Plan 2021-2030

Seguramente muchos de ustedes ya lo conocen, pero este plan de acción, la OMS marca 7 objetivos y 35 estrategias. En el objetivo dos, la construcción de sistemas altamente confiables, donde explícitamente la OMS señala a la Ergonomía y los Factores Humanos como base para construir un Sistema de Salud resiliente.

Otro documento, es este número especial de la Revista de ISQUa en donde se habla de cómo integrar la Ergonomía y los Factores Humanos en el cuidado de la salud. De hecho, al fin tenemos una publicación, un artículo de cómo venimos, integrándola a la ergonomía en los sistemas de salud en América Latina.

Artículos por dominio de aplicación de la E/FH en los sistemas de salud



Acoves Gonz3lez, C., Landa 3vila, I. C., Carvalho, F., Ortega Ruiz, B. A., & Jun, G. T. (2021). Ergonom3a en los sistemas de salud de Am3rica Latina: Revisi3n sistem3tica de la situaci3n actual, necesidades y desaf3os futuros. *Ergonom3a, Investigaci3n Y Desarrollo*, 3(2), 10-27.

Hicimos una revisión sistemática de la literatura de la Ergonomía y los Factores Humanos en Latinoamérica, aplicados a sistemas de salud y encontramos esto: Tenemos investigación, mucha de ella concentrada por ejemplo, en Brasil, menos en países como México, Colombia, Chile, Argentina.

Quiero llamar su atención en estos 5 dominios señalados en el gráfico: Hay muchos temas de seguridad de los trabajadores como salud ocupacional básicamente, usabilidad de la tecnología, un poco menos en términos de resiliencia y diseño de sistemas.

En el tema de análisis de incidentes de seguridad paciente no encontramos ni un solo artículo.

Entonces ahí hay una oportunidad, tenemos varios retos y por supuesto la oportunidad que nos la marca la OMS. La necesidad de la aplicación de la disciplina ya está, pero necesitamos formar especialistas en Ergonomía. Necesitamos entrenar, proveer entrenamiento a los profesionales de la salud en esta disciplina. Por supuesto, investigar, aplicar y cooperar.

Este conversatorio me parece un excelente ejemplo de cooperación, de cómo estamos empezando a ayudarnos para hablar de esto y por supuesto, en la medida que vamos avanzando se irá generando mayor sensibilidad.

Seguramente habrá un incremento de la demanda desde los sistemas de salud hacia lo que hacemos en la disciplina, se marcan las diferencias, con relación de la incorporación de Ergonomía en los sistemas de salud en Amé-

rica Latina, comparado con los sistemas, por ejemplo, Reino Unido.

Entonces, en realidad, el reto está en la oportunidad y en esta idea destaco a la Red Latinoamericana de Ergonomía y Factores Humanos - RELAESA. Venimos trabajando en varias áreas, para motivar la generación de conocimiento, tratar de aplicarlo, formar recursos humanos y promover la disciplina. Nace a principios del año pasado, en 2020, y ha venido incrementándose.

Cierro diciendo, muchas gracias a la Fundación para la Seguridad del Paciente por esta oportunidad e invitarlos, por supuesto, a sumarse desde sus diferentes áreas para lograr una integración de la disciplina en los sistemas de salud en América Latina.



CRÓNICAS

SIETE MITOS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

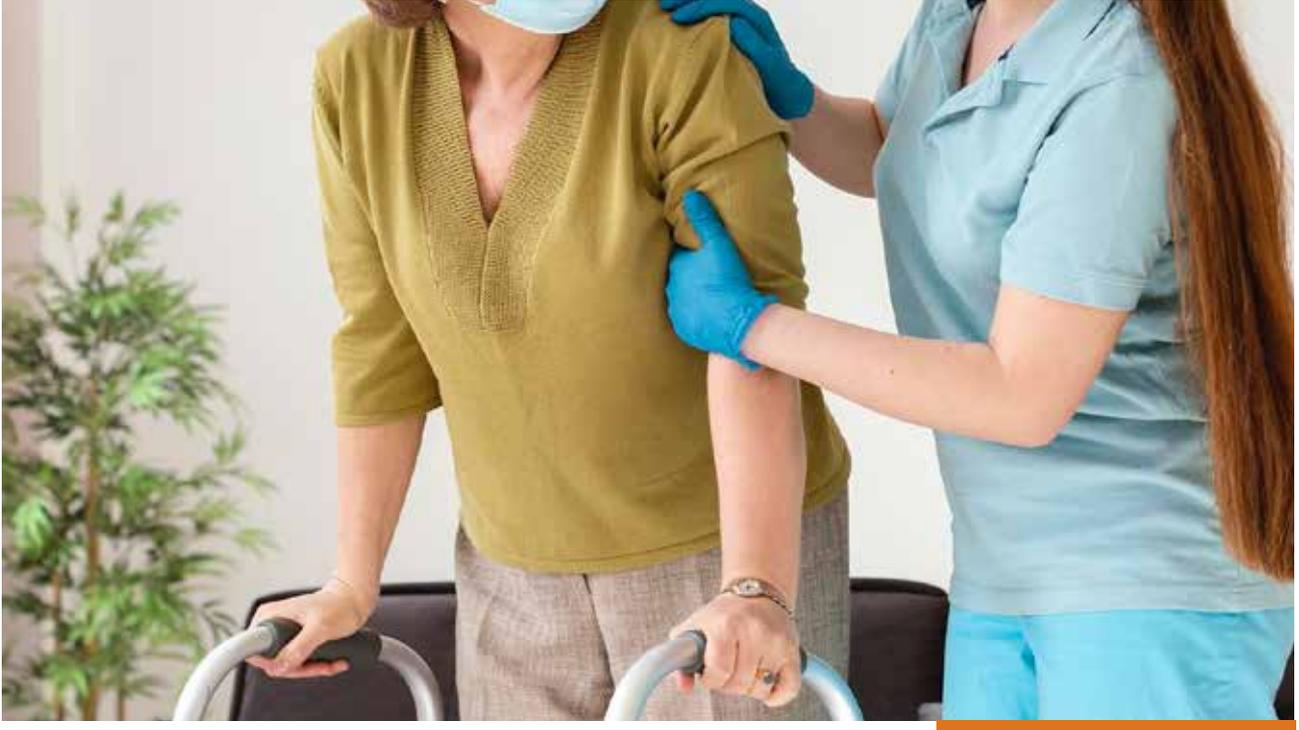


Fabián Vítolo

Fundación ITAES Argentina

vitolofabian64@gmail.com

Nota del Editor: Resumen de la Conferencia realizada durante el webinar ¿Cómo aportan los Factores Humanos y la Ergonomía la Seguridad del Paciente? Modalidad on line / Chile, 17 de Octubre del 2021



Hace más de 25 años que me dedico a incentivar programas de gestión de riesgos y seguridad del paciente en hospitales y centros de salud. Y, si bien debo reconocer algunos avances en áreas específicas como el control de infecciones y la gestión de medicamentos, las mejoras han sido pocas y lentas. Lejos estamos de la revolución necesitamos para mostrar progresos significativos. Creo que en gran parte algunas de las razones de esta dificultad para avanzar es la ausencia del tema factores humanos en las currículas de formación de grado y posgrado y la ausencia de especialistas en esta disciplina en nuestras instituciones de salud.

