

RESULTADOS DEL CONCURSO DE CUENTOS:
YO, EL COVID Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE



REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 3 - NÚMERO 3 - AÑO 2020 - ISSN 2452-4468

EN ESTE NÚMERO:

SEGUNDAS VÍCTIMAS: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE UN EVENTO ADVERSO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO CHILENO.

Carolina Salazar C., Mario Vidal C., Sandra Mena V., Daniela Aedo M., Jonathan Véliz U., Fernanda Farfán C., Iván Solís O., Andrea Sakurada Z.

EFFECTIVIDAD DEL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE ADULTOS CON SECUELAS NEUROLÓGICAS.

Lic. Maylen Pérez-González, MsC. Lissette Miranda Lara, MsC. María de los Ángeles- Peña-Figueroa MsC., Martha Rodríguez González, MsC. Mirian Valdez Hernandez, Lic. Dilaisis Castañeda- Molina

RESULTADOS - CUENTOS

“YO, EL COVID Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN 100 PALABRAS”-

ENTREVISTAS: 10 PREGUNTAS PARA PETER

Peter Lachmann - CEO ISQua

DÍA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN FUSAT

REVISTA DE REVISTA

Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente



SUMARIO

EDITORIAL	PÁG.05
SEGUNDAS VÍCTIMAS: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE UN EVENTO ADVERSO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO CHILENO.	PÁG.07
Carolina Salazar C., Mario Vidal C., Sandra Mena V., Daniela Aedo M., Jonathan Véliz U., Fernanda Farfán C., Iván Solis O. , Andrea Sakurada Z.	
EFFECTIVIDAD DEL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL PACIENTE ADULTOS CON SECUELAS NEUROLÓGICAS.	PÁG.25
Lic. Maylen Pérez-González, MsC. Lissette Miranda Lara, MsC. María de los Ángeles-Peña-Figueredo MsC., Martha Rodríguez González, MsC. Mirian Valdez Hernandez, Lic. Dilaisis Castañeda- Molina	
RESULTADOS - CUENTOS "YO, EL COVID Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN 100 PALABRAS"	PÁG.39
ENTREVISTAS: 10 PREGUNTAS PARA PETER Peter Lachmann	PÁG.61
DÍA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN FUSAT	PÁG.67
REVISTA DE REVISTA Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente	PÁG.71

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 QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

QF. Ximena Alarcón T.

PRESIDENTE CAPITULO DE ENFERMERAS

EU Maritza Fuenzalida M.

PRESIDENTA CAPITULO TECNÓLOGOS MÉDICOS

TM Eglia Marisol Morales B.

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL: NIMBO

DISEÑO:

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

Imágen de tapa e interior extraídas de:

<https://www.freepik.es/>



DESPEDIDA DEL 2020, AÑO DE PANDEMIA. **BIENVENIDO 2021 ¿QUÉ ESPERAMOS DE TI?**

Estamos finalizando un año muy diferente a lo esperado, se nos ha escapado de todo lo imaginable, han sido tiempos difíciles, en muchos aspectos, sanitarios, sociales, económicos.

El SARCOV 2 hizo su ingreso a nuestro país en momentos de crisis social, donde nadie imaginó que seríamos contenidos por un enemigo invisible y de tanto poder, dejándonos confinados en nuestros hogares, muchos sin su fuente laboral y poco a poco la población fue enfermado, las cifras subiendo, el enemigo se fue acercando a los más cercanos, dejando innumerables víctimas y aquí estamos, aún sin poder alejar a este enemigo.

Las familias se han visto disgregadas para evitar contagios, muchos profesionales de la salud han abandonado su familia, su hogar para protegerlos ante el temor de contagiarlos.

Hemos debido enfrentar una pandemia que se ha prolongado en el tiempo, dejándonos sin aliento, y de la cual aún estamos lejos de separarnos, la realidad es abismante, los casos siguen en aumento, la población está cansada, los profesionales de la salud agotados, muchos han enfermado, han regresado y viven secuelas, físicas, emocionales y de incertidumbre.

¿Que se nos viene? Por ahora seguir cuidándonos para darle la pelea a este enemigo que vino a dejarnos sin abrazos, sin la cercanía de la familia y a otros conviviendo día a día con el enemigo, atemorizados, sufriendo junto a los enfermos y consolando a la familia de los que ingresaron sin retorno...pero la vida sigue y la lucha continúa.

Ya no volveremos a ser los mismos, sólo desear que aprendamos de las experiencias del camino que hemos debido recorrer, que nos enseñe a ser mejores personas, a valorar la vida.

Este fin de año será diferente, una Navidad 2020 en que el amor y la Paz debieran llenar nuestros hogares, sin regalos, porque el mejor regalo que podemos recibir es estar sanos y compartir y valorar los instantes familiares, sin celebraciones y grandes fiestas de despedidas del año, en la esperanza de que este 2021 nos traiga mejores tiempos, que la incertidumbre se torne en felicidad para todo el mundo y por fin podamos respirar libremente.

EU. Gladys Osorio U.
Comité Editorial RCHSP.



CHECKSPOT: INNOVACIÓN EN CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL

TECNOLOGÍA PARA LA ACREDITACIÓN DE TU ESTABLECIMIENTO DE SALUD

La pandemia ha dejado tiempo para poco, sin embargo, la calidad es un tema que no puede esperar. ¿Cómo retomarás tus pautas de supervisión para organizar tu próximo proceso de acreditación? ¿Cómo lograr la mejora continua de tu establecimiento optimizando el tiempo? Puedes hacerlo con Checkspot, una plataforma de procesamiento de información en la nube, que automatiza la supervisión de procedimientos que se aplican en establecimientos de salud, digitalizando pautas de evaluación, para entregar de

forma inmediata indicadores de cumplimiento.

Con Checkspot podrás contar con información instantánea y acreditable, que te permitirá mantener una mejora continua de todos los procesos de tu establecimiento, y a su vez, facilitará y simplificará la obtención de la acreditación definida por el MINSAL.

¿Quieres conocer cómo funciona? Escríbenos a contacto@checkspot.cl y recibe un mes de prueba gratis.

Checkspot, es tiempo de calidad.



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 3
ISSN 2452-4468

NÚMERO 3

AÑO 2020

EDITORIAL

¿COMPLICACIÓN O COMPLEJIDAD? 2020: UN AÑO PARA RECORDAR Y APRENDER

Gonzalo Hormazabal Río seco

El año 2020 lo recordaremos como uno más de los espacios del tiempo en la historia de la humanidad que exigió y puso a prueba en gran medida los logros, avances y certezas sobre las cuales una buena parte de ella, había invertido sus energías, depositando sus esperanzas y anhelos.

Nuestra tradición en las formas de aproximación al conocer tiene como propósito intentar responder a preguntas fundamentales para desarrollar estrategias y elaborar soluciones a desafíos actuales. En esta pandemia, aludiendo a la música, se ha intentado componer una sinfonía entre diferentes áreas de conocimiento: las ciencias de la salud, la economía, la educación, las ciencias sociales, entre otras. Sin embargo, su interpretación no ha podido ser virtuosa, dado que pareciera no comprenderse a cabalidad de qué trata la obra, cuál sería la corriente estética que la orienta ni las características de los movimientos que la componen.

Aludo a esta metáfora de la música para hacer un intento por destacar que existe un razonable cuestionamiento respecto a los aprendizajes logrados. Estos se basan en que las estrategias de aproximación al problema se realizan a partir del análisis compartimentalizado de sus partes como un intento por abarcar el problema en su totalidad. Sin embargo, esta no logra ser una estrategia eficiente para conseguir respuestas satisfactorias a problemáticas globales y postmodernas, como la pandemia por SARS CoV -2.

Parece necesario, por tanto, que hagamos un genuino ejercicio de autocrítica y humildad.

La forma en que concebimos el ejercicio de las diferentes profesiones del área de la salud, aún mantiene la mirada por estamentos, que se funda en árboles de conocimiento con itinerarios curriculares que buscan el desarrollo de competencias (saber, saber hacer y saber ser) propias de cada disciplina y cuya interacción en muchos casos consiste en ejecutar una correcta distribución del caso clínico (compartimentalización de la persona enferma) en diferentes áreas o parcelas, bajo el supuesto de que, al componer sus partes, se logra restablecer su bienestar.

La realidad objetiva es más que la suma de sus partes y no se puede abarcar bajo el supuesto de que, al fusionarlas, permitiría dar respuestas esperanzadoras a problemas de creciente complejidad. Es probable que los proveedores de atención en salud experimentemos un aumento de la angustia moral en una pandemia. Todos los días, el público lee historias sobre enfermeras, médicos y otras profesionales que brindan atención directa a los pacientes con COVID-19 de maneras que no se les enseñaron, e incluso de maneras que pueden ir en contra de lo que aprendieron y practicaron siempre.

Los estudios descriptivos que definen las prácticas, opiniones y políticas actuales pueden surtir de información investigaciones futuras, así como el diseño de posibles intervenciones destinadas a mejorar la atención. La comprensión de las experiencias y los procesos en la primera línea de atención puede conducir a mejores sistemas de prestación de atención médica para los pacientes y profesionales de la salud. Dichos estudios descriptivos deben incluir la gama completa de perspectivas de las partes interesadas.

En términos prácticos, necesitamos profesionales inquietos por conocer otras realidades y disciplinas, profesionales que sean caminantes y que “recorran” la realidad más allá del espacio de conocimiento que les son propios, ya que los hechos nos han demostrado que en muchas ocasiones terminamos levantando muros en nuestra parcela de conocimiento con el riesgo de que en un determinado momento no nos dejen ver ni la luz del sol.

Tendemos a encerrarnos y a establecer verdades con encomiado tesón, donde realmente sólo hay aproximaciones basadas en conocimiento que se encuentran en una fase de frágil construcción. Así como la naturaleza, el hombre es una realidad compleja, la invitación es a reforzar el sentido de autocrítica, a la revisión permanente de nuestros protocolos y normativas de funcionamiento al interior de los hospitales, abriéndolas a diferentes dimensiones de análisis, considerando incluso, que la realidad nos ha llevado a reconocer el valor de mantenernos sanos y, por tanto, modificar algunas de nuestras prioridades vitales.

Referencias

- 1.- Connie M. Covid - 19 Advancing Empiric Bioethics Research. American Journal of Bioethics. 145-47, July 2020.
- 2.- Thompson P. One Bioethics for Covid 19. Agriculture and human values. 619- 20, April 2020.



Gonzalo Hormazabal Rioseco

Kinesiólogo, Terapeuta respiratorio
Magíster en Bioética.
Jefe Técnico Rehabilitación Clínica Ensenada.



SEGUNDAS VÍCTIMAS: DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN EN EL PERSONAL DE SALUD ANTE UN EVENTO ADVERSO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO CHILENO.

**Carolina Salazar C.(1), Mario Vidal C.(1), Sandra Mena V.(1), Daniela Aedo M.(1), Jonathan Véliz U.(4),
Fernanda Farfán C.(2), Iván Solís O.(3) , Andrea Sakurada Z.(1, 3)**

(1)Dirección de Calidad, (2)Departamento de Comunicaciones, (3)Departamento de Medicina Norte Facultad de Medicina, Hospital Clínico Universidad de Chile.
(4) Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile.

Autor correspondiente:

Dra. Andrea Sakurada Zamora

Dirección de Calidad
Hospital Clínico Universidad de Chile
Carlos Lorca Tobar 999, Santiago, Chile

asakurada@hcuch.cl



RESUMEN

Las segundas víctimas corresponden a personal clínico que ha tenido participación en la ocurrencia de un evento adverso, y muchas veces quedan traumatizadas ante estas situaciones. Abundante literatura evidencia que debe existir una preocupación de la propia institución involucrada para su correcto manejo y prevenir sus consecuencias. **Objetivo:** describir la realidad de las segundas víctimas en un hospital universitario chileno. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, cuali-cuantitativo, retrospectivo, transversal y aleatorizado, desarrollado en el hospital clínico de la Universidad de Chile ubicado en la comuna de Independencia, en Santiago de Chile, establecimiento docente de alta complejidad que cuenta con 495 camas. Se revisó literatura y adaptó una encuesta para segundas víctimas a la realidad local, aplicada por servicios y estamentos, según muestra aleatorizada y estratificada. **Resultados:** Se

encuestaron 191 personas, 66% sexo femenino, 56% en grupo etáreo de 31-50 años. Más del 50% pensó que el evento adverso (EA) es atribuible a la propia persona; 80% reconoció no tener formación para informar la ocurrencia de un EA, alrededor del 50% señaló conocer el sistema de notificación de EA, cerca de 90% creyó que existió baja o media probabilidad de ocurrencia de un EA en un tiempo cercano, 58% manifestó interés en participar de grupos de apoyo a segundas víctimas. **Discusión:** Los resultados mostraron percepción del personal de salud ante los eventos adversos en la institución. La mayoría consideró que es una situación individual y no institucional; que informar un evento adverso expone a los funcionarios a un reclamo, y que no se contaba con las competencias para entregar información a los pacientes o familiares. Nuestro equipo de trabajo consideró necesario crear un grupo multidisciplinario de apoyo al personal afectado por un EA; la institución debe prevenir y gestionar es-



tos eventos y promover la atención de su personal de salud involucrado.

Palabras Claves: Adverse events (Evento adverso), Second victims (Segunda víctima), Medical error (error médico).

Second victims: Diagnosis of the situation of Health personnel in the face of an adverse event in a Chilean university hospital.

Second victims are clinical personnel who have participated in the occurrence of an adverse event (AE), and sometimes not adequately supported. Literature evidence the institution involved must be concerned in its correct management and to prevent its consequences. Objective: To describe the reality of the second victims in a Chilean university hospital. Material and Methods: Descriptive, quantitative, retrospective, cross-sectional, randomized study, developed in a 495-bed, high-complex academic urban hospital in Santiago de Chile. The literature was reviewed and a survey for second victims was adapted to the local reality and applied according to a randomized and stratified sample. Results: 191 people were surveyed, 66% female, 56% in the age group of 31-50 years. More than 50% think that AE is attributable to the person; 80% reports not having the training to inform the occurrence of an AE, about 90% believe that there is a low or medium probability of an AE occurring in near time, 58% expressed interest in participating in support groups for second victims. Discussion: Our results evidence the perception of health personnel regarding adverse events. Most consider it an individual and not an institutional issue; that reporting an adverse event exposes healthcare personnel to a complaint, and that they do not have the competencies to share

information about AE with patients or family members. We consider to create a multidisciplinary group relevant, to support staff affected by an AE; the institution must prevent and manage these events and promote the care of its involved health personnel.

INTRODUCCIÓN

Los errores médicos han sido una causa importante de morbimortalidad en el mundo y dentro de las estadísticas internacionales, los errores médicos han sido causantes de alrededor de 98.000 muertes de pacientes al año en Estados Unidos (1). En Nueva Zelanda y Canadá aproximadamente el 10% de los pacientes hospitalizados han tenido alguna consecuencia derivada de errores médicos (1). En un estudio de Carrillo et al, en 2016(2), en España, se estimó que un 15% de los profesionales se verán involucrados en un evento adverso (EA) grave al año (Anexo 1). Entre el 28-57% de los médicos reconoció haber cometido un error con graves consecuencias, y el 90% de los profesionales de la salud ha pensado que no se entrega apoyo suficiente al involucrado en un evento adverso con consecuencias.

Las segundas víctimas han sido definidas como aquellos profesionales de salud implicados en un evento adverso, error médico y/o una lesión no esperada relacionada con el paciente, que han quedado marcados por esa experiencia o no han sido capaces de afrontar emocionalmente esta situación (3).

A la fecha, en Chile no se han encontrado estudios publicados respecto a la realidad de nuestro país en el tema, ni programas formales que apoyen a las segundas víctimas (SV), por lo que se decidió realizar una revisión de bi-



biografía disponible, respecto de experiencias locales e internacionales.

El objetivo del presente trabajo fue conocer la realidad actual de los colaboradores afectados como segundas víctimas en la institución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Corresponde a un estudio descriptivo, cuali-cuantitativo, transversal, aleatorizado, el que se desarrolló en cuatro etapas, a saber:

Conformación del equipo, revisión de literatura y construcción del instrumento. Un equipo inicial de trabajo conformado por cinco profesionales de la Dirección de Calidad y uno de Clínica Psiquiátrica, integrado por médicos, enfermeras y tecnólogo médico, estuvo a cargo de la revisión de la literatura. Se adaptó la encuesta elaborada y validada por el Proyecto

de investigación de segundas y terceras víctimas, en España, que, por el idioma, resultó de más fácil adaptación a nuestro medio; constó de 9 ítems, cada uno de ellos subdividido, 51 preguntas totales, con alternativas

Estudio piloto: Se aplicó una encuesta piloto en un grupo de doce personas para hacer los ajustes necesarios, para ello la encuesta original se adaptó a un total de 47 preguntas formuladas en una escala de Likert o en afirmación/negación, divididas en 9 ítems. Se entregó un formulario en papel, que debía ser contestado por el encuestado anónimamente.

Aleatorización y aplicación de encuesta: Se realizó un muestreo aleatorizado y estratificado por servicios y estamentos a partir de la base de datos oficial de la sección de Recursos Humanos del Hospital. El tamaño muestral fue calculado con un 10% de error. Se invitó



a responder la encuesta a 191 funcionarios clínicos, lo que según diseño correspondió a 62 médicos, 3 odontólogos, 20 enfermeras, 4 matronas, 7 kinesiólogos, 2 fonoaudiólogos, 2 químicos farmacéuticos, 1 bioquímico, 2 terapeutas ocupacionales, 7 tecnólogos médicos, 2 nutricionistas, 5 psicólogos, 56 técnicos paramédicos, 18 auxiliares de servicio. Todos, de acuerdo a diseño, aceptaron participar (100%). La encuesta se aplicó entre los meses de mayo y junio 2018.

