



REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

VOLUMEN 5 - NÚMERO 3 - AÑO 2022 - ISSN 2452-4468

EN ESTE NÚMERO:

ARTÍCULO DE REVISIÓN

CALIDAD O EXPERIENCIA EN SALUD: UNA DELIBERACIÓN NECESARIA

Dr. Jorge Oliva Te-Kloot

SEGURIDAD DEL PACIENTE A LA LUZ DE LA TELEMEDICINA

Klga. Valeria Elizama Vergara

ARTÍCULO DE REVISIÓN

LA COMUNICACIÓN AFECTIVA

Paola Martínez Osorio - Ingeniera Comercial Magister en Salud Pública

ENTREVISTAS

APIS: "LOS PACIENTES SON EL CENTRO DE NUESTRO TRABAJO"

Eduardo del Solar Cádiz

REVISTA DE REVISTAS

SEÑALANDO Y LLAMANDO AL CAMINO HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA INTRODUCCIÓN Y UN CASO DE USO INICIAL

REDUCCIÓN DE OBJETOS EXTRAÑOS RETENIDOS NO INTENCIONADOS EN LOS QUIRÓFANOS: UN MARCO PROACTIVO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS FARMACÉUTICOS CLÍNICO SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL MINISTERIO DE SALUD Y HOSPITALES DE POBLACIÓN EN EGIPTO

¿QUÉ EVENTOS DE SEGURIDAD SE INFORMAN PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA? ANÁLISIS DE INFORMES DE INCIDENTES DE UNA ORGANIZACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

MAYOR INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES AISLADOS EN COMPARACIÓN CON PACIENTES NO AISLADOS: UN ESTUDIO DE COHORTES

EVENTOS ADVERSOS EN HOGARES DE ANCIANOS ITALIANOS DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19: UNA ENCUESTA NACIONAL



REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL
Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ EDITORIAL
Dr. Hugo Guajardo Guzmán

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

PRESIDENTA CAPITULO TECNÓLOGOS MÉDICOS
TM Eglia Marisol Morales B.

PRESIDENTA CAPITULO QUÍMICOSFARMACÉUTICOS
QF Ximena Alarcón T.

PRESIDENTE CAPITULO DE KINESIOLOGOS
Kglo. Gonzalo Hormazabal R.

COORDINADORES PACIENTES POR SEGURIDAD DE
PACIENTES
Aurora Muñoz L.
Daniel Contreras A.

RESPONSABLE INTERNACIONAL EN LA UNION EUROPEA
Dr. Med. María Inés Cartes

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

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

REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

VOLUMEN 5

NÚMERO 3

AÑO 2022

ISSN 2452-4468





SUMARIO

EDITORIAL	PÁG.04
ARTÍCULO DE REVISIÓN	PÁG.06
CALIDAD O EXPERIENCIA EN SALUD: UNA DELIBERACIÓN NECESARIA Dr. Jorge Oliva Te-Kloot	
SEGURIDAD DEL PACIENTE A LA LUZ DE LA TELEMEDICINA	PÁG.13
Klag, Valeria Elizama Vergara	
ARTÍCULO DE REVISIÓN	PÁG.18
LA COMUNICACIÓN AFECTIVA Paola Martinez Osorio - Ingeniera Comercial Magister en Salud Pública	
ENTREVISTAS	PÁG.32
APIS: "LOS PACIENTES SON EL CENTRO DE NUESTRO TRABAJO" Eduardo del Solar Cádiz	
REVISTA DE REVISTAS	
SEÑALANDO Y LLAMANDO AL CAMINO HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA INTRODUCCIÓN Y UN CASO DE USO INICIAL	PÁG.37
REDUCCIÓN DE OBJETOS EXTRAÑOS RETENIDOS NO INTENCIONADOS EN LOS QUIRÓFANOS: UN MARCO PROACTIVO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	PÁG.38
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS FARMACÉUTICOS CLÍNICOS SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL MINISTERIO DE SALUD Y HOSPITALES DE POBLACIÓN DE EGIPTO	PÁG.39
¿QUÉ EVENTOS DE SEGURIDAD SE INFORMAN PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA? ANÁLISIS DE INFORMES DE INCIDENTES DE UNA ORGANIZACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	PÁG.40
MAYOR INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES AISLADOS EN COMPARACIÓN CON PACIENTES NO AISLADOS: UN ESTUDIO DE COHORTES	PÁG.41
EVENTOS ADVERSOS EN HOGARES DE ANCIANOS DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19: UNA ENCUESTA NACIONAL	PÁG.42



FUNDACIÓN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 5
ISSN 2452-4468

NÚMERO 3

AÑO 2022

EDITORIAL DICIEMBRE 2022

Estamos finalizando un mejor año.

Dejando lentamente atrás la Pandemia.

Con algunas actividades presenciales.

Desarrollamos lo planificado en educación online.

Retornamos a las clases y talleres en vivo, y lo más importante la interacción con las personas.

Como Fundación fuimos invitados a participar en diversas actividades científicas, lo cual nos permitió compartir la visión de Fundación para la Seguridad del Paciente en eventos Latinoamericanos, tales como: CEO Day en Sao Paulo y en la Semana de la Calidad en Salud 2022 - XVII Conferencia Nacional e Internacional de Calidad en Salud del Ministerio de Salud del Perú, y en Chile, Seminario Internacional GS1 Healthcare 2022, en la Asociación Chilena de Municipalidades en Salamanca, Hualañé y en el VX Congreso de APS - Construyendo una Salud Universal desde la Atención Primaria en la ciudad de Vicuña; y en el Congreso de los 50 años del Departamento de Ergonomía en la Universidad de Concepción.

El evento principal de la Fundación ha sido por 6 años consecutivos el Congreso de Seguridad del Paciente, el que se consolida y se transforma en uno de los más grandes de Latinoamérica. Más de 6500 inscritos el año 2022, con los precongresos de Enfermería y de Químicos Farmacéuticos, cada uno con más de 800 inscritos, en los cuales pudimos escuchar extraordinarias conferencias de expositores nacionales e internacionales las que se encuentran a vuestra disposición en nuestro Canal de YouTube.

Agradecemos a Facultad de Economía y Negocios de la Universidad de Chile, a Escuela Enfermería de la Universidad Diego Portales y a Escuela de Química y Farmacia de la Universidad Andrés Bello por su constante apoyo en estos eventos.

En otro ámbito, la Fundación estableció un compromiso de cooperación con la Red Latinoamericana de Ergonomía y Factores Humanos RELAESA, participando activamente de sus actividades.

Fundación para la Seguridad del Paciente fue parte activa, junto al Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile y a Sociedad Chilena de Farmacovigilancia, de la iniciativa del Comité de Farmacovigilancia de la Región de Ñuble, cuyo objetivo es mejorar la Notificación de Errores de Medicación y el Uso Seguro de Medicamentos; tema que este año 2022 fue el eje central del Día Internacional de la Seguridad del Paciente de la OMS.

Durante el año 2022 se dio cumplimiento a los 12 zoom, programados para los días 17 a las 7, con importantes exponentes, cuyos aportes y reflexiones están a vuestra disposición en el Canal de FSP de YouTube.

*El hito principal de este año fue el lanzamiento del libro **“Personalidades de la Seguridad del Paciente en Latinoamérica”**, en el cual ellos respondieron con motivadoras palabras y mensajes orientados a ¿por qué? y ¿para qué? debemos seguir en la seducción de los profesionales para que se perfeccionen en la Seguridad del Paciente.*

Para el año 2023, pronto a iniciar, la OMS nos plantea como objetivo generar marcos de trabajo que conduzcan a una Cultura de Seguridad en los centros de salud, incorporando al paciente como eje central de las acciones de salud, y que a la vez se preocupe por la Salud de los Trabajadores. Todo ello en ambientes de sostenibilidad ambiental.

Así, hoy cerramos el Volumen V 2022 de la Revista, cuyas páginas, como siempre, están a vuestra disposición.

“Feliz Navidad y un Nuevo Año exitoso para todos”.



Dr. Hugo Guajardo Guzmán

Editor



ARTÍCULO DE REVISIÓN

CALIDAD O EXPERIENCIA EN SALUD: UNA DELIBERACIÓN NECESARIA



Dr. Jorge Oliva Te-Kloot

Cirujano Dentista

Magíster en Bioética Universidad de Chile

jolivatk@gmail.com



RESUMEN

De forma muy breve y resaltando la perspectiva del autor John Dewey, nos motiva reflexionar en torno a la necesaria calidad en salud, no tanto como un desarrollo de procedimientos y chequeos de los equipos y procesos, sino que enfatizar el reconocimiento de los significados y valores que se encuentran implícitamente relacionados con las decisiones clínicas. Estas resoluciones, por su relevancia, requieren de quien o quienes las asuman, de ciertas disposiciones morales que se encaminen hacia la búsqueda de o los mayores beneficios para los pacientes. Si bien los conocimientos pueden ser estimados como universales, desde las Humanidades y la Bioética, las decisiones clínicas son individuales y no generales. Por lo tanto, los procesos de calidad serán absolutamente estériles y carentes de todo sentido, en la medida que los proyectemos como funciones a

realizar. Lo relevante es estimar que las experiencias constituyen una vivencia privativa del paciente y por lo tanto no comparable o sujeta a reiteración.

Si bien John Dewey (1859 - 1952) fue un pedagogo, psicólogo y filósofo, su obra podemos relacionarla como un aporte para con nuestros desafíos humanos en los servicios de salud, y similarmente para con las responsabilidades de todos quienes nos desempeñamos en este ámbito, independiente del tipo de funciones de que se trate. Todos quienes se encuentren dentro de la cadena de servicios en salud, cumplen un análogo rol para el bienestar de las personas.

REFLEXIONES

La salud de las personas a lo largo de la historia ha sido una de las principales y permanentes preocupaciones de los seres humanos. Tam-



bién lo es en la incertidumbre particular del devenir futuro, donde interviene nuestra fragilidad corporal, nuestra finitud y la propia vulnerabilidad moral. Lo es más aún en un contexto hostil por la intensidad del trabajo, la productividad, la eficiencia, la reducción de costos, la maximización de las utilidades, las grandes distancias y tiempos para acceder a los lugares de desempeño y el hogar, impostergables expectativas, etc. En este contexto severo y rudo para el desempeño vital, el estado de salud se transforma, no en un soporte para el bienestar, sino que por el contrario, viene a representar una herramienta máxima para el desarrollo día tras día de los permanentes desafíos del vivir.

Los tiempos para comprender la salud como un estado de equilibrio biológico y ausencia de enfermedad, como también de un valor, de satisfacción, de bienestar y de encuentro, se desvanecen en medio de la vehemencia con que la vida transcurre cotidianamente. La salud deja de ser un valor al que hay que cuidar por sí misma, por su mérito, su estimación y sus beneficios. Sin desconocer o pretender invalidar la relevancia relativa de los bienes transables, el ir tras ellos como un fin vital de la existencia, nos facilita el olvido consigo mismo y de quienes queremos y estimamos, haciendo prevalecer la individualidad, y debilitando paralelamente la generosidad y la solidaridad. Así entonces, el estado de salud pasa a constituir un artefacto o mero medio, adquiriendo una gran significación instrumental, más que aquella salud que nos hace estimar las cosas bellas, el silencio, la tranquilidad y la calma. Desde esta perspectiva más humana que material de la salud, los bienes humanos, representados por la felicidad, el bienestar y la tranquilidad, no tienen precio pero sí mucho valor.

Ya sea en una perspectiva de herramienta, o bien como soporte del bienestar individual, las personas que así lo requieren y lo estiman, recurren a los profesionales y los equipos de salud con una especial esperanza centrada, ya sea para recuperar el funcionamiento del cuerpo como un medio productor, el ser humano laborans, o bien también para restituir el reposo y el sosiego. Transformándose este motivo de consulta, en una gigantesca responsabilidad para quienes nos desempeñamos en el cuidado de la salud y el bienestar. Y más aún, estas coyunturas adquieren variados significados y consecuencias, lo que en realidad representan de una u otra forma experiencias individuales, sean estas positivas o negativas. Es decir, el llamado acto terapéutico, acto clínico, o acto médico, encarna una actividad que no es un fin por sí mismo, sino que por el contrario, simboliza un medio para otro objetivo mayor, el que estará estimado y valorado por cada persona, paciente o ser humano personalísimamente, traduciéndose en un bien estrictamente particular. Los hechos clínicos, en las personas que padecen un determinado trastorno, constituyen valores vivenciales.