De tanto en tanto, algunas lecturas tienen la virtud de plasmar en el papel sentimientos y creencias que uno tiene. Su estudio aparece así como una epifanía, como un acto de revelación. Me pasó, por ejemplo, con los primeros

trabajos de Lucian Leape, también con el informe «Error es Humano» y me volvió a pasar en enero de este año con la lectura de un número especial de la revista de la ISQUA (Sociedad Internacional de Calidad en Salud) dedicado a factores humanos en la asistencia sanitaria. El número especial estuvo coordinado por Pascale Carayon, una de las referentes mundiales en factores humanos y ergonomía. En ese mismo número, escribió nuestro amigo Carlos Aceves de Relaes Mexico, para que tengan una idea del calibre de invitados que ha convocado la FSP en este día.

Dentro de este trabajo, me llamó particularmente la atención un editorial que trata del trabajo conjunto que nos queda por hacer entre los profesionales asistenciales y los especialistas en factores humanos y que nos llama a desterrar algunos mitos muy establecidos. Son

esos mitos los que pretendo abordar muy brevemente en estos pocos minutos

Desde hace años que los principales especialistas en factores humanos del mundo nos vienen advirtiendo a quienes nos dedicamos a la seguridad del paciente que estamos haciendo muchas cosas mal y aplicando erróneamente y de manera casi amateur los principios estándares y métodos de esta disciplina. Estos mismos especialistas nos llaman a desafiar muchos de los mitos y malentendidos que continúan prevaleciendo, principalmente entre nosotros y los líderes de las organizaciones de salud. Nos llaman a «desaprender» mucho de lo que hemos aprendido. Entre estos mitos ampliamente sostenidos y obstinadamente persistentes se encuentran:

1. EL MITO DE LA EXCELENCIA INDIVIDUAL

Tiene que ver con pensar que los resultados clínicos están impulsados por un solo médico excelente y no por la colaboración de muchas personas en un amplio número de disciplinas. Los profesionales de la salud en general ya se destacan en comparación con graduados de otras profesiones por su alta capacitación, motivación y meticulosidad. Saben que su trabajo es trascendente y son conscientes de su enorme responsabilidad. Instarlos a “esforzarse más” o a “tener más cuidado” no los protegerá contra errores. Asimismo, los intentos para mejorar la atención únicamente a través de la capacitación sólo conducirán, en el mejor de los casos, a progresos menores y fugaces. La medicina actual es muy compleja, y los seres humanos tenemos una capacidad de atención limitada. Trabajamos peor cuando estamos cansados, sólo podemos concentrarnos en una tarea a la vez, olvidamos las cosas. Cuando los

sistemas nos piden que vayamos más allá de estos límites, la falla está al caer. Si realmente queremos avanzar en la prevención y reducción del daño a los pacientes, el entorno de atención médica debe diseñarse teniendo en cuenta las capacidades y limitaciones humanas.

2. EL MITO DEL SISTEMA PERFECTO

Cuando ocurre un daño, existe una tendencia a creer que el mismo fue una excepción en un sistema que de otra manera sería seguro. Sin embargo, una amplia evidencia observacional demuestra que los sistemas clínicos están lejos de ser perfectos y requieren de una amplia gama de soluciones y ajustes de los prestadores todos los días para tener éxito. Este mito se sostiene en la creencia de que los sistemas pueden ser o hacerse esencialmente seguros. En otras palabras, el objetivo sería lograr que el sistema se pareciera a un tanque blindado. Sin embargo, los sistemas complejos son por naturaleza inseguros. Más bien son las personas a distintos niveles de la organización las que generan seguridad utilizando herramientas y tecnología, balanceando su utilización entre objetivos que compiten. La seguridad es lo que el personal hace todos los días, es creada por la gente y es dinámica. No es una propiedad estática del sistema.

3. EL MITO DE QUE LOS PROCESOS CONFIABLES GARANTIZAN LA SEGURIDAD

En los sistemas complejos, la seguridad es una propiedad emergente de todo el sistema, mientras que la confiabilidad es una propiedad de los componentes individuales del sistema. Cada componente del sistema puede funcionar exactamente como se espera (confiabili-

dad), pero las complejas interacciones entre los distintos componentes pueden conducir a un sistema inseguro. Esto fue lo que enseñaron grandes accidentes como el Challenger y Three Miles Island.

Si bien se puede aprender mucho de otros sectores como la aviación o la ingeniería nuclear, es importante reconocer que la atención de la salud es diferente en cuanto a su alcance y complejidad. Un piloto maneja durante años un mismo tipo de avión, mientras que un médico en un solo día puede ver a decenas de pacientes distintos.

Las organizaciones que se enfrentan a un entorno de trabajo en constante cambio y plagado de incertidumbres, tienen menos capacidad de gestionar el riesgo mediante el uso de normas y procedimientos estrictos y pueden ser más propensas a aplicar los principios de la ingeniería de la resiliencia. Esta disciplina aplica para sistemas complejos y propone gestionar el riesgo basándose fundamentalmente en la inteligencia, la adaptabilidad y la capacidad de recuperación de los operadores de la primera línea. Por lo tanto, estas organizaciones se preocupan por dotar a estos operadores el apoyo que necesitan para afrontar y abordar los riesgos a los que se hayan expuestos.

4. EL MITO DEL “ERROR HUMANO”

Como las personas siempre están implicadas en accidentes, se ha asumido que “eliminar” el error humano (o directamente a los humanos) evitaría daños. De hecho El mismo término “factores humanos” presta a veces a la confusión, y muchos no iniciados - cuando escuchan que un accidente se debió a un factor humano-, interpretan que el evento ocurrió por las

acciones de alguien, de un “humano culpable” que se equivocó. Sin embargo, más allá de la definición de factores humanos que se quiera adoptar, la disciplina rechaza de plano la noción de que sea una persona o grupo de personas en particular quienes deban cargar con toda la culpa por los errores que se cometen en el marco de sistemas socio-técnicos complejos. La premisa de esta visión es que estos sistemas son construcciones humanas y, por lo tanto, las mismas deben estar diseñadas para que los humanos las utilicen. Cualquier error que ocurra por parte del usuario es, por lo tanto, atribuible al diseño del sistema; esto reconoce entonces que, al momento de diseñar el sistema, no se consideraron en profundidad aspectos cognitivos o de conducta para evitar las circunstancias que condujeron al error

Una vez más, varios científicos de seguridad demuestran que esta es una visión simplista de la causa de los accidentes, ya que no reconoce las compensaciones diarias que los humanos deben realizar en el sistema. De hecho, es la capacidad de los seres humanos para variar lo que están haciendo (ajustes) lo que permite la función diaria eficaz de los sistemas.

5. EL MITO DE LA ESTANDARIZACIÓN Y EL CONTROL DE LA VARIACIÓN

Otro de los efectos de estos mitos es la necesidad de controlar la variación humana individual y el omnipresente llamado a la “estandarización”. Sin embargo, dado que cada paciente, unidad, especialidad y organización es diferente, la variación no sólo es necesaria, sino que es una parte esencial de la atención centrada en la persona. La sabiduría en este sentido se encuentra en la estandarización de todo aquello que se puede estandarizar, pero permitiendo

la variabilidad que sí es necesaria para poder adaptarse a situaciones cambiantes.

Si elimináramos todo tipo de variabilidad impediríamos que muchas cosas malas pasen, pero también evitaríamos los “ajustes” (cosas buenas) que corrigen las deficiencias de los procesos.

6. EL MITO DEL “CERO DAÑO”

Aunque el “cero daño” puede parecer un objetivo útil es, por naturaleza, inalcanzable. La atención de la salud es una tarea compleja y de alto riesgo. Es imposible que las cosas salgan bien el 100% de las veces. Los riesgos, los costos y la cantidad de pacientes que tratamos deben negociarse entre sí. Un sistema en el que se pudiera lograr cero daños tendría una carga financiera tan enorme y un efecto tan profundo en la prestación de atención que fallaría de muchas otras formas.

Debe señalarse que el “Daño 0” se menciona como uno de los objetivos estratégicos del Plan de Acción Global de la OMS 2020-2030 en seguridad del paciente, si bien lo plantea como visión o una filosofía y no como un objetivo concreto.

7. EL MITO DEL DETERMINISMO LINEAL

Otra suposición falaz es asumir que el proceso y el resultado están directamente relacionados; por lo tanto, un buen resultado significa que todo salió bien (y no se necesita más atención), mientras que un mal resultado debe significar que algo salió mal, lo que requiere investigación. Una vez más, la ciencia de la seguridad

demuestra la insuficiencia de estos supuestos. Muchas cosas pueden salir mal en la atención de un paciente, pero pocas afectan los resultados, porque las personas en el sistema siempre se están adaptando a las demandas del momento en formas que las tecnologías, las políticas y los procesos no lo hacen.

Por eso, si decimos que uno cada 10 pacientes es dañado por el sistema, la contracara es que 9 de cada 10 evolucionan bien, pese a las enormes dificultades a las que se enfrenta el personal de salud. Sin embargo, si bien tenemos cierta idea de por qué las cosas salen mal, nos falta mucha comprensión de por qué la mayoría de las veces salen bien y, créanme, no es por el cumplimiento de normas...

CRÓNICAS

ANÁLISIS DE INCIDENTES DESDE LOS FACTORES HUMANOS



Angela Caro Rojas

RELAESA Colombia
Pontificia Universidad Javeriana

angelacaror@hotmail.com

Nota del Editor: Resumen de la Conferencia realizada durante el webinar ¿Cómo aportan los Factores Humanos y la Ergonomía la Seguridad del Paciente? Modalidad on line / Chile, 17 de Octubre del 2021

El día de hoy les voy a compartir un caso lamentable que sucedió aquí en Colombia. Cuando esto pasó, la Asociación Colombiana de Farmacovigilancia con el apoyo de RELAESA realizó el análisis y construyó un plan de acción con un enfoque desde los Factores Humanos y la Ergonomía, que posteriormente le presentamos al Gobierno de nuestro país e intentamos, a través de esto, mostrar que el caso había ocurrido bajo la responsabilidad de múltiples actores, en un sistema complejo, y que era necesario aprender de lo que había sucedido para mejorar los procesos de medicación segura.

Les voy a presentar lo que sucedió. Una madre acudió a una farmacia por el medicamento formulado de rutina como antiparasitario, Albendazol, para cada 1 de sus dos hijos, dos niños de 7 y 10 años. Al llegar a la casa, la mamá cumple las instrucciones médicas de dar el frasco completo a cada niño. Al rato se da cuenta que sus dos hijos están dormidos y luego ella no logra despertarlos, porque los dos niños han fallecido. Al revisar el frasco ve que el medicamento administrado es Tramadol.



Después de un análisis se concluye que fue un error de dispensación. Ustedes logran ver las fotos reales de los productos que estuvieron involucrados en el caso, obviamente cubrimos las marcas para no hacer ninguna alusión a las

mismas, pero para darles una idea de los productos de los que estamos hablando.

Entonces, cuando nosotros recibimos este caso en la Asociación y aparece en las noticias,

con un muy desafortunado manejo mediático, empiezan a discutirse las culpabilidades, y como es usual en lo que se enfoca la comunidad es en buscar un culpable, alguien que sufra las consecuencias de que esto haya sucedido: “Es el colmo que los niños hayan fallecido”. ¿Entonces qué es lo más fácil?, Pues claro, si es un error de dispensación lo más fácil, es decir, “la persona que estaba registrando y qué hizo la entrega del medicamento, es la culpable”. Entonces claro, deben despedirla, pasarla al escarnio público.

Esta persona sufre todo el impacto de la segunda víctima, tema que se ha comentado desde la Fundación de Seguridad del Paciente y además lo hemos hablado en varias oportunidades. Pero, personas no tan tradicionales dicen: “no, pero es que la mamá, ¿cómo no se da cuenta?”, entonces se busca otro segundo culpable, “la mamá no revisó, la mamá cómo le da medicamentos sin saber” y empieza otro segundo juzgamiento muy fuerte hacia la mamá.

Entonces realmente lo que se ve en el ámbito clásico, es que hay dos personas y que las dos pueden ser las “culpables” de todo lo que su-

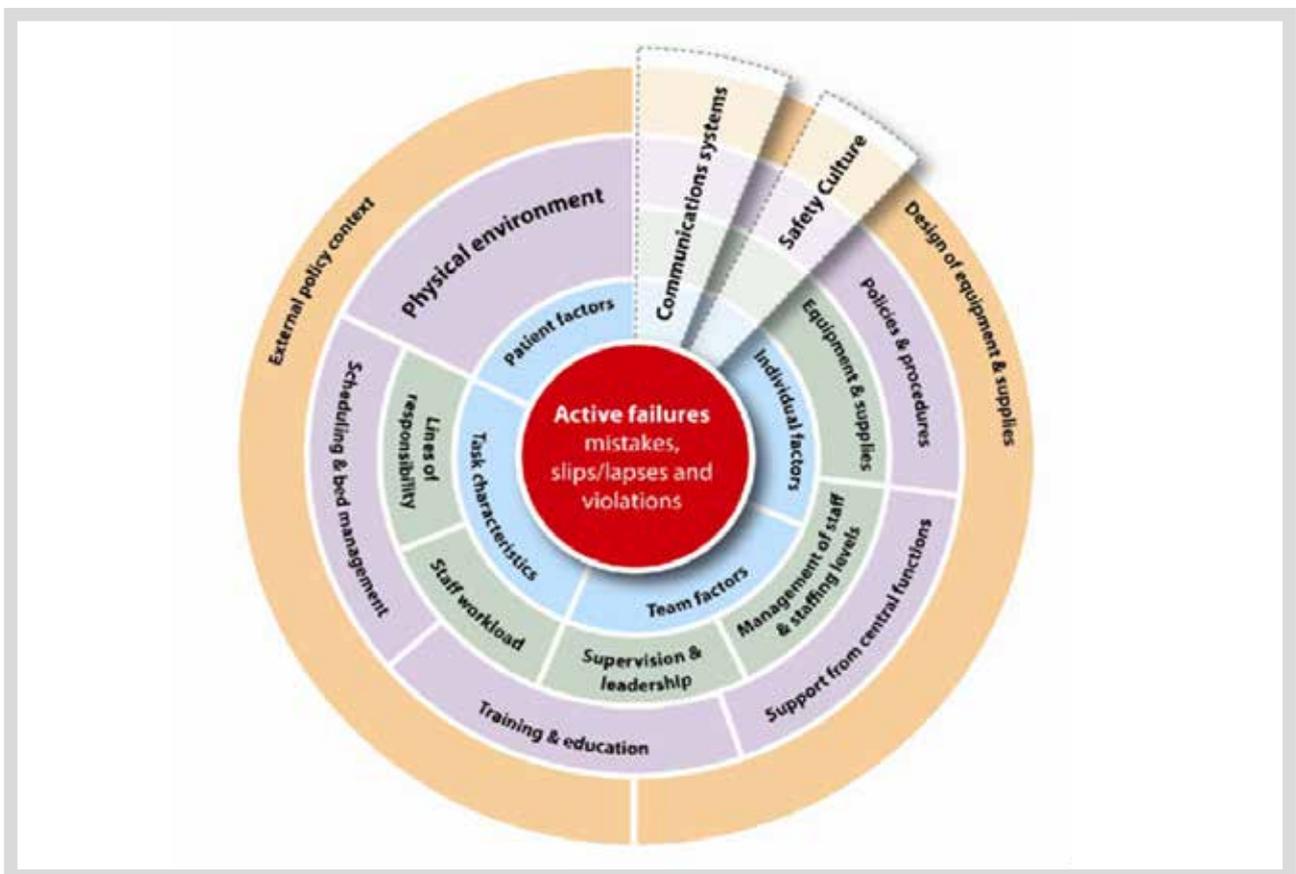
cede. Por una parte, la regente, la dispensadora porque hace una dispensación y no verifica el producto antes de entregarlo. Y claro, hay unos protocolos establecidos por ley en Colombia, donde debería haber una verificación. Entonces se dice que es un “mal ser humano”, es “un mal trabajador” porque no cumple los protocolos, no hizo las verificaciones que debía haber hecho y, por otro lado, pues la madre, no revisó el medicamento, no lo reviso cuando lo administró, ¿y por qué? Probablemente por qué tienes esa confianza en el personal farmacéutico.

Entonces, miren cómo desde este enfoque clásico, ya encontramos los dos culpables. Juzgamos a la dispensadora, juzgamos a la mamá y todo el mundo queda contento, porque bueno, ya echamos a la persona del trabajo, ¿Verdad? Le decimos “usted ya no puedo volver a trabajar acá”. Y todo el mundo tranquilo, ¿verdad? ¿Y los medios de comunicación quedan satisfechos? Sí, claro.



Pero entonces lo que decimos nosotros, como Asociación Colombiana de Farmacovigilancia es, espérese un momentito, esto no puede ser tan simple como despedimos a la señora de su trabajo y ya está. Esto debe tener un enfoque muchísimo más amplio, ¿no? Y llevamos todo nuestro enfoque de factores contributivos, y en la figura siguiente, el diagrama de Yorks-

hire, que es lo que nosotros como Asociación hemos venido comentando e implementando y hemos venido llamando la atención sobre cómo se debería revisar un caso de estos.



Allí aparecen unos elementos que, en el otro análisis, por ningún lado está. Por ejemplo, la cultura de seguridad del paciente, hasta donde tenemos como país y por supuesto, como región latinoamericana, una cultura real de seguridad del paciente, hasta donde hablamos de estos temas, hasta donde decimos que los medicamentos pueden ser un problema de salud pública cuando los utilizamos mal.

Por otro lado, todo el sistema de comunicación. Entonces, ¿cómo era la comunicación desde prescriptores, el dispensador, la usuaria, o la persona que es la cuidadora de estos niños?, ¿Cómo nos estamos comunicando con la industria farmacéutica, con el usuario que está allí, al final del uso del medicamento?

Tenemos también el contexto de unas políticas, las políticas Exteriores, las políticas generales de nuestro Gobierno. ¿Están establecido, que es una prioridad la seguridad del paciente?, ¿Es una prioridad el uso seguro de los medicamentos?

Y así podríamos ir pasando por cada 1 de estos elementos y podríamos darnos cuenta que hay múltiples factores contributivos adicionales a que al hecho de la simple decir “error de la dispensación”

Por ejemplo, ¿cómo era la supervisión de esta persona? ¿qué carga de trabajo tenía esta persona? ¿Cuáles son los factores de su personalidad? ¿O cuales los factores de los usuarios, de los pacientes? En este caso los factores de la madre de los niños, de sus conocimientos, y en otros casos, en lo que está experimentando, en su proceso de enfermedad.

Teníamos, por ejemplo, los protocolos. Podrían estar muy bien establecidos allí, pero bueno, ¿se estaban cumpliendo? Y ¿en qué momento nos dimos cuenta de que eso no se cumplía? y ¿por qué no se cumplían? Toda esa información, fue lo que nosotros analizamos como Asociación. Pero aparte de eso, no nos quedamos únicamente en la persona que dispensa, y la persona usuaria. Pensemos en todos los actores que podrían estar en este proceso.

Desde el Ministerio de Salud, el legislador quien promueve las leyes, las normas, ¿las leyes son suficientes?, ¿tenemos realmente un cumplimiento de esa normatividad que está asegurando que tenemos un proceso más seguro de dispensación?

La agencia reguladora del país, para nuestro caso el INVIMA, ¿tiene políticas claras?, por

ejemplo, ¿tiene políticas sobre “iso apariencia” de medicamentos?, para que no haya confusión de los medicamentos LASA. Porque eso está establecido hace mucho tiempo en la literatura de medicamentos y de seguridad de medicamentos. Entonces ¿las hemos adoptado? ¿El productor tenía en mente el tema del etiquetado distintivo o no lo tenía?, Por ejemplo, en la industria farmacéutica diferente al productor, ¿tenemos unas políticas de etiquetado distintivo? porque lo lógico desde la cultura de seguridad es eso.

¿El médico prescriptor tenía un proceso de comunicación suficiente con la usuaria para decirle, “el medicamento viene de tal manera, usted lo administra de esta manera”? ¿Decirle “Va a ser una suspensión espesa y usted se lo va a dar al paciente”?

Y allí bueno, vienen otros actores, como siempre, desde mi posición de equidad de género, todo el boom mediático fue contra la Madre de los menores, y ¿dónde estaba el Padre de los menores? Porque también es un cuidador, yo no entendería, entonces, ¿por qué todo ese juzgamiento hacia la actuación de la Madre?, ¿dónde estaba el Padre?

Ahora, si hablamos de las universidades, que también es un nicho que a mí me toca como Directora de Carrera de Javeriana, ¿las universidades estamos hablando de este tema?, ¿estamos hablando de seguridad del paciente?, ¿estábamos hablando de factores humanos?

Ya está explícito que debemos hacerlo, ¿pero lo estamos haciendo? ¿Se han implementado en el currículum temas de factores humanos y de seguridad del paciente?

Por ejemplo, en la cultura que hay sobre la responsabilidad de los médicos, ellos no son súper héroes de poderlo todo. Cuando yo dictaba mi cátedra en medicina, octavo semestre, en el tema de seguridad del paciente, mi primera frase con ellos y con ellas, siendo farmacéutica, era: “No se hagan responsables de absolutamente todo”. “Ustedes son parte de un equipo de trabajo. Tienen enfermeras, farmacéuticos todos como equipo de trabajo, podemos ayudar a filtrar sus errores, porque ustedes se van a equivocar y Dios quiera que el día de mañana, si ustedes se equivocan, alguien les muestre su error” y les decía también: “Por favor, si alguien les dice que están equivocados denle las gracias, y piensen que les pueden estar salvando su título profesional o el riesgo de ir a la cárcel.”

Entonces, ¿las universidades estamos haciendo nuestra labor de hablar de sistemas complejos y múltiples actores? no lo sé.

Podemos incluir, por ejemplo, información en los colegios sobre un uso seguro de medicamentos. ¿Tenemos realmente una alfabetización sanitaria sobre lo que implica el cuidado de la salud, el autocuidado, la responsabilidad de la propia salud, en ser vigilantes de todos los procesos de salud, en especial con los medicamentos?

Entonces, desde esa mirada mucho más grande, ya vamos a encontrar que los factores contributivos que están allí para cada actor son diferentes. No es la señora dispensadora y la señora madre. No, esto es mucho más grave, si nos vamos por ejemplo a la agencia reguladora, ¿Tenemos unas políticas claras en cuanto a los medicamentos de alto riesgo? En Colombia, hemos tenido un avance hacia la seguridad del paciente, afortunadamente, y hay unos li-

neamientos de medicamentos de alto riesgo, sin embargo, estas políticas no necesariamente llegan al dispensador final, por tanto, esas políticas deben estar mucho más claras.

Entonces la agencia reguladora tiene alguna acción que se puede desarrollar desde allí, pudiera generar alguna acción, por ejemplo, sobre un empaque que pudiera ser inadecuado. ¿Cómo es ese proceso de comunicación entre el fabricante y quién está recibiendo la información? ¿Y se le ha solicitado, por ejemplo, el cambio para por iso apariencia a otros similares?

Con respecto a la empresa dispensadora, también se podría mejorar ¿Cómo fue ese proceso en la supervisión, en la recepción y el almacenamiento del medicamento? ¿Será que esa empresa tiene realmente una cultura de no punitividad y de aprendizaje del error?

Este medicamento podría estar identificado y no estaba identificado como medicamento LASA, podría estar almacenado cerca o al otro que era muy parecido. Entonces ¿qué podemos trabajar desde allí? Si tenemos esa promoción de la cultura de etiquetado distintivo y la comunicación de riesgo en el prescriptor, la falla con la comunicación y la educación mejora.

Frente a la Academia y las Sociedades Científicas. ¿Existe realmente un posicionamiento de la problemática de errores de medicación como un problema de salud pública? ¿Estamos construyendo una cultura de seguridad hacia la Comunidad en general?

Tenemos muchísimos puntos de acción, no solamente despedir a la persona en la que se concretó el error. Tenemos muchísimos com-

ponentes del error, y en todos esos, todos los que estamos sentados acá y seguramente todos los que nos están viendo, tienen una responsabilidad para actuar.

Entonces, el plan de acción fue completamente diferente, ya no fue despedir a la persona, fue sentarnos con el Gobierno, construir políticas claras de el manejo de medicamentos de alto riesgo, y es lo que estamos haciendo, es en lo que estamos trabajando hoy día y en tener el posicionamiento de esta problemática, también lo estamos haciendo, estas son dos tareas que nos quedaron a nosotros como Asociación Colombiana de Farmacovigilancia.

Esas son las tareas que nosotros estamos desarrollando y que seguiremos desarrollando, porque no, no vale simplemente pensar que el “culpable” es una única persona y que al despedirla lo solucionamos.

Voy a tomarme dos minutos para hablarles de otro tema, es mi tema de investigación, la “Ergonomía cognitiva y los errores de medicación”, y ahí simplemente quiero que pensemos en que todos los procesos que desarrollamos mentalmente, en nuestro cerebro, son procesos cognitivos y esos procesos cognitivos nos permiten entender el mundo, las situaciones en las que nos encontramos y los procesos que desarrollamos, incluido tomar decisiones para atender a los pacientes. Entonces, cuando nosotros hablamos de la ergonomía cognitiva hablamos del diseño de esos procesos seguros en la atención pero diseñados considerando los procesos Cognitivos de los humanos inmersos en el sistema.

Y allí les voy a contar un poquito de lo que nosotros hemos venido trabajando en los proce-

sos cognitivos en el uso de medicamentos. En particular, hay unos procesos cognitivos que nosotros deberíamos estar reforzando, estar entendiendo, sobre cómo se están comportando las personas que utilizan medicamentos, por ejemplo, tanto en los procesos de prescripción, dispensación, preparación y administración, se requiere hacer un análisis, una lectura e interpretación de información y tomar decisiones coherentemente.

¿Están capacitadas las personas para desarrollar esa lectura y para interpretar adecuadamente la información que están recibiendo?

En cualquier momento del uso del medicamento se requiere la toma de decisiones y la toma de decisiones es un proceso cognitivo en el cual, yo tomo una información, la válido con otras informaciones previas y aparte de eso, evalúo cuál es la mejor opción para continuar y me decantó hacia una opción en particular porque considero que será la que tiene los mejores resultados. ¿Cómo está ese proceso de toma de decisiones en nuestro personal asistencial?

Otro proceso cognitivo es la comunicación; Comunicación, que puede ser entre los profesionales de la salud y los profesionales de la salud con el paciente. Como estamos teniendo esos procesos de comunicación. ¿Son adecuadas? ¿Las personas realmente están expresando lo que quiere expresar y el receptor está entendiendo?

El aprendizaje es otro proceso cognitivo y en ese proceso cognitivo deberíamos estar tomando esas herramientas de lo que ha sucedido en el día a día y realmente tener un proceso de aprendizaje, que fue la parte más importante en mi investigación de este tema, el proceso

metacognitivo: ¿cómo sé que realmente estoy aprendiendo de un error de medicación?

El uso de la memoria. ¿Realmente estoy accediendo a una información que es valiosa? ¿la estoy trayendo al momento real?

Y de todos, los procesos cognitivos uno muy relevante: la generación de nuevos conocimientos; ¿cómo estamos haciendo, para generar nuevos conocimientos de todo lo que sucede? ¿Realmente lo estamos aplicando o no?

Termino con esta frase que estamos promoviendo mucho en la asociación colombiana, esta frase se generó de repente en una conversación que tuve con Patricia Zuluaga y Paola Rodríguez. “No es culpa de nadie, pero es responsabilidad de todos” y deberíamos trabajar en el tema de la responsabilidad libre de culpa.

Porque la culpa por definición, es un sentimiento en el que yo me siento incapaz, en el que yo me siento mal, me siento que me equivoqué, que soy una mala persona, y eso no le sirve a nadie; mientras que la responsabilidad viene de responder. Yo debo responder, a lo que sucedió, debo ser consecuente, debo hacer todo lo posible para que eso no se repita. Esa es la responsabilidad. Entonces: “No es culpa de nadie, pero es la responsabilidad de todos” y todos los que estamos acá seguramente tenemos algo que hacer para solucionar esta problemática.



ENTREVISTAS

10 PREGUNTAS PARA PATRICIA



Patricia Rojas Salinas

ps.patriciarojassalinas@gmail.com



1.

¿Quién es Patricia Rojas? ¿Qué puede usted decir de Patricia? Un breve Curriculum, de su vida laboral. ¿Dónde ha trabajado?

Psicóloga Clínica y Coach Ontológico Integral. Diplomada en Bioética Fundamental y Clínica, Magister en Gestión de Salud y Evaluadora del Sistema Nacional de Prestadores de Salud.

Actualmente me desempeño como Docente de Comunicación y Relación Clínica en la Escuela de Medicina de la Universidad Finis Terrae y Coordinadora de la Unidad de Apoyo al Estudiante de la misma casa de estudios.

Al mismo tiempo, trabajo como docente asociado del Centro de Entrenamiento de Habilidades Clínicas del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

En mi experiencia laboral, destaco al Hospital de Urgencia Asistencia Pública (Ex - Posta Central), durante diez años, tiempo en el cual puse en marcha el Servicio de Psicología de Enlace, que entrega atención de salud mental a pacientes (y sus familias) desde la unidad de emergencia.

Fui responsable de la instalación del Programa Hospital Amigo desde el año 2007, iniciativa que promueve la humanización de la atención; y de la aplicación de la Ley de Derechos y Deberes de los pacientes, donde lideré el resguardo de la dignidad de los pacientes, articulando el diseño de experiencias de servicio desde la coordinación de equipos interdisciplinarios. Fui responsable del diseño de estudios de satisfacción usuaria y la elaboración de estrategias de mejora.

Posteriormente formé parte del Subdepartamento de Red de Urgencia del Servicio de Salud Metropolitano Central, espacio desde el cual lideré espacios de aprendizaje en red para trabajadores de las Unidades de Emergencia de primer contacto.

2.

¿Qué es Humanización de la Medicina? ¿Por qué se dice que el hacer de la Medicina se ha deshumanizado?

Personalmente el concepto de humanización nunca me ha gustado para hablar de lo que esperamos que sea la relación clínica, la humanización implica ser humanos en la atención al paciente, sin embargo, los humanos podemos ser luminosos y sombríos, generosos y egoístas, bondadosos y crueles. Me alienta mucho más trabajar por una relación clínica impecable en el servicio al paciente.

Las razones por las que en ocasiones eso se pierde, pueden ser muchas, falta de supervisión, líderes incompetentes, entrenamiento deficiente, sobrecarga de trabajo, sin embargo, la más seria a mi juicio, es la pérdida de sentido en lo que hacemos, la falta de reflexión y la automatización de las prácticas, pues en eso dejo de ver al otro.

3.

¿Desde su experiencia ¿Cómo definiría usted Trato Humano?

Un trato donde convivamos en legitimidad, donde reconozcamos que somos personas diferentes, cada uno con hábitos, cultura, experiencias, quiebres, aprendizajes diferentes, cada uno con la misma dignidad y merecedores del mismo respeto.

4.

¿Cree usted que Errar es Humano? ¿Cómo observa el error y la equivocación? ¿Son lo mismo?

Creo que el error es parte de la experiencia



humana, sin embargo, esa distinción aparece posterior a la acción y debemos considerar que cada decisión que da lugar a la acción ocurre en un momento específico, con un contexto determinado, que lo que hacemos al decidir es evaluar en presente, con información de pasado (básicamente experiencia y/o conocimiento), definiendo el futuro. Por lo tanto, lo más relevante, me parece que es la oportunidad de aprendizaje que se abre al reflexionar sobre el error.

5.

Desde su mirada, ¿Cómo definiría a la Seguridad del Paciente?

Como un mínimo y como una serie de acciones que se toman orientadas al cuidado de personas en una experiencia de extrema fragilidad, donde nos mueve el sentido de no dañar y no complejizar aún más la experiencia de estar enfermos.

6.

¿Qué es conciencia? ¿Qué es un profesional de la Salud consciente?

Es conciencia, ¿Porque somos científicos? o es consciente de sentir, y tiene que ver como involucro mis sentimientos en el hacer.

Un profesional de salud consciente, para mí, es un profesional que reflexiona constantemente sobre sí mismo y su quehacer, que está conectado con su entorno y se hace cargo de cómo impacta en él. Que cuestiona sus grandes verdades, pues la capacidad de reflexionar abre admite el aprendizaje y por lo tanto, la capacidad de hacerlo mejor. La falta de conciencia, a mí entender deja fuera la reflexión, actuamos basados en verdades que nos automatizan y son esos fundamentalismos los que nos desconectan, nos separan y nos estancan.

7.

Impecabilidad ¿Qué es? ¿Tiene que ver con el hacer? ¿Qué es? ¿Tiene que ver con el otro y como vemos al otro en su aparecer en nuestro hacer?

Tiene que ver con cada uno, la impecabilidad así como la conciencia, es siempre individual, tiene que ver con mirarnos a nosotros mismos como un hábito, reflexionar sobre quienes estamos siendo cuando actuamos de determinada manera, con no comprometernos con nuestros automatismos, simplemente porque siempre lo hemos hecho así y con identificar si la forma en que me conduzco en la vida es lo mejor que puedo hacer en ese momento particular, ahí surge la impecabilidad, desde nuestra mejor versión, pero para eso, es fundamental reflexionar sobre nosotros mismos.

8.

Que puede decir de la Ergonomía Cognitiva o de la necesidad de mirar los factores humanos y la cognición en el hacer o aprender en Salud.

Creo que es fundamental, pues por décadas en salud y en otros espacios, todo se ha centrado en el hacer, sin embargo, se pierde el foco sobre qué sostiene el hacer, los seres humanos actuamos en la articulación de funciones cognitivas y de un mundo emocional siempre complejo. Por tanto, el sistema propicia un contra sentido, queremos una relación de servicio más conectada con el paciente, sin embargo, nos invitan a mecanizar nuestro actuar, al parecer tenemos suficiente experiencia ya para decir, que la transformación que buscamos no viene de los sistemas ni de las instituciones, sino de nosotros mismos.



9.

Como recomienda enseñar el proceso de “des-aprender” o “aprender” en Salud.

Evaluando los costos de apegarnos a nuestras practicas y de no reflexionar sobre ellas, invitando a la reflexión sin expectativas, con genuina curiosidad, sin esa crítica implícita que en general aparece en esas conversaciones, donde cada uno defiende su quehacer como hijos, para luego en un plano de confianza y diseñar nuevas formas.

10.

Su consejo a los formadores.

Mirarse, mirarse y mirarse, reflexionar sobre el sentido de lo que hacemos, recordar por qué y para qué elegimos lo que elegimos, observar que siempre podemos elegir hacerlo distinto y transformarnos en una versión mejorada de lo que hoy somos. Propiciar una educación basada en dinámicas de colaboración, en lugar de hacerlo desde la competencia y el individualismo, formar en el amor y en la consciencia, en lugar de destacar positivamente a aquellos que se desconectan de si mismos y se automatizan.



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 de casi todo el texto publicado en la revista de origen.



ERRAR ES SISTEMA; UNA COMPARACIÓN DE METODOLOGÍAS PARA LA INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS ADVERSOS EN LA ASISTENCIA SANITARIA

Peter Isherwood and Patrick Waterson

1 University Hospitals Dorset Foundation Trust, Castle Lane East, Bournemouth, Reino Unido

2 Universidad de Loughborough, Loughborough, Reino Unido

Journal of Patient Safety and Risk Management

Volumen: 26 número: 2, página (s): 64-73

<https://doi.org/10.1177/2516043521990261>

Resumen:

La seguridad de los pacientes, la moral del personal y el rendimiento del sistema están en el centro de la prestación de asistencia sanitaria. La investigación de los resultados adversos es una estrategia que permite a las organizaciones aprender y mejorar. La asistencia sanitaria se entiende ahora como un sistema socio tecnológico complejo, posiblemente el más complejo. A pesar de ello, se sigue recomendando el uso de un modelo de investigación lineal del siglo XX para la investigación de resultados adversos. En esta revisión, los autores utilizan los datos recogidos en la investigación de un cuasi incidente sanitario real y aplican tres metodologías diferentes al análisis de estos datos. Comparan tanto las propias metodologías como los resultados generados.

Esto ilustra cómo las diferentes metodologías generan diferentes recomendaciones a nivel de sistema. Los autores llegan a la conclusión

de que los modelos basados en el sistema son los que generan más obstáculos para mejorar el rendimiento futuro. Los proveedores de servicios sanitarios y sus organismos reguladores deben adoptar las metodologías basadas en el sistema si quieren aprender eficazmente de los futuros resultados adversos y reducirlos.



FACTORES HUMANOS DE LOS SISTEMAS SOCIO TÉCNICOS COMPLEJOS

Pascale Carayon

Department of Industrial and Systems Engineering,
Center for Quality and Productivity Improvement,
University of Wisconsin-Madison, 610 Walnut Street
575 WARF, Madison, WI 53726, USA

Applied Ergonomics
Volume 37, Issue 4, July 2006, Pages 525-535

<https://doi.org/10.1016/j.apergo.2006.04.011>

Resumen

Cada vez más, los productos y servicios son el resultado de interacciones entre personas que trabajan más allá de las fronteras organizativas, geográficas, culturales y temporales. Esto tiene importantes implicaciones para los factores humanos y la ergonomía (HFE), en particular, desafiando los límites de los sistemas a diseñar, y ampliando la gama de elementos y dimensiones del sistema que debemos considerar. El diseño de sistemas socio técnicos que implican el trabajo a través de múltiples fronteras requiere una mejor integración de las distintas subdisciplinas o componentes de la HFE, así como una mayor colaboración con otras disciplinas que aporten conocimientos especializados sobre el ámbito de aplicación o sobre conceptos que puedan enriquecer el diseño del sistema.

Además, los “clientes” contribuyen de forma significativa a la “coproducción” de productos/servicios, así como a su calidad/seguridad. El diseño de sistemas socio técnicos en colaboración con los trabajadores de los sistemas y los clientes requiere una atención cada vez mayor no sólo al diseño y la implementación de los sistemas, sino también a la adaptación y la mejora continuas de los sistemas en colaboración con los clientes.

Este artículo se basa en la investigación sobre los factores humanos en los ámbitos de la asistencia sanitaria y la seguridad de los pacientes y de la seguridad informática.



IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN CORREO ELECTRÓNICO DE CONSEJOS DE PRESCRIPCIÓN PARA REDUCIR LOS ERRORES DE PRESCRIPCIÓN DE LOS MÉDICOS JÓVENES

Suzanne M Cooper Raymond W Fitzpatrick

1Russells Hall Hospital, Pharmacy Department, The Dudley Group NHS Foundation Trust, UK

2Centre for Medicines Optimisation, School of Pharmacy and Bioengineering, Keele University, UK

Journal of Patient Safety and Risk Management

Vol. 26, 5: pp. 214-220. , First Published August 26, 2021.

<https://doi.org/10.1177/25160435211036672>

Antecedentes

Los errores de prescripción son frecuentes y se producen en el 7% de las órdenes de medicación de los pacientes internos en los hospitales del Reino Unido. Los médicos del primer año de la Fundación han informado que la falta de información sobre la prescripción es una causa de errores.

Objetivo

Evaluar el efecto de la implementación de una intervención de aprendizaje compartido para los médicos del primer año de la Fundación sobre sus errores de prescripción.

Métodos

Se diseñó una intervención de aprendizaje compartido, correos electrónicos de “consejos de prescripción”, que se enviaron quincenalmente a los médicos de primer año para

compartir información sobre los errores de prescripción comunes/graves que se producen en el hospital. Los farmacéuticos de sala identificaron los errores de prescripción en las órdenes de medicación recién prescritas a los pacientes internos y de alta durante 2 semanas antes y después de la intervención durante el invierno/primavera de 2017. La prevalencia de los errores de prescripción se comparó antes y después de la intervención mediante un análisis estadístico.

Resultados

En general, hubo una reducción estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en la tasa de errores de prescripción entre la pre-intervención (441 errores en 6190 prescripciones, 7,1%) y la post-intervención (245 errores en 4866 prescripciones, 5,0%). Cuando se analizaron los datos por tipo de sala, hubo una reducción estadísticamente significativa de la tasa de errores de prescripción en las salas médicas (del 6,8% al 4,5%) y en las salas quirúrgicas (del 8,4% al 6,2%).

Conclusiones

Es posible diseñar y poner en práctica una intervención de aprendizaje compartido, el correo electrónico de “buenos consejos de prescripción”. Los resultados sugieren que esta intervención contribuyó a reducir la prevalencia de los errores de prescripción en todas las salas, mejorando así la seguridad del paciente.



DIFERENCIAS EN LOS EVENTOS ADVERSOS DE MEDICAMENTOS Y ERRORES DE MEDICACIÓN ENTRE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS DE <3 Y ≥3 AÑOS: EL ESTUDIO JADE

Jiro Takeuchi 1, Mio Sakuma 1, Yoshinori Ohta 2, Hiroyuki Ida 3, Takeshi Morimoto 1

1Department of Clinical Epidemiology, Hyogo College of Medicine, Nishinomiya, Hyogo, Japan

2Department of Emergency Community Medicine, Sasayama Medical Center, Hyogo College of Medicine, Nishinomiya, Hyogo, Japan

3 The Jikei University Hospital, Minato-ku, Tokyo, Japan

Journal of Patient Safety and Risk Management

<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/25160435211046764#>

<https://doi.org/10.1177/25160435211046764>

Resumen

Los eventos adversos a los medicamentos (EAM) se definen como cualquier lesión debida al uso de medicamentos. Se planteó la hipótesis de que las incidencias de los EAM y los errores de medicación (EM) podrían estar asociados con las habilidades lingüísticas de los pacientes pediátricos.

Métodos

Se analizaron los datos del estudio Japan Adverse Drug Events en pacientes pediátricos hospitalizados. Este estudio incluyó a pacientes hospitalizados de un mes o más y de menos de siete años de edad. Se comparó el resultado primario de los ADE y los ME entre los

pacientes de menos de tres años y los de tres años o más, ya que los niños no suelen adquirir suficientes habilidades lingüísticas hasta alrededor de los tres años de edad.

Resultados

Este estudio incluyó a 639 pacientes; 412 (64%) pacientes menores de tres años y 227 (36%) pacientes de tres años o más. Se identificaron 241 EDA en 639 pacientes; 152 EDA entre los pacientes menores de tres años (37 EDA por cada 100 pacientes) y 89 EDA entre los mayores de tres años (39 EDA por cada 100 pacientes). Los EDA entre los pacientes de menos de tres años fueron menos probables (49 EDA) durante su estancia en el hospital que los de tres años o más (20 EDA) ($P = 0,02$). Entre los 172 EM identificados en 639 pacientes, 25 EM (15%) dieron lugar a EDA; 23 (92%) se produjeron en menores de tres años y dos (8%) en mayores de tres años ($p = 0,0008$).

Conclusión

La probabilidad de encontrar EDA fue menor y los EM dieron lugar a EDA con mayor frecuencia en los pacientes menores de tres años, y estas diferencias podrían explicarse por las diferencias en sus niveles de habilidad lingüística.



DEFINIR LA CAPACIDAD DE ADAPTACIÓN EN LA ASISTENCIA SANITARIA: UN NUEVO MARCO PARA INVESTIGAR EL RENDIMIENTO RESILIENTE

J.E.Andersona; A.J.Rossb; C.Macraec; S.Wiigd

(a) Florence Nightingale Faculty of Nursing, Midwifery and Palliative Care, Centre for Applied Resilience in Healthcare (CARE), King's College London, UK

(b)Dental School, School of Medicine, University of Glasgow, UK

(c)Centre for Health Innovation, Leadership and Learning, Nottingham University Business School, UK

(d)Faculty of Health Sciences, SHARE - Centre for Resilience in Healthcare, University of Stavanger, Norway

Applied Ergonomics

Volume 87, September 2020, 103111

<https://doi.org/10.1016/j.apergo.2020.103111>

Puntos destacados

- El desarrollo teórico de una asistencia sanitaria resistente es necesario para incluir la actividad en todo el sistema sanitario.
- Los potenciales de resiliencia, el modelo CARE y el modelo Momentos de Resiliencia son prometedores pero necesitan desarrollarse.
- El Marco Integrado de Atributos de Resiliencia define los conceptos de resiliencia en todo el sistema sanitario.
- El marco puede ayudar a centrar las preguntas de investigación y a investigar la resiliencia a diferentes escalas de tiempo y espacio.

Resumen

Los principios de resiliencia son prometedores para mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, pero es necesario un mayor desarrollo teórico para incluir todos los niveles y escalas de actividad en todo el sistema sanitario. Muchos de los modelos existentes basados en conceptos de ingeniería no abordan adecuadamente la importancia de los factores sociales, culturales y organizativos en el trabajo sanitario. Entre los desarrollos teóricos prometedores se encuentran los cuatro potenciales de resiliencia, el modelo CARE y el modelo de momentos de resiliencia, pero todos ellos están poco especificados y necesitan una mayor elaboración. Este documento presenta el Marco Integrado de Atributos de Resiliencia en el que se integran estas tres perspectivas teóricas para ofrecer ejemplos de anticipación, respuesta, seguimiento y aprendizaje a diferentes escalas de tiempo y espacio. El marco pretende guiar a los investigadores en la investigación de la resiliencia, especialmente en los vínculos entre la resiliencia a diferentes escalas de tiempo y espacio en todo el sistema sanitario.



¿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 articulos de revisión, que ya hayan sido publicados en otros medios, con autorización expresa del autor y del medio en que fue publicado.

ÉTICA

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

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

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

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

Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

www.fspchile.org

Somos una organización sin fines de lucro 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