Análisis de Resultados: Presentación de resultados de encuesta en tablas de frecuencia, y porcentajes.

RESULTADOS

Respondieron 191 personas; el 100% contestó la encuesta entregada. Se observó un mayor porcentaje de participación de mujeres (66%). El 56% de los participantes correspondió en un grupo etáreo entre 31 a 50 años. El 83,7% llevaba más de 3 años en la institución (Tabla 1). El detalle de las preguntas se puede ver en el Anexo 2. El primer grupo de preguntas (ítem I) se relacionaba con aspectos de la experiencia personal ante EA. El 90% de los entrevistados consideró que los EA son evitables. Más del 50% señaló que los errores son atribuibles a las personas y no a la organización/sistema. El 80% dijo que no ha recibido formación sobre cómo informar a un paciente que ha sufrido un EA. Un alto porcentaje de entrevistados (75%), consideró que se analizan los eventos y sus causas en la institución, pero menos del 50% de los entrevistados indicó tener conocimiento de la existencia de un sistema de notificación de incidentes y EA. El 70% de los entrevistados señaló que existe una reacción negativa del paciente hacia los funcionarios que lo atienden,

al informar la ocurrencia de un evento adverso. De los entrevistados, el 45% respondió que el funcionario involucrado contaba con apoyo del propio equipo, sin embargo solo 5% de los entrevistados refirió que los afectados recibían apoyo psicológico.

Respecto a la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso en el Hospital y/o su respectivo servicio (ítem II), el 81.6% de los funcionarios consideró que existía una baja o media probabilidad que en los próximos 12 meses se presente un EA con consecuencias graves en el hospital. Cuando se preguntó esta probabilidad de ocurrencia de un EA con consecuencias graves en su propio servicio, el porcentaje no varió significativamente (81.2%).

Respecto al manejo de la situación posterior a la ocurrencia del EA (ítem III), poco más del 50% de los entrevistados respondió que se le informa al paciente o su familia del EA. Sobre el 50% de los entrevistados respondió que existía una alta probabilidad de que el colaborador involucrado tuviese miedo de afrontar las consecuencias por la ocurrencia de un EA, y que éste temiese perder su prestigio profesional por la ocurrencia de éste.

Respecto a la descripción de la experiencia personal de los entrevistados ante un EA (ítem IV), más del 80% de los funcionarios entrevistados refirieron haber conocido casos de casi error en la institución, y el 56.5% señaló que ha conocido casos de EA con consecuencias graves. Más del 60% señaló conocer colaboradores que estuvieron muy comprometidos emocionalmente debido a un EA, y el 40% indica que conoció casos de colegas que han tenido problemas laborales a causa de un EA. De los entrevistados, sólo el 29.3% dijo haber tenido

la experiencia de informar la ocurrencia de un EA a un paciente.

Respecto a las consecuencias que implica entregar información fidedigna al paciente post EA (ítem V), más del 57% de los encuestados señaló que el paciente aceptó inicialmente las explicaciones entregadas ante la ocurrencia de un EA. Un 20% refirió que, a consecuencia de informar un EA, empeoraron las relaciones con el paciente. De acuerdo a lo manifestado por los encuestados, el paciente y/o su familia, presentaron en un 44% un reclamo después de haberle informado de la ocurrencia de un EA. Solo un 17.3% de los pacientes habría presentado una conducta agresiva, después de haber sido informado de la ocurrencia de un EA.

Respecto a los síntomas experimentados por aquellos colaboradores expuestos a la ocurrencia de un EA (ítem VI), entre el 42-55% de los entrevistados refirieron haber observado alguna vez alguno de los síntomas señalados en algún colaborador o colega que estuvo involucrado en un EA. Los más frecuentes fueron sentimientos de culpa, cansancio, y revivir el suceso una y otra vez. Aquellos síntomas emocionales que no estaban relacionados directamente con su labor (1 al 6), son los que resultaron más visibles para el resto de los compañeros.

Respecto a las eventuales consecuencias laborales que conlleva un EA (ítem VII), si bien los porcentajes no son altos, se reconoció que el involucrado en el EA necesitó licencia médica (26%), traslado de servicio (15.7%) e incluso llegó a abandonar su trabajo (4.2%), aspectos que se deberían considerar en el manejo de las segundas víctimas.



Respecto al interés que despertó en los encuestados el tema del manejo de segundas víctimas (ítem VIII), sobre el 90% de los encuestados manifestó su interés en recibir formación para afrontar consecuencias de los EA en funcionarios, así como para informar a un paciente de la ocurrencia de un EA. Más del 58% de los participantes en la encuesta refirieron su interés por participar en un grupo de apoyo para aquellos funcionarios que se hayan visto involucrados en un EA.

DISCUSIÓN

Se reconocieron varios factores que pudieron influir en las consecuencias que tienen la ocurrencia de eventos adversos sobre las segundas víctimas, a saber:

Las consecuencias que tuvo el EA en el paciente, la relación del profesional con el paciente y su familia, el número de funcionarios involucrados en el suceso, el apoyo profesional y del



entorno familiar, la experiencia previa, las consecuencias judiciales que pudieran presentarse, el tratamiento mediático del EA.

Los pacientes y/o sus familiares son quienes han sufrido de primera mano las consecuencias de un EA, sin embargo los funcionarios involucrados directamente, también han sido víctimas y está demostrado que aquellos profesionales sanitarios que han sufrido un EA como segunda víctima también han visto afectado su rendimiento laboral(6); sus reacciones más comunes se describen en la Tabla 2.

Cada persona tiene su propia manera de hacer frente a la situación. Scott et al(1) describe una trayectoria de 6 etapas en la recuperación de las segundas víctimas (Figura 1). Las tres primeras ocurren inmediatamente después de vivir el EA, pudiendo presentarse de manera simultánea o secuencial. Posterior a esto el afectado comienza a tomar conciencia de la gravedad de lo sucedido. La última etapa consiste en cómo la segunda víctima resuelve su proceso, planteándose tres desenlaces posibles: abandono, supervivencia o superación.

Se ha descrito una serie de medidas – decálogo de buenas prácticas (7) a implementar por parte de la institución que buscan ayudar a las segundas víctimas (Tabla 3).

Una limitación a nuestros resultados, es que se trató de una encuesta que reflejó la percepción que el tema de exposición a los eventos adversos ha tenido en el personal de Salud.

La distribución de género y del estamento profesional y/o técnico de los entrevistados fue consistente con la distribución que se da en el Hospital, gracias al muestreo estratificado. Se

consideró que con más de tres años en la institución, el personal ya se encuentra identificado plenamente con la institución y ha recibido las capacitaciones requeridas por ella para desarrollar de mejor manera su labor.

Llamó la atención que más de la mitad de los encuestados refiriera que la ocurrencia de un EA es una circunstancia personal y no de la institución, al contrario de lo descrito en la literatura. Esto parece reflejar una cultura poco integrativa y con una tendencia más punitiva respecto a la ocurrencia de estos EA, responsabilizando más a las personas, y no analizando el proceso por el cual este EA pudo completarse, del cual la propia institución es responsable de investigar y corregir.

En la mayoría de los entrevistados existió la idea de que al informar un evento al paciente, se expone el personal a un reclamo, y se quiebra la relación entre el personal y el paciente o la familia. No es lo que describe literatura revisada; probablemente por falta de capacitación y difusión al respecto de informar al paciente respecto de la ocurrencia de un EA, que por lo demás, se encuentra asociado a la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, la cual entró en vigencia el 1 de octubre de 2012. La percepción además es que no se contaba con el entrenamiento o conocimientos para entregar una información difícil, lo cual plantea una gran oportunidad para estrechar esta brecha detectada a nivel institucional.

Menos de un 50% señaló tener la información de un sistema de notificación de EA institucional; en el entendido que está implementado vía electrónica y en papel en el Hospital por Ley

20.584, aunque no totalmente operativo, al parecer a la luz de los datos, no ha existido difusión suficiente ni la cultura hospitalaria, en la cual la información disponible, parece ha sido distribuida solo en cargos de jefatura pero no ha trascendido a los niveles operativos, lo que ha dificultado utilizar las herramientas disponibles para notificar los EA al nivel de los usuarios finales.

Respecto a la probabilidad de ocurrencia de EA en su Unidad o servicio, 82% consideró baja o media probabilidad en el Hospital, y no varió en el propio servicio. Existió una falta de sensibilización al tema de la probabilidad de ocurrencia del casi error, en los cuales muchos eventos de este último tipo no son lo suficientemente dimensionados o soslayados, con poca conciencia de que estos pudieron eventualmente transformarse en un EA serio. Parece existir la creencia que esto le pasa a otros, pero a nosotros no.

Ítem 3: en un 50% existió la percepción de que un EA es informado al paciente. Puede que esto estuviera influido en el hecho de que eventos menores no hubiesen sido informados. Mientras más grave, más se ha informado.

Se recogió de la encuesta, la existencia de un alto interés de parte de los funcionarios a recibir capacitación específica, tanto para afrontar la ocurrencia de un EA como para realizar su notificación. Una organización comprometida con la calidad de la atención y la seguridad del paciente, trabaja para evitar errores, reparar los daños en el paciente/familiares y en el funcionario implicado, servicio y hacia la propia institución.

En conclusión, este estudio dio cuenta de la realidad del enfrentamiento personal e institu-

cional ante la ocurrencia de un evento adverso. Vimos que el problema no ha sido reconocido completamente tomando en cuenta su magnitud e importancia para la institución, y sobre todo para la seguridad de nuestros pacientes. Creemos que debe implementarse una política institucional y probablemente nacional, de tratamiento hacia las segundas víctimas, que dé cuenta y enfrente el problema con medidas establecidas y basadas en evidencia.

Referencias

1. Scott S.D., Hirschinger L.E., Cox K.R., et al The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. *BMJ Quality & Safety* 2009; 18: 325 - 330
2. Carrillo I; Ferrús L; Silvestre C, et al Propuestas para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales *Rev Calid Asist* ; 31(S2): 3 - 10, 2016
3. Wu AW. Medical Error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. *BMJ* 2000; 320: 726
4. Bueno M.J., Briansó M, Colomé L, Prats E. Experiencia de unidad de soporte de segundas víctimas (USVIC) *Rev Calid Asist* 31;(S2) 49 -52, 2016
5. Torrijano-Casalengua ML; Astier-Peña P; Mira - Solves JJ, et al. El impacto que tienen los eventos adversos sobre los profesionales sanitarios de atención primaria y sus instituciones. *Atención Primaria* 2016; 48(6) :143 - 146.
6. Burlison JD, Quillivan MS, Scott S, Johnson S, Hoffman J. The Effects of the Second Victim Phenomenon on Work-Related Outcomes: Connecting Self-reported Caregiver Distress to Turnover Intentions and Absenteeism *J Patient Saf* 2017 13: 93 - 102
7. Aranaz A, Mira JJ, Guilbert M, Herrero JF, Vitsaller J, y Grupo de trabajo "Segundas Víctimas". Repercusión de los eventos adversos en los profesionales sanitarios. Estudio sobre segundas víctimas. *Trauma Fund MAPFRE* . 2012; 24(1): 54 - 60. Disponible en <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v24n1/docs/Articulo8.pdf>
8. Mira et al. Guía de recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas Grupo de investigación en segundas y terceras víctimas, España, 2015. www.segundasvictimas.es, <http://www.segundasvictimas.es/acceso.php>
9. Mira et al. Interventions in health organizations to reduce the impact of adverse events in second and third victims. *BMC health services research*. 2015.
10. Stangierski et al. *Arch med Sci*3. Medical errors-not only patient's problem. 2012.
11. Van Gerven E, et al. *BMJ open research* Psychological impact and recovery after involvement in a patient safety incident: a repeated measures analysis, 2016.



12. Waterman et al. 2007. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. Joint Commission on Accreditation of healthcare organizations. 2007.

13. Propuesta para el estudio del fenómeno de las segundas víctimas en España en atención primaria y hospitales. Revista de calidad asistencial. Carrillo et al. 2016.

14. Vera L. Revisión de estrategias efectivas para la seguridad de la atención del paciente. Departamento de calidad y

seguridad del paciente. Documento oficial, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Ministerio de Salud de Chile; 1° edición, 2008. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/71a8aa81f28d41ece04001011f010aa1.pdf>, consultado el 21 febrero 2019.

15. Carvajal M. Impacto de los eventos adversos en el profesional sanitario "segundas víctimas". Convocatoria de defensa grado de enfermería, Universidad pública de Navarra. Mónica Carvajal España, 2017.

Tabla N° 1. Características demográficas de los encuestados

Características de los encuestados n=191	n(%)
Género (M/F)	64 (33.3) / 127(66.6)
Edad	
< 30 años	36(19)
31 – 50 años	107 (56)
> 51 años	46 (24)
Años en la institución	
< 1 año	9 (4.7)
1 a 3 años	21 (11)
> 3 años	160 (83.7)
Estamento	
Médicos/as	62 (32.5)
Técnicos/as Enfermería	56 (29,3)
Enfermeras/os	20 (10.5)
Auxiliares Servicio	18 (9.4)
Kinesiólogos/as	7 (3.7)
Tecnólogos/as médicos	7 (3.7)
Psicólogos/as	5 (2.6)
Matronas/es	4 (2.1)
Odontólogos/as	3 (1.6)
Nutricionistas	2 (1.0)
Fonoaudiólogos/as	2 (1.0)
Químicos/as Farmacéuticos	2 (1.0)
Terapeuta ocupacional	2 (1.0)
Bioquímicos/as	1 (0.5)

Tabla N° 2 Reacciones frecuentes de segundas víctimas. Según Scott S, et al (1).

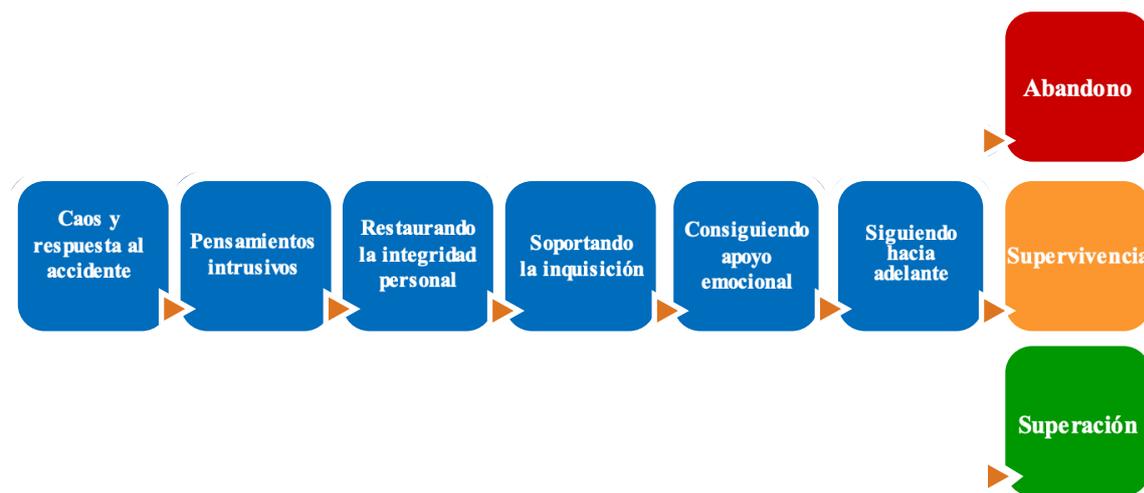
Síntomas físicos	Síntomas psicológicos
Fatiga extrema	Frustración
Trastornos del sueño	Disminución de la satisfacción laboral
Frecuencia cardíaca rápida	Ira
Aumento presión arterial	Tristeza extrema
Tensión muscular	Dificultad para concentrarse
Respiración rápida	Flashbacks, revivir los hechos sucedidos
	Pérdida de confianza
	Duelo
	Remordimiento
	Depresión
	Recuerdos repetitivos
	Duda de sí mismo
	Ansiedad por el regreso al trabajo
	Cuestionar la profesión
	Miedo al daño de la reputación
	Sobreexcitación
	Evita el área de trabajo de atención del paciente

Tabla N° 3. Decálogo de buenas prácticas para ayudar a las segundas víctimas. Aranaz JM et al. (7)

Decálogo de las buenas prácticas para ayudar a las segundas víctimas:
1. Actuar con honestidad y transparencia, reparando el daño e informando de lo que ha sucedido y de las medidas para evitar que pueda repetirse.
2. Actuar de forma prudente, evitando juicios de valor y aportando datos.
3. Contrastar la información antes de informar a los medios de comunicación.
4. Buscar la opinión de los expertos para hacer más comprensibles los hechos.
5. Transmitir la noticia con objetividad, sin buscar culpables.
6. Lograr el máximo respeto para el profesional involucrado.
7. Intentar evitar sensacionalismos, buscando interlocutores de los medios especializados en salud.
8. No contribuir a crear estereotipos equívocos de profesionales de salud.
9. Transmitir que la institución tiene entre sus fines la búsqueda de lo mejor para el paciente.
10. Garantizar el derecho a la intimidad, cuando la noticia incorpore imágenes.