En otras palabras, quienes ejercemos en este sensible ámbito, ya que lo más valioso de una persona es su vida y su salud, junto con estar concentrados en lo que decidimos y hacemos por otros, simultáneamente en nuestra mirada de especialista, nos corresponde estar orientados hacia las implicancias morales que nuestras acciones clínicas conllevan, las que en los pacientes denominaremos significados. Así como el zapatero tiene el fin y la preocupación para elaborar el mejor y más cómodo zapato para sus clientes, del mismo modo quienes integramos los equipos de salud, efectuaremos labores clínicos como un medio para nuevas y me-



jores experiencias, las que se circunscriben en lo que entendemos por el BIEN individual, bien al que llegaremos por intermedio de nuestra sabiduría.

¿QUÉ ES UNA EXPERIENCIA?

Para referirnos a este tema, tan central como destacado y frecuentemente menospreciado en salud, destacaremos en esta oportunidad a John Dewey y su libro “Experiencia y educación”, del año 2010 en una traducción del inglés.

Si bien el autor sitúa a la experiencia en una conexión orgánica con la educación, sin discusión lo es también en el cuidado de la salud. Por cierto, en este ámbito las experiencias no todas son valiosas, útiles y con sentido. Sin duda las experiencias nefastas en salud, concebidas en virtud de un juicio de valor de quien recibe la atención, es lo opuesto de lo que un paciente espera obtener, y algo semejante para un profesional o equipo de salud donde el objetivo apunta al éxito terapéutico. Las malas experiencias perturban los procesos curativos e impiden la generación de ulteriores experiencias satisfactorias. Sin titubeos, una frustración ocasionada durante un determinado tratamiento, conllevará con mucha probabilidad una fractura de la relación entre el profesional o equipo de salud con su paciente e incluso sus familiares.

“Una experiencia puede ser de tal género que engendre embotamiento; puede producir falta de sensibilidad y de reactividad. Entonces se restringen las posibilidades de tener una experiencia más rica en el futuro. A su vez, una experiencia dada puede aumentar la habilidad automática de una persona en una dirección particular y sin embargo desembocar en

un callejón: su efecto, a su vez, es estrechar el campo de la experiencia ulterior. Una experiencia puede ser inmediatamente deleitable y sin embargo provocar la formación de una actitud perezosa y negligente; esta actitud entonces llega a modificar la cualidad de las experiencias siguientes e impedir que la persona obtenga de ellas lo que pueda dar de sí. A su vez, las experiencias pueden estar desconectadas una de otras de tal suerte que aun siendo cada una de ellas agradable o aún excitante, no se hallen unidas acumuladamente entre sí.”

La exagerada atomización de los servicios de salud en múltiples especialidades y sub especialidades, sin dudas es el campo propicio para la incubación de variadas e inconexas experiencias en salud por parte del paciente, generando creíblemente una gran confusión e incertidumbre en el enfermo. Muchas opiniones clínicas simultáneas, pero carentes de un sentido compartido o común, es confuso para quien busca claridad ante su situación de enfermedad. ¿Cuántos pacientes buscan nuevas alternativas terapéuticas sin tener necesariamente la comprensión mínima de lo que sucede? ¿Cuántos pacientes se desvinculan de sus tratantes por incomprensiones y fastidio? ¿Cuántos pacientes obtienen experiencias negativas por factores ajenos al acto médico? ¿Cuántas experiencias en salud no logran establecer la fundamental relación de confianza con su tratante?

“El efecto de una experiencia no se limita a su apariencia. Ello plantea un problema al educador (profesional de la salud). La misión de éste es preparar aquel género de experiencias que, no repeliendo al alumno (paciente), sino más bien incitando su actividad, sean sin embargo más que agradables inmediatamente y provo-



quen experiencias futuras deseables. Así como ningún hombre vive o muere por sí mismo, así tampoco ninguna experiencia vive o muere por sí. Independiente por completo de todo deseo o propósito, toda experiencia continúa viviendo en experiencias ulteriores”.

La malas o potencialmente indeseables experiencias en los pacientes, no se limitan como dice el autor a lo que podamos percibir singularmente desde la evidencia de los profesionales de la salud. Una experiencia según la Real Academia está referida al “conocimiento de vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas”. Las experiencias representan finalmente vivencias y sus recuerdos son indiscutibles. No corresponde rebatir o desmerecer a un paciente la intensidad del dolor que pueda estar padeciendo en un determinado procedimiento clínico o enfermedad. Desvalorar las vivencias empeorará una situación que de por sí es altamente estresante, nos referimos a la incertidumbre de un diagnóstico o a los resultados de una atención. Las buenas experiencias motivan, y provocan consecuentemente otras buenas experiencias en un círculo virtuoso proyectado en el tiempo. Es lo que John Dewey denomina “continuidad experiencial”.

De esta forma, es un error afirmar que la práctica de las diversas labores de la medicina guarda relación única y exclusivamente con una habilidad y destreza procedimental. La antípoda se evidencia en una visión tan amplia como profunda de lo que aparentemente representa un determinado título profesional. Las maestrías científicas y técnicas deben ir acompañadas de habilidades humanas (las mal llamadas habilidades blandas) para reconocer o empatizar con las vivencias, discapacidades y sufrimientos que las enfermedades producen en las

personas, deliberando consecuentemente en un arte y filosofía de la medicina.

La justificación de las prácticas existentes no encuentra su soporte exclusivamente en la ausencia o la abundancia de la tecnología disponible de alto costo. Por su parte, las habilidades humanas para reconocer al otro no demandan costos monetarios, no tienen precio, sólo requieren de buena voluntad. Son valores individuales desde donde se abren paso y se generan las actitudes. Las actitudes son la sombra o expresión de los valores personales, lo mismo podemos decir de las desvalorizaciones. La prescindencia de la humanidad en el acto médico apunta hacia la indignidad y el declive de la calidad y más aún de la experiencia en salud.

“Cada experiencia es una fuerza en movimiento. Su valor sólo puede ser juzgado sobre la base de aquello hacia lo que mueve. La mayor madurez de experiencia que debe corresponder al adulto como educador (profesional de la salud) le coloca en situación para evaluar cada experiencia del joven (paciente) de un modo que no podía hacerlo el que tenga la experiencia menos madura”

El profesional de la salud ostenta una mayor madurez adquirida a través de la formación universitaria, conocimientos que le permiten frente al enfermo tomar ciertas responsabilidades, en un campo en el que el paciente, más allá de la participación activa, debe de una u otra forma confiar y entregarse al profesional con la seguridad que éste hará lo mejor por él o ella en su recuperación del bienestar. Cada paciente es y representa una experiencia muy diversa, y la profesión nos pone en un plano superior al que no nos corresponde responder exclusivamente de manera científica. La toma



de decisiones en salud no es equivalente a una fórmula matemática, sino que a la inversa, sus resultados no obedecen a un binomio de correcto e incorrecto. De ahí la relevancia de un cierto criterio moral que nos permita reconocer las realidades subjetivas e intersubjetivas, y no meramente las objetivas como las enfermedades.

El fraccionamiento de la persona en cuerpo y alma atenta contra el bien. Las decisiones clínicas son siempre y permanentemente morales, tienen consecuencias para la vida, y sólo ellas en virtud de sus capacidades pueden juzgarlas libremente.

¿QUÉ DEBEMOS HACER?

En un terreno complejo como lo es la persona o el paciente, las competencias en medicina deben ser integrales, requiriéndose de recursos, saberes, aptitudes y una especial capacidad reflexiva y prudente. Resulta a nuestro juicio, tan notable la formación en valores como los conocimientos científicos. Los procesos formativos y decisiones requieren de habilidades, experiencia, saberes y actitudes, que nos permitan afrontar de la mejor manera posible las variadas situaciones clínicas y personales, tanto como los problemas morales que tienen su causa en la pluralidad. De esta manera el desempeño profesional y de todos quienes integran los equipos de salud, exhorta a cada uno al desarrollo de competencias tanto genéricas como específicas.

Las Humanidades, las Ciencias Sociales y la Bioética aportan conocimiento para una visión más humana de la medicina, para hacernos cargo de los hechos y de los valores involucrados en cada situación específica; conocimientos y

compromiso moral se unen indisolublemente hacia la búsqueda del mayor bien para nuestros pacientes. La práctica del cuidado de la salud y el restablecimiento del bienestar, no tan solo evoluciona según los avances tecnológicos y nuevos conocimientos, sino que también lo hace en correspondencia con el progreso moral de personas y sociedades.

Los procedimientos y manuales de actuación en salud no tienen la capacidad de dar cuenta de las variadas circunstancias a las que nos podríamos enfrentar cada día, haciendo necesario modificar los modelos normativistas, por procesos centrados en los valores, determinando un cambio para el abordaje de las heterogéneas circunstancias que se viven en un establecimiento asistencial con las personas enfermas. Se requiere promover la reflexión y la deliberación, el actuar con prudencia y responsabilidad, con voluntad de escuchar, reconociendo la inherente incertidumbre del mundo de la salud y la enfermedad. Reconocer en los pacientes sus deseos, creencias, añoranzas y experiencias, haciendo de las decisiones un procedimiento prudentes y razonable. A diferencia de los conocimientos, donde cada uno tiene los propios más o menos, la dignidad humana representa un valor trascendente que es similar o igual para todos y todas, en ello no hay jerarquía ni ejercicio del poder que valga. La humanidad para relacionarnos con los pacientes es sustancial a la hora de tratar de conseguir una actitud colaborativa de los pacientes. En salud, el espacio para dogmas y conclusiones apodícticas es inexistente, nadie tiene toda la razón. Las Humanidades Médicas unifican no dividen, le dan a las decisiones un sentido común dentro de la diversidad, nos hablan de valores y no solamente de hechos. Nos insisten en la sabiduría práctica ante la incerteza. Nos evitan que



actuemos con discriminación y verticalidad, ofreciéndonos nuevas herramientas en nuestra relación con los pacientes y sus familiares. Las Humanidades resaltan el compromiso social del cuidado de la salud de las personas, identificando nuestras responsabilidades clínicas, morales y jurídicas, ubicando en su justa medida a la hegemonía científica, reforzando las habilidades morales para responder ante los contrastes valóricos, comprendiendo de mejor forma los límites de nuestras actuaciones clínicas, los que se han ampliado enormemente ante el avance tecnocientífico.

Desde la razón y “el corazón”, podemos reflexionar y deliberar en una filosofía de la práctica clínica, acción en la que participaran los valores, las estimaciones, las emociones, el sentido y el misterio de lo humano, lo intangible, lo subjetivo y las virtudes, entre otras.

Para la Bioética el paciente o padeciente no representa un número, sino que una individualidad holística, esotérica, biográfica, íntima y vulnerable, que requiere no tan solo ser curado, sino que también sanado, dentro de un medio que reconozca la pluralidad por convicción y no por obligación, estrechando los espacios para decidir bajo la ignorancia, entendida como hacer lo que no se sabe, o la negligencia en virtud de la cual no hacemos lo que se sabe. De este modo evitaremos y disminuirémos los millones de errores que se dan en el mundo en este terreno, y por oposición conseguiremos éxitos, satisfacciones y bienestar.

La formación moral o en valores nos orienta hacia nuevos caminos y descubrimientos sin que necesariamente exista un objetivo predeterminado. En un valorar al otro, se hace cargo de

la cultura, de las costumbres, de las creencias, del arte de enseñar y del sentido, entre otras consideraciones. Nos resalta la salud desde el Humanismo, entendido en sus contextos biológicos, humanos, morales y afectivos, para comprender de mejor forma la biografía y narrativa de los pacientes, impidiendo déficits y reduccionismos, dilatando a su vez la comprensión de las reales necesidades de la persona enferma y vulnerable. El Humanismo médico persigue o nos motiva por las actitudes, valorar la vida, reconocer las carencias, por el cuidar y el sanar, el acompañar y las decisiones prudentes.

CONCLUSIONES:

Si bien la seguridad y la calidad de los procedimientos en salud son fundamentales, conformando una labor permanente en su análisis crítico y mejoramiento por parte de las instituciones sanitarias, su objeto necesariamente hay que vincularlo con la experiencia del paciente como una realidad subjetiva e irreplicable.

Los procedimientos constituyen definiciones de tipo generalistas, en comparación a la experiencia que encarna una vivencia intransferible, siendo necesario abrirse profesionalmente a una comprensión de la salud como un valor, y a la enfermedad y el dolor como un sufrimiento que no necesariamente le cabe una dimensión desde la razón.

Bibliografía:

John Dewey, 2010. Experiencia y educación. Lorenzo Luzuriaga Trad. Editorial Nueva



SEGURIDAD DEL PACIENTE A LA LUZ DE LA TELEMEDICINA



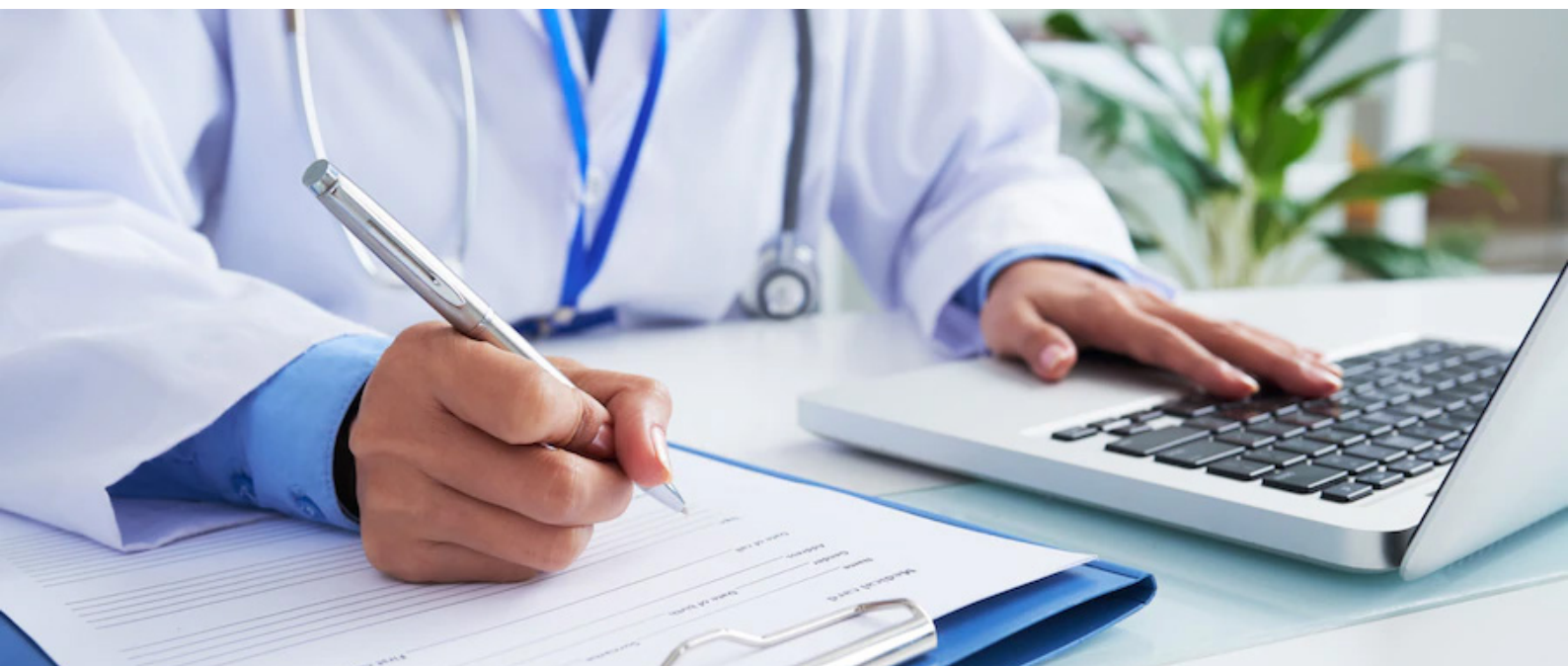
Kiga. Valeria Elizama Vergara

Magíster en Dirección y Gestión en Salud

Diplomado en Telemedicina

Coordinadora de Salud Digital - Universidad San Sebastián, Chile

valeria.elizama@uss.cl



La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la telemedicina como “la prestación de servicios de atención de la salud, donde la distancia es un factor crítico, por todos los profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y de la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones, la investigación y la evaluación, todo en aras de avanzar en la salud de los individuos y sus comunidades” (OMS, 2010).

Las aplicaciones de la telemedicina buscan facilitar el acceso a los servicios médicos a toda la población, en particular, a aquella que se encuentra en lugares remotos y/o con escasos recursos sanitarios. Permite compartir datos e información de forma más fluida entre el equipo de salud y distintos organismos, facilitan-

do la coordinación del uso de recursos (OPS, 2016), a través de sus principales modalidades de ejecución, como lo son el contacto telefónico y la teleconsulta basada en video.

Durante la pandemia por COVID-19, la telemedicina cumple un rol fundamental para la mantención de la continuidad asistencial y la minimización del contacto físico. El artículo sobre la creación de sistemas de salud más resilientes (AISS, 2021) presenta algunas experiencias en este sentido. Para la Organización Panamericana de la Salud, la telemedicina hizo posible que muchos de los servicios clínicos clave continúen operando durante la pandemia (OPS y BID, 2020).

En general, la telemedicina complementa el modelo de asistencia tradicional, mejorando la accesibilidad y universalidad de los servicios.



En un contexto post-pandemia, la telemedicina se posiciona como una disciplina de alto valor agregado para mejorar los niveles de salud de la población y la calidad de los servicios asistenciales especialmente en un contexto de envejecimiento de la población (AISS, 2021).

Disminuyendo su dependencia del uso en lugares aislados o remotos, hoy en día se plantea como una solución para flexibilizar horarios de atención, acotar las distancias y tiempo de traslado a los centros de salud, entre otras. La seguridad del paciente, o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la calidad asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la seguridad del paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria (Rocco, 2017).

La evidencia sobre la seguridad del paciente y la calidad asistencial es controversial respecto de elementos como el examen físico, precisión diagnóstica y prescripción de fármacos a través de telemedicina, potencialmente esta modalidad aporta a la seguridad del paciente desde distintas aristas asociadas, por ejemplo, el menor contacto físico, a la falta de desplazamientos asociados, a la frecuencia de atención y monitoreo que puede verse significativamente aumentada.

La telemedicina transfiere al tratante y al paciente la necesidad de comunicar de forma altamente efectiva, esto podría ser la piedra angular de su impacto en la seguridad del paciente, dado que el éxito del proceso de atención en salud se ciñe a los aspectos generales de la comunicación y a la relación médico-paciente.

Entonces, surge la pregunta ¿Cómo mejoramos la seguridad del paciente en telemedicina? Existen ciertos factores clave que se deben desarrollar de forma óptima para esto. De los factores organizacionales, la telemedicina que promueve la seguridad del paciente se rige de forma estricta por la normativa ética y legislación vigente en su territorio, y aunque sigue siendo un reto, se financia mediante una visión de política pública, resguarda la privacidad de la información y otorga alternativas de atención en salud. La práctica ética de la telemedicina evita riesgos en la calidad, la seguridad y la continuidad de la atención médica (Cender, 2021).

Así mismo, un modelo de telemedicina debe promover la capacitación de sus profesionales de la salud en esta modalidad de atención, habilitando técnicamente a sus equipos de trabajo como medida para resguardar la calidad y seguridad asistencial, tomando medidas desde lo organizacional para reducir la resistencia al cambio y aumentar el compromiso profesional.

Por otra parte, el nivel de entrenamiento tecnológico del paciente es un factor predictor del éxito o fracaso que puedan tener las atenciones en salud a distancia a través de las tecnologías de la información y comunicación, al igual que su consentimiento, el cual es requerido de manera obligatoria para implementar cualquier alternativa de atención.

Por lo demás, la telemedicina no depende solamente de cuanto soportan o como se desempeñan las tecnologías utilizadas, sino que trata también del ambiente, este, es clave para una práctica que resguarda la seguridad del paciente y calidad asistencial, dado que los pro-



fesionales de la salud y los pacientes deben llevar a cabo las teleconsultas en ambientes seguros, tomando resguardos para la comodidad, evitando el riesgo de lesiones y trabajando con un plan de eventos adversos para el cual siempre es necesario tener la localización actualizada y teléfonos de emergencia.

La investigación en el área de la seguridad de la tecnología sanitaria ha demostrado que la tecnología puede mejorar la seguridad del paciente, pero también introducir nuevos tipos de errores inducidos por la tecnología (Borycki, 2019). Así mismo, la pandemia de COVID-19 ciertamente ha desafiado a muchos sistemas de salud. Para responder a la crisis, estos sistemas han tenido que reorganizarse instantáneamente, arriesgándose a posibles amenazas a la seguridad del paciente y comprometiendo la calidad de la atención (Staines, 2021).

Por tanto, más allá de la controversia respecto del impacto de la telemedicina sobre la seguridad del paciente, el foco debe estar en los desafíos que representa y en las estrategias de mitigación de riesgo, a más de dos años del inicio de la pandemia, no hay forma de justificar implementaciones de urgencia e improvisadas, toda vez que las instituciones deberían tener desarrollado o en vías de desarrollo, un modelo de atención basado en telemedicina.

A la fecha no se cuenta con evidencia consistente que avale o no la seguridad de las teleconsultas en cuanto a ocurrencia de eventos adversos. Pareciera difícil contar con esta información de manera fidedigna, tomando en consideración el poco tiempo de implementación y el hecho que la definición de eventos adversos ha sido metodológicamente compleja. Opiniones de expertos avalan la protocoli-

zación de criterios de selección que involucre características del paciente, de la enfermedad y del uso de tecnologías (DIGERA, 2021).

En particular, la mayor adopción de la atención remota ha afectado la comunicación, los equipos de atención y la participación del paciente, que son factores clave que afectan la seguridad del paciente en la atención ambulatoria (Elaine, 2022). A la luz de la telemedicina, con sus innegables ventajas, también se pueden identificar riesgos que pueden estar asociados a la relación médico-paciente y que pueden subsanarse a través de modelos de atención centrada en el paciente adaptados a una práctica basada en telesalud.

En la Universidad San Sebastián, se ha visualizado la transformación digital de la salud como un imperativo ético, asumiendo la importancia de integrar a los procesos de formación estudiantil la práctica basada en telesalud como parte del modelo de aprendizaje en contexto clínico, es así, como durante el periodo más álgido de la pandemia por COVID-19, se implementó la atención telemática en salud donde académicos y estudiantes de las carreras de salud integraron equipos de trabajo que beneficiaron a pacientes con distintas condiciones de salud y distintos rangos etarios a través de tecnologías de la información y comunicación.

Este modelo, se rige por las normas nacionales vigentes con un principio de analogía y complementariedad según las principales recomendaciones en el país, junto a la actividad docente-asistencial se brinda atención centrada en el paciente como medio de promoción de la calidad y humanización de la atención a distancia, así mismo, se busca avanzar en otros mecanismos como registro clínico y re-

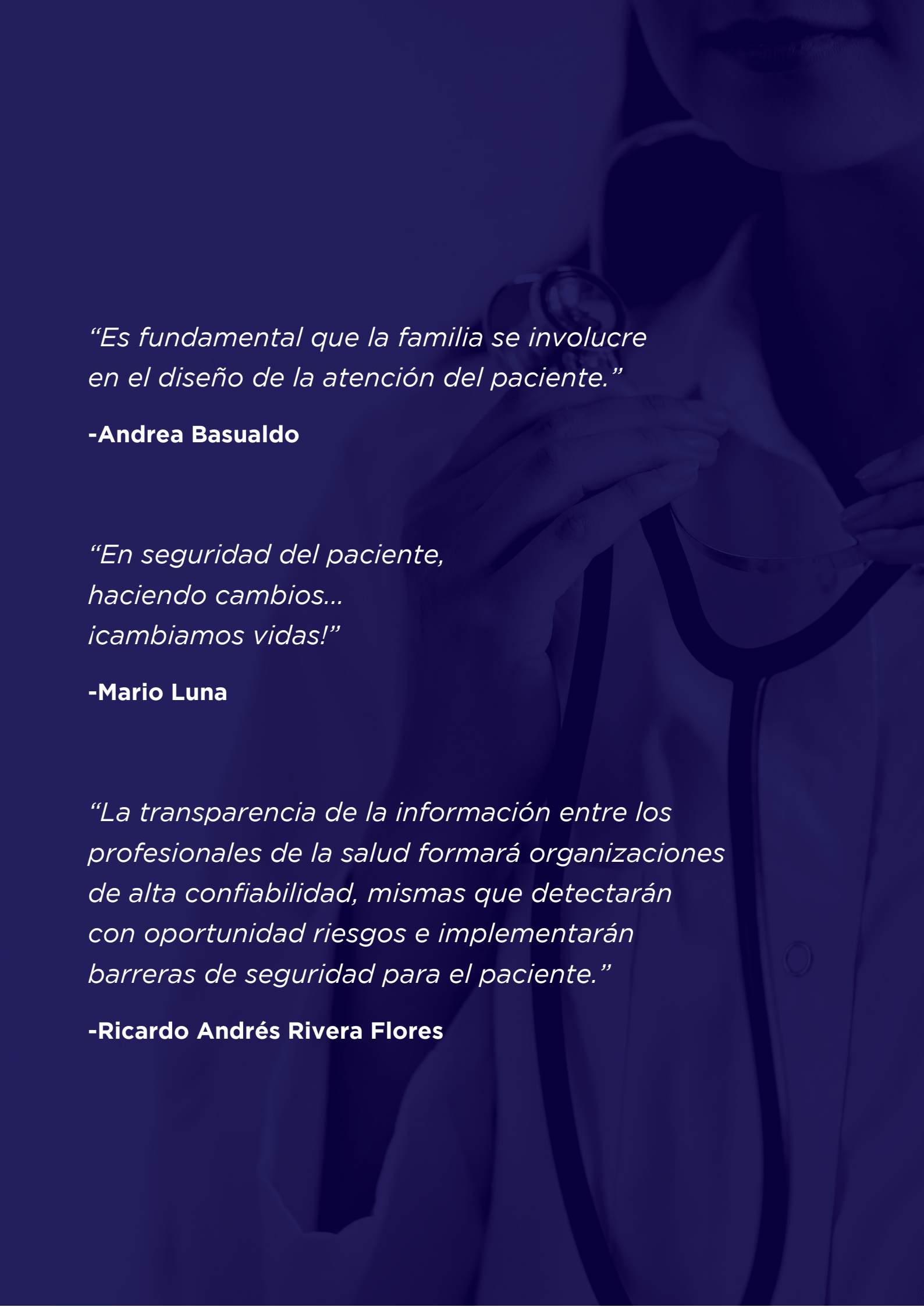


ceta médica electrónica con las cinco “C” (Paciente correcto, medicamento correcto, vía correcta, dosis correcta y rapidez correcta), identificar a los pacientes a través de más de un dato, comunicarse de manera clara, es decir: Usar terminología estandarizada, ser claro, conciso, específico y oportuno y cerciorarse que se ha dado a entender.

Por otra parte, se ha trabajado en el diseño y uso de protocolos y guías diagnósticas, medidas para la prevención de caídas, pedir ayuda a terceros cuando el paciente presenta impedimentos, e incentivando a través de la telemedicina, una participación activa, empoderada y corresponsable por parte del paciente, facilitando la expresión de sus dudas, verificando que haya entendido, comunicándose de acuerdo al nivel socio-cultural, entre otros. En conclusión, si bien la evidencia que relaciona la telemedicina con la seguridad del paciente es escasa y controversial, las recomendaciones apuntan a potenciar las ventajas de este modelo de atención en salud dimensionando sus alcances desde la perspectiva de la seguridad y calidad asistencial. Es necesario, que las instituciones que brindan servicios de salud, diseñen estrategias de mitigación de los riesgos asociados a las atenciones telemáticas, comunicando de manera oportuna estas posturas a sus equipos de trabajo, incentivando un clima de seguridad.

Referencias:

- 1-OMS (2010) Telemedicine: Opportunities and developments in Member States: Report on the second global survey on eHealth (Global Observatory for eHealth, núm. 2). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- 2-OPS (2016) Marco de implementación de un servicio de telemedicina. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud.
- 3-AISS (2021b) Creación de sistemas de salud más resilientes (Noticias y análisis). Ginebra, Asociación Internacional de la Seguridad Social
- 4-Rocco, C (2017) Patient safety and safety culture. Anestesiología clínica. Vol 28. Nro 5. Páginas 785-795 (Septiembre - Octubre 2017).
- 5-Cender (2021) Consideraciones éticas para la práctica de la telemedicina en el Perú: desafíos en los tiempos de COVID-19 Vol. 32, No. 2 (2021).
- 6-Borycki E. (2019). Quality and Safety in eHealth: The Need to Build the Evidence Base. *Journal of medical Internet research*, 21(12), e16689. <https://doi.org/10.2196/16689>
- 7-DIGERA (2021) Seguridad del paciente en el contexto de teleconsultas. Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención - DIGERA - Ministerio de Salud 2021
- 8-Khoong EC (2022) The Abrupt Expansion of Ambulatory Telemedicine: Implications for Patient Safety. *J Gen Intern Med*. 2022 Apr;37(5):1270-1274. doi: 10.1007/s11606-021-07329-9. Epub 2022 Jan 19. PMID: 35048294; PMCID: PMC8768444.



“Es fundamental que la familia se involucre en el diseño de la atención del paciente.”

-Andrea Basualdo

“En seguridad del paciente, haciendo cambios... ¡cambiamos vidas!”

-Mario Luna

“La transparencia de la información entre los profesionales de la salud formará organizaciones de alta confiabilidad, mismas que detectarán con oportunidad riesgos e implementarán barreras de seguridad para el paciente.”

-Ricardo Andrés Rivera Flores



ARTÍCULO DE REVISIÓN

LA COMUNICACIÓN EFECTIVA



Paola Martinez Osorio

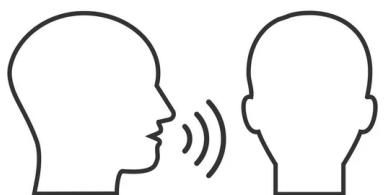
Ingeniera Comercial

Magister en Salud Pública

paolamartinezosorio@gmail.com



La relación entre la comunicación y la atención de salud ha cobrado más relevancia en los últimos años. Los profesionales de la salud reconocen que la correcta utilización de las herramientas de la comunicación puede mejorar la atención, logrando mayor seguridad para los pacientes, con la consiguiente mejora en su calidad de vida, lo que afecta posteriormente a las familias y la sociedad.



EMISOR

RECEPTOR

La comunicación entre seres humanos es compleja, pero para que un equipo de trabajo funcione bien, necesita comunicarse para poder coordinarse y lograr sus objetivos. La comunicación es el mecanismo que se usa para coordinar el trabajo de un equipo.

Un equipo de salud descoordinado no solo no logrará entregar una atención efectiva al paciente, sino que además, lo expone a los consiguientes riesgos que pueden surgir en su atención. Un equipo de salud que no se comunica hace que la atención sea de baja calidad y poco segura para el paciente. Por ello, las habilidades de comunicación son vitales para la seguridad del paciente.

Se llama comunicación efectiva cuando una persona que actúa como emisor y otra persona que actúa como receptor logran codificar un mensaje de la misma manera y con igual significado. Lo que el primero quiso decir es comprendido exactamente por el que lo escucha.

Un mensaje que se transmitió se considera exitoso si el receptor comprende lo que el emisor quiso decir exactamente.

Una primera condición para lograr que la comunicación en los establecimientos de salud



sea efectiva es que quien envía un mensaje esté seguro y comprenda cuál es el mensaje que él quiere transmitir, tener muy claro lo que desea decir. Y la segunda condición es que esta persona debe considerar las características específicas de su interlocutor para así formular el mensaje en forma comprensible.

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN

La comunicación es una herramienta imprescindible para establecer la relación médico-paciente. Para otorgar una atención de calidad y segura para el paciente es necesario que la comunicación sea eficiente y confiable, donde el personal de salud y el paciente logren comprender un mensaje de la misma manera, entendiendo el mismo contenido.

Un profesional de la salud debe recabar información de su paciente y de su condición desde la primera entrevista, para así poder diagnosticarlo y proponer alternativas de tratamiento. Cuando la comunicación es efectiva, el profesional logra que el paciente y también su familia se involucre y comprenda mejor su enfermedad y el tratamiento.

La atención de salud involucra la entrega de mucha información: el paciente explica su situación, el personal de salud entrega un diagnóstico, solicita exámenes y explica alternativas de tratamiento. Una falta de comprensión puede llevar a errores en el proceso de atención, demorando o impidiendo el mejor resultado para el paciente. Por lo tanto, es fundamental que todos los involucrados entiendan los mensajes comunicados.

Mientras más complejo es la atención de salud,

mayor importancia debe darse a cada elemento de la comunicación efectiva. Una atención compleja requiere de la interacción de muchos profesionales de la salud, cada uno de los cuales realiza su trabajo utilizando la comunicación. O sea, a mayor complejidad, mayores deberían ser las habilidades de comunicación de los involucrados, pues es imprescindible que los mensajes sean totalmente comprendidos. Este es un requisito fundamental para lograr una atención de salud donde el resultado para el paciente sea el mejor.

ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

Al comunicarnos, el punto de partida es el emisor, persona que produce y envía un mensaje y que debe tener los mismos canales y códigos de comunicación que su interlocutor para que la comunicación sea exitosa: hablar el mismo idioma, usar la misma jerga, etc. Este es un punto al que debe ponerse especial atención pues, en el rubro de la salud, es frecuente que los códigos de comunicación sean diferentes entre el paciente y el profesional que lo atiende. Es común escuchar que el paciente, a la salida de la consulta médica, señala que no entendió mucho de lo que le dijeron. O que el profesional de salud no entendió lo que le decía un paciente.

Incluso, los códigos de comunicación que usan ciertas profesiones son diferentes al resto, dificultando la comprensión necesaria para el trabajo en equipo.

Al comunicarse, cuando una persona emite un mensaje es para que alguien lo reciba. Esta segunda persona toma la información recibida y la interpreta bajo la luz de sus propias vivencias y experiencias.



Supongamos que una enfermera que inicia un turno tuvo un altercado con otro automovilista mientras se dirigía al trabajo, situación que aún la mantiene enojada. Al iniciar sus labores diarias, una colega se acerca para indicarle que ha olvidado un paso en la tarea que está realizando. A pesar de que la indicación fue en un tono amable y cordial, debido al problema previo, ella interpreta que este mensaje es un llamado de atención.

No fue lo que intentó comunicar su colega, pero su vivencia influye su percepción en esta comunicación.

En este punto debo aclarar que la comunicación entre 2 o más personas no solo se da mediante el lenguaje hablado. Los seres humanos también nos comunicamos mediante el lenguaje escrito y mediante símbolos e imágenes. Y, así como lo usamos en nuestra vida diaria, también lo hacemos en nuestro trabajo en los establecimientos de salud.

Por ello, un elemento importante a considerar, y observar conscientemente, es el medio en que transmitimos los mensajes en los establecimientos de salud. El medio más común es el aire donde se generan los sonidos del lenguaje verbal. También, puede ser un correo electrónico, una llamada telefónica, etc.

Debido al rubro en que trabajamos: la salud de nuestros pacientes; si los mensajes que entregamos a nuestro equipo de trabajo no son cabalmente comprendidos, se puede desencadenar una falla en el diagnóstico o tratamiento e, incluso, un daño en el paciente.

Es por esto que se debe diseñar un sistema de comunicación donde el medio sea el más

adecuado. Comunicación escrita para indicaciones médicas parece ser lo más acertado en la atención ambulatoria. Comunicación verbal para coordinar la atención de urgencia de un paciente, pues en esta situación la comunicación escrita no es lo más eficiente.

Cuando se necesita comunicar algo, una vez decidido el sistema mediante el cual se hará, ahora viene lo más difícil: el mensaje que se busca entregar.

En este momento escribo para ustedes. Leo y releo. Escribo, intentando que ustedes comprendan el mensaje que quiero entregar. También me comunico y espero que este sea el medio apropiado para hacerlo, que los conceptos e información lleguen a ustedes de la forma en que yo lo planteo desde mi yo.

Y que el contexto en que ustedes se encuentren ayude a esta comunicación. Diferente es la situación dentro de un establecimiento de salud, donde la sobredemanda, la escasez de recursos y cansancio suele afectar la forma en que se formula y se recibe un mensaje, lo que influye en su comprensión. La alegría, tristeza, incertidumbre, "tiñen" el mensaje que se entregan los trabajadores de la salud entre ellos y al paciente.

El paciente y su atención de salud segura son el argumento que debe llevar a todo el equipo de salud a perfeccionar conscientemente su modelo de comunicación.

El paciente debe ser la motivación para que el equipo de salud realmente se comunique.

En el intento de lograr una comunicación efectiva dentro de los establecimientos de sa-



lud, se debe hacer una mención especial a uno de sus componentes: EL RUIDO. Todo aquello que interfiere en la comunicación, desde el Ruido Físico, como el sonido de las alarmas en una UCI, hasta el Ruido Psicológico, interferencia mental que hace difícil que el funcionario de la salud comprenda un mensaje a cabalidad debido por ejemplo a distracción por realizar múltiples funciones.

Pasando también por el Ruido fisiológico provocado por un problema físico de uno de los participantes en la comunicación, como una gripe con mucha congestión o un fuerte dolor de cabeza, el Ruido semántico donde uno de los participantes da un significado distinto al mensaje de lo que hace el receptor, hecho muy común en la comunicación cuando un médico habla con un paciente el que, a veces, no logra comprender lo dicho por su tratante.

También se interpone el Ruido cultural cuando el mensaje hace referencia a elementos culturales que el receptor desconoce, como los remedios naturales y agüitas de hierbas tan utilizados por los pacientes, especialmente en zonas rurales.

Debemos analizar en nuestros estilos de comunicación, cuales de estos ruidos están afectando nuestra comunicación efectiva con el paciente. Dónde está fallando la comunicación para que un paciente que refirió a su tratante una alergia a la penicilina termine con un shock anafiláctico por la administración errónea de este medicamento. En los establecimientos de salud tenemos grandes déficits en la comunicación que deben ser abordados con urgencia, para entregar un tratamiento seguro.

Finalmente, hay que señalar que el Ruido téc-

nico ha hecho su aparición con fuerza en los establecimientos de salud, con los desperfectos que ocurren en los recientemente más masivos canales tecnológico de comunicación.

Es habitual en los centros de salud una caída de internet, una falla en las señales telefónicas, un correo electrónico que ingresó en la carpeta de Spam, todo lo que entorpece la comunicación efectiva.

Entonces, todos estos elementos deben ser considerados al intentar transmitir un mensaje de forma clara y precisa a otra persona mediante un código conocido y reconocido por todos los involucrados.

Los pacientes requieren sí o sí que su equipo médico se comunique para lograr diagnosticarlo y tratarlos correctamente, y para evitar eventos adversos.

La comunicación efectiva es imprescindible para un equipo de trabajo por lo que debería extenderse a todas las áreas de la organización.

Dos consideraciones básicas en la comunicación son con quién se está comunicando y cómo está comunicando información, pues influirá en cómo se transmite el mensaje. Por ejemplo, el intercambio de información sería muy diferente si la realizan dos funcionarios de la salud entre ellos, que si la realizara el funcionario de la salud con un paciente. En estos casos frecuentemente se utilizan códigos de comunicación diferentes.

Ejemplo: En farmacia se le entrega Claritromicina a un paciente. Son gránulos para preparar una suspensión oral. La instrucción que le dio el médico al paciente fue: "Usted debe



tomar 5 ml en la mañana y 5 ml en la tarde”. En farmacia le despacharon el remedio según la receta.

Al cabo de 1 semana, el paciente vuelve a la farmacia y dice: “Señorita, ya se me acabó el frasco con el jarabe. ¿Qué tengo que hacer ahora con el frasco con el polvito?”

Veamos cuales son elementos que intervienen en este proceso de comunicación:

- Emisor:** el médico
- Receptor:** el paciente
- Código:** lenguaje oral, idioma español.
- Canal de comunicación:** el aire (las palabras viajan a través del aire).
- Mensaje:** “Usted debe tomar 5 ml en la mañana y 5 ml en la tarde”
- Referente:** La medicación del paciente.
- Situación:** En el ámbito de una consultamédica.
- Ruido:** semántico pues el emisor y el receptor no comparten el significado del mensaje. (para el médico seguramente es obvio que se disuelve el medicamento, tanto que no considera decírselo al paciente).

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

Un gran porcentaje del quehacer de un establecimiento de salud se basa en la emisión de mensajes entre personas de una misma especialidad, personas de diferentes especialidades y entre personas que trabajan en el establecimiento de salud y sus pacientes. Todos ellos deben comprenderfielmente los mensajes de su interlocutor para lograr una atención segura para los pacientes.

Un mensaje efectivo permite realizar las coor-

dinaciones de una atención de salud, permite que el equipo de salud comprenda lo que ocurre con su paciente y permite que el paciente comprenda las indicaciones recibidas para mejorar su salud.

Entre 1995 y 2005, la comunicación ineficaz fue identificada como la causa principal de casi el 66% de todos los eventos centinela reportados, por Joint Commission (JCI). Y luego, en 2010 a 2013, la falla de comunicación se mantuvo entre las trece causas principales de los eventos centinela reportados en USA.

http://www.jointcommission.org/sentinel_event.aspx

Un mensaje bien elaborado y transmitido permite una mejor atención de salud, contribuyendo a la mayor calidad y logrando mejorar la seguridad del paciente.

Ejemplos de situaciones en que resulta fundamental la comunicación efectiva son:

- La comunicación que se realiza con el paciente para dar cumplimiento a la Ley de Deberes y Derechos del Paciente.
- La comunicación que se da en un consentimiento informado.
- La comunicación con el paciente en estado crítico.
- La comunicación con el paciente o su familia al final de la vida.
- La comunicación de complicaciones médicas.
- La comunicación con la familia de pacientes menores de edad o ancianos.
- La comunicación con pacientes de distintas creencias, culturas o idiomas.

Entonces, una comunicación efectiva, donde el emisor del mensaje y el receptor compren-



dan el mensaje de la misma forma, es esencial para entregar una atención de salud de calidad y segura para el paciente.

Para ello, los trabajadores de la salud deponen dedos diferentes tipos de canales: la comunicación verbal y la no verbal.

En la comunicación verbal, para transmitir un mensaje, se utilizan signos lingüísticos, el idioma, lo que puede ser en forma oral o en forma escrita.

Mediante el habla, 2 o más personas transmiten y reciben mensajes diciéndose palabras en forma gestual, intercalando roles, a veces hablando, a veces escuchando, con una condición "sine qua non": esta comunicación es temporalmente simultánea, todos deben participar en el mismo periodo de tiempo.

Esta comunicación es fugaz, obliga a que los trabajadores de la salud y sus pacientes codifiquen, decodifiquen y se retroalimenten en un breve plazo temporal, lo que permite una rápida rectificación en el mensaje y una explicación adicional para asegurar su correcta comprensión.

La comunicación oral es efectiva en la resolución de situaciones repentinas pues ahorra tiempo y esfuerzos por su simplicidad y rapidez.

Sin embargo, comunicar una orden en forma oral para el tratamiento de un paciente conlleva un alto potencial de error, sobre todo en ambientes clínicos con gran carga laboral, en donde hay funcionarios que van y vienen, muchas personas conversando al mismo tiempo y ruidos de alarmas y equipos que pueden hacer que las indicaciones sean mal interpretadas, y

un sinnúmero de pacientes siendo atendidos.

Por este motivo, lo fugaz del mensaje, muchas instituciones de salud tienen normas que prohíben a enfermería administrar medicamentos sin la orden escrita y firmada por un médico previamente. Sin embargo, en la práctica, esta disposición se vuelve muy difícil de cumplir y las excepciones a la regla terminan siendo frecuentes.

En contraposición, una ventaja de este tipo de comunicación es que genera bienestar y agrado, fomenta el trabajo en equipo y incrementa su energía. Por este motivo, en los establecimientos de salud es fundamental en la relación con los pacientes y para la motivación de los grupos de trabajo.

Para subsanar alguno de las desventajas anteriores existe también la comunicación técnica impresa. En ella la interacción entre 2 o más personas no es inmediata, e incluso puede llegar a no producirse, aunque aquello que ha sido escrito perdure eternamente. Si el receptor no lee el correo electrónico recibido y lo envía a la papelería, la comunicación nunca se produjo.

La comunicación escrita es común en el entorno de la atención médica. Esta forma de comunicación no verbal debe adherirse a muchos de los estándares asociados con la comunicación verbal.

Las prescripciones médicas escritas son una de las principales formas de comunicación con el personal de enfermería. Esta comunicación se ve muchas veces comprometida por la utilización de abreviaturas, acrónimos y símbolos no estandarizados para indicar el medi-



camento o expresar la dosis, vía y frecuencia de administración. Aunque con ello se pretende agilizar el proceso y ahorrar tiempo, su utilización no está exenta de riesgos, debido a que se pueden interpretar equivocadamente o bien pueden existir varios significados para una misma abreviatura. En este sentido, es útil tener en cuenta el estándar conocido como la lista de abreviaturas a “No utilizar” de la Joint Commission International.

http://www.jointcommission.org/facts_about_do_not_use_list/

Otro elemento que complejiza y al mismo tiempo enriquece la comunicación es la emisión de un mensaje sin utilizar ningún elemento lingüístico, sin decir ni escribir ninguna palabra. Mediante el lenguaje corporal se transmiten un mensaje con gestos, posturas y el movimiento del cuerpo y el rostro. En general, estos se realizan en forma inconsciente por lo que son un buen indicador del estado emocional. Por esto mismo, una contradicción entre el mensaje verbal y el lenguaje corporal de una persona causa desconfianza.

La forma en que un paciente hace contacto visual y la forma en que sostiene el cuerpo durante una consulta médica son señales que puede captar el profesional de la salud. El lenguaje corporal juega un papel importante en la comunicación efectiva en salud, al punto de que el personal de salud puede llegar a deducir alguna de las necesidades de sus pacientes solo con verlos.

En la comunicación cara a cara, según un estudio realizado por Albert Mehrabian, las palabras representan el 7% del significado, el tono de voz es el 38% del significado y el lenguaje corporal representa el 55% del significado para el receptor.

Aunque es un medio de comunicación poderoso, este no siempre proporciona por sí solo un modo aceptable para verificar o validar una información.

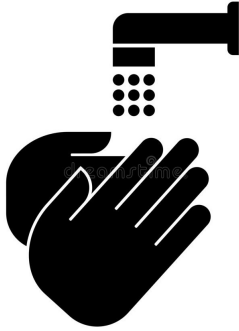
En el lenguaje corporal, las expresiones faciales muestran las emociones que sienten las personas involucradas en esta comunicación y donde focalizan su. El rostro es capaz de comunicar sin palabras las 7 emociones básicas: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira, asco y desprecio.

A esto se suman los gestos, los que tienen un alto componente cultural y las posturas donde la manera en que se posiciona el torso demuestra el interés y apertura de los participantes de este proceso de comunicación. Además, puede indicar estado emocional y predisposición al momento de la comunicación, aportando mucha información que hace más efectiva la comunicación dentro de los establecimientos de salud.

Otro elemento es la apariencia, que es de los canales más influyentes en la comunicación no verbal, la que aporta información respecto a edad, origen, cultura, etc. de nuestro interlocutor y es fundamental en el proceso de formación de una primera impresión. Mención especial merece la influencia de la apariencia, por ejemplo, de un delantal blanco y un estetoscopio al cuello en un establecimiento de salud.

Existen otros medios de comunicación diferentes y útiles para reconocer el significado de algo. Estos sustituyen a las palabras en la entrega de un mensaje. Por ejemplo, el uso de códigos de color para diferentes tareas, documentos, artefactos, pedidos, etc., Esto puede ayudar a los miembros del equipo a identi-

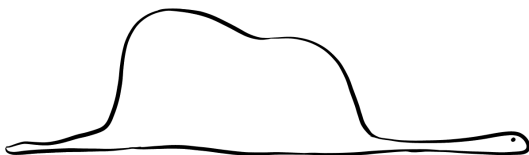
car y comprender rápidamente la información que necesitan.



Las señales visuales pueden entregar un mensaje al receptor sin utilizar ningún elemento de comunicación verbal. El emisor del mensaje utiliza como código imágenes para llevar el mensaje al receptor. Por ejemplo, el uso de letreros que recuerdan al personal el lavado de las manos. La gerencia (emisor) entrega el mensaje (lavarse las manos) al receptor (personal de atención a pacientes).

Existe un problema en este tipo de comunicación: depende de la capacidad del receptor para interpretar la imagen.

Hay un ejemplo muy conocido en el libro El Principito, donde el protagonista muestra un dibujo a personas mayores preguntándoles: ¿te da miedo mi dibujo?. Veamos el dibujo:



Todos quienes ven el dibujo le dicen “por qué habría de darme miedo un sombrero”... pero no era un sombrero. El comprendía perfectamente su dibujo y pensaba que todos verían lo mis-

mo sin lugar a ninguna duda. Pero no fue así.

Decepcionado, el Principito tuvo que hacer nuevamente su dibujo esta vez mostrando el interior de su dibujo. Veamos:

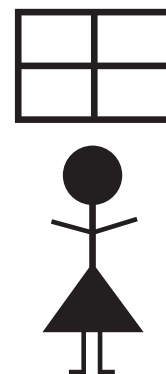


Era una boa que se había comido un elefante.

La comunicación con señales visuales tiene la gran dificultad de la interpretación de lo visto. Las personas interpretan lo observado según su realidad y lo que han visto en su vida, y lo más complicado es que no interpretan lo observado si no tienen una experiencia en su vida.

Ejemplo: observe este dibujo y diga lo que ve. Seguramente dirá que es una mujer (o niña) observando (o saludando) por una ventana.

Sin embargo, un niño en África le diría que es una mujer con un paquete sobre la cabeza.



En nuestro país las mujeres no tienen la costumbre de llevar cosas sobre la cabeza, por lo tanto, como no es una situación observada



habitualmente, no interpretamos el dibujo de esa forma, no tenemos la capacidad de ver lo que otros ven.

La comunicación con señales visuales muchas veces induce a error, por lo que se debe evaluar su beneficio antes de ser utilizada.

EJEMPLOS

EJEMPLO 1:

Un paciente en Emergencias necesita una radiografía de tórax para descartar un neumotórax. El médico solicita a la enfermera que se realice una radiografía de tórax y asume que ella entiende su intención de realizar una radiografía portátil.

En cambio, el paciente es transportado a Rayos X para una radiografía de tórax estándar en AP y una placa lateral.

Pregunta:

- ¿Qué podría haber dicho el médico para evitar la confusión?
- ¿Cómo podría el médico comunicarse más efectivamente con la enfermera para lo que se necesita?

EJEMPLO 2:

Al obtener el consentimiento informado para un tratamiento, es necesaria una explicación escrita con suficiente detalle, pero en términos sencillos y al nivel de comprensión del paciente.

Un posible resultado de una laminectomía lumbar es la pérdida de control intestinal y vesical.

Si en el formulario de consentimiento informado se explica que el riesgo conocido es la “pérdida de la función de los órganos del

cuerpo”, esta frase no necesariamente será comprendida por el paciente y, además, no refleja la magnitud del riesgo asociado con el procedimiento.

Un paciente que entiende completamente los riesgos puede optar por renunciar al procedimiento.

Pregunta:

- ¿Cómo podría el formulario de consentimiento informado desorientar a los pacientes?
- ¿Qué información se debe incluir y comunicar al paciente para que esté completamente informado de los posibles resultados?

ESTRATEGIAS Y CLAVES DE APOYO DE LA COMUNICACIÓN EFECTIVA

La comunicación efectiva requiere realizar algunos pasos los que se pueden desarrollar mediante la práctica. Estos son algunos de los elementos que se deben desarrollar para que el mensaje sea comprendido de igual manera por emisor y receptor.

Establece el objetivo del mensaje

Lo primero que se debe hacer es definir qué se espera lograr con la comunicación, independientemente del canal utilizado: por ejemplo, que el paciente comprenda lo que el profesional tratante le está indicando, o que el equipo de atención de urgencias coordine efectivamente las acciones que se deben realizar sobre el paciente.

Una vez que esté claro el “para qué” se comunica, es bueno establecer una estrategia. O sea, es imaginarse previamente el desarrollo



de la comunicación y preparar posibles respuestas y reacciones de antemano. Esto es muy útil pues evita frases poco claras que puedan desviar la atención y la comprensión del interlocutor.

Define el canal y entorno de comunicación



Hay que elegir el medio más efectivo para lograr el objetivo planteado en el punto anterior. Cuando se utiliza el habla, la comunicación y retroalimentación es más rápida, sin embargo, no existe un registro del mensaje. Una vez dicha una palabra esta desaparece del medio de comunicación y sólo queda en el interlocutor y la interpretación que él realizó. Es el caso muy común donde un interlocutor le dice al otro: “es lo que tu me dijiste”, que recibe como respuesta: “yo nunca dije eso”.

En la comunicación escrita o mediante imágenes tiene la ventaja de quedar registrada, pero la desventaja de la demora. Es útil cuando el tema es de mucha relevancia y conviene esperar por la respuesta para tener su registro. Este es el caso del resultado de los exámenes que entrega un tecnólogo médico a un médico. Es un buen método para que no exista

mal interpretación del valor informado, pero requiere que el médico revise el examen. Este es el motivo de que, en caso de un resultado crítico, en algunos lugares además se entrega el mensaje mediante un llamado telefónico.

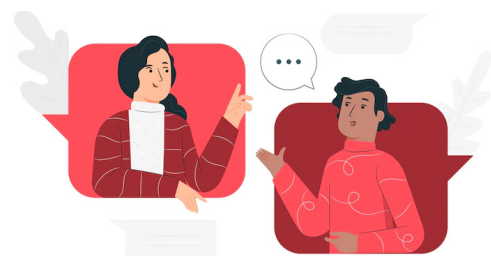
También se puede realizar una mezcla de ambas como, por ejemplo, en un consentimiento informado donde el profesional explica verbalmente el procedimiento a realizar y luego le pide al paciente que firme un documento donde señala su autorización y comprensión.

Adecuar los mensajes

Hay que considerar el nivel de conocimiento, la cultura, la condición de salud actual, etc. del interlocutor antes de dar un mensaje. Hay personas que pueden recibir un mensaje con contenido técnico y podrán comprender el mensaje, pero otros no. Es fundamental considerar quien será el receptor cuando se prepara el mensaje.

Conocer y comprender a los receptores de un mensaje ayuda a que la comunicación sea efectiva pues será recibido de forma correcta. Por ejemplo: En el caso de una paciente cuya mamografía tiene un resultado alterado, la matrona debe preparar un mensaje diferente para comunicar esta situación a una colega que a la paciente.

Realiza una escucha activa



Es común que las personas escuchen solo par-

te del mensaje y de inmediato pasan a interpretar (sin terminar de escuchar) y a elaborar una respuesta antes que el emisor haya terminado de hablar. Incluso, a veces empezamos a responder sin que el emisor haya terminado de entregar su mensaje y sin haber captado la esencia de este. Es fundamental que el personal de la salud escuche hasta que su paciente finalice su mensaje.

Esto también se puede observar en la comunicación escrita, donde nos formamos una opinión solo con leer la mitad o menos del mensaje.

Esto puede llevarnos a omitir datos que son fundamentales que luego podrías necesitar para continuar la comunicación o para ejecutar alguna atención.

Quien escucha completamente el mensaje (o lo lee) puede dar una respuesta más tranquila utilizando toda la información disponible y con dominio sobre la conversación, lo cual será percibido por el interlocutor.

Haz preguntas

El emisor del mensaje debe realizar preguntas para aclarar si su interlocutor está recibiendo el mensaje correctamente. Además, las preguntas logran mantener la atención y dan a entender que se está interesado e involucrado en el proceso de comunicación. Es común encontrar personas que sólo buscan ser escuchadas, sobre todo entre nuestros pacientes. Por ello, las preguntas son una herramienta muy efectiva para lograr un proceso de comunicación efectiva, donde el profesional de salud logra obtener todos los antecedentes necesarios para la atención del paciente.

Expresa con tu tono de voz y tu cuerpo lo que dicen tus palabras



Cuando emites un mensaje, para ayudar a que este sea comprendido, es importante que el emisor tenga un tono de voz y una disposición corporal acorde al mensaje entregado.

Una persona tal vez no puede explicitar cuales son los tonos de voz y posiciones corporales correctos, sin embargo, al enfrentarse a su interlocutor, reconoce perfectamente cada uno de ellos e, inconscientemente, los contrapone con el mensaje verbal. El resultado es que, si no son coherentes, el interlocutor no cree el mensaje que recibe.

Es importante ser consciente del tono y lenguaje, pero es difícil de manejar. Por ello, se aconseja que quien emite el mensaje “esté de acuerdo” con su contenido, así su tono y postura serán concordantes.

Si usted no cree el mensaje que está entregando, su cuerpo y su tono pueden “delatarlo” caso en el cual su interlocutor no creerá en lo que dice.

Sé breve y claro en tu exposición

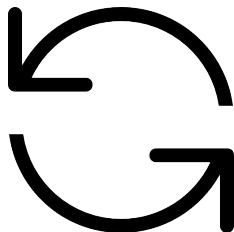
Cuando quiera comunicar algo debe ir al grano en su mensaje. Si se incluye información anexa



o superflua esto puede confundir a su interlocutor en la comprensión del mensaje. Hay que lograr un equilibrio entre enviar un mensaje claro y conciso, y un mensaje insuficiente. Aquí ayuda revisar y mantener permanentemente presente el objetivo del mensaje y las estrategias de comunicación antes definidas.

Por ejemplo: el kinesiólogo le explica a su paciente el siguiente tratamiento y cómo deberá trabajar. Luego le explica que existe un autor que realizó una investigación respecto a este tratamiento con lo que se comprobó que es lo mejor en su caso. Una vez que el kinesiólogo termina su relato es muy probable que el paciente hay olvidado alguno de los pasos que debe realizar.

Confirma que se ha recibido tu mensaje



Una vez enviado el mensaje, el emisor debe comprobar que el receptor lo comprendió. La comprensión del mensaje es la base de la comunicación efectiva. Sin comprensión no existe comunicación. Y en la atención de salud no deben quedar dudas respecto a la comprensión de un mensaje, la comunicación es imprescindible.

Este punto es fundamental. Repetidamente se encuentran ejemplos de personas que no han recibido el mensaje tal como fue emitido, lo que conlleva a errores posteriores en su actuar.

Aquí es útil preguntar lo que el interlocutor entendió. También, sirve poner más énfasis en los puntos más importantes.

Por ejemplo: el médico indica verbalmente a la enfermera que administre 500mg de paracetamol al paciente. Entonces, le pide a la enfermera que repita la indicación para comprobar que el mensaje fue bien comprendido.

Para finalizar, siempre hay que tener en cuenta que sea cual sea el tipo de comunicación utilizada, ella puede ser inexacta toda vez que el que recibe el mensaje puede hacer su propia interpretación. Por ello, es necesario trabajar e insistir en capacitar a los equipos de trabajo para que logren y consoliden un estilo de comunicación efectiva dentro de todos los niveles del establecimiento, de forma tal que ella actúe como barrera de eventos adversos y centinelas en los pacientes.

Bibliografía:

- 1-"Comunicación Efectiva". Autor María Estela Raffino. Argentina. Última edición: 20 de julio de 2020. Disponible en: <https://concepto.de/comunicacion-efectiva/>
- 2-"Problemas de Comunicación en el equipo de salud". Autor Dr. Fabián Vítolo. Biblioteca Virtual Noble, Argentina, Julio 2011.
- 3-"TeamSTEPPS". Autor Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en: <https://www.ahrq.gov/team-steps/about-teamsteps/index.html>
- 4-"La importancia de la Comunicación Efectiva como Factor de Calidad y Seguridad den la Atención Médica". Autores: Ramírez, Ocampo, Pérez, Velasquez y Yarza. Disponible en <http://www.medigraphic.org.mx/>
- 5-"Comunicación y Salud". Autor: Virginia Silva Pintos. Disponible en: <https://www.ort.edu.uy/fcd/pdf/revista-inmediaciones-de-la-comunicacion-3.pdf#page=118>



ENTREVISTAS

APIS: “Los pacientes son el centro de nuestro trabajo”



Eduardo Del Solar Cádiz

Director Ejecutivo

Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud (APIS AG)



1.

¿Cuál es el rol de APIS?

Contribuir a acortar las listas de espera, brindar alta tecnología para dar mejores prestaciones de salud y entregar seguridad a los pacientes, son algunos de los objetivos de la Asociación de Proveedores de la Industria de la Salud (APIS AG), organización que reúne a las pequeñas y medianas empresas que proveen de dispositivos de salud al sector público y privado.

2.

¿Qué es APIS?

La entidad -que se formó en 2015-, tiene como misión velar por los intereses del sector, así como también la promoción de valores asociados a la actividad como la ética, el diálogo con la autoridad y la certificación de los pro-

ductos. Y pasados siete años desde su fundación, la asociación ya cuenta con 42 firmas de diverso tamaño que comercializan productos de calidad en todo Chile.

“Las empresas asociadas a APIS juegan un rol clave a lo largo del país en el acceso a la salud de los chilenos y chilenas, pues representan el 45% de la provisión de dispositivos médicos dentro de la red asistencial del sector público. Los pacientes son el centro de nuestro trabajo”, precisó Eduardo del Solar, director ejecutivo de APIS.

3.

¿Qué son los Dispositivos de calidad para APIS?

Según APIS, la industria de los dispositivos médicos consolidó suprotagonismo y relevancia tras la pandemia del Covid-19, debido a la exponencial demanda de insumos, lo que visibilizó al sector.



Del Solar explica que los socios de APIS proveen desde un parche curitas hasta grandes resonadores magnéticos, incluyendo a todos los dispositivos regulados por el Decreto 825 del Ministerio de Salud: guantes-insumo esencial para la protección del personal de salud-, agujas hipodérmicas, jeringas, preservativos para mujeres y hombres, además de desfibriladores usados como reanimadores. Se trata de productos clave que cruzan toda la cadena de atención del paciente: diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por lo que son de vital importancia.

Según el directivo, además de la atención de calidad a los usuarios, entre las preocupaciones de APIS están la modificación a la Ley de Compras Públicas (se busca que las empresas nacionales, medianas y pequeñas puedan participar de las licitaciones en igualdad de condiciones); la Ley de Fármacos II y el pago a 30 días.

“El rol de nuestras empresas es fundamental -aclara-, no solo porque velan por el adecuado abastecimiento de los insumos, sino que también porque trabajan para resguardar la seguridad del paciente a través de la entrega de productos elaborados con altos estándares de calidad”.

Uno de los temas que preocupa al gremio es el escaso interés de las nuevas autoridades del Ministerio de Salud en dialogar. Por eso, Del Solar hizo un llamado a que la cartera reciba al gremio para desarrollar una agenda de trabajo en conjunto.

4.

¿Cuál es el valor más importante para APIS?

Uno de los valores que ha difundido APIS desde su formación se refiere a la Ética, lo que se manifiesta en diferentes aspectos: uno de ellos es el compromiso social que tiene la actividad. “Fomentamos entre nuestros asociados la responsabilidad con la sociedad, pacientes y profesionales de la salud, al incorporar permanentemente tecnologías médicas de última generación. También velamos por la sustentabilidad en el largo plazo de nuestras empresas asociadas y sus colaboradores”, finalizó Eduardo del Solar.



REVISTA DE REVISTAS

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

Colocamos en vuestras manos publicaciones del último tiempo. Se presenta la traducción del texto introductorio de lo publicado en la revista de origen.

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

revista@fspchile.org



SEÑALANDO Y LLAMANDO AL CAMINO HACIA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA INTRODUCCIÓN Y UN CASO DE USO INICIAL

EfremViolato

Instituto de Tecnología del Norte de Alberta, CAT 126, 11762 106 St NW, Edmonton, AB, T5G 2R1. Correo electrónico: efremv@nait.ca

Iris Cheng In Chao

Facultad de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina de Rehabilitación, Universidad de Alberta, Edmonton, Canadá

Charlotte Mccartan

Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento de Psicología de la Educación, Universidad de Alberta, Edmonton, Canadá

Brendan Concannon

Facultad de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina de Rehabilitación, Universidad de Alberta, Edmonton, Canadá

Journal of Patient Safety and Risk Management / Volumen 27 / Edición 2

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/25160435221078099>

<https://doi.org/10.1177/25160435221078099>

Resumen:

El uso de herramientas de atención médica externa puede ayudar a mejorar la seguridad del paciente. Señalar y llamar (ShisaKanko) es un procedimiento operativo desarrollado para la industria en Japón para prevenir errores humanos y se ha utilizado en el cuidado de la salud en países asiáticos para reducir errores durante la administración de medicamentos. Señalar y llamar afecta el cambio de tareas cognitivas al señalar un lugar u objeto y llamar a la operación a realizar.

Apuntar

Lleve a cabo un caso de uso inicial para examinar la disposición y la capacidad de los profesionales de la salud en un país occidental para usar Pointing and Calling.

Métodos

Se llevó a cabo un caso de uso inicial observacional con diecinueve estudiantes de paramédico de atención avanzada. La confianza, las percepciones y el uso de señalar y llamar se midieron durante un escenario clínico simulado junto con las percepciones del facilitador.

Resultados

Después de la simulación, los participantes confiaron en su capacidad para usar Señalar y Llamar, encontraron que el método era beneficioso e indicaron que usarían Señalar y Llamar en el futuro. Los participantes a menudo usaban el método para tareas como el control de signos vitales. Se identificaron aspectos del método que requerían aclaración y más capacitación. Los facilitadores indicaron que el método parecía beneficioso durante las simulaciones y podría incorporarse al plan de estudios existente.

Conclusiones

Los beneficios de señalar y llamar son evidentes para los estudiantes y facilitadores y ambos grupos son receptivos al método. Señalar y llamar es de bajo riesgo con importantes beneficios potenciales. Con más educación y capacitación, Pointing and Calling podría implementarse de manera efectiva.



REDUCCIÓN DE OBJETOS EXTRAÑOS RETENIDOS NO INTENCIONADOS EN LOS QUIRÓFANOS: UN MARCO PROACTIVO DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Maryam Tabibzadeh , PhD

Departamento de Ingeniería y Gestión de Sistemas de Fabricación, Universidad Estatal de California, Northridge, 18111 Nordho Street, Northridge, CA 91330, EE. UU.

Zarna Patel , MS

Departamento de Ingeniería y Gestión de Sistemas de Fabricación, Facultad de Ingeniería y Ciencias de la Computación, Universidad Estatal de California, Northridge, Jacaranda Hall (JD), Rm 3309, 18111 Nordho Street, Northridge, CA 91330, EE. UU. Correo electrónico: maryam.tabibzadeh@csun.edu

Journal of Patient Safety and Risk Management

Volumen 27 / Número 1

<https://journals.sagepub.com/>

[doi/10.1177/25160435211044608](https://doi.org/10.1177/25160435211044608)

<https://doi.org/10.1177/25160435211044608>

Resumen

Según un estudio de Johns Hopkins, un promedio de 251.454 estadounidenses mueren anualmente por errores médicos. El error médico es la tercera causa principal de muerte en los EE. UU. después de las enfermedades cardíacas y el cáncer. La Comisión Conjunta ha identificado los objetos extraños retenidos no intencionados (URFO, por sus siglas en inglés) como el evento centinela más común.

Este documento propone un marco proactivo de evaluación de riesgos para mejorar la seguridad del paciente en los quirófanos al abordar el problema de los URFO. Este marco se desarrolla integrando los 10 rasgos de una cultura de seguridad positiva, introducidos inicialmente por la industria nuclear y luego adoptados por otras industrias, con una meto-

dología de investigación de accidentes llamada AcciMap, desarrollada originalmente por Rasmussen.

El AcciMap es un marco jerárquico que consta de varias capas: organismos gubernamentales y reguladores, administración de la empresa (hospital), (división de cirugía), personal (quirófano) y trabajo. Treinta categorías principales de causas sociotécnicas que contribuyen a los URFO se capturaron en las capas de AcciMap. Los factores organizacionales fueron identificados como la causa principal de las decisiones cuestionables tomadas por el personal y la gerencia. Las restricciones financieras y presupuestarias, la infraestructura de capacitación inadecuada, la ausencia de una infraestructura de gestión de riesgos y el fracaso del liderazgo son los factores organizacionales más influyentes que contribuyen a los URFO.

Nuestro mapeo de los rasgos de cultura de seguridad positiva antes mencionados en AcciMap mostró que los cuatro rasgos de Procesos de Trabajo, Valores y Acciones de Seguridad de Liderazgo, Comunicación Efectiva y Aprendizaje Continuo tuvieron la mayor influencia en el problema de URFO. Se proporcionan recomendaciones asociadas a estos hallazgos para contribuir a reducir los riesgos de las instancias de URFO.



CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS FARMACÉUTICOS CLÍNICOS SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN EL MINISTERIO DE SALUD Y HOSPITALES DEPOBLACIÓN EN EGIPTO

Shymaa Mahmoud Youssef Elshoura

Instituto Superior de Salud Pública, Universidad de Alejandría, Alejandría, Egipto

Rasha Alí Mosallam

Instituto Superior de Salud Pública, Universidad de Alejandría, Alejandría, Egipto

Journal of Patient Safety and Risk Management Volumen 27 / Edición 4

<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/25160435221113493>

<https://journals.sagepub.com/toc/cric/27/4>

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento, las actitudes y las prácticas hacia la notificación de errores de medicación (EM) entre los farmacéuticos que trabajan en los hospitales del Ministerio de Salud y Población (MOHP) en Alejandría.

Métodos

Se realizó un estudio transversal entre todos los farmacéuticos responsables de notificar los errores de medicación en el sistema egipcio de notificación en línea (NO HARMe).

Resultados

La mayoría de los farmacéuticos recibieron capacitación sobre informes de EM utilizando el sistema de informes en línea de Egipto. Aproximadamente la mitad de los farmacéuticos conocían la definición correcta de errores de medicación. Todos los encuestados sabían de la presencia de un sistema de notificación de ME en Egipto. Las actitudes de los farmacéuticos clínicos hacia la notificación de EM

fueron favorables con una puntuación media general de 4,20 \pm 0,73 en una puntuación que va desde 1 (puntuación de actitudes más desfavorables) a 5 (puntuación más favorable). Solo el 60,7% de los farmacéuticos encuestados utiliza el sistema para notificar los EM.

Los antibióticos fueron la categoría de medicamentos más frecuentemente notificada y la etapa de prescripción fue la etapa en la que los farmacéuticos percibieron que se realizó el mayor volumen de notificaciones (89,3% y 71,4%, respectivamente). La falta de tiempo fue la barrera más frecuentemente identificada para la presentación de informes, seguida de la falta de retroalimentación al informe presentado (73,2%, 54,5%, respectivamente).

De manera inconsistente con los resultados de otros estudios, el miedo a las consecuencias legales y ser reconocido como un proveedor incompetente fue informado por solo el 12,5% y el 11,6% de los farmacéuticos, respectivamente.

Conclusión

La mayoría de los farmacéuticos tienen buenos conocimientos y actitudes favorables hacia la notificación de errores de medicación, sin embargo, alrededor de dos quintas partes no notifican errores de medicación.



¿QUÉ EVENTOS DE SEGURIDAD SE INFORMAN PARA LA ATENCIÓN AMBULATORIA? ANÁLISIS DE INFORMES DE INCIDENTES DE UNA ORGANIZACIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Anjana E. Sharma MD, MAS

Profesora Asistente, Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro para la Excelencia en Atención Primaria, Universidad de California, San Francisco (UCSF), y Centro para Poblaciones Vulnerables (CVP), UCSF.)

Janine Yang

Estudiante de medicina, Facultad de Medicina de la Universidad de Drexel, Filadelfia.

Jan Bing Del Rosario MPH

Coordinadora de investigación clínica, División de VIH, ID y medicina global, UCSF.

Mekhala Hoskote

Candidata a MS/MD, UC Berkeley – Programa médico conjunto de UCSF y analista de datos de investigación, División de medicina interna general, UCSF y CVP

Natalie A. Rivadeneira MPH

Analista de datos de investigación, División de Medicina Interna General, UCSF y CVP.) Consejo Asesor de Investigación de Partes Interesadas

Urmimala Sarkar MD, MPH

Profesora de Medicina, División de Medicina Interna General, UCSF y Directora Asociada , CVP. Dirija la correspondencia a Anjana E. Sharma

The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety

Volume 47, Issue 1, January 2021, Pages 5-14

<https://psnet.ahrq.gov/issue/what-safety-events-are-reported-ambulatory-care-analysis-incident-reports-patient-safety>

<https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.08.010>

Introducción

El personal de atención médica documenta los eventos de seguridad del paciente mediante sistemas de notificación de incidentes, que se recopilan en las bases de datos de la Organización para la seguridad del paciente. Los investigadores buscaron describir los patrones y las características de los comportamientos de notificación de incidentes para la atención ambulatoria de los sistemas de notificación in situ de los Estados Unidos.

Métodos

El equipo analizó los informes de seguridad en entornos ambulatorios recopilados de una Organización de Seguridad del Paciente que comprende 400 miembros de hospitales en 10 estados, desde mayo de 2012 hasta octubre de 2018. Se incluyeron todos los eventos que involucraron daño moderado, daño severo y muerte, así como submuestras de eventos con daño faltante, ningún daño y daño leve. El equipo codificó de forma deductiva los tipos de incidentes y si hubo desafíos para el paciente o el cuidador. Se realizó una regresión logística multivariada para identificar predictores de mayor daño (daño grave y muerte) entre los eventos de seguridad informados.

Resultados

De 2701 eventos, hubo 51 muertes, 159 eventos de daño severo, 1180 daño moderado, 926 daño leve, 384 ningún daño y 1 desconocido. La mayoría eran de atención ambulatoria de la subespecialidad, mientras que el 5,2% eran del hogar/comunidad y el 2,1% eran de atención primaria. Los eventos relacionados con la medicación fueron los más frecuentes (45,3 %). En el análisis multivariado, los errores de diagnóstico (odds-ratio ajustado [aOR] 11,5), los desafíos del paciente/cuidador (aOR 2,2) y los eventos en el hogar o la comunidad (aOR 2,0) y en entornos psiquiátricos (aOR 5,0) se asociaron con daños mayores.

Conclusión

Los sistemas de notificación de pacientes externos son limitados para los entornos de atención primaria y domiciliaria/comunitaria, pero los sistemas de atención ambulatoria notifican más sucesos perjudiciales relacionados con el diagnóstico y los problemas de los pacientes y los cuidadores. Será necesario mejorar la estandarización de los informes, centrarse en el diagnóstico y adoptar enfoques novedosos de notificación de seguridad que involucren a los pacientes para mejorar la captación de los eventos prevenibles que afectan a los pacientes y desarrollar soluciones a nivel de sistema.



MAYOR INCIDENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN PACIENTES AISLADOS EN COMPARACIÓN CON PACIENTES NO AISLADOS: UN ESTUDIO DE COHORTES

Fátima Jiménez-Pericás 1 ,María Teresa Gea Velázquez de Castro 1 ,María Pastor-Valero 2 , 3 ,Carlos Aibar Remón 4 , 5 ,Juan José Miralles 2 ,María del Carmen Meyer García 6 ,Jesús María Aranaz Andrés 3 , 7

1.Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitari San Juan de Alicante, Sant Joan d'Alacant, España. 2.Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología, Universidad Miguel Hernández, Elche, España. 3.Centro de Investigación Biomédica en Red en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España. 4.Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España. 5.Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, Zaragoza, España. 6.Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Politécnico y Universitario La Fe, Valencia, España. 7.Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

<https://bmjopen.bmj.com/content/10/10/e035238>
<http://orcid.org/0000-0001-7393-8567>

Resumen

Determinar si los pacientes aislados ingresados en el hospital tienen una mayor incidencia de eventos adversos (EA), para identificar su naturaleza, impacto y evitabilidad.

Diseño

Estudio de cohortes prospectivo con pacientes aislados y no aislados.

Ámbito: Un hospital público universitario de la Comunidad Valenciana (sureste de España).

Participantes

Recolectamos consecutivamente 400 pacientes, 200 aislados y 200 no aislados, con edad ≥ 18 años, para emparejar según fecha de ingreso, departamento de ingreso, sexo, edad (3

5 años) y gravedad de la enfermedad desde abril de 2017 hasta octubre de 2018. Criterios de exclusión: pacientes menores de 18 años y/o pacientes con aislamiento inverso.

Medidas de resultado primarias y secundarias

El resultado primario es el EA, definido según los criterios del Estudio Nacional de Efectos Adversos vinculados a la Hospitalización (Estudio Nacional Sobre los Efectos Adversos). Se calcularon las tasas de incidencia acumulada y las tasas de densidad de incidencia de EA.

Resultados

La incidencia de pacientes aislados con EA 16,5% (IC 95% 11,4% a 21,6%) frente a 9,5% (IC 95% 5,4% a 13,6%) en no aislados ($p < 0,03$). La densidad de incidencia de pacientes con EA entre pacientes aislados fue de 11,8 por 1000 días/paciente (IC 95% 7,8 a 15,9) en comparación con 4,3 por 1000 días/paciente (IC 95% 2,4 a 6,3) entre pacientes no aislados ($p < 0,001$). La incidencia de EA entre los pacientes aislados fue del 18,5 % frente al 11 % de los pacientes no aislados ($p < 0,09$). Entre los 37 EA detectados en 33 pacientes aislados y los 22 EA detectados en 19 pacientes no aislados, la mayoría correspondieron a infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) tanto para pacientes aislados como no aislados (48,6 % frente a 45,4 %). Hubo diferencias significativas con respecto a la evitabilidad de los EA, (67,6% entre pacientes aislados frente a 52.

Conclusiones

Los EA fueron significativamente más altos en pacientes aislados en comparación con pacientes no aislados, siendo más de la mitad prevenibles y con IRAS como causa principal. Es fundamental mejorar la formación y la cultura de seguridad de los profesionales sanitarios en relación con la atención a este tipo de pacientes.



EVENTOS ADVERSOS EN HOGARES DE ANCIANOS ITALIANOS DURANTE LA EPIDEMIA DE COVID-19: UNA ENCUESTA NACIONAL

Flavia L. Lombardo¹, Emanuela Salvi², Leonora Lacorte¹, Paola Piscopo³, Flavia Mayer¹, Antonio Andoni¹, Giulia Révoli⁴, Guido Bellomo¹, Gilda Losito⁵, Fortunato D'Ancona⁶, Marco Canevelli^{1,4}, Graziano Onder⁷, Nicola Vanacora^{1*} y el Grupo de Estudio de Hogares de Ancianos del Instituto Nacional de Salud de Italia

1 Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud, Instituto Nacional Italiano de Salud, Roma, Italia / 2 Centro Nacional de Investigación y Evaluación de Medicamentos, Instituto Nacional Italiano de Salud, Roma, Italia / 3 Departamento de Neurociencia, Instituto Nacional Italiano de Salud, Roma, Italia / 4 Departamento de Neurociencia Humana, Universidad Sapienza de Roma, Roma, Italia / 5 Unidad de Atención a la Salud y Privación de Libertad, Roma, Italia / 6 Departamento de Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional Italiano de Salud, Roma, Italia / 7 Departamento de Enfermedades Cardiovasculares, Endocrino-metabólicas y Envejecimiento, Instituto Nacional Italiano de Salud, Roma, Italia

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.578465/full>

Frente. Psiquiatría, 30 de septiembre de 2020. Sec. Psiquiatría del envejecimiento

<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.578465>

Las personas mayores que viven en hogares de ancianos (NH, por sus siglas en inglés) son particularmente vulnerables en la actual pandemia de COVID-19, debido a la alta prevalencia de enfermedades crónicas y discapacidades (p. ej., demencia).

El fenómeno de los eventos adversos (EA), entendidos como cualquier daño o lesión resultante de la atención médica o de la falta de atención, aún no ha sido investigado en los SNS durante la pandemia. Realizamos una encuesta nacional en 3.292 NH, ya sean públicos o que prestan servicios tanto privados como dentro del sistema nacional de salud, de los 3.417 NH que cubren todo el territorio italiano. Se envió un cuestionario en línea a los directo-

res de cada instalación entre el 24 de marzo y el 27 de abril de 2020. La lista de NH fue proporcionada por el Dementia Observatory, un mapa en línea de los servicios italianos para personas con demencia. que era uno de los objetivos de la implementación del Plan Nacional Italiano de Demencia.

Alrededor del 26% de los residentes en los NH italianos para personas mayores que figuran en el sitio del Observatorio de Demencia tenían demencia.

El objetivo de nuestro estudio fue informar la frecuencia de EA que ocurrieron durante los meses en que la tasa de propagación del SARS-CoV-2 fue más alta en los NH italianos e identificar qué condiciones y atributos estaban más asociados con la aparición de EA por medio del análisis logístico de regresión multivariante.

Los datos se refieren a 1.356 NH que participaron en la encuesta. La tasa de respuesta general fue del 41,2 % durante un período de seis semanas (del 24 de marzo al 5 de mayo). Alrededor de un tercio de las instalaciones (444 de 1334) (33,3 %) informaron al menos 1 evento adverso, con un total de 2000 eventos.

Entre los NH incluidos, teniendo una capacidad de camas superior a la mediana de 60 camas (OR=1,57, IC95% 1,17-2,09; p=0,002), se observó un aumento en el uso de psicofármacos (OR=1,80, IC95% 1,05-3,07; p=0,032), adoptar medidas de contención física (OR=1,97, IC95% 1,47-2,64; p<0,001), residentes hospitalizados por síntomas gripales (OR =1,73, IC95% 1,28-2,32; p<0,001), y estar ubicados en áreas geográficas específicas (OR=3,59, IC95% 1,81-7,08; OR=2,90, IC95% 1,45-5,81 y OR=4,02, IC95% 2,01-8,04 para, respectivamente, Noroeste, Noreste y Centro vs Sur, p <0,001) fueron todos factores asociados positivamente a la ocurrencia de eventos adversos en el establecimiento. Las recomendaciones futuras para la gestión y el cuidado de los residentes en los NH durante la pandemia de COVID-19 deben incluir declaraciones específicas para las poblaciones más vulnerables, como las personas con demencia.



¿QUÉ HACEMOS?

DIPLOMADOS ON LINE

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

TALLERES/ CURSOS PRESENCIALES

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

CURSOS ON LINE

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

CONGRESOS Y JORNADAS

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



NORMAS DE PUBLICACIÓN RCHSP

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

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

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

I. REGLAMENTO PARA PUBLICACIÓN

1. TRABAJOS ORIGINALES

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

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

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

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

3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

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

4. CASOS CLÍNICOS

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

5. CRÓNICAS

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

6. CONTRIBUCIONES

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

Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

7. REVISTA DE REVISTAS:

Resúmen o analisis 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 cuya Misión es “Promover, generar, gestionar conocimientos, herramientas y experiencias que motiven e involucren a las personas, equipos e instituciones para entregar atenciones y prestaciones de salud seguras al paciente”.

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

Cel: +56 9 94427435
+56 9 77651330

contacto@fspchile.org
www.fspchile.org