



REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

EN ESTE NÚMERO:

EDITORIAL

Stephan Jarpa Cuadra

PRÓLOGO

INVITACIÓN A LA LECTURA:
"EL DERECHO DE LA PERSONA
A NO SER SUJETADO: AVANCES
NORMATIVOS EN LOS ÁMBITOS
SANITARIO Y SOCIAL"

**Leire Cosgaya Fernández,
Ana Urrutia Beaskoa,
María Acevedo-Nuevo**

PESQUISA SOBRE O
TREINAMENTO DE INCÊNDIO
DOS PROFISSIONAIS NOS
HOSPITAIS NO BRASIL

João de Lucena Gonçalves

CONVERSATORIO: LA
ACREDITACIÓN NACIONAL Y LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE -
VIII CONGRESO INTERNACIONAL
EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

**Andrea Sakurada, Leslie
Troncoso, Maritza Fuenzalida,
Ana Godoy, Claudia Muñoz.**

ESTUDIO DE OPINIÓN
PROFESIONALES DE HOSPITALES
"SEGUNDAS VÍCTIMAS EN
EVENTOS ADVERSOS"

**Hugo Guajardo Guzmán,
Paola Martínez Osorio.**





REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 7
AÑO 2024

ISSN 2452-4468

Nº2

REPRESENTANTE LEGAL Y EDITOR GENERAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. Luis López Valenzuela

Ing. Com. Mg Salud Pública Paola Martínez Osorio

EU Mg Bioética Gladys Osorio Uribe

QF Mariela Valenzuela Guajardo

QF Jorge Cienfuegos Silva

TM Valeska Abarca Arce

Kglo. Gonzalo Hormazabal Rioseco

Mat. María Angélica Cifuentes Canales

Dr. en Matemáticas Luis Guajardo Rui-Pérez

Odontólogo Mg Bioética Jorge Oliva Te-Kloot

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



Sumario

04

EDITORIAL

Stephan Jarpa Cuadra

QF Director Agencia Regulatoria InHouse

06

PRÓLOGO

INVITACIÓN A LA LECTURA: “EL DERECHO DE LA PERSONA A NO SER SUJETADO: AVANCES NORMATIVOS EN LOS ÁMBITOS SANITARIO Y SOCIAL”

Leire Cosgaya Fernández, Dra. Ana Urrutia Beaskoa, Dra. María Acevedo-Nuevo

08

PESQUISA SOBRE O TREINAMENTO DE INCÊNDIO DOS PROFISSIONAIS NOS HOSPITAIS NO BRASIL

João de Lucena Gonçalves

22

CONVERSATORIO: LA ACREDITACIÓN NACIONAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE - VIII CONGRESO INTERNACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Andrea Sakurada, Leslie Troncoso, Maritza Fuenzalida, Ana Godoy, Claudia Muñoz.

30

ESTUDIO DE OPINIÓN PROFESIONALES DE HOSPITALES
“SEGUNDAS VÍCTIMAS EN EVENTOS ADVERSOS”

Dr. Hugo Guajardo Guzmán, Ing. Com. Paola Martínez Osorio.

EDITORIAL

Editorial

La seguridad del paciente, componente fundamental de la calidad de la atención médica, se define como la reducción del riesgo de daños innecesarios a los pacientes.

Si agregamos más componentes a esta ecuación de seguridad, tal vez la fórmula se vuelve más compleja, por lo que nos veremos enfrentados a barreras para poder hacer segura esa atención.

Uno de los componentes que en esta editorial quisiéramos relevar es cuando los pacientes son personas con discapacidad o también llamada capacidades diferentes. Una condición que afecta a muchas personas en nuestro país, tanto en un plano físico como cognitivo, con muchas herramientas para abordar su tratamiento, contención, ir a rehabilitación cuando la ciencia se lo permite. Pero esa misma persona en algún momento se puede convertir en paciente, que como hemos comentado, su seguridad también es un factor que debemos cuidar de manera muy especial.

TELETON, Noviembre 8 y 9, remueve los corazones para poder hacer una campaña solidaria de recolección de recursos los cuales van directamente a pacientes con objetivos de rehabilitación física. Pero debemos pensar que todos estos recursos están destinados a un grupo de pacientes que son niños y algunos jóvenes con una evaluación neurológica que permita ser de real aporte a su vida.