Figura N°1 Trayectoria de recuperación segundas víctimas, descrita por Scott et al. 2009



ANEXOS

ANEXO N°1

Definiciones:

- **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).

- **Casi error:** evento adverso que no produce daño directo al paciente o consecuencias serias.

- **Evento centinela:** suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos al paciente, y que su ocurrencia es vigilada activamente, por cuanto se usa como indicador de procesos de calidad y seguridad en una institución de Salud. Todo evento centinela es un EA, que por sus consecuencias re-

úne características que obligan a una completa revisión de qué ha sucedido, para evitar que vuelva a producirse (Norma ISO 179003).

- **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).

- **Primera víctima:** paciente que sufre un EA. También se considera a los familiares y amigos cercanos del paciente afectado (Mira et al., 2015).

- **Segunda víctima (SV):** todo profesional sanitario que participa en un EA, un error médico o una lesión relacionada con el paciente no esperada y que se convierte en víctima en el

sentido que queda traumatizado por el evento (Scott et al., 2009)

- Tercera víctima: es la organización sanitaria que puede sufrir una pérdida de reputación como consecuencia de un incidente para la se-

guridad del paciente (Denham, 2007).

ANEXO N° 2

Detalle de resultados de preguntas de la encuesta.

I. Con respecto a los últimos 5 años, señale la respuesta que refleje mejor su experiencia personal. En el HCUCH...

PREGUNTA I	SÍ % (n)	NO % (n)	NO SABE% (n)	EN BLANCO% (n)
1. Contamos con un sistema anónimo de notificación de incidentes y eventos adversos que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.	45,03% (86)	26,18% (50)	27,75% (53)	1,05% (2)
2. La mayoría de los errores clínicos que conozco se deben a fallas de la organización y no a errores humanos.	25,65% (49)	58,12% (111)	15,71% (30)	0,52% (1)
3. Cuando se detecta un evento adverso con consecuencias graves para un paciente (por ejemplo: muerte, caída con fractura, daño cerebral, administración de medicamento equivocado con shock, cirugía del lado equivocado), se analizan siempre sus causas y cómo evitarlo en el futuro (aprendemos de la experiencia).	74,87% (143)	9,95% (19)	14,66% (28)	0,52% (1)
4. La mayoría de los eventos adversos con consecuencias graves (por ejemplo: muerte, caída con fractura, daño cerebral, administración de medicamento equivocado con shock, cirugía del lado equivocado), se pueden evitar.	89,53% (171)	4,19% (8)	4,71% (9)	1,57% (3)
5. Los funcionarios que se ven involucrados en un evento adverso, cuentan con apoyo psicológico ofrecido por el hospital para reducir el impacto que sufren como funcionario afectado.	4,71% (9)	42,41% (81)	52,36% (100)	0,52% (1)
6. He recibido formación de cómo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.	18,85% (36)	80,10% (153)	0,52% (1)	0,52% (1)
7. Cuando se produce un error clínico que afecta al paciente siempre se le informa a él o a su familia.	54,45% (104)	19,37% (37)	25,65% (49)	0,52% (1)
8. El informar a un paciente de un error clínico puede provocar una reacción muy negativa que afecte a su relación posterior con los funcionarios que le atienden.	70,16% (134)	18,32% (35)	9,95% (19)	1,57% (3)
9. Cuando se produce un evento adverso grave (por ejemplo: muerte, caída con fractura, daño cerebral, administración de medicamento equivocado con shock, cirugía del lado equivocado), el funcionario involucrado recibe apoyo del propio equipo.	44,50% (85)	18,85% (36)	36,65% (70)	0,00% (0)



II. Indique cuál cree que es la probabilidad de que en los próximos 12 meses...

PREGUNTA II	ALTA% (n)	MEDIA% (n)	BAJA % (n)	NINGUNA% (n)	EN BLANCO% (n)
1. Se produzca en su Hospital un evento adverso con consecuencias graves (por ejemplo: muerte, caída con fractura, daño cerebral, administración de medicamento equivocado con shock, cirugía del lado equivocado).	13,61% (26)	35,08% (67)	46,60% (89)	3,14% (6)	1,57% (3)
2. Se produzca en su Servicio un evento adverso con consecuencias graves (por ejemplo: muerte, caída con fractura, daño cerebral, administración de medicamento equivocado con shock, cirugía del lado equivocado).	6,81% (13)	22,51% (43)	58,64% (112)	10,47% (20)	1,57% (3)

III. En caso de que se produjera un error clínico, cuál es la probabilidad de que suceda lo siguiente

PREGUNTA III	ALTA %(n)	MEDIA% (n)	BAJA %(n)	NINGUNA% (n)	EN BLANCO %(n)
1. Informar al paciente o a sus familiares del error.	56,54% (108)	23,04% (44)	1,57% (3)	16,75% (32)	2,09% (4)
2. Pedirle disculpas al paciente (o a sus familiares).	52,36% (100)	27,23% (52)	3,66% (7)	15,18% (29)	1,57% (3)
3. Tener miedo a afrontar consecuencias legales.	55,50% (106)	22,51% (43)	3,14% (6)	16,75% (32)	2,09% (4)
4. Tener miedo a perder el prestigio.	52,88% (101)	26,18% (50)	2,09% (4)	16,75% (32)	2,09% (4)
5. No saber cómo informar del error al responsable clínico del hospital.	23,04% (44)	29,84% (57)	4,71% (9)	39,79% (76)	2,62% (5)
6. Tener conflicto con otros funcionarios (reproches o críticas)	22,51% (43)	41,36% (79)	4,71% (9)	29,84% (57)	1,57% (3)

IV. En los últimos 5 años en el HCUCH...experiencia personal

PREGUNTA III	ALTA %(n)	MEDIA% (n)	BAJA %(n)	NINGUNA% (n)	EN BLANCO %(n)
1. Informar al paciente o a sus familiares del error.	56,54% (108)	23,04% (44)	1,57% (3)	16,75% (32)	2,09% (4)
2. Pedirle disculpas al paciente (o a sus familiares).	52,36% (100)	27,23% (52)	3,66% (7)	15,18% (29)	1,57% (3)
3. Tener miedo a afrontar consecuencias legales.	55,50% (106)	22,51% (43)	3,14% (6)	16,75% (32)	2,09% (4)
4. Tener miedo a perder el prestigio.	52,88% (101)	26,18% (50)	2,09% (4)	16,75% (32)	2,09% (4)
5. No saber cómo informar del error al responsable clínico del hospital.	23,04% (44)	29,84% (57)	4,71% (9)	39,79% (76)	2,62% (5)
6. Tener conflicto con otros funcionarios (reproches o críticas)	22,51% (43)	41,36% (79)	4,71% (9)	29,84% (57)	1,57% (3)





V. Por su experiencia o por experiencias ajenas en el HCUCH, qué consecuencias ha tenido el informar a un paciente sobre un evento adverso que haya padecido.

PREGUNTA V	SÍ % (n)	NO % (n)	NO SABE % (n)	EN BLANCO % (n)
1. El paciente aceptó las explicaciones.	57,07 % (109)	7,85% (15)	32,46% (62)	2,62% (5)
2. A consecuencia de la conversación, empeoraron las relaciones con el paciente.	20,94 % (40)	42,93 % (82)	32,98% (63)	3,14% (6)
3. El paciente y/o su familia presentó: Una demanda	18,85 % (36)	31,41 % (60)	35,60% (68)	14,14% (27)
Un reclamo.	44,50 % (85)	12,57 % (24)	31,41% (60)	11,52% (22)
Publicidad negativa	15,18 % (29)	21,99 % (42)	44,50% (85)	18,32% (35)
4. El paciente tuvo una respuesta agresiva.	17,28 % (33)	40,31 % (77)	30,89% (59)	11,52% (22)

VI .En el caso de que Ud., o algún funcionario que conozca, se haya visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves en el HCUCH (por ejemplo: muerte, caída con fractura, daño cerebral, administración de medicamento equivocado con shock, cirugía del lado equivocado), indique si ha observado los siguientes síntomas. Si usted no se ha visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves o no conoce a algún funcionario que lo haya estado, continúe con la consulta VIII:

PREGUNTA VI	NUNCA % (n)	ALGUNA VEZ % (n)	CASI SIEMPRE% (n)	SIEMPRE% (n)
1. Confusión, dificultades para concentrarse en la tarea en los días siguientes al evento adverso.	16,87% (14)	45,78% (38)	8,43% (7)	28,92% (24)
2. Sentimientos de culpa.	8,43% (7)	42,17% (35)	19,28% (16)	30,12% (25)
3. Alteraciones del ánimo como: pesimismo ante la vida, tristeza, ansiedad, ira y cambios de humor.	10,98% (9)	52,44% (43)	12,20% (10)	24,39% (20)
4. Cansancio.	10,98% (9)	42,68% (35)	17,07% (14)	29,27% (24)
5. Insomnio, dificultades para disfrutar sueño reparador.	17,50% (14)	45,00% (36)	5,00% (4)	32,50% (26)
6. Revivir el suceso una y otra vez.	15,85% (13)	54,88% (45)	12,20% (10)	17,07% (14)
7. Dudas constantes sobre lo que tiene que hacer en su trabajo.	36,59% (30)	45,12% (37)	7,32% (6)	10,98% (9)
8. Pérdida de la reputación entre los compañeros.	39,02% (32)	43,90% (36)	6,10% (5)	10,98% (9)
9. Pérdida de la reputación entre los pacientes.	50,00% (41)	45,12% (37)	1,22% (1)	3,66% (3)
10. Cuestionarse si continuar desarrollando su actividad laboral o abandonarla.	44,58% (37)	44,58% (37)	3,61% (3)	7,23% (6)



VII. En el caso de que Ud., o algún profesional que conozca en el HCUCH, se haya visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves, indique consecuencias laborales:

PREGUNTA VII	SÍ % (n)	NO % (n)
1. Ha necesitado una licencia médica.	26,32% (25)	73,68% (70)
2. Ha solicitado traslado de servicio, unidad o centro de trabajo.	15,79% (15)	84,21% (80)
3. Ha abandonado su trabajo.	4,21% (4)	95,79% (91)

VIII. Señale si estaría interesado en:

PREGUNTA VIII	SÍ % (n)	NO % (n)	EN BLANCO % (n)
1. Recibir formación específica para afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos en los funcionarios	93,19% (178)	5,76% (11)	1,05% (2)
2. Recibir formación específica para saber cómo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.	92,15% (176)	6,81% (13)	1,05% (2)
3. ¿Participar en un grupo de apoyo a personas involucradas en un evento adverso?	58,12% (111)	39,27% (75)	2,62% (5)

IX. Por último indique:

PREGUNTA IX	Puntuación	% (n)
1. Edad	<input type="radio"/> Hasta los 30 años <input type="radio"/> Entre 31 y 50 años <input type="radio"/> Entre 51 y 70 o más años <input type="radio"/> En blanco	19% (36) 56% (107) 24% (46) 1% (2)
2. Sexo	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> En blanco	33% (63) 66,5% (127) 0,5 % (1)
3. Profesión	<input type="radio"/> Médico/a <input type="radio"/> Odontólogo/a <input type="radio"/> Enfermero/a <input type="radio"/> Matrona <input type="radio"/> Kinesiólogo/a <input type="radio"/> Químico farmacéutico <input type="radio"/> Tecnólogo médico <input type="radio"/> Técnico paramédico <input type="radio"/> Auxiliar <input type="radio"/> Otros	32,5% (62) 1,6% (3) 10,5% (20) 2,1% (4) 3,7% (7) 1% (2) 3,7% (7) 29,3% (56) 9,4% (18) 6,1% (12)
4. Unidad o servicio	<input type="radio"/> Clínico <input type="radio"/> De Apoyo clínico <input type="radio"/> En blanco	80% (152) 18% (35) 2 (4)
5. Años de experiencia laboral en la institución	<input type="radio"/> Menos de 1 año <input type="radio"/> Entre 1 y 3 años <input type="radio"/> Más de 3 años <input type="radio"/> En blanco	4,7% (9) 11% (21) 83,7%(160) 0,5% (1)



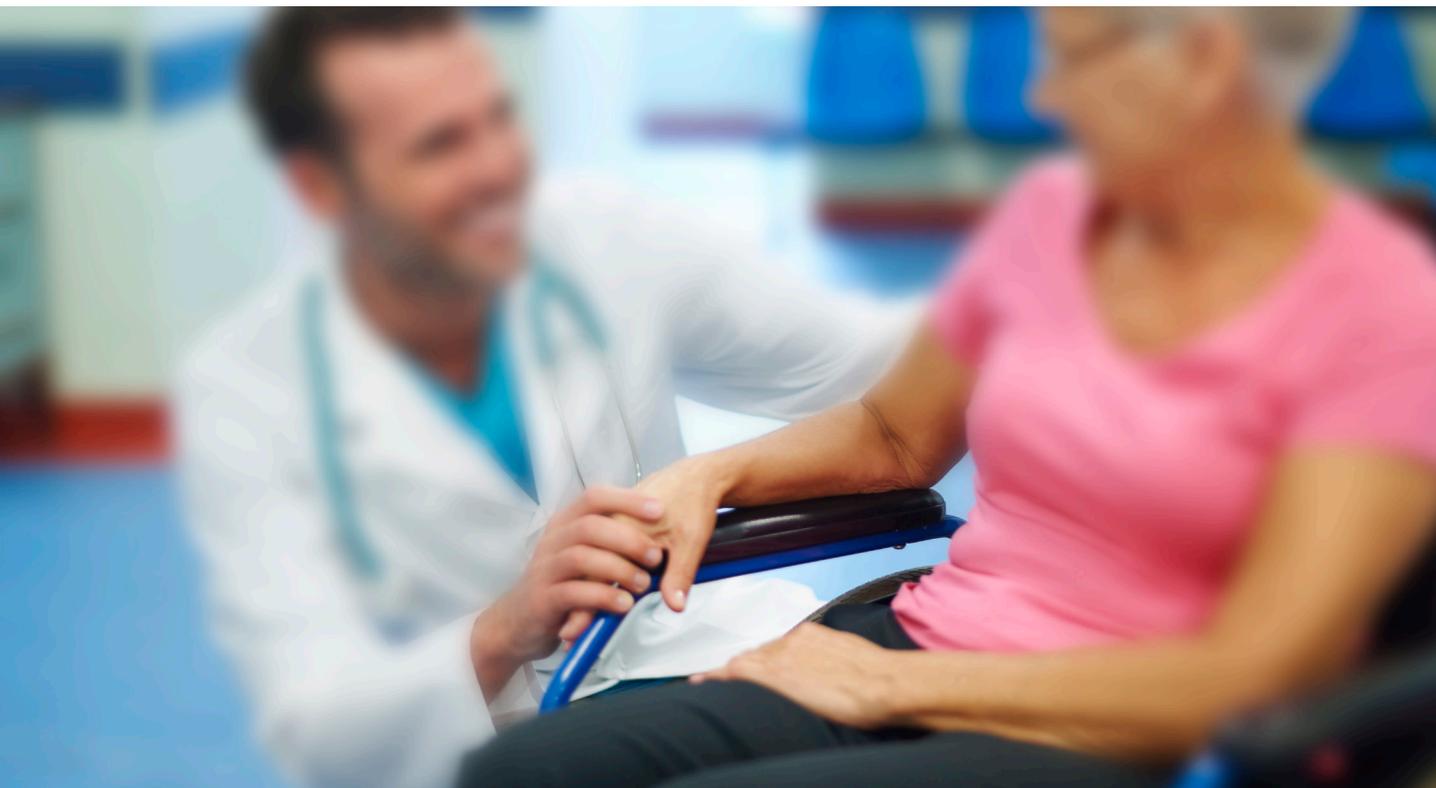
EFECTIVIDAD DEL PROTOCOLO DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EL EN PACIENTE ADULTOS CON SECUELAS NEUROLOGICAS.

Lic. Maylen Pérez-González¹ MsC. Lissette Miranda Lara² MsC. María de los Ángeles- Peña-Figueroa³ MsC. Martha Rodríguez González⁴. MsC. Mirian Valdez Hernandez⁵, Lic. Dilaisis Castañeda- Molina⁶

1. Licenciada en Enfermería. Supervisora de enfermería. Centro Internacional de Restauración Neurológica
2. Master en Ciencia. Jefa de Sala de Enfermería. Centro Internacional de Restauración Neurológica
3. Master en Ciencia. Jefa Departamento de Enfermería. Centro Internacional de Restauración Neurológica
4. Master en Ciencia. Jefa de la Central de Esterilización. Centro Internacional de Restauración Neurológica
5. Master en Ciencia. Enfermera Vigilante Epidemiológica. Centro Internacional de Restauración Neurológica
6. Licenciada en Enfermería. Supervisora de Enfermería, Centro Internacional de Restauración Neurológica.

CENTRO INTERNACIONAL DE RESTAURACION NEUROLOGICA. LA HABANA. CUBA

maylen@neuro.ciren.cu
mangeles@neuro.ciren.cu



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Las caídas son relativamente frecuentes en todos los hospitales del mundo, su incidencia se relaciona como indicador de calidad y de la seguridad del paciente. Los pacientes con discapacidad por secuelas neurológicas son tributarios a presentar mayor número de riesgo de caídas intrahospitalaria que la mayoría de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, con (67) pacientes con secuelas neurológicas crónicas que sufrieron caídas intrahospitalarias en el Centro Internacional de Restauración Neurológica. Se realizaron evaluaciones antes y después de la aplicación del protocolo de actuación de enfermería con el objetivo de evaluar la efectividad del protocolo de actuación para la prevención de caídas en el Centro Internacional de Restauración Neurológica en el periodo (Enero 2012- Diciembre 2017).

RESULTADO: Hubo disminución significativa de las caídas después de la aplicación del protocolo de 2,95 % a 1,3 %, el mayor número de caídas ocurrió en pacientes hombres mayores de 60 años y más, que se encontraban en compañía de su familiar en su habitación y en el baño. Las patologías predominantes en ambos grupos los pacientes estudiados que sufren caídas son las Lesiones Raquímedulares, los Trastornos del Movimiento y secuelas discapacitantes que predominan son las paraplejías, trastorno de la marcha, seguidos por las hemiplejías en ambos grupos.

CONCLUSIONES: El protocolo de actuación de Enfermería representa un método seguro para la prevención de caídas en pacientes con limitaciones funcionales secundarias a problemas neurológicos.

Palabras clave: Caídas, Seguridad del paciente, Secuelas neurológicas, Enfermería.



SUMMARY

INTRODUCTION: Falls are relatively frequent in all hospitals in the world, their incidence is related as an indicator of quality and patient safety. Patients with disabilities due to neurological sequelae are taxed to present a greater number of risk of in-hospital falls than most patients.

MATERIAL AND METHOD: A descriptive, retrospective study was conducted with (67) patients with chronic neurological sequelae who suffered intrahospital falls at the International Center for Neurological Restoration. Evaluations were carried out before and after the application of the nursing action protocol, with the objective of evaluating the effectiveness of the action protocol for the prevention of falls in the International Center of Neurological Restoration in the period (January 2012 - December 2017).

RESULT: There was a significant decrease in falls after the application of protocol d from 2.95% to 1.3%, the greatest number of falls occurred in male patients over 60 years of age and older, who were in the company of their relative. In their room and in the bathroom, the predominant pathologies in both groups the studied patients that suffer falls are the Spinal Injuries, the Disorders of the Movement and disabling sequelae that predominate are the paraplegia, gait disorder, followed by the hemiplegia in both groups.

CONCLUSIONS: The Nursing action protocol represents a safe method for the prevention of falls in patients with functional limitations secondary to neurological problems.

Keywords: Falls, Patient Safety, Neurological sequelae, Nursing.

INTRODUCCIÓN

Las caídas son un riesgo real que acontece en el medio hospitalario, constituyen un indicador de calidad asistencial. 1 La prevención de caídas es uno de los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería cuyo seguimiento es común en todos los programas de calidad de los distintos hospitales. 2 La Joint Commission International incluye la reducción del riesgo de caídas como una de las metas para seguridad del paciente en la acreditación hospitalaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define las caídas como sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. 3 La posibilidad de que un paciente hospitalizado experimente este evento, está directamente relacionado con la presencia de factores de extrínsecos e intrínsecos. 4 Estos componentes hacen que los pacientes con discapacidad por secuelas neurológicas sean más vulnerables. Se estima que un tercio de las caídas son prevenibles con programas de evaluación del riesgo, sin embargo la posibilidad que este evento se produzca no se puede predecir. De acuerdo a los datos y cifras de la Organización de la Salud (OMS) en enero del 2018 anualmente mueren en todo el mundo unas 646 000 pacientes debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos. Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales. 5 En Cuba las caídas accidentales originan el 45.3 % de las defunciones por accidentes, resulta la tasa de mortalidad más elevada del grupo de edades. 6

Las enfermedades neurológicas constituyen un factor de riesgo importante en la producción de caídas, principalmente los accidentes

vasculares, enfermedad de Parkinson, demencia, alteraciones cerebrales degenerativas, convulsiones, cuadros confusionales, atrofia cerebelosa, hidrocefalia, neuropatía periférica, alteraciones de la conciencia.⁷ Estos procesos neurológicos afectan a los sistemas de control postural y son los responsables de los trastornos del equilibrio y de la marcha en los pacientes. Los pacientes con déficit neurológico crónico, sometidos a un programa de restauración neurológica son aun más vulnerables a presentar riesgos de caídas, ya que este riesgo se agudiza con la recuperación de funciones perdidas y el adaptación a un nuevo régimen de vida.

Por lo tanto, teniendo claro este escenario no cabe dudas que para la garantía de la seguridad del paciente, los profesionales de enfermería son imprescindible en la ejecución de prácticas seguras en las instituciones de salud, las intervenciones preventivas y oportunas relativas al cuidado posibilitan una asistencia adecuada y libre de daños, diferentes estudios han demostrado que los protocolos de prevención permiten una reducción del número de caídas y lesiones derivadas de las mismas.

En el Centro Internacional Restauración Neurológica (CIREN), se atienden pacientes con patologías neurológicas crónicas, con un alto riesgo de caída. A partir el año 2015, el departamento de Enfermería del CIREN, con el objetivo de prevenir las caídas y sus secuelas, diseñó un protocolo de actuación para la prevención de caídas, donde enfermería es el profesional responsable de la identificación del riesgo desde su ingreso, utilizando escalas para la evaluación, bajo la metodología y la aplicación del proceso de atención de enfermería como método científico.

Este estudio se traza como objetivo evaluar la efectividad de la aplicación del protocolo de actuación de las caídas en el paciente neurológico crónico antes y después de la intervención de enfermería en el Centro Internacional de Restauración Neurológica en el periodo Enero 2012 - Diciembre 2014 y Enero 2015 - Diciembre 2017.

METODOLOGÍA

Diseño de investigación: Estudio descriptivo sobre la efectividad del protocolo de actuación, para la prevención de caídas en pacientes con secuelas neurológicas, **(Anexo 1)** diseñado con el objetivo de estandarizar las medidas de contención y prevención de caídas, en todos los servicios de hospitalización del CIREN, realizando un análisis comparativo antes y después de la aplicación del protocolo de caídas (PPC) en el Centro Internacional de Restauración neurológica (CIREN) durante el periodo Enero 2012- Diciembre 2014 y Enero 2015 - Diciembre 2017.

POBLACIÓN O SUJETOS DE ESTUDIO

Del total 3305 egresos ocurrido en el periodo se revisaron 3083 que representa el 93,2% de los pacientes que egresaron con diagnóstico de Enfermería de riesgo de caídas durante el periodo 2012 al 2017 en los diferentes servicios que atienden pacientes adultos en el Centro Internacional de Restauración Neurológica.

La muestra quedó constituida por 67 pacientes que sufrieron caídas intrahospitalaria.



VARIABLES DE ESTUDIO

En todos los pacientes que sufrieron una caída se analizaron las siguientes variables:

- Edad, sexo, identificación de riesgos con la aplicación de la Escala de Morse al ingreso (**Anexo 2**) donde se determinó la severidad del mismo, registrado en la historia clínica, tipos de patologías, lugar del evento, tipo de discapacidad y si estaba acompañado o no por el familiar.

MÉTODO PARA LA RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de los datos se utilizó el registro de caídas (Anexo 3) y las historias clínicas de los pacientes. Se creó una base de datos, y los mismos se procesaron en Microsoft Excel, en el que figuraban las siguientes variables a evaluar para su posterior análisis.

Análisis de datos

Se calculó la incidencia de caídas, así como el número de caídas entre todas las pacientes adultos egresados en el periodo de estudio.

Se ha realizado un análisis descriptivo de cada variable, usando el método estadístico de porcentajes para las variables de estudio.

Aspectos éticos

El protocolo de actuación ha sido aprobado por el consejo científico del CIREN y del comité de ética siguiendo la normativa vigente y como se trata de datos de los pacientes se le solicitó el consentimiento informado.

Conflictos de intereses

No se declaran conflictos de interés.

RESULTADOS

La incidencia de caídas relacionado con los pacientes con diagnóstico de enfermería riesgo, se reporta que antes de la aplicación del protocolo de actuación para la prevención de caídas fue de 2,95 % y después de la aplicación disminuye a 1,3 %.

Tabla 1: Incidencia de caídas relacionadas con el diagnóstico de riesgo. (n=67) CIREN.

Eventos	Antes 2012- 2014	Después 2015- 2017
Diagnóstico de Riesgo de caídas	1588	1495
CAIDAS	47	20
%	2,95	1,3

Fuente. Registro de caídas. CIREN

La distribución de la muestra por grupos de edades y sexos, se aprecia que la mayoría de las pacientes pertenecen al grupo de edad de 60 años y más con el 49% antes, y 75,0% después de la aplicación del protocolo de prevención de riesgo de caídas, seguidos 49 a 59 años 30% antes, y 15,0% después, existe un mayor porcentaje de hombre que de mujeres en ambos grupos.

Tabla 2: Distribución de la muestra por grupos de edades y sexos. (n= 67) CIREN.

Antes				Después		
Grupos etareos	2012- 2014	Mujeres	Hombres	2015- 2017	Mujeres	Hombres
27- 37	2 (5%)	1	1	1 5,0%%	0	1
38- 48	8(17,0)	2	6	1 (5,0%)	0	1
49-59	14 (30%)	6	8	3(15,0%)	1	2
60 y mas	23(49%)	7	16	15(75,0%)	5	10
Total	47(100%)	16(34%)	31(66%)	20(100%)	6 (30,0)	14(70,0%)

Fuente. Registro de caidas. CIREN

Los diagnósticos predominantes en ambos grupos los pacientes estudiados que sufren caídas son las Lesiones Raquimedulares con 42,5% antes de la aplicación del protocolo y después de 30,0%, los Trastornos del Movimiento tienen un comportamiento similar antes de la aplicación del protocolo el 32,0% y

después disminuyen, si lo comparamos con el antes, pero tiene un comportamiento mayor relacionado con el total de caídas del periodo con un 45,0%. Los pacientes con Lesiones Cerebrovasculares reporta un 25,5% antes, y 20,0% después .

Tabla 3: Comportamientos de las caídas según tipo de diagnosticos (n= 67). CIREN.

PATOLOGÍAS	2012- 2014 Caídas	%	2015- 2017 Caídas	%
Neuroquirúrgicas	0	0	1	5,0
Lesiones cerebrovasculares	12	25,5	4	20,0
Trastornos del movimiento	15	32,0	9	45,0
Raquimedulares	20	42,5	6	30,0

Fuente. Registro de caidas. CIREN



El comportamiento de las caídas según los tipos de discapacidad se reporta que el mayor índice de caídas la reporta las paraplejas antes 42,5% después 30,0%, y trastorno de la marcha

antes 32,0% y después 45,0%. Seguidos por las hemiplejías antes 25,5% y después 20,0%. No hay reportes significativos en cuadriplejía.

Tabla 4: Comportamientos de las caídas según los tipos de discapacidad(n=67). CIREN.

DISCAPACIDADES	2012- 2014	%	2015- 2017	%
Hemiplejia	12	25,5	4	20,0
Paraplejia	20	42,5	6	30,0
Trastorno de la marcha	15	32,0	9	45,0
Cuadriplejia	0	0	1	5,0
Total	47	100	20	100

Fuente. Registro de caídas. CIREN

Las caídas en ambos grupos predominan cuando el paciente sufre la caída cuando está en compañía del familiar. Se reporta que antes es 85,0% y después tiene el mismo compor-

tamiento 85,0%. En ambos grupo predominan las caídas cuando el paciente se encuentra en su habitación y en el horario del baño .

Tabla 5: Comportamientos de las caídas según el tipo de acompañante. (n=67). CIREN

Tipo de compañía	2012- 2014	%	2015- 2017	%
Con el familiar	40	85,0	15	75,0
Sin el familiar	7	15	5	25,0
TOTAL	47	100	20	100

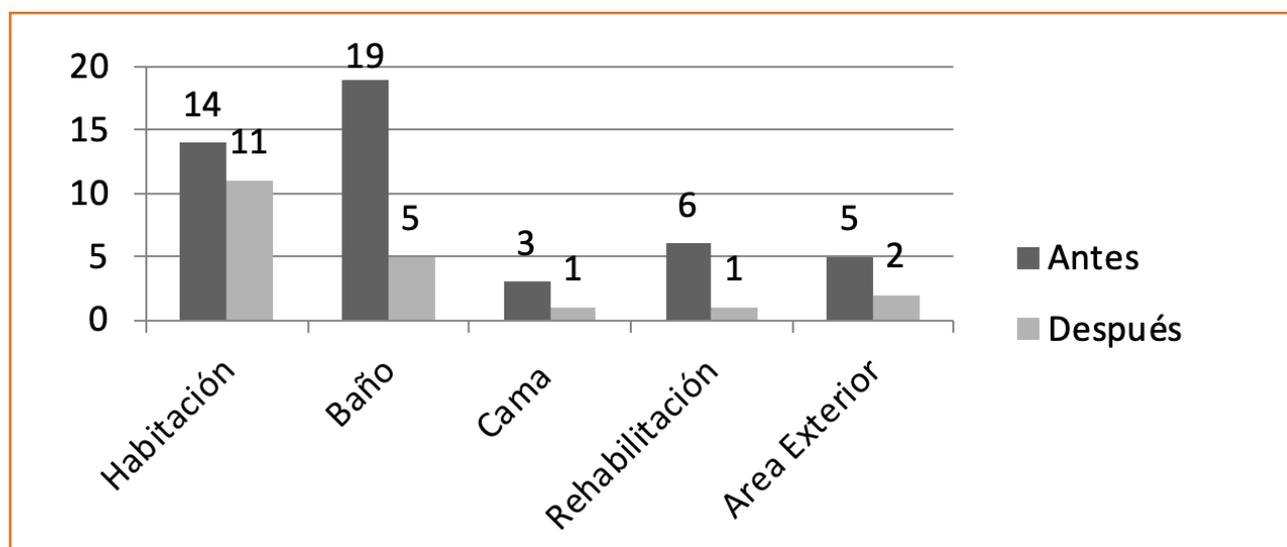
Fuente. Registro de caídas. CIREN

Tabla 6: Riesgo según escala de caídas (n=67). CIREN

No	Puntuación	Riesgo	Porcentaje
15	0-24	bajo	22,3%
43	25-50	Medio	64,1%
9	> 50	alto	13,4%

Fuente. Registro de caídas. CIREN

Gráfico1. Lugar donde se encontraba en el momento de la caída . (n = 67). CIREN



Fuente: Datos del estudio. Registro de caídas. CIREN

DISCUSIÓN

Las caídas son el resultado de la interacción de factores intrínsecos (trastornos individuales), factores extrínsecos (riesgos medioambientales) y factores circunstanciales (relacionados con la actividad que se está realizando. 8

Se presentan resultados de la evaluación de 67 pacientes adultos con discapacidad por secuelas neurológicas que sufren caídas intrahospitalaria en un periodo de cuatro años, con diagnóstico de enfermería de riesgo de caídas. Se ha realizado una amplia búsqueda bibliográfica y en la sistematización de nuestro estudio no encontramos antecedentes de instituciones con las características similares a la nuestra, por lo que nos comparamos con investigaciones donde evalúan la incidencia de caída en adultos mayores. 9

Reportes de diferentes estudios señalan que entre 1,2%.10 y 12% del paciente de los pacien-

tes hospitalizados sufren caídas en algún momento. Otros estudios apuntan que las caídas como un evento de alta incidencia en el ambiente hospitalario, con porcentajes entre 1.1% y 22%, según la especificidad. En estudio realizado a 285 pacientes hospitalizados, en el tiempo de hospitalización 5% presentaron caída, el 76% de estos fueron mujeres. 10

Los datos de nuestra investigación permiten evidenciar que antes de la intervención de enfermería para la prevención de caídas la incidencia fue mayor 2,95% de los pacientes sufrieron caídas, después de la aplicación del protocolo de actuación disminuyó a 1,3 %. Mayoritariamente se caen los pacientes mayores de 60 años y más y predominan los hombres, semejante a otras investigaciones de Laguna-Parras, los pacientes que sufrieron más caídas la mayoría se producían en pacientes con una edad media de 63 años, no existen diferencias entre sexos. 11



Los pacientes neurológicos, generalmente, presentan alteraciones del nivel de conciencia, de movilidad perjudicada, de alteraciones sensoriales, de hipotensión ortoestática, de historia previa de caídas y de alteraciones vesicales o intestinales, factores que los tornan más susceptibles a las caídas.¹²

Las enfermedades neurológicas, principalmente las demencias, los síndromes parkinsonianos y la enfermedad cerebrovascular, los procesos neurológicos afectan a los sistemas de control y son los responsables de los trastornos del equilibrio y de la marcha en los pacientes con caídas, siendo la mecánica de éstas con mayor frecuencia hacia atrás.¹³

En nuestro estudio los pacientes que predominan son los de las patologías de Lesiones Raquimedulares con 42,5% antes de la aplicación del protocolo y después de 30,0%. Los Trastornos del Movimiento tienen un comportamiento similar antes de la aplicación del protocolo el 32,0% y después disminuye si lo comparamos con el antes, pero tiene un comportamiento mayor relacionado con el total de caídas del periodo con un 45,0%. Los pacientes con Lesiones Cerebrovasculares reporta un 25,5% antes y 20,0% después.

El estudio de serie de casos sobre los factores de riesgo de caídas a 132 adultos mayores de ambos sexos hospitalizados en el Hospital Provincial "Vladimir Ilich Lenin" reportando que las alteraciones patológicas personal, encontraron que las musculo esqueléticas fueron predominantes con un 35,4%, seguidas de las cardiovasculares en 46 pacientes (34,8%), las psicológicas con un 25%, y finalmente las neurológicas con 22,7.¹⁴

En el presente estudio los lugares donde más frecuentemente ocurrieron las caídas antes del protocolo fueron: el baño el 19%, la habitación 14%, seguido de las ocurridas en rehabilitación con el 6%. Después de la aplicación del protocolo, el 11% ocurrieron en la habitación, el 5%, en el baño y el 1% en rehabilitación. Los pacientes con acompañantes antes del protocolo representan el 85,0% y después de la aplicación el 75,0% de las caídas, los pacientes sin acompañante antes del protocolo 15% y después del protocolo 25%.

Las medidas tomadas para evitar las caídas de los pacientes Hospitalizados como: Uso de barandas laterales en camas para personas con riesgo de caerse de ellas, uso de dispositivos de seguridad, agarraderas de manos en baños y barandas en escaleras y pasillos, evitar suelos resbaladizos, irregulares o mojados, buena iluminación en todas las estancias por las que circulan los pacientes entre otras, no son suficientemente efectivas, ya que durante la realización de procedimientos como la higiene, transferencia, traslados o movilizaciones, se presentan algunas incidencias. La aplicación de la Escala de Caídas de Morse permitió identificar que el 64,1% de la muestra estudiada presentaban un riesgo medio de sufrir caídas, así como que el 22,3% presentaba riesgo bajos.

Estudio realizado en el Hospital de Cuidados Intermedios de Barcelona, reportan que en el momento de la caída, la mayoría se encuentran solos, con poco soporte familiar. Se caen más frecuentemente los ancianos polimedidos y desde la bipedestación.¹⁰ En nuestro estudio, en ambos grupos predominan cuando el paciente está en compañía del familiar, en ambos grupo predominan las caídas cuan-

do el paciente se encuentra en su habitación y en el horario del baño.

CONCLUSIONES

Este estudio pone de manifiesto que un protocolo de intervención de enfermería para la prevención de caídas, la evaluación de los riesgos al ingreso, educación sanitaria a las pacientes han mostrado ser eficaz para reducir el número de caídas en el paciente neurológico. De forma general los principales resultados están vinculados, que antes de la intervención de enfermería fue mayor el índice de caída 2,95%, después de la aplicación del protocolo de actuación disminuyó a 1,3%. Continúa pendiente el trabajo con los cuidadores pues, en nuestro estudio demostraron que el mayor número de caída se reportan cuando el paciente está en compañía de su familiar.

Bibliografía

1. Laguna-Parras Juan Manuel, Arrabal-Orpez M.³ Jesús, Zafra-López Fernando, García-Fernández Francisco P., Carrascosa-Corral Raquel R., Carrascosa-García M.³ I. et al . Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. Gerokomos [Internet]. 2011 Dic [citado 2019 Jul 17] ; 22(4):167-173. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2011000400004>
2. Curso: "Proceso de Atención de Enfermería en los Síndromes Geriátricos [citado 2019 Jul 17] Disponible en http://www2.enfermeriacantabria.com/web_cursos/enfermeria/docs/MODULO_2.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Caídas. Fact Sheet no344. [Internet]. OMS. 2012. [citado 17 Jul 2019] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>
4. León Román CA. Metodología para la protocolización de enfermería en la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2018 [citado 17 Jul 2019];34(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2570>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS) en enero del 2018 <https://www.who.int/es/> Dic [citado 2019 Jul 17]
6. Anuario estadístico de Salud 2018 MINSAP Dic [citado 2019 Jul 17]
7. Sandra Sonalí Olvera-Arreola,* Alicia Hernández-Cantoral, Silvino Arroyo-Lucas, Ma. Guadalupe Nava-Galán, María de los Ángeles Zapien-Vázquez, María Teresa Pérez-López, Patricia Adriana Cárdenas-Sánchez Factores relacionados con la presencia de caídas en pacientes hospitalizados Rev Invest Clin 2013; 65 (1): 88-93 Dic [citado 2019 Sep 18]

disponible <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2013/nn131j.pdf>

8. Teresa Villar San Pío M.³ Pilar Mesa Lampré, Ana Belén Esteban Gimeno, Ana Cristina Sanjoaquín Romero, Elena Fernández Arín ALTERACIONES DE LA MARCHA, INESTABILIDAD Y CAÍDAS. CAPÍTULO 19 Disponible a: <http://www.update-soft-ware.com>. Última visita: 20/09/19
9. Pasa TS, Magnago TSBS, Urbanetto JS, Baratto MAM, Morais BX, Carollo JB. Risk assessment and incidence of falls in adult hospitalized patients. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2862. [citado 2019 Sep 18] Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1551.2862>.
10. Elisenda Romano Durán, Ginés Fco. Rodríguez Camarero y Elvira Hernández Martínez-Esparza Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios de Barcelona Gerokomos. 2017;28(2):78-82 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
11. Damaris Francis Estrella Castillo,* Héctor Armando Rubio Zapata,* Pedro Sánchez Escobedo,* Patricia Aguilar Alonzo,** Roxana Araujo Espino Incidencia de caídas en una muestra de adultos mayores de la Unidad Universitaria de Rehabilitación de Mérida Yucatán Rev Mex Med Fis Rehab 2011;23(1):8-12 <https://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2011/mf111c.pdf>
12. Gallegos Sánchez Susana, Aguilar Rodríguez María Magdalena, Camarillo Ruíz María Navora. Relación de los factores de riesgo y comorbilidad en el programa de prevención de caídas en usuarios hospitalizados en un hospital psiquiátrico del sector salud. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2019 Sep 20] ; 7(2): 38-44. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632010000200006&lng=es.
13. Luzia Melissa de Freitas, Victor Marco Antonio de Goes, Lucena Amália de Fátima. Diagnóstico de Enfermería Riesgo de caídas: prevalencia y perfil clínico de pacientes hospitalizados. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2014 Apr [cited 2019 Sep 24] ; 22(2): 262-268. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692014000200262&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3250.2411>.
14. Idalmis de la Caridad Tejeda Alvarez 1, Luis Céspedes Ruiz 2, Juan Carlos Baster Moro 3, Rosa María Estéfano Rodríguez Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. Correo Científico Médico de Holguín 2005;9(2) [citado 2019 Sep 20] ; <http://www.cocmed.sld.cu/no91/n91ledi.htm>



ANEXO 1

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Las medidas preventivas van dirigidas a conocer cuáles son los pacientes con mayor riesgo de padecer caídas, mediante la elaboración de una historia clínica completa con valoración de los factores de riesgo intrínseco y extrínseco.

PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS

- Mediante ejercicio y dieta rica en calcio
- Ejercicio y actividad física para fortalecer los músculos y aumentar la resistencia
- Se mantiene la postura, movilidad de las articulaciones y reflejos posturales
- Estimulación cardio-respiratoria
- Mejora del estado de alerta
- La disminución de la actividad puede reducir el número de caídas a corto plazo al reducir la exposición, pero en un periodo más prolongado la falta de autoconfianza y pérdida de condiciones físicas sólo puede aumentar el riesgo.
- Rehabilitación, equilibrio y marcha: mediante ejercicios de coordinación.
- Tratamiento de deterioros neuromusculares, músculo-esqueléticos o sensoriales, como por ejemplo el cuidado de la visión y la prescripción de gafas actualizadas.
- Cuidado con el sobrepeso (dietas hipocalóricas)

- Información sobre prácticas seguras y percepción del riesgo: Ayudar al paciente a reconocer los peligros y a adoptar prácticas seguras, como no subir a una silla, no levantarse a orinar por la noche (llamar para que el cuidador lo ayude)

- Disminuir aporte de líquidos por la tarde o a partir de las 19 h y administrar los diuréticos por la mañana

- Utilización conservadora de medicamentos que aumentan el riesgo de caídas

- Utilización de fármacos con menos efectos secundarios potenciales

- Utilización de la menor dosis efectiva.

- Utilizar el fármaco el menor tiempo posible

- Reducir otros fármacos al comenzar el tratamiento con psicótropos

- Uso de dispositivos de seguridad:

- Inmovilizadores: Como sujeciones de seguridad en residentes que en sedestación no controlan el tronco

- Barandas laterales en camas para personas con riesgo de caerse de ellas.

- Uso de medidas de apoyo: Andadores, bastones o muletas para tener mayor base de sustentación.

- Uso de ropa y calzado adecuado, zapatos de tamaño adecuado, con tacón bajo, suela de goma antideslizante y talón cubierto. Ropa cómoda holgada y largo adecuado

.....
- Colocar asideros de manos en baños y barandillas en escaleras y pasillos

.....
- Evitar suelos resbaladizos, irregulares o mojados.

.....
- Buena iluminación en todas las estancias por las que circulan los pacientes

.....
- Entorno ordenado. Se deben guardar los objetos innecesarios

.....
- Colocar muebles de forma que no entorpezcan el paso.

.....
- Dejar al alcance de la mano todo lo que el paciente pueda necesitar, especialmente el encamado: pañuelos, agua.

.....
- Si se utilizan sillas de rueda, hay que dejarlas frenadas al detenerse. Enseñar al paciente a frenarlas.

.....
- Durante la realización de procedimientos como la higiene, transferencia, traslados o movilizaciones, no dejar nunca solo al paciente.

PROCEDIMIENTO

Valoración del riesgo de caídas a todo paciente ingresado con sospecha de alto riesgo de caída aplicándole la Escala de Riesgos de Caídas de Morse, para adulto y Escala Humpty Dumpty para pacientes pediátricos, sin olvidar incluir posibles factores de riesgo intrínseco o extrínseco no incluidos en la escala si existieran en la historia de salud.

Comunicar la situación de alto riesgo de caída al paciente, siempre que sea posible, en el pase de visita, y a todo el personal involucrado en su

vida cotidiana en el hospital, incluyendo cuidadores y familiares.

ACTUACIÓN FRENTE UNA CAÍDA

Si a pesar de aplicar las medidas de prevención se produce una caída se debe actuar rápidamente y disminuir el tiempo de espera en el suelo antes de que llegue la ayuda porque aumenta el riesgo de morbi-mortalidad.

Las medidas de actuación son las siguientes:

- Valorar el estado del paciente y las consecuencias de la caída

.....

- Avisar al médico y la supervisora de guardia

.....

- No incorporar o movilizar al paciente si se sospecha que puede presentar una fractura; o en todo caso realizar una movilización correcta (entre varias personas) y trasladarlo a la cama o a la camilla para evitar el foco de fractura.

.....

- Realizar tratamiento o mantener en observación en función de la lesión que se haya producido.

.....

- Anotar la caída y sus consecuencias en la historia del paciente

.....

- Cumplimentar el registro de la misma en el modelo diseñado para ello, enviarlo a la enfermera vigilante epidemiológica

.....

- Si se produce la caída es importante anotar: Identificación del paciente, fecha y hora del incidente, lugar donde se ha producido, en qué circunstancias y motivo, en compañía de quien se encontraba en el momento de la caída, si ha habido consecuencias y la actuación realizada ante las mismas. Todo esto se anotará en la historia clínica del paciente.



Se debe cumplimentar los registros correspondientes

Se debe planificar las intervenciones de enfermería y vigilancia prescritas en función de las consecuencias de la caída

SUPERVISORA:

- Aplique el sistema de revisión diseñada para la evaluación de las caídas
.....
- Informe al departamento de enfermería por escrito el cumplimiento de las medidas para la prevención de riesgos.

ANEXOS 2

ESCALA DE RIESGOS DE CAIDAS DE MORSE

PAC : _____
 EDAD _____ NACIONALIDAD _____ HC _____
 SALA. _____ CAMA. _____

ESCALA DE RIESGOS DE CAIDAS DE MORSE (USO HOSPITALARIO)

CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	25
COMORBILIDADES	NO	0
	SI	15
AYUDA PARA DEAMBULAR (MARQUE SOLO UNA)	NINGUNA /REPOSO EN CAMA /ASISTENCIA	0
	BASTON/MULETAS/ACAMINADOR	15
	SE APOYA EN LOS MUEBLES	30
VENOCLISIS	NO	0
	SI	20
MARCHA	NORMAL /REPOSO EN CAMA/SILLA DE RUEDAS	0
	DEBIL	10
	LIMITADA	20
ESTADO MENTAL	RECONOCE SUS LIMITACIONES	0
	SOBREESTIMA U OLVIDA SUS LIMITACIONES	15
RIESGO	PUNTUACION	ACCION
BAJO	0-24	CUIDADOS BAJOS DE ENFERMERIA
MEDIO	25 - 50	IMPLEMENTACION DE PLAN DE PREVENCION
ALTO	MAYOR DE 50	IMPLEMENTACION DE MEDIDAS ESPECIALES

PUNTUACION



RIESGO



LIC _____

FECHA _____

ANEXO 3

CENTRO INTERNACIONAL DE RESTAURACION NEUROLOGICA CIREN

REGISTRO PARA EL REPORTE DE ACCIDENTES O CAIDAS A VIGILANTE EPIDEMIOLOGICA.

1- Fecha y hora:

2- Nombre y apellidos del paciente:

3- Ubicación:

4- Edad:

5- Diagnostico medico al ingreso:

6- Sexo:

7- Historia Clínica:

8- Fecha de ingreso:

9- País de origen:

10- Nivel de dependencia:

11- Identificación de Riesgos al ingreso registrado en la historia clínica:

12- Medidas preventivas con el paciente y familiar:

13- Descripción de la caída o evento

Lugar

Si estaba acompañado o no

Que produjo la caída

Evento de la caída

Acciones o medidas correctivas

Nombre y apellido de quien lo notifica: _____

- RESULTADOS -
CONCURSO DE CUENTOS

**“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en *100 palabras*”**



Estimados amigos:

Hemos llegado al final de este viaje de ilusión y sueños.

Felices de haber recibido cuentos de España, México, Venezuela, Belice, Colombia, Perú, Argentina, Ecuador, Uruguay y Chile.

Son 175 historias, 175 vivencias escritas desde el corazón en este difícil año 2020.

Gracias a todos por haber estado.

Les comparto una reflexión de una de las Jurados: “les envío mi selección para los primeros lugares, debo hacer presente, que fue una difícil elección hasta estos momentos, no es la duda de lo elegido, es no ser justa con tantos cuentos interesantes, con vivencias fuertes, impactantes, esperanzadoras, tristes, etc., muchos lograron emocionarme y sacar más de una lágrima, otros quedaron en mis pensamientos por muchas horas, situaciones a lo que nos exponemos sino tomamos los cuidados necesarios, como también, la responsabilidad de cuidar al Personal Sanitario, nuestras familias, etc., ha sido una gran experiencia muy enriquecedora...Gracias.

ALL

NUESTRO JURADO:

Sra. Andrea Águila Abarca

*Encargada Gestión Documental Unidad de Patrimonio Cultural.
Ministerio de Salud Chile*

Dr. Juan Infante Melgarejo

*Médico Pediatra
Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán*

Dr. Reinaldo Martínez Urrutia

Médico Hospital FACH

Sr. Juan Emilio Herrera González

*Periodista
Editor de “La Tribuna” de Los Angeles (1995).
Reportero de diversas radioemisoras.
Ha publicado tres libros de aforismos y versos.*

Sra. Aurora López López

*Relacionadora Pública, Of. de Carabineros (R),
Locutora de Radio y TV
Directiva de Pacientes por la Seguridad del Paciente Chile*

*..... Y si antes contaba las horas
para gozarte un momento
ahora se hicieron siglos
pues Lucifer el malvado
junto a sus villanos muertos
sembraron por este mundo
con sus bichos coronados
erizos de los infiernos.
Te sacaron de mi espejo
pobrecillos los muy diablos
no saben que cuando acabe
su peste de los carajos
ahí la estaré esperando
para caer en sus brazos.*

CONFINAMIENTO DE RANGUE, ABRIL 2020

Dr. Reynaldo Martínez U.



Nuestro jurado seleccionó a los siguientes 21 cuentos, que se muestran en orden alfabético:

- A un suspiro de la vida de Newen Antu
- Acompañar siempre de Rupi
- Aliento de vida de Rufinito
- Almas migratorias de Guepetto
- Código rojo de La cortés
- Compañía de Sylvia Venegas
- Distancias de Maga
- El bicho de Luna de hospicio
- El día de Flecha negra
- El reflejo de tus ojos de Trival
- El viento de Wuhan de Ginger
- Ella, Verónica Millan de R Santino
- En la trinchera de Guerrero
- Inversion de roles de Berenhp
- La flautista de Momca
- Mi amigo el flaco de Gregorio Walser
- Mi primer viaje al espacio de Astronauta
- Ojos en pandemia de FJ, un susurro en la madre del viento
- Picara - picarona de Paloma lillo
- Promesa al gusano de Graciela
- Una cruel justicia (o quebrar un acuario) de Naranja

ACTA DE DECISIÓN FINAL DEL JURADO:

En Chillán, a 9 de noviembre del 2020, realizadas las etapas del proceso se ha definido los lugares y premios que se indican:

1er lugar Aliento de vida de Rufinito

2do lugar Mi primer viaje al espacio de Astronauta

3er lugar Ojos en pandemia de FJ, un susurro en la madre del viento

Mención Honrosa - El bicho de Luna de hospicio - Promesa al gusano de Graciela

Premios para lugares del 4 al 21, corresponden a un programa de estudios a elección de la oferta educacional de Fundación para la Seguridad del Paciente Chile.

Realizada la publicación oficial, tomaremos contacto con ustedes los ganadores para hacerles llegar su reconocimiento.

Así mismo, les cuento que hemos decidido transformar este esfuerzo en un libro, que esperamos lanzar en Marzo 2021, con la publicación de todos los cuentos, que haremos llegar a ustedes en su momento.

Damos cuenta de la alegría que sentimos al haber finalizado esta etapa, gracias a todos.

GRACIAS TOTALES

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

Presidente Directorio
Fundación para la Seguridad del Paciente
CHILE

En Chillán, Chile, a 23 de Noviembre del 2020.-



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

ALIENTO DE VIDA

Dieron recepción al paciente en la emergencia, el cuadro clínico era claro Covid19, un paciente de dos años de edad daba sus últimos respiros. Un corte eléctrico agotó la esperanza de que sobreviviera el pequeño, pero mi querido colega era de esos que nunca nos rendimos. Cuando el niño dejó de respirar... Plutarco se olvidó de las precauciones y le comenzó a dar respiración boca a boca, Juancito como por milagro comenzó a respirar nuevamente, llegó la electricidad, se le colocó respirador artificial y sobrevivió. Su aliento revivió al niño, pero Plutarco tres semanas después no sobrevivió.

BREATH OF LIFE

They admitted the patient into the emergency room. It was a clear clinical picture of Covid19. A two-year-old patient was giving his last breaths. An electrical power outage drained the little one's hope for survival, but my dear colleague was no one to quit. When the child stopped breathing... Plutarco forgot all precautions and started giving mouth-to-mouth, and like a miracle, little Johnny began breathing again. The power came back, he was connected to the respirator and survived. His breath saved the boy, but three weeks later, Plutarco didn't make it.

Rufinito



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

MI PRIMER VIAJE AL ESPACIO

Primer día en el espacio y no estoy seguro si las personas que viajan junto a mí sonríen o no, al menos yo, si lo hago. A veces pienso que tienen miedo y ansiedad, de no saber si algún día volverán a pisar la tierra, abrazar a sus familias y verlos al rostro, de ser así los entiendo, pero también entiendo que esta es la única forma que podemos estar seguros acá. Nadie sabe cuánto tiempo durará esta misión y nuestro mayor desafío consistirá en transmitir con la voz y señas lo que antes el corazón podía transmitir con sonrisas.

MY FIRST TRIP TO SPACE

First day in space and I'm not sure if the people traveling with me are smiling or not. At least I am. Sometimes I think they are scared and anxious, not knowing if they'll get back to Earth some day, hug their families, and see their faces. If that is the case, I understand them. But I also understand that this is the only way in which we can be safe here. No one knows how long this mission will last, and our greatest challenge will be to transmit with our voice and hand signs what the heart could transmit with smiles.

Astronauta



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

OJOS EN PANDEMIA

Los ojos no mienten. Y veo muchos de ellos por estos días. Más allá de la calidad de sus mascarillas o de su cantidad de EPPs, los veo amables, asustados, irritables y a ratos, esperanzados. Gigantes cuando suena la alarma del REA, aliviados cuando se enteran de un alta, pequeños con los cambios de turno, sencillos organizándose para almorzar en el casino.

No veo muchos gestos ni maquillajes, pero veo cansancio acumulado y nobles intenciones.

Y vuelvo a recordar... Los ojos no mienten.

Y seguiré viendo muchos de ellos, los días que están por venir. Aprenderemos a sonreír con ellos.

EYES IN PANDEMIC

Eyes don't lie, and I see lots of them these days.

Beyond the quality of their facemasks or the amount of Personal Protection Equipment, I see them. Nice, scared, irritable, and sometimes, hopeful.

BIG, when the respirator alarm goes off, relieved when they hear of a discharge. Small, with the shift changes.

Simple, when organizing to have lunch in the cafeteria.

I don't see many gestures or makeup, but I see the accumulated tiredness and their noble intentions.

And I remember again: Eyes don't lie.

I'll see lots of them in the coming days.

We will learn to smile with them.

Fj, un susurro en la madre del viento



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

EL BICHO

Mi mamá me llevó al CESFAM a sacar una muela.. tenía tanto miedo... pero me dolía mucho ... Entramos por la puerta lateral y nos sentamos en la sala de espera del sector Naranja... Ahí vi al Bicho ... tratando de meterse en las narices y los ojos ... De repente saltó hasta mi bolsillo y entonces vino esa doctora bacana con traje de astronauta y manos azules y lo mató con unas aguas especiales y me dijo que me lavara las manos . Después me sacó la muela mala. Soy el Bayron; de Alto Hospicio. Cuando grande voy a ser dentista.

THE BUG

My mother took me to the CESFAM to get a tooth removed... I was so scared... but it really hurt...

We got in through the side door and sat down in the Orange sector's waiting room. There I saw The Bug, trying to get inside noses and eyes. Suddenly, it jumped to my pocket and then came a cool looking doctor with an astronaut suit and blue hands, and killed it with some special water and told me to wash my hands. Then, she pulled out my bad tooth. I'm Byron, from Alto Hospicio. When I grow up I'm going to be a dentist.

Luna de Hospicio



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

PROMESA AL GUSANO

¿Y usted por qué quiere venir? ¡Estamos en cuarentena! Podría contagiarse y morirse fueron las palabras que le dije a un anciano de 76 años que en cuarentena nos pedía atención con su oftalmólogo para controlar su tratamiento de glaucoma enfermedad que podría dejarlo ciego, a lo que respondió: porque vivo sólo con mi mujer, no tenemos hijos y si yo no veo no trabajo, no como, no la puedo cuidar y porque en lo poco que me queda de vida un virus no se llevará mis ojos, esos solo se los comerán los gusanos ¡Se los prometí primero jajaja!.

A PROMISE TO THE WORM

“Why do you want to come? We are in quarantine! You could get it and die” those were the words I said to a 76-year-old man asking for a consultation with his ophthalmologist to check on his glaucoma, which could blind him.

He answered: “I live alone with my wife, we have no kids. If I can’t see, I can’t work, i can’t eat, I can’t take care of her, and what little is left of my life won’t be taken by this virus. It won’t take my eyes! only the worms can have them, I promised them! hahaha”.

Graciela



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

A UN SUSPIRO DE LA VIDA

Tomé su mano y en mi cabeza giraban tantas emociones. Sus ojos cerrados, el sonido del respirador decía que no daba tregua para que se rindiera, mi pensamiento repetía “vive”. Su cuerpo frágil daba la pelea. Las paredes blancas del cuarto hacían triste y grisáceo el amanecer, mi mano aun lo conectaba, al hilo invisible que lo unía a la vida. Las lágrimas pugnaban por salir y nublaban mi protector facial, su respiración era agitada. Covid, desconocido y temido ¿Por qué no te amaste? Distancia social, lavado de manos, uso de mascarilla. Repentinamente el monitor dio la alarma...

A BREATH OF LIFE

I took his hand while emotions filled my head. His eyes closed, the sound of the respirator said that there was no truce to surrender to. My thoughts repeated “live”.

His frail body kept fighting. The room’s white walls made the sunrise look gray and sad. My hand still connected him to the invisible thread of life.

Tears were fighting to come out of my eyes and clouded my face shield. His breathing was rough.

Covid, unknown and feared.

Why didn’t you care for yourself? Social distancing, hand washing, using a mask.

Suddenly, the monitor’s alarm went off...

Newen Antü



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

ACOMPañAR SIEMPRE

9.07hs “Dra. papá se fué”. Suspiro. Recorro los mil mensajes de estos meses.

20/03 “Hola, soy la médica de la salita, quería saber cómo está Heriberto y contarles cómo cuidarse de este virus nuevo”. Un mensaje por la medicación. Otro porque le pica el ojo. Otros para que vayamos a su casa a vacunarlo. 12/05: “Dra, papá tiene tos y fiebre”. 89 años. “Vengan ahora”.

9.09hs “Te llamo”. Llanto que entrecorta la respiración. Lentamente aparece una voz que recuerda las últimas vacaciones, ella sosteniéndolo mientras caminan en la arena. Yo acá sosteniendo el teléfono.

WITH ME FOREVER

9:07 am - “Dr., dad’s gone”. I take a deep breath. I go through the thousands of messages from these months.

03/20 - “Hello, I’m the doctor from the waiting room. I wanted to know how Heriberto is and let you know how to take care from this new virus”.

A message about his medication. Another one about an itch in his eye. Others telling us to go to his house to give him shots.

05/12 - “Dr., my dad has a cough and a fever” He was 89. “COME NOW”.

09:09 am - “I’ll call you”

A cry that cuts your breath. A voice slowly appears and makes me remember our last holidays. She holds him while walking on the sand. Me, here, holding the phone.

Rupi



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

ALMAS MIGRATORIAS

Ingreso a turno. Como de costumbre, la unidad de emergencias es un centro de almas migratorias. ¿Y don Miguel? De interconsulta a San Pedro... ¿Rosita? Ya en los Ángeles... ¿Javier? Retornó hoy intubado, agotado de su odisea. Hora de los test migratorios. Infinitos motivos con una sensación de miedo, incertidumbre y arrepentimiento. Llega una hija con su madre a medio caminar, su tácita voz apenas aflora con los sórdidos respiros para contar lo ocurrido... “Es que no quería estar solita en mi cumpleaños”. Al día siguiente, supe que madre e hija viajaron a la UCI sin ticket de regreso...

MIGRATORY SOULS

I check in to my shift. As always, the emergency room is a center for migratory souls .

Where is Mr Michael? in a consultation in San Pedro...

Rosita? already in Los Angeles.

Javier? He got back intubated today, tired from his odyssey.

Time for migratory tests. Infinite reasons with a fearful feeling, uncertainty and regret. A daughter arrives with her mother barely walking, her tacit voice barely emerges with the sordid breaths to tell what has happened...

“it’s just that she didn’t want to be alone on her birthday”.

The next day, I heard that both mother and daughter took a one way ticket to the intensive care unit.

Guepetto



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

CÓDIGO ROJO

Debíamos correr para atender adultos en la UCI pediátrica del tercer piso; poco personal, nuevas patologías, nuevos tamaños y el riesgo vital nos hacía estar en máxima alerta las veinticuatro horas del turno. Ese día, entre insulinas y sedación, escuché el ruido que antecede a un terremoto, pero el movimiento no llegó, sólo aparecieron las caras de horror de mis compañeras al ver unos pies colgando por la ventana, luego el segundo ruido: seco, profundo, macabro.

“Código rojo paciente adulto sótano” salió por los altavoces. No quiero estar acá dijo mi compañera con los ojos llorosos. No nos pudimos abrazar.

CODE RED

We had to run to care for the adults in the pediatric Intensive Care Unit on the third floor. Under staffed, new pathologies, new sizes, and the life risk had us on our toes during our 24 hour shift. That day, between insulin and sedation, I heard the noise before an earthquake, but the shake never came. Only some horror on my colleagues' faces when they saw feet hanging out the window. Then a second noise. Dry, deep, macabre noise.

“Code red, adult patient, basement” - out the speakers. I don't want to be here - said my mate with teary eyes. We couldn't hold each other

La cortés



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

COMPAÑÍA

Despertó de súbito, abrió los ojos y se sentó en la cama. Tenía 92 años, estaba aislada en sala “covid”. Hace dos días que estaba no siendo, inconsciente. Ahora, allí sentada, serena me miraba cada vez más sonriente, “¡Qué bueno que llegaste temprano mijita! ¿me trajo el pan para el té? “.

No supe que decir, solo sonreí. Su cara se ilumino cuando me decía lo mucho que me quería. ¿No sé quién fui? su hija, su nieta quizás ... Murió en la madrugada. Me alegró saber que se supo acompañada.

COMPANY

She woke up all of a sudden, opened her eyes and sat on her bed. She was 92 years old and isolated in the “Covid room”. For two days she was there, not being, unconscious. Now, she’s sitting there, looking at me serene, ever smiling. “Good thing that you are early my dear. Did you get me some bread for my tea?”

I didn’t know what to say, so I just smiled. Her face lit up as she told me how much she loved me. I don’t know who she thought I was. Her daughter, granddaughter, maybe?...

She died at dawn. I was glad to know that she knew she was accompanied.

Sylvia Thompson



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

DISTANCIAS

Lunes por la mañana, la sala de espera del consultorio sigue llena. Los médicos, las enfermeras, todos avanzan rápido, el tiempo apremia, y el virus no cede. Al final del pasillo veo una oficina diferente, solo hay un escritorio y una silla. Una señorita muy amable pregunta uno a uno cómo nos sentimos, hace 5 meses que no sé qué responder, pero mis ojos comienzan a llenarse de lágrimas, mi corazón se expande, mis manos comienzan a sudar. Ella toca mi hombro con su mano envuelta en plástico, y yo lloro como un niño, los abrazos aún no están permitidos.

DISTANCES

Monday morning, the waiting room in the doctor's office is still full. The doctors, nurses... everyone is moving fast. Time is pressing and the virus does not yield. At the end of the hallway I see an office different to the others. There is only a desk and a chair. A kind lady asked us, one by one, how we are feeling. I haven't been able to answer for 5 months but my eyes begin to fill up with tears. My heart swells, my hands sweat. She touches my shoulder with her hand covered in plastic and I cry like a child. Hugs are still not allowed.

Maga



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

EL DÍA

Hoy no es un turno cualquiera. Hoy es el día que todos esperábamos que no llegara. Francisco, lo siento, pero es momento, es hora de dejarte partir. Aunque tú no sepas quien soy, te tomé cariño y quería que salieras adelante, pero no se pudo.

Dejarte respirar sin el apoyo del ventilador es lo más difícil que he hecho.

Hoy te entrego en una bolsa a Sandra, tu señora. Con profundo dolor, solo pude darles 10 minutos para despedir toda una vida juntos, fue breve, pero sé que cada segundo lo llevará guardado en su corazón.

THE DAY

Today is not just another shift. Today is the day we were all hoping didn't come. Francisco, I'm sorry, it's time. Time to let you go. Even though you don't know who I am, I grew fond of you and I wanted you to get out of this, but it wasn't the case.

Letting you breathe without a respirator is the hardest thing I've ever done.

Today, I handed you over to your wife, Sandra, in a bag. It was painful, but I only could give you 10 minutes to say goodbye to a life together. It was brief, but I know that she will keep every second in her heart.

Flecha Negra



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

EL REFLEJO DE TUS OJOS

-¿Cómo, no van a pasar a tomar cafecito si hace tanto frío?-

-Se lo agradezco, pero no podemos, por eso la muestra se toma en la entrada de su casa, para cuidarla a usted también, ya que venimos de otros lados y no queremos contagiarla-

-iBuuu mis niños! hice pancito para esperarlos...

iy compré mantequilla!- dice con gesto dulce y cómplice, como si nos conociera.

Fue ahí.

Mis ojos se iluminaron al reflejo de sus ojos achinados y bondadosos, llenos de riqueza, a pesar de su pobreza. Y te vi, mire al cielo y te sentí...

... Ella, eras tú.

THE REFLECTION OF YOUR EYES

- What? You are not having a cup of coffee? but it is so cold.

- I appreciate it but we can't. That is why the sample is taken at your house door, to protect you too. We go many places and we don't want to infect you-

- Oh, my child. I baked bread for you... and bought butter! - She said with a sweet gesture as if she knew us.

It was there. My eyes lit up with the reflection of her almond, kind eyes. Filled with riches despite her poverty.

And I saw YOU. I looked to the skies and felt you...

She was YOU.

Trival



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

EN LA TRINCHERA

“Mamá ¿recuerdas que solías contarme historias de guerreros antes de dormir? Bueno me transformé en uno! Aquí estoy con el batallón. Vestimos armaduras desechables: pechera, guantes, escudo facial, antiparras y mascarilla -y sé que sonaré infantil-, pero uso mi mascarilla creyéndome un ninja. En mi mano cargo el tan temido hisopo, lo he usado sin miedo.

Han sido meses agotadores. No sé cuándo volveré a casa, porque queda mucho por cuidar. Si no regreso, cuéntales esta historia a mis sobrinos. Que sepan que desde la trinchera que sea, también podrán ser guerreros. Te amo.”

IN THE TRENCHES

“Mom, do you remember those stories about warriors you used to tell me before going to bed? well, I became one! Here I am with the battalion. We wear disposable armor. Apron, gloves, face shield, goggles and masks. I know it will sound childish but I wear my mask feeling like a ninja. In my hand I carry the feared cotton swab, and I’ve used it without fear.

It’s been some tiring months. I don’t know when I’ll come back home, because there is still much to take care for. If I don’t come back, tell my story to my nephews. Let them know that from any trench, they too can become warriors. I love you”.

Guerrero



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

INVERSIÓN DE ROLES

Me falta el aire, pero me piden que no me saque la mascarilla. Me siento solo, pero mi familia tiene que esperar fuera de la emergencia. Siento frío, pero tuve que lavarme las manos. Me siento enfermo, y veo a los médicos y enfermeras correteando, algunos parecen reconocermme de reojo, sorprenderse, como yo mismo. ¿Habría sido que me saqué la mascarilla en el momento inapropiado? ¿O que estuve muy cerca de mis pacientes? ¿O tal vez que no me lavé las manos lo suficiente? Ahora soy paciente y tengo miedo.

ROLE REVERSAL

I'm short of breath, but they ask me not to take off my mask. I feel lonely, but my family has to wait outside of the emergency room. I feel cold, but I had to wash my hands. I feel sick, and I see doctors and nurses running. Some, out of the corner of the eye, seem to recognize me. They get surprised, just like myself. Maybe I took off my mask at the wrong time? Maybe I got too close to my patients? Or, maybe I didn't wash my hands enough?
Now I'm a patient, and I'm scared.

Berenhp



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

LA FLAUTISTA

Se escucha una melodía en la cúpula, todo resuena... un gorrión quizás, ¿un zorzal o un tordo perdido?... es la flauta de Carmen, 76 años; inicialmente todos la escuchaban, desde que llegó la pandemia corren, rápidos, presurosos y nadie oye. Los días se suceden unos iguales a otros, Carmen toca y toca, en ello se le va la vida. Un día cualquiera abre los ojos, escucha, siente y cual metrónomo, concibe el tiempo inexorable de la máquina que marca su ventilación, la boca abierta, los ojos al cielo, marcan su último compás.

THE FLUTE-PLAYER

A tune is heard in the dome. everything resonates... a sparrow maybe? a fieldfare or a lost cowbird?... It's Carmen's flute. She's 76. In the beginning, everyone listened. Ever since the pandemic, everyone is running, fast, hasty, and no one listens. The days go by one after the other. Carmen keeps playing and her life passes by.

One day she opens her eyes, listens, feels, and like a metronome, she conceives the inexorable time of the machine that marks her ventilation. Her open mouth, her eyes to the sky, mark her last beat.

MomCa



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

MI AMIGO EL FLACO

Me veo obligada a hablar del flaco.

Para que el universo no desvanezca su existencia.

Cuando aún estaba consciente. Mencionaba con la mirada perdida en algún punto de la sala lo deliciosa que eran las tortas que le preparaba su madre, y lo inmensas que eran las fiestas en su casa cuando chico. En la ficha médica aparecía como NN en situación de calle. Para mí era el flaco de las anécdotas.

Un día cuando llegué al turno, su cama estaba vacía. El Covid había empeorado.

Cuando pregunté por él, nadie sabía quién era. Al final, solo yo lo conocía.

MY FRIEND SKINNY

I'm forced to talk about Skinny.

So that the universe does not vanish his existence.

When he was still conscious, he told me with his gaze lost at some point in the room how delicious the cakes his mother prepared for him were and how huge the parties in his house were when he was a child. He appeared as a homeless John Doe in his medical record. To me, he was Skinny from the anecdotes.

One day, when I got to my shift, I saw his bed empty. The Covid had worsened.

When I asked about him, no one knew who he was. At the end, only I knew him.

Gregorio Walser



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

PICARA-PICARONA

La señora María vive en una casita austera. Para entrar, primero, el equipo de salud debe saludar a la “Abby”, su perra, quien es su única compañía la mayor parte del día. - Abby - grita la señora María, mientras la perrita intenta romper la pechera que llevo puesta, juguetona. Hoy es la última sesión de Rehabilitación Pulmonar señora María - pucha, yo que me encariñé tanto - responde la señora María.

Si nos echa de menos nos puede llamar - le decimos nosotros. ¿Ahora puedo ir a comprar al frente? - puede, señora María. - Puedo usar Tinder?, se ríe, picarona.

SASSY-NAUGHTY GIRL

Ms Mary lives in a little austere house. To enter, first, the health team must greet “Abby”, her dog, who is her only company for most of the day.

Abby! - Yelled ms Mary, while the dog tried to rip the apron I’m wearing, playful thing.

Today is ms Mary’s last pulmonary rehabilitation session

Darn, I’ve gotten so attached - said ms Mary.

If you miss us you can call - we say.

“Now can I go buy something across the street?”

“You may, ms Mary”

“Can I use Tinder?” - she laughs, naughty girl.

Paloma Lillo



*“Yo, el COVID y
la Seguridad del Paciente
en 100 palabras”*

UNA CRUEL JUSTICIA (O QUEBRAR UN ACUARIO)

Llegaban al hospital como siempre. La resignación variaba en sus miradas, pero detrás de sus gestos anidaba la misma sombra, la sospecha de que el destino estaba cuajado. Yo les prodigaba migajas de empatía, procedimientos quirúrgicos y protocolos. La palabra paciente todavía se imponía como una barrera transparente, como el cristal de un acuario hermético. Ellos allá, encapsulados en sus agonías traslúcidas; afuera, nosotros, uniformados de soberbia y delantales, individuos de otra especie. El coronavirus dinamitó esa barrera absurda y el falso cristal estalló en mil pedazos. Y muchos médicos padecimos, por primera vez, el mundo con ojos de enfermo.

A CRUEL JUSTICE (OR BREAKING A FISH TANK)

They arrived at the hospital as usual. With resignation in their eyes, but behind their gestures nested the great shadow. The suspicion that their destiny was set. I lavished them crumbs of empathy, surgical procedures and protocols. The word “patient” still rose like an invisible barrier, like the crystal of an airtight fish tank.

They were there, encapsulated in their translucent agony. We were out here, in a uniform of pride, as if from another species.

Coronavirus blew that absurd barrier away and the false crystal shattered into a thousand pieces. And for the first time, many doctors suffered and saw the world from the eyes of a sick person.

Naranja



ENTREVISTAS

10 PREGUNTAS PARA PETER



Peter Lachmann

CEO ISQua
The International Society for Quality in
Health Care

plachman@isqua.org

1.

Who is Peter Lachman? What can you say about Peter?

I was born in South Africa though have lived in London for the past 26 years. I have a strong belief in the need for healthcare professionals to have a moral compass and a sense of justice in all that they do. I like to watch sport – rugby and cricket as well as football. I love music and have quite an eclectic taste, from opera and classical to blues and rock. Theatre is a passion and that is a place to be immersed in another world. Before the pandemic, the theatre was where I obtained relaxation.

Nací en Sudáfrica, pero he vivido en Londres por los últimos 26 años. Tengo una fuerte creencia en la necesidad de que los profesionales de la salud tengan una brújula moral y un sentido de justicia en todo lo que hacen. Me gusta ver deportes: rugby, críquet y también fútbol. Me gusta la música y tengo un gusto ecléctico, desde la ópera y música clásica al blues y rock. El teatro es una pasión para mí y es un lugar que te sumerge en otro mundo. Antes de la pandemia, el teatro era donde encontraba mi relajación.

2.

From your point of view, what is Patient Safety? What does it mean?

The concept of patient safety is a little outdated. I think we should talk about people safety, because a patient is a person and when they get the label patient the problems start, due to the power imbalance and the implied dependency. Safety can only happen if there is sha-

ring of power and the person receiving care and the person providing it can work together to coproduce safety. The design of the health-care system is not safety friendly, for though we will always have some harm, it needs to be minimized and proactively managed and prevented.

El concepto de seguridad del paciente es un poco anticuado. Creo que deberíamos hablar de seguridad de las personas, ya que el paciente es una persona y cuando se les da la etiqueta de paciente es cuando empiezan los problemas debido al desbalance de poder y la dependencia que implica. La seguridad solo puede ocurrir si hay una compartición del poder y la persona recibiendo el cuidado y la que lo provee pueden trabajar juntos para producir seguridad. El diseño del sistema de salud no es amigable con la seguridad, por esto siempre habrá algún daño que necesita ser minimizado y proactivamente manejado y prevenido.

.....

3.

Why Peter Lachman took on the challenge of leading ISQua?

I was a Paediatrician with a busy clinic for children with chronic complex conditions. I was also medical director for safety and quality at Great Ormond Street Children's Hospital, leading the hospital to become a trailblazer in patient safety. In addition, I led a national programme to decrease harm in hospitals across England. I was at a stage in my career where I wanted to share all that I knew that could make a real difference to the lives of many people. The ISQua role offered me that opportunity to do it on a global stage.



Yo era un pediatra con una clínica muy concurrida por niños con condiciones crónicas complejas. También era el director médico de seguridad y calidad en el Hospital de niños de Great Ormond Street, liderando el hospital a convertirse en un pionero de la seguridad del paciente. Adicionalmente, lideré un programa nacional para disminuir el daño en los hospitales a través de todo Inglaterra. Estaba en una etapa en mi carrera en que quería compartir todo lo que sabía que podría hacer una diferencia real en las vidas de muchas personas. ISQua me ofreció la oportunidad de poder hacerlo en un escenario global.

4.

What do you think your legacy will be for Latin America? Why will it be remembered??

When I came to ISQua the organization did not have a good footprint in the continent. I wanted to ensure we could transform ISQua and make it be truly international. Now we have two elected Board members from the region in Ezequiel García-Elorrio, Fabio Gastal and the Honorary Advisor for Person Centered Care, Isabela Castro from Brazil. The 2025 ISQua conference will be in Sao Paulo. I also worked to facilitate a trans-continental movement to improve safety, as I believe the solutions are within Latin America – you do not need to look to North America for solutions.

Cuando vine a ISQua, la organización no tenía una gran huella en el continente. Yo quería asegurar de que pudiéramos transformar ISQua y hacerla realmente internacional. Ahora tenemos dos miembros de la junta electos de la región, Ezequiel García-Elorrio, Fabio Gastal

y el Asesor Honorario para el Cuidado Enfocado en la Persona, Isabela Castro de Brasil. La conferencia de ISQua del 2025 será en Sao Paulo. También trabajé en facilitar un movimiento transcontinental para mejorar la seguridad, ya que creo que las soluciones están en Latino América. No necesitan mirar a Norte América por las soluciones.

5.

In Pandemic, do you think Patient Safety failed?

There are a number of reasons for the problems we have encountered. I think the first is the failure of politics, as the politicians worldwide did not understand their role. There was a lack of preparedness and understanding of what needed to be done. There have been pandemics in the past and in this case there was a failure to learn. Basic epidemiology and public health were forgotten. The authorities panicked. Where they did not – in Taiwan, South Korea and New Zealand, there were good outcomes. From the Patient Safety perspective, there was a failure to use the theories of patient safety, such as human factors and ergonomics to respond to the challenge.

Hay un número de razones para los problemas que hemos encontrado. Creo que el primero es la falla política, ya que los políticos del mundo no pudieron entender su rol. Hubo una falta de preparación y comprensión de lo que necesitaba hacerse. Ha habido otras pandemias en el pasado y en este caso hubo una falla en aprender. La epidemiología básica y la salud pública fueron olvidadas. Las autoridades entraron en pánico. Donde no lo hicieron:

Taiwán, Corea del Sur y Nueva Zelanda, hubo buenos resultados. Desde la perspectiva de la Seguridad del Paciente, hubo tanto fallas en la aplicación de las teorías de la seguridad del paciente, como los factores humanos y la ergonomía para responder al desafío.

.....

6.

Do you see any aspect of the organizational culture that is contrary to Patient Safety?

How we behave is a reflection of our culture. I believe that very few organizations in the healthcare industry understand what is that is required to be safe. I may sound pessimistic, but if we are to take safety seriously it would be our business focus in all that we do. However, there are only a handful of organizations worldwide that can say “safety is our business, and we also treat and cure people.” The pandemic has exposed us. Suddenly, there has been a failure to understand that patient safety is about people – providers who need to be protected and the people who receive care.

Como nos comportamos en un reflejo de nuestra cultura. Creo que muy pocas organizaciones en la industria de la salud que comprenden que es lo que se requiere para ser seguras. Podré sonar pesimista, pero si queremos poder tomar la seguridad seriamente será nuestro enfoque comercial en todo lo que hacemos. Sin embargo, hay un puñado de organizaciones a nivel mundial que pueden decir “La seguridad es nuestro negocio, y también tratamos y curamos personas”. La pandemia nos expuso. De repente, hay un problema en entender que la seguridad del paciente es acerca de la gente, los proveedores que necesitan

ser protegidos y la gente que recibe cuidados.

.....

7.

What tools do you propose to improve Patient Safety?

The first step is to start asking how we coproduce safety with healthcare workers and people receiving care. It must be a joint effort. We then can look at the theories than we know work – particularly human factors and resilience. So I would start with building psychological and physical safety, creating a learning organization and then see how we can apply human factors redesign in the way we work. I would work with clinical teams to allow them to learn how to apply theory to practice on a day to day basis. This will require rethinking of and change in the way that we educate and practice.

Lo primero es empezar a preguntar como podemos coproducir seguridad con los trabajadores de la salud y las personas recibiendo cuidados. Debe ser un esfuerzo en conjunto. Podremos entonces ver las teorías que sabemos que funcionan, particularmente el factor humano y la resiliencia. Yo empezaría construyendo seguridad física y psicológica, creando una organización de aprendizaje y luego ver como podemos aplicar los factores humanos para ir rediseñando la forma en que trabajamos. Yo trabajaría con los equipos clínicos para permitirles aprender cómo aplicar la teoría en la practica del día a día. Esto requerirá rediseñar la forma en que educamos y practicamos.

.....



8

Post pandemic, how would you define a Safety Culture?

For me, a safety culture places the safety of people at the forefront of all we do i.e. the people providing care (healthcare workers) and the people receiving care. That means it will not be a reactive culture to adverse events, but one that accepts that there always will be risks that need to be managed proactively. This requires a culture where people feel free to speak up and where there is a culture of constant learning and improving. Placing the person at the centre will be essential. We need to instill kindness in all that we do.

Para mí, una cultura de seguridad coloca la seguridad de las personas en el primer plano de todo lo que hacemos, es decir, las personas que proveen cuidados (trabajadores de la salud) y las personas que reciben cuidados. Esto significa que no será una cultura reactiva a eventos adversos, sino que aceptará que siempre habrá riesgos que necesitan ser manejados de manera proactiva. Esto requiere una cultura donde la gente se sienta libre de hablar y donde hay una cultura de aprendizaje y mejoramiento constante. Poner a la persona en el centro será esencial. Necesitamos inculcar la bondad en todo lo que hacemos.

9.

Your advice to younger professionals.

Young doctors come into the profession with idealism and a desire to do good, but our system often deflates them and soon they become disillusioned. So, the first message is to re-

tain the ideals and values of respect, kindness, partnership and holistic care. Remember that patients are people and one should always be kind. Then equip oneself with the knowledge to keep safe - human factors, resilience and reliability theories. Manage risk proactively and continually learn. Never be afraid to speak up.

Los jóvenes médicos llegan a la profesión con un idealismo y un deseo de hacer el bien, pero nuestro sistema generalmente los desanima y pronto se desilusionan. Así que, el primer mensaje es mantener los ideales y los valores de respeto, bondad, compañerismo y cuidado integral. Recordad que los pacientes son personas y uno siempre debería ser amable. Luego, equiparse con el conocimiento para mantenerse a salvo - factor humano, teorías de resiliencia y confiabilidad. Manejar los riesgos de manera proactiva y aprender continuamente. Nunca tener miedo de alzar la voz.

10.

Your advice to trainers.

Always remember the privilege of being given the responsibility to develop and teach the future generation. What you do and how you behave will make a difference to the younger generation as they navigate the complexity of learning. Be a mentor and coach allowing discovery and learning by the trainees. Understand the theories of person centred care, patient safety and quality, as well as those of clinical knowledge, so that trainees will have a holistic education. Finally, always continue to learn from your experience. I find I learn so much from the inquiring minds of the trainees.

Siempre recuerden el privilegio de tener la responsabilidad de desarrollar y enseñar a la generación futura. Lo que haces y como te comportas harán una diferencia en las generaciones más jóvenes mientras navegan en la complejidad del aprendizaje. Se un mentor y entrena permitiendo descubrimiento y aprendizaje por parte de los alumnos. Entiende las teorías del cuidado centrado en la persona, seguridad del paciente y calidad, también como el conocimiento clínico, para que los alumnos tengan una educación holística. Finalmente, continúa siempre aprendiendo de la experiencia. Creo que aprendo mucho de las mentes inquisitivas de los alumnos



DÍA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN FUSAT

Hospital Clínico FUSAT realizó una serie de actividades el pasado 17 de septiembre con motivo de esta conmemoración internacional, sumándose a la campaña impulsada por la OMS.

El Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente de Hospital Clínico FUSAT organizó varias iniciativas adhiriendo a la campaña promovida por la Organización Mundial de la Salud, que este año tiene por lema **“personal seguro, paciente seguro”**.

Como la fecha corresponde a la víspera de nuestras Fiestas Patrias, en los días previos se lanzó por segundo año consecutivo un concurso de payas relacionadas con esta temática. Con la participación de colaboradores de diversos servicios, el día jueves 17 de septiembre se realizó la premiación, resultando ganadoras las siguientes personas:



1ER LUGAR:

Angélica Gatica,

TENS de la Unidad de Cuidado Intensivo.

.....

2DO LUGAR:

María Hortensia Rocha

Enfermera también del equipo de la UCI

.....

3ER LUGAR

Dr. Samuel Barros

Anestesiólogo

Aquí la paya ganadora:

*TIQUI TIQUI TI
TIQUI TIQUI TA
SOY ANGIE GATA
DE UCI ADULTO FUSAT*

*EN UCI ADULTO FUSAT, AY SÍ
HAY UN TREMENDO EQUIPO
POR TODO EL PERSONAL
¡EL SOMBRERO YO ME QUITO!*

*EL SOMBRERO ME QUITO, AY SÍ
POR TODOS MIS PACIENTES
LOS QUE SE HAN RECUPERADO
DESPUÉS DE DÍAS INCONSCIENTES*

*TIQUI TIQUI TI
TIQUI TIQUI TA
CUIDAMOS A NUESTROS PACIENTES
CON ATENCIÓN DE CALIDAD*

*DE CALIDAD, AY SÍ
TENEMOS VARIOS INTUBADOS
OTROS TANTOS ESTÁN PRONADOS
¡PERO GANAN LOS RECUPERADOS!*



En esta oportunidad, se realizó adicionalmente un concurso audiovisual con la finalidad de representar la seguridad del paciente en FUSAT, cuyo equipo ganador fue la Unidad GES.

Para finalizar la jornada, al anochecer, la fachada del Hospital fue iluminada de color naranja en señal de respeto y gratitud hacia los profesionales de la salud, haciendo eco desde Rancagua al llamado efectuado a nivel global, tal como sucedió en distintas ciudades del mundo.



Todos estos hitos fueron compartidos con la comunidad a través de las redes sociales de la institución, obteniendo una muy buena acogida entre el público y aportando al objetivo de crear conciencia en esta materia.



Fundación
para la Seguridad del Paciente
www.fspchile.org



Partners with Patient Safety Movement Foundation



CURSO

PROGRAMA DE APOYO A SEGUNDAS VICTIMAS

60 HORAS
CRONOLÓGICAS

100 %
ON LINE

VALOR \$ 80.000 - USD 100



REVISTA DE REVISTAS

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

Colocamos en vuestras manos publicaciones del ultimo tiempo.

Se presenta la traducción de casi todo el texto publicado en la revista de origen.

Dr. Hugo Guajardo Guzmán
Editor Revista Chilena de
Seguridad del Paciente

revista@fspchile.org

IMPACT OF TEAMWORK AND COMMUNICATION TRAINING INTERVENTIONS ON SAFETY CULTURE AND PATIENT SAFETY IN EMERGENCY DEPARTMENTS: A SYSTEMATIC REVIEW

Alsabri, Mohamed MD et cols.

From the Department of *Emergency Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Center, Teaching Hospital of Harvard Medical School, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts

Journal of Patient Safety: [September 7, 2020](#)
[- Volume Publish Ahead of Print - Issue -](#)

Resumen

El objetivo de este estudio fue resumir la literatura que informa sobre el efecto de las intervenciones de capacitación en el trabajo en equipo y comunicación sobre la cultura y la seguridad del paciente en los entornos de los departamentos de emergencias.

Resultados

Se incluyeron dieciséis estudios de 8700 publicaciones examinadas. Las intervenciones de formación con mayor impacto fueron las estrategias y herramientas de equipo para mejorar el rendimiento y la seguridad del paciente (TeamSTEPPS) y la formación basada en la gestión de recursos de crisis (CRM). En la mayoría de los estudios se utilizó la gestión de recursos de crisis y el programa de formación basado en la CRM del TeamSTEPPS. Para evaluar el impacto de esas intervenciones se utilizaron múltiples instrumentos, entre ellos el modelo de evaluación Kirkpatrick, la encuesta sobre la cultura de seguridad del paciente del Agency for Healthcare Research and Quality

Hospital, el cuestionario sobre las actitudes de trabajo en equipo del TeamSTEPPS, el cuestionario sobre las actitudes de seguridad y la evaluación de las aptitudes de comunicación y trabajo en equipo. En todos los estudios se encontraron mejoras en uno de los ámbitos de la cultura de la seguridad y otros ámbitos conexos.

Conclusiones

En general, el trabajo en equipo y las intervenciones de capacitación en comunicación mejoran la cultura de seguridad en los entornos de los servicios de urgencias y pueden afectar positivamente al resultado de los pacientes. Se puede considerar que la implementación de programas de cultura de seguridad reduce la incidencia de errores médicos y eventos adversos.

Nota del Editor

La evaluación de la Cultura de Seguridad propuesta por AHRQ y el programa de TeamSTEPPS, a la luz de la experiencia, siguen siendo una muy buena herramientas en Seguridad del Paciente que permiten conocer y mejorar el estado actual de la Seguridad del Paciente en la organización.



CHARACTERISING THE TYPES OF PAEDIATRIC ADVERSE EVENTS DETECTED BY THE GLOBAL TRIGGER TOOL - CARETRACK KIDS

Peter D Hibbert, William B Runciman, Andrew Carson-Stevens

Australian Institute of Health Innovation, Macquarie University, New South Wales, Australia

First Published November 1, 2020

<https://doi.org/10.1177/2516043520969329>

Un método común para aprender sobre los eventos adversos es revisar los registros médicos utilizando la herramienta de activación global. Sin embargo, estos estudios generalmente informan sobre las tasas de daño. El objetivo de este estudio es caracterizar los EA pediátricos detectados por el GTT utilizando enfoques descriptivos y cualitativos.

Métodos

Los registros médicos de los niños de 0 a 15 años fueron revisados para detectar la presencia de daños usando el GTT. Se tomaron muestras de los registros de 2012-2013 de pacientes hospitalizados, departamentos de emergencia, consultorios de medicina general y consultorios pediátricos especializados en tres estados australianos. Las enfermeras realizaron una revisión de cada registro y si se sospechaba un EA, un médico realizaba una revisión de verificación de un resumen creado por la enfermera. Se realizó un análisis cualitativo del contenido del resumen de los EA verificados.

Resultados

Se detectaron 232 EA de 6.689 registros revisados. Más de cuatro quintas partes de los EA resultaron en daños menores al paciente. Casi la mitad se relacionaron con medicación/líquidos intravenosos. De éstos, el 83% fueron reacciones adversas a los medicamentos. Los problemas con los dispositivos/equipos médicos fueron los siguientes más frecuentes, con casi dos tercios de ellos relacionados con dispositivos intravenosos. Los problemas relacionados con procesos/procedimientos clínicos comprenden uno de cada seis EA, de los cuales los problemas de diagnóstico y las complicaciones de los procedimientos fueron los más frecuentes.

Conclusión

Las reacciones adversas a los medicamentos y los problemas con las vías intravenosas se identifican frecuentemente como EA que reflejan su uso común en pediatría. El enfoque cualitativo adoptado en este estudio permitió caracterizar los tipos de EA, lo que es un requisito previo para desarrollar y priorizar las mejoras en la práctica.

Nota del Editor

La Herramienta Triggers Tools de IHI - USA, es una herramienta poderosa para la búsqueda de eventos adversos. En este estudio identificó 3,4% de EA en el área pediátrica. Esta metodología es un buen aporte de IHI en la generación de herramientas en Calidad y Seguridad del Paciente.

A REVIEW OF ADVERSE EVENT REPORTS FROM EMERGENCY DEPARTMENTS IN THE VETERANS HEALTH ADMINISTRATION

Gill, Sonia MPH*,†; Mills, Peter D. PhD, MS‡; Watts, Bradley V. MD, MPH†,‡; Paull, Douglas E. MD, MSS; Tomolo, Anne MD, MPH¶

From the *Veterans Affairs National Center for Patient Safety, Durham, North Carolina

[Journal of Patient Safety: February 21, 2020](#)

- Volume Publish Ahead of Print - Issue - doi: 10.1097 / PTS.0000000000000636

Los trabajos de evaluación de la frecuencia de los eventos adversos en la medicina de emergencia han sido limitados. El departamento de emergencias (ED) proporciona un punto de atención inicial para millones de pacientes. Dado el volumen de encuentros con los pacientes y la complejidad de las condiciones médicas tratadas, es necesario determinar los problemas basados en el sistema y los factores contribuyentes asociados que afectan a la seguridad de los pacientes.

Objetivos

El objetivo de este estudio retrospectivo era utilizar los informes de análisis de las causas de los eventos adversos que ocurrían en los servicios de urgencias de la Administración de Salud de los Veteranos para comprender la gama de eventos que estaban ocurriendo y determinar las causas primarias de estos eventos, así como las acciones para prevenirlos.

Métodos

Los informes retrospectivos de seguridad de

los servicios de urgencias de los centros médicos de la Administración de Salud de los Veteranos de todo el país durante un período de 2 años (2015-2016) se codificaron por tipo de evento, causa principal y acciones recomendadas.

Resultados

Se incluyeron ciento cuarenta y cuatro casos para su análisis. Los eventos adversos más comunes fueron los siguientes: retrasos en la atención, fugas, intentos de suicidio y muertes por suicidio, altas inadecuadas y errores en el seguimiento de los procedimientos. En general, las categorías de causas fundamentales más comunes que conducen a eventos adversos fueron los déficits de conocimiento/educación, las políticas/procedimientos que necesitan mejoras y la falta de políticas/procedimientos estandarizados.

Debate

Los informes de análisis de causa raíz son una herramienta útil para determinar los factores primarios basados en los sistemas de los eventos adversos comunes en la DE. Las recomendaciones hechas en este artículo para abordar estas causas raíz y mejorar potencialmente estos eventos serán útiles para los DE y los sistemas de salud relacionados.

Nota del Editor

La utilización de ACR y sus resultados sigue siendo un elemento fundamental para la toma de decisiones y de realizar mejoras en los procesos de calidad y seguridad en salud. Es interesante como surgen eventos adversos que no siempre son evidentes y se observan causas comunes, aquellas que se presentan como factores predisponentes.



CROSS-CULTURAL ADAPTATION AND PSYCHOMETRIC EVALUATION OF A SECOND VICTIM EXPERIENCE AND SUPPORT TOOL (SVEST)

Brunelli, Maria Victoria RN, BN, MSc; Estrada, Silvina RN, BN, MSc; Celano, Constanza RN, BN, MSc

From the School of Nursing, Austral University, Buenos Aires, Argentina.

Journal of Patient Safety: May 3, 2018 - Volume Publish Ahead of Print - Issue - doi: 10.1097 / PTS.0000000000000497

La segunda víctima se define como los profesionales de la salud que cometen un error y quedan traumatizados por el evento manifestando reacciones psicológicas, cognitivas y/o físicas que tienen un impacto negativo personal.

El SVEST (Second Victim Experience and Support Tool) es una encuesta desarrollada y validada en los Estados Unidos, que describe la experiencia de las segundas víctimas.

El objetivo de este estudio fue realizar la adaptación transcultural del instrumento y evaluar las características psicométricas en el contexto sociocultural y profesional de la Argentina.

Materiales y métodos

Se realizó la traducción inversa del instrumento, que fue aprobada por los autores. La encuesta consta de 29 preguntas divididas en 9 dimensiones que corresponden a la tensión psicológica, la tensión física, el apoyo de los colegas, el apoyo de los supervisores, el apoyo institucional, el apoyo no relacionado con el trabajo, la evaluación de la eficacia profe-

sional, la intención de cambio y el ausentismo. Posteriormente, la encuesta se realizó a profesionales de enfermería que habían cometido un error en la medicación. La prueba de fiabilidad se hizo para la consistencia interna y la validez a través de la validez de constructo usando el programa SPSS.

Resultados

La población estaba compuesta por 452 enfermeras con un promedio de 10 años de práctica.

El 82% de los que cometieron un error declararon que informaron del hecho una vez que éste ocurrió.

En nuestro análisis exploratorio, la encuesta no presentó dificultades de comprensión. La consistencia interna del instrumento fue adecuada en su evaluación general

Conclusión

La adaptación de SVEST es fiable para el uso de este instrumento en nuestro entorno para cuantificar el fenómeno y poder diseñar estrategias para reducir el impacto del error en la segunda víctima.

Nota del Editor

Esta encuesta de Burlison, muestra otra manera de evaluar a Segundas Víctimas, especialmente en siete dimensiones como la angustia psicológica, la angustia física, el apoyo de los colegas, el apoyo de los supervisores, el apoyo institucional, el apoyo no relacionado con el trabajo y la autoeficacia profesional. Interesante trabajo realizado en Hospital Austral de Buenos Aires - Argentina.

DEPLOYMENT OF A SECOND VICTIM PEER SUPPORT PROGRAM: A REPLICATION STUDY

Jenna Merandi, PharmD, MS, CPPS*; Nancy Liao, MD, FAAP†; Dorcas Lewe, RN, MS‡; Shelly Morvay, PharmD*; Barb Stewart, RN, BS‡; Charline Catt, RN, MS§; Susan D. Scott, PhD, RN, CPPS, FAAN

From the *Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; †The Ohio State University College of Medicine, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; ‡Quality Improvement Services, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; §Patient Care Services, Nationwide Children's Hospital, Columbus, Ohio; ¶University of Missouri Health Care, Columbia, Mo.

Pediatr Qual Saf 2017;2:e031;
doi: 10.1097/pq9.0000000000000031; Publicado en línea el 21 de junio de 2017.)

El fenómeno de la segunda víctima se produce cuando los proveedores de servicios de salud experimentan una importante angustia profesional (compasión, insatisfacción, agotamiento, estrés traumático secundario) y la angustia psicológica (vergüenza, ansiedad y depresión) como resultado de errores médicos o resultados adversos para los pacientes. Pocos hospitales tienen sistemas institucionales para ayudar a los empleados a través de el proceso de recuperación.

Métodos:

En el Nationwide Children's Hospital (NCH), un programa de apoyo de pares llamado "YOU Matter" fue ejecutado y difundido por todo el hospital. El programa emuló el marco y la estrategia de ejecución diseñada por la Universidad de Missouri El equipo "para ti" de Health Care (MUHC). Los elementos estratégicos de la estructura del programa fueron revisados y adaptados para NCH con despliegue y mejora

de todo el sistema para incluir la presentación de informes electrónicos de apoyo entre pares. En este artículo se resume la aplicación del programa, de la gestión y el sostenimiento en los últimos 2 años.

Resultados:

Siguiendo el modelo de la Universidad de Missouri para el cuidado de la salud, hemos desplegado con éxito un programa de segunda víctima en toda la institución. Desde el inicio en noviembre de 2013, hemos documentado 232 encuentros entre pares y 21 grupos. Las áreas clínicas de alto riesgo para la segunda victimización en el NCH incluían el departamento de emergencias (ED), unidad de cuidados intensivos pediátricos (PICU), unidad de cuidados intensivos cardioráxicos (CTICU) y departamento de farmacia. Las enfermeras registradas (RN) y las enfermeras prácticas licenciadas (LPN) han tenido el mayor número de encuentros que han necesitado el apoyo de la segunda víctima (32%).

El personal de apoyo informó de una mejora en el estado emocional y en las medidas de retorno al trabajo.

Conclusión

La cultura de una organización de la seguridad de los pacientes puede mejorarse asegurando la seguridad psicológica del personal. Programas como "Tú Importas" y el equipo "para ti" son elementos esenciales para mejorar la cultura general de seguridad y la calidad de la atención. La implementación de "YOU Matter" en el NCH valida el programa MUHC y demuestra su capacidad de generalizar a otras instituciones de atención de la salud.



COST-BENEFIT ANALYSIS OF A SUPPORT PROGRAM FOR NURSING STAFF

Dane Moran, MPH,*† Albert W. Wu, MD,*† Cheryl Connors, MS,‡ Meera R. Chappidi, MPH,*† Sushama K. Sreedhara, MBBS,† Jessica H. Selter, MD,* and William V. Padula, PhD†

From the *Johns Hopkins University School of Medicine; †Department of Health Policy and Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; and ‡Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland.

J Patient Saf • Volume 00, Number 00, Month 2017

Objetivos:

Un programa de apoyo de pares llamado Resistencia en eventos estresantes (RISE) fue diseñado para ayudar al personal del hospital a lidiar con el estrés relacionado con un evento adverso en el paciente. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto del programa RISE realizando una evaluación económica de su costo-beneficio.

Métodos:

Un modelo de Markov con un horizonte temporal de 1 año fue desarrollado para comparar el costo-beneficio con y sin el programa RISE de la perspectiva de un proveedor (hospital). El personal de enfermería que usó el programa RISE entre 2015 y 2016 en un hospital privado de 1000 camas en los Estados Unidos se incluyó en el análisis. El costo de ejecutar el programa RISE, la enfermera de rotación, y el tiempo libre de las enfermeras fueron modelados. Se obtuvieron datos sobre los costos de la revisión de la literatura y los datos del hospital. Las proba-

bilidades de dejar o tomar el tiempo libre con o sin el programa RISE se estimaron usando la encuesta datos. Beneficio monetario neto (NMB) e impacto presupuestario de tener el RISE fueron computados para determinar el costo-beneficio para el hospital.

Resultados:

Los resultados esperados del modelo del programa RISE encontraron un beneficio monetario neto un ahorro en beneficios de 22.576,05 dólares por cada enfermera que inició una llamada RISE.

Se determinó que estos ahorros eran del 99,9% de acuerdo con un análisis de sensibilidad probabilístico. El análisis del impacto del presupuesto reveló que un hospital podría ahorrar 1,81 millones de dólares cada año gracias al programa RISE.

Conclusiones:

El programa RISE resultó ser un ahorro sustancial de costes para el hospital. Los hospitales deben ser animados por estos hallazgos a implementar programas de apoyo de toda la institución para el personal médico, basados en una alta demanda de este tipo de servicio y el potencial ahorro de costes.

Nota del Editor

La valorización económica de los programas en Salud, no siempre se realizan. Sin embargo, este trabajo valoriza el esfuerzo organizacional realizado en un programa de mejoramiento de la calidad del entorno y condiciones de trabajo. RISE demuestra que las intervenciones para mitigar el daño en los colaboradores de la salud es un elemento más para seducir a quienes toman decisiones respecto a la necesidad de implementar iniciativas como esta.



¿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 Seguridad del Paciente, Calidad y Acreditación para Profesionales de Atención Primaria en Salud

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 relacionadas a la investigación en seres humanos.

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

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

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

Editor Revista Chilena de Seguridad del Paciente



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

www.fspchile.org

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

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

Cel: +56 9 94427435
+56 9 77651330

contacto@fspchile.org
www.fspchile.org