Así como existen estas limitaciones condicionantes debemos pensar que son centros con espacios limitados equipamiento limitado y de acceso limitado, pero con una calidad y un profesionalismo a los beneficiados de clase mundial que nos llena de orgullo como país.

Pero los quiero llevar a pensar en ¿qué pasa con los adultos jóvenes, adultos, adultos mayores que sufren la desventura de enfrentar un cambio violento en su vida? Cómo la discapacidad física neurológica cognitiva cambia la vida y la de su entorno. Ese grupo de la población también se transforma en paciente por su condición en algún minuto de su nueva vida y debe atenderse en los centros asistenciales comunes y corrientes de nuestro sistema.

Pongámonos a pensar un instante en toda la demanda que implica que un paciente discapacitado llegue a un consultorio, a un policlínico, a un hospital o, inclusive, a una clínica. Es en ese minuto donde la seguridad del paciente se vuelve un factor crítico y en donde aparecen los riesgos inminentes de caídas, de falta de espacios de contención, de evaluación, de relacionamiento y diagnósticos precisos, de uso de medicamentos. Y para qué decir de infraestructura...

Pero lo que más impacta la seguridad del paciente son las competencias que debe tener el personal de cara al paciente, como pueden ser los técnicos en enfermería, los asistentes las enfermeras, los farmacéuticos los médicos, incluso los camilleros y el personal de asistencia.

Es allí donde el sistema se empieza complicar. Existen muchos casos de maltrato, de incomprensión, de falta de conocimiento en el manejo de un paciente. Necesitamos abrir una puerta para sustentar en nuestro sistema público y privado a este tipo de pacientes, apoyarse en la ergonomía y el diseño de equipamientos que permitan dar un servicio óptimo a cualquier tipo de pacientes.

Solo a modo de ejemplo: paciente discapacitado que no puede ingresar por sí solo a un resonador magnético nuclear, paciente que no se puede mantener de pie para una radiografía, paciente que no entra en un Box reducido de tamaño junto a su silla de rueda, paciente que hay que cambiar de posición y es cuadraplégico y se requiere mucho personal para hacerlo aumentando su riesgo a LPP. Y así un gran número de casos en que ya debemos comenzar a poner atención para permitir que nuestros pacientes tengan una atención Segura.

Para las personas con discapacidad, la seguridad del paciente puede incluir:

- Asegurar que el Centro Asistencial sea accesible, por ejemplo, con rampas o ascensores.
- Verificar que el consultorio tenga el equipo necesario para realizar los exámenes físicos, como una balanza o camilla accesibles.
- Pedir ayuda a un personal capacitado del Centro asistencial, si se necesita.

- Prepararse para la consulta médica, pensando en las preguntas y preocupaciones que tengan los pacientes y sus cuidadores.

- Llevar los registros médicos a la consulta.

- Pedir a un amigo, familiar o cuidador idóneo que acompañe a la consulta.

- Pedir la información por escrito. Es muy importante conocer la discapacidad y la limitación del paciente.

- Empatizar con las personas con discapacidad intelectual, que pueden enfrentar barreras para comprender y adaptarse a situaciones nuevas.

Es clave que todos nos ocupemos de la seguridad de nuestros pacientes sin excluir a nadie por muy incapacitado que esté y pensando en que mi entrega profesional debe estar a la altura de todos los pacientes. Es el fin y el objetivo que la Fundación para la Seguridad del Paciente también tiene: unir la necesidad de los pacientes a la entrega de los profesionales y técnicos a ellos.

Stephan Jarpa Cuadra

QF Director Agencia Regulatoria InHouse

PRÓLOGO

INVITACIÓN A LA LECTURA: “EL DERECHO DE LA PERSONA A NO SER SUJETADO: AVANCES NORMATIVOS EN LOS ÁMBITOS SANITARIO Y SOCIAL”

Leire Cosgaya Fernández

l.cosgaya@cuidadosdignos.org

Dra. Ana Urrutia Beaskoa

anaurrutia@cuidadosdignos.org

Dra. María Acevedo-Nuevo

m.acevedo.nuevo@gmail.com

En el artículo **“El derecho de la persona a NO ser sujetado: avances normativos en los ámbitos sanitario y social”**, las autoras María Acevedo Nuevo y Ana Urrutia Beaskoa exploran el uso de las sujeciones físicas y químicas en los sistemas de atención sanitaria y sociosanitaria, cuestionando una práctica que, si bien ha sido ampliamente aceptada y justificada a lo largo del tiempo, vulnera los derechos fundamentales de las personas atendidas.

El texto aborda cómo las sujeciones han sido utilizadas históricamente, no solo en residencias de mayores, sino en todo el sistema de cuidado, desde hospitales de agudos hasta centros de atención a personas con discapacidad. Las autoras señalan que, en lugar de responder a necesidades clínicas, el uso de sujeciones suele estar impulsado por factores organizacionales, tales como las dificultades para gestionar adecuadamente las causas de agitación, la falta de capacitación de los profesionales, y una cultura predominante que prioriza un enfoque paternalista por encima de la autonomía benefi-

ciente de la persona atendida. Estas dinámicas organizacionales terminan por anteponer la operatividad del sistema a los derechos y el bienestar del paciente.

A nivel normativo, el artículo detalla cómo en los últimos años la legislación en España ha avanzado significativamente en el ámbito social. Se ha pasado de permitir sujeciones bajo prescripción médica y supervisión, a reconocer el derecho fundamental de las personas a no ser sujetadas, salvo en circunstancias muy excepcionales. Estos avances han sido reflejados en normativas como la Instrucción 1/2022 de la Fiscalía General del Estado y la Resolución de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales de 2022, que establecen criterios para que los centros sociosanitarios sean “libres de sujeciones”.

Sin embargo, el artículo también resalta la disparidad entre el sector social y el sanitario. Mientras que las leyes en el ámbito sociosanitario han comenzado a reconocer estos derechos, en el con-

PRÓLOGO

texto hospitalario, donde el uso de sujeciones sigue siendo frecuente, la situación legislativa avanza más lentamente. La falta de datos claros sobre el uso de sujeciones en hospitales de agudos y en unidades como las de cuidados intensivos refleja una realidad preocupante que sigue invisibilizada en muchos entornos sanitarios.

Las autoras invitan a reflexionar sobre la necesidad de extender este enfoque de respeto a los derechos del paciente al ámbito sanitario, planteando la urgencia de legislar de manera más contundente sobre el tema. Proponen que, al igual que en el sector social, se reconozca plenamente el derecho de la persona a no ser sujeta, independientemente de su situación clínica o nivel asistencial.

Este artículo es esencial para profesionales del cuidado, juristas y legisladores, y ofrece una perspectiva integral sobre el futuro de los cuidados centrados en la persona, sin sujeciones. Te invitamos a leer el artículo completo para profundizar en los avances normativos y las implicaciones éticas y legales que transforman el paradigma del cuidado en España y a nivel internacional.

Accede a la publicación completa en:

<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/82138/el-derecho-de-la-persona-a-no-ser-sujeto-avances-normativos-en-los-ambitos-sanitario-y-social/>



PESQUISA SOBRE O TREINAMENTO DE INCÊNDIO DOS PROFISSIONAIS NOS HOSPITAIS NO BRASIL

João de Lucena Gonçalves

Médico

Membro da Câmara Técnica de Segurança do Paciente do Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro

Membro do Comitê de Segurança do Paciente da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

Professor do MBA de Qualidade e Segurança do Paciente do Instituto D'OR de Ensino de São Paulo

Professor do MBA Executivo de Gestão em Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS/IMIP)

Professor da Pós-Graduação em Gestão da Qualidade e Segurança em Serviços de Saúde da Faculdade da Santa Casa da Bahia

Ex - Avaliador para acreditação pela Joint Commission International JCI

Autor de correspondência:

João de Lucena Gonçalves

joao.lucenag@gmail.com

SUMÁRIO:

Esta é uma pesquisa feita através de questionário (Survey) sobre a efetividade dos treinamentos nas ações de combate a incêndio e evacuação, ministrados aos profissionais que atuam em hospitais, com base nas normas vigentes. O mapeamento das respostas permitiu obter um panorama da adesão dos profissionais aos treinamentos e a função de membro da brigada de emergência. O total de profissionais que se voluntariou para atuar como membro da brigada, sugeriu que poderia não ser suficiente para permitir uma distribuição equitativa em todos os setores e turnos dos hospitais. Verificou-se também que não houve avaliação da estrutura emocional, da capacidade de análise situacional, nem da atuação de comando diante de uma emergência, daqueles designados como coordenadores de emergência, líderes de brigada e líderes de evacuação. Na avaliação do conhecimento teórico adquirido no treinamento, constatou-se que não houve similaridade nas respostas entre os grupos de profissionais, evidenciando lacunas no conhecimento sobre as ações emergenciais durante um incêndio. A complexidade e as lacunas evidenciadas, sugerem que os setores envolvidos reestruturem todo o processo de treinamento dos profissionais dos hospitais, visando aumentar a efetividade e consequentemente, maior segurança da estrutura dos hospitais e da população hospitalar.

Palavras – Chave: Treinamento, Brigada, Incêndio, Hospital

ABSTRACT

This is a survey conducted using a questionnaire on the effectiveness of firefighting and evacuation training provided to professionals working in hospitals, based on current regulations. The mapping of responses provided an overview of the

professionals' adherence to training and their role as members of the emergency brigade. The total number of professionals who volunteered to act as members of the brigade suggested that it might not be enough for an equitable distribution across all sectors and shifts in the hospitals. It was also found that there was no assessment of the emotional structure, situational analysis capacity, or command performance in the face of an emergency, of those designated as emergency coordinators, brigade leaders, and evacuation leaders. In the assessment of the theoretical knowledge acquired in the training, it was found that there was no similarity in the responses between the groups of professionals, evidencing gaps in knowledge about emergency actions during a fire.

Keywords: Training, Brigade, Fire, Hospital

INTRODUÇÃO:

O motivo pelo qual os hospitais devem realizar treinamentos periódicos sobre as ações de reposta a uma emergência de incêndio, baseia-se na importância da capacidade de resposta dos profissionais treinados, para atuar de modo eficaz e de imediato, logo que for detectado o início do fogo.

Este treinamento ao atingir toda população do hospital, permitiria selecionar um grupo de profissionais, que pelos conhecimentos adquiridos, o voluntariado e a avaliação pessoal, estariam aptos em atuar como brigadistas de emergência. Os demais componentes treinados, não sendo brigadistas, teriam condições de apoiar as ações emergenciais, durante um incêndio.

O plano de emergência de incêndio do hospital é o documento que organiza e descreve o conjunto de ações e medidas que devem ser adotadas no caso desta situação crítica, devendo nortear os

profissionais treinados ou não, em como atuar face as características específicas de cada estabelecimento de saúde.

A ausência, um número reduzido de brigadistas ou a falta de eficácia no combate inicial ao fogo, pode permitir maior propagação das chamas e da fumaça, que atuarão como alarme de incêndio, induzindo ações não coordenadas, tais como a evacuação aleatória e até a transferência de pacientes, mesmo quando ocorrer um princípio de fogo ou incêndio de pequeno porte. (10)

Como um incêndio pode começar a qualquer momento e em qualquer lugar da instituição, o número de brigadistas e sua distribuição pelos setores e turnos de trabalho, associada a capacidade de resposta adquirida no treinamento, deveria garantir dia e noite, uma resposta eficaz ao fogo, em todas as áreas do estabelecimento de saúde. Conforme as orientações existentes, o treinamento é dividido em níveis de acordo com as características e complexidade do estabelecimento de saúde, o risco de incêndio, a carga de incêndio estimada e pode ser alterado conforme o plano de incêndio

do hospital. Apesar disto o padrão de treinamento atual sugerido para os hospitais são o básico e o intermediários, sendo importante citar que nestes dois tipos de treinamento sugeridos não está incluído o treinamento sobre o uso de aparelho de respiração autônomo, sendo citadas as situações nas quais devem ser utilizados. (1)

Também não há descrição sobre a avaliação da parte prática do treinamento, adaptado de acordo com a estrutura e complexidade do hospital, nem como mensurar o desempenho dos voluntários à brigada de emergência. No caso do líder brigadista, além do voluntariado e da aprovação, não há referência sobre a avaliação das condições de stress emocional ou da capacidade de comando dos futuros líderes brigadistas, para garantir que suas ações, nem sobre o treinamento do padrão das ordens de comando, frente a uma emergência de incêndio. Desta forma, as orientações utilizadas para o treinamento e para a avaliação dos participantes, podem não estar alinhadas com as necessidades de conhecimento dos brigadistas e o plano de emergência do hospital ou as adaptações implementadas durante o evento de incêndio. (1)



sobre o treinamento de incêndio dos profissionais dos hospitais de diversas regiões do país, descrevendo se os resultados do modelo de treinamento atual alcançam as metas de garantir profissionais capazes de atuar eficazmente em situações de incêndio. Os resultados verificados sugerem a necessidade de se estimular um debate envolvendo todos os atores, reavaliando as atuais metodologias de treinamento e da avaliação dos resultados, visando aumentar a segurança estrutural e da população hospitalar, em caso de incêndio.

METODOLOGIA

Esta pesquisa quantitativa foi realizada através de um questionário estruturado, com 34 questões divididas em 9 partes, objetivando avaliar o treinamento dos profissionais (da área da saúde ou não) que trabalhavam em hospitais. A análise quantitativa das respostas recebidas verificou a quantidade de profissionais treinados, quantos aceitaram ser brigadistas de emergência. Analisou a distribuição das respostas pelas regiões do país, nos hospitais por tipo de governança e se os hospitais possuíam acreditação ou não. Além disto, verificou qual foi a participação dos profissionais por áreas de atuação, se eram das áreas da saúde ou não, se atuavam em áreas assistenciais ou não e pelos turnos de trabalho.

Também procurou comparar os conhecimentos adquiridos pelo treinamento, entre o grupo de membros da brigada, o grupo de profissionais com treinamento, mas não eram membros da brigada de emergência e o grupo de profissionais que não tinham recebido treinamento sobre incêndio. Não havia identificação do profissional ou do hospital no qual trabalhava e se o hospital era acreditado, não identificava a instituição acreditadora do estabelecimento de saúde. Outro grupo de perguntas procurava avaliar os conhecimentos adquiridos pelos

profissionais, com questões sobre o conhecimento sobre o plano de emergência de incêndio do hospital, localização dos equipamentos de combate ao fogo, sobre o combate inicial ao fogo e sobre a evacuação de pacientes.

Os questionários foram enviados para mais de 5.000 de profissionais dos hospitais, em todas as regiões do Brasil, através de contatos pessoais, em cursos e aulas, nos grupos de WhatsApp, LinkedIn, Instagram e Facebook. As respostas retornaram entre 2022 e 2023.

O questionário utilizado foi criado no Google Forms, com perguntas diretas e respostas com múltipla escolha.

Foram recebidas 1022 respostas, somente sendo consideradas as respostas dos profissionais que demonstraram estar vinculados a um hospital.

Apenas a análise das questões sobre o conhecimento adquirido no treinamento (Tabela 9), foi realizada através de amostragem coletada de forma aleatória, dos 300 primeiros questionários, recebidos dos 100 profissionais que informaram ser brigadistas, dos 100 profissionais do grupo dos que não eram brigadistas, mas haviam feito treinamento e dos 100 profissionais do grupo dos que não eram brigadistas e não haviam recebido treinamento. A escolha para análise baseou-se na data de recebimento dos questionários dos profissionais de cada grupo.

Parte da análise percentual das respostas foi feita pelo *Google Forms* e o cruzamento entre os dados das respostas, foi obtido utilizando as funções do programa *Excel* da *Microsoft*.

RESULTADOS

Total de questionários respondidos: **1022**

Tabela 1 – Treinamento dos profissionais

	PROF	%
Profissionais com treinamento para brigadista de emergência	201	19,7%
Profissionais não brigadistas com treinamento de emergência	323	31,6%
Profissionais não brigadistas sem treinamento de emergência	498	48,7%

Na tabela 1 Verifica-se a baixa adesão dos profissionais para a função de brigadista de emergência e o grande número de profissionais que não receberam treinamento sobre incêndio.

Tabela 2 - Qualificação dos profissionais brigadistas

	PROF	%	BRIG	%
Profissionais de saúde	882	86,3%	149	16,9%
Não são profissionais da saúde	140	13,7%	52	37,1%

A tabela 2 mostra que os profissionais de saúde foram a maioria dos participantes, mas a adesão para a função de brigadista, foi inferior percentualmente a dos profissionais que não são da área da saúde.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais e dos brigadistas pelas regiões do Brasil

	PROF	BRIG	%
Hospitais da Região Norte	108	19	17,6%
Hospitais da Região Nordeste	101	8	7,9%
Hospitais da Região Centro-Oeste	107	20	18,7%
Hospitais da Região Sudeste	522	83	15,9%
Hospitais da Região Sul	184	71	38,6%

A tabela 3 mostra que o maior número de profissionais participantes, eram oriundos da região Sudeste, embora isto não tenha se refletido em um maior percentual de brigadistas. A região Sul apresentou o maior percentual de adesões à função de brigadista. Em contrapartida, o menor número de brigadistas ocorreu na região Nordeste.

Tabela 4 - Distribuição dos brigadistas em relação a Governança dos hospitais

	BRIG	%
Brigadistas dos hospitais privados	97	48,3%
Brigadistas dos hospitais Filantrópicos	60	29,9%
Brigadistas dos hospitais públicos	44	21,9%

A tabela 4 mostra que a maior adesão à função de brigadista ocorreu nos hospitais privados em relação aos hospitais filantrópicos e públicos.

Tabela 5 - Distribuição dos brigadistas em relação a acreditação dos hospitais

	BRIG.	%
Brigadistas dos hospitais acreditados	163	81,1%
Brigadistas dos hospitais não acreditados	24	11,9%
Brigadistas que não sabiam sobre a acreditação do seu hospital	14	7,0%

Na tabela 5 verifica-se que o número de brigadistas nos hospitais acreditados é muito superior em relação aos hospitais não acreditados. Observou-se que a falta de comunicação fez com que brigadistas responderem que desconheciam se o hospital possuía ou não a acreditação.

Tabela 6 - Distribuição dos brigadistas por área de atuação no hospital

	BRIG	%
Brigadistas nas áreas assistenciais	98	48,8%
Brigadistas nas áreas não assistenciais	103	51,2%

A tabela 6 mostra que o número de brigadistas das áreas não assistenciais é superior aos das áreas assistenciais.

Tabela 7 - Distribuição dos brigadistas pelo porte do hospital

	BRIG	%
Brigadistas em hospitais com até 4 andares	99	49,3%
Brigadistas em hospitais de 5 a 10 andares	65	32,3%
Brigadistas em hospitais com mais de 10 andares	37	18,4%

Na tabela 7 verifica-se que em hospitais com até 4 andares, a quantidade de brigadistas era superior que nos hospitais com maior número de andares. Nos hospitais com mais de 10 andares, ocorria o inverso, a presença dos brigadistas era inferior aos hospitais com menor número de andares.

Tabela 8 - Distribuição dos brigadistas por turno de trabalho

	BRIG.	%
Profissionais diaristas	140	69,7%
Profissionais plantonistas turno de 12 h diurno	21	10,4%
Profissionais plantonistas turno 12 h Noturno	27	13,4%
Profissionais plantonistas turno 24 h	13	6,5%

A tabela 8 mostra que o maior número de brigadistas está concentrado entre profissionais diaristas, verificando-se que a soma de todos os brigadistas plantonistas é muito inferior ao total de brigadistas diaristas. Observa-se também a pequena adesão dos brigadistas plantonistas de 24h.

Tabela 9: Avaliou aleatoriamente 100 respostas de cada grupo

Tabela 9 – Conhecimento dos profissionais sobre incêndio no hospital			
	BRIG	NB/CT	NB/ST
A) Plano de incêndio do hospital			
1) Conhece o plano de incêndio do hospital	76%	53%	4%
2) Sabe quem é o coordenador das ações durante um incêndio	72%	44%	5%
Percentual médio das respostas do tópico	74%	49%	5%
B) Equipamento e rotas de fuga			
3) Conhece a localização do alarme de incêndio	92%	65%	26%
4) Conhece a localização dos extintores de incêndio	97%	91%	66%
5) Conhece as rotas de fuga da sua área de trabalho	94%	88%	43%
Percentual médio das respostas sobre o tópico	94%	81%	45%
C) Ações em caso de incêndio			
6) Sabe fazer o primeiro combate ao fogo	83%	64%	18%
7) Sabe identificar qual tipo de extintor deve ser usado	89%	73%	33%
8) Sabe como agir para evacuar os pacientes	85%	62%	21%
9) Sabe para qual local levar os pacientes evacuados	86%	57%	16%
Percentual das respostas sobre o tópico	86%	64%	22%
Média percentual de todas as respostas do questionário	86%	66%	26%

As médias foram obtidas das respostas positivas. As respostas negativas e as respostas em branco foram consideradas como conhecimento nulo.

As respostas das questões 1 e 2 foram as que apresentaram o menor valor percentual em todos os grupos.

As questões 3 a 5 mostraram os maiores índices percentuais de respostas em todos os grupos no questionário.

As questões 6 a 9 o grupo dos brigadistas obteve o maior valor percentual em relação aos demais grupos.

Na avaliação geral, a maior média de respostas positivas foi do grupo de brigadistas, os profissionais treinados, mas não brigadistas e os que não receberam treinamento obtiveram as menores médias.

DISCUSSÃO

Quando um desastre ocorre, é responsabilidade dos profissionais de todas as áreas de saúde e da administração do hospital, evitar a morbidade e a mortalidade entre os pacientes mais vulneráveis, desenvolver um plano de emergência e praticar o treinamento”, estas orientações deveriam nortear as ações de contingência nas emergências, em todos os hospitais. (7)

Os padrões para acreditação de hospitais da Organização Nacional de Acreditação (ONA) e da Joint Commission International (JCI), descrevem que todos os profissionais precisam ser educados e treinados,

protegendo os outros e a si mesmos para criar um estabelecimento de saúde seguro. O treinamento deve ser fornecido a todos os profissionais em todos os turnos, devendo ser avaliados nos procedimentos de emergência, incluindo as ações de segurança contra incêndio. Estas orientações estimulam as lideranças em implementar a preparação dos profissionais de um hospital, para aumentar a segurança de todos nos casos de incêndio. (12) (19)

A tabela 1 mostra que a quantidade de brigadistas de emergência e de profissionais treinados que não são brigadistas, é inferior ao número de profissionais

que não participou de qualquer treinamento sobre como atuar neste tipo de emergência. Estes números enfatizam a falta de incentivo para a população hospitalar em participar dos treinamentos e de ações conjuntas, visando aumentar o apoio as equipes de combate ao fogo e evacuação de pacientes, especialmente em áreas críticas, onde a presença de um maior número de profissionais treinados, reduz o risco de falhas em todas as ações de enfrentamento durante emergências. (13)

O apresentado na tabela 2 evidencia que os profissionais de saúde foram os que mais responderam ao questionário e paradoxalmente foram os que menos assumiram a função de brigadista de emergência, em relação aos profissionais que não eram da saúde. Isto pode ter ocorrido, porque além das inúmeras funções profissionais habituais, seria necessário acumular a responsabilidade pela execução dos procedimentos descritos nas normativas para a brigada de emergência. (1) Seria importante que as diretivas fossem revistas, para alterar os procedimentos da brigada de emergência em relação aos profissionais da saúde, estimulando maior adesão destes profissionais.

Na tabela 6 verifica-se que o total de profissionais brigadistas de emergência que relatou atuar nas áreas de assistência aos pacientes dos hospitais, foi menor que o quantitativo de brigadistas que atuavam nas áreas não assistenciais. Este é o reflexo da baixa adesão dos profissionais de saúde ao treinamento. Novamente verifica-se a necessidade de readequar as normativas sobre as funções dos brigadistas e que as governanças dos hospitais estimulem esta participação, para reduzir os riscos dos pacientes, visto que as áreas assistenciais apresentam alta incidência de origem do fogo. (10)

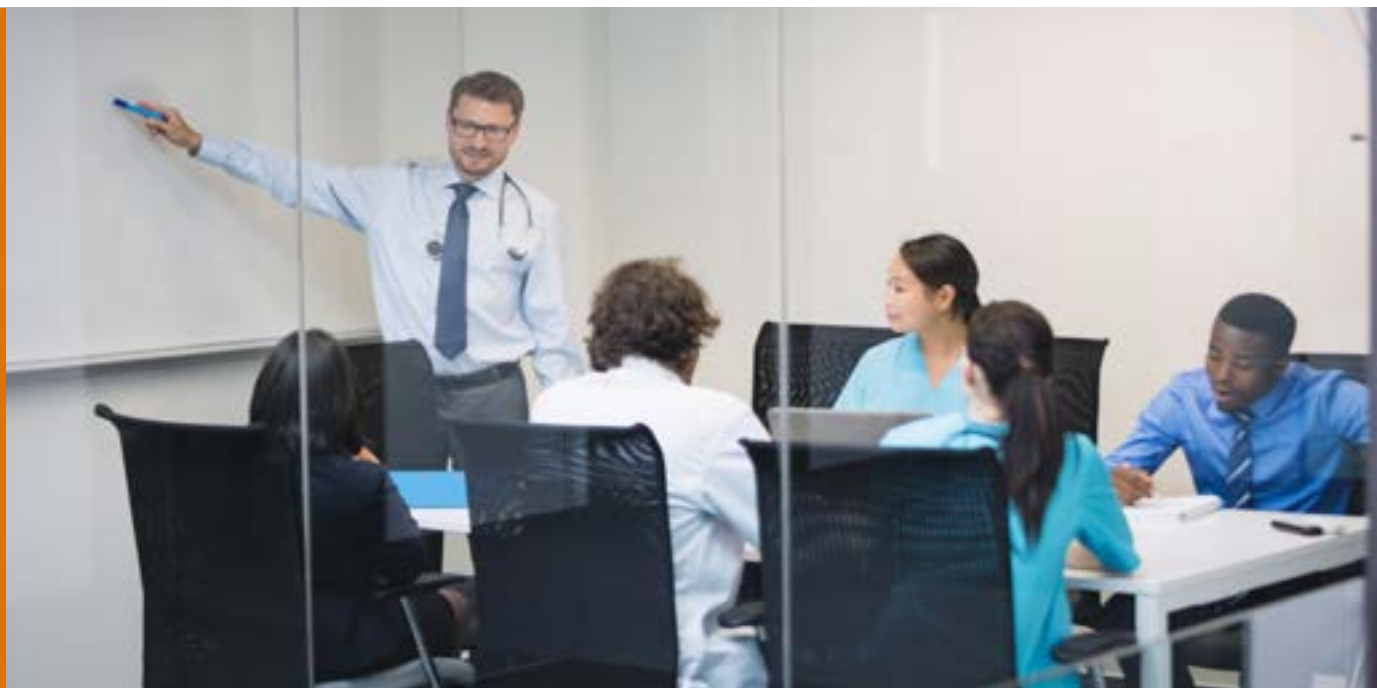
As respostas contidas na tabela 3, enviadas por

participantes de todas as cinco regiões do país, mostram a falta de incentivo na participação na preparação para caso de incêndio, provavelmente é um reflexo das governanças regionais dos hospitais. Esta colocação, deve-se ao fato de que há grande concentração de hospitais privados e públicos nas regiões Sudeste e Nordeste do país. (10) A região Nordeste teve o menor número de participantes e de profissionais brigadistas e a região Sudeste paradoxalmente teve o maior número de profissionais participantes embora proporcionalmente, um pequeno número de profissionais brigadistas.

Fica evidente também, pelas respostas contidas na tabela 4, que o quantitativo de brigadistas formados em hospitais privados de todo o país é muito superior aos brigadistas dos hospitais filantrópicos e dos hospitais públicos. Estes dados novamente realçam a importância da governança dos hospitais em estimular a formação de brigadistas, para manter a segurança do estabelecimento e da população hospitalar.

Ao se observar a tabela 5 verifica-se que a quantidade de brigadistas nos hospitais acreditados é muito maior que nos hospitais sem acreditação, pois para a aquisição e a continuidade do padrão da acreditação obtido pelo hospital é necessário que os protocolos implantados sejam mantidos. Isto cria um ciclo de estímulo contínuo para que as governanças dos hospitais acreditados, busquem manter a cultura de segurança e o treinamento dos profissionais.

Pode-se verificar que na tabela 7, que o grupo a ser treinado para a formação dos profissionais brigadistas de emergência, não era feita a avaliação da distribuição destes profissionais pelas áreas do hospital onde atuavam, desta forma, o resultado foi a presença de grande número de profissionais brigadistas nos andares inferiores em relação aos



andares superiores. Este desequilíbrio na distribuição dos brigadistas, pode reduzir a eficácia das ações, seja no combate inicial ao fogo, como na evacuação dos pacientes.

Como demonstra a tabela 8, também não foi avaliada antes do treinamento, qual a distribuição dos profissionais pelos horários, turnos de trabalho e intervalos de folga. Por causa disto, as respostas mostraram que os brigadistas diaristas eram mais que dobro da soma de todos os brigadistas dos plantões de 12h diurno e noturno e do plantão de 24h. Diante do reduzido número de brigadistas nos plantões, pode-se supor que em alguns turnos de plantão, pode haver ausência ou um reduzido número de brigadistas, não permitindo uma atuação eficiente em caso de incêndio. A literatura cita que as características da evacuação quando ocorrem nos plantões noturnos, tendem a ser mais lentas pelo reduzido número de profissionais, pela dificuldade de comunicação e em especial nas UTIs onde a mobilização dos pacientes requer um maior número de profissionais e equipamentos, sendo necessário um maior número de profissionais com treinamento em cada plantão. (23)

As funções das lideranças descritas nas normativas são as de coordenador da emergência, líder da brigada, líder de abandono de área. Para a escolha dos candidatos a brigadistas de emergência, as diretivas orientam que a seleção seja baseada na maioria, em ser alfabetizado, ter conhecimento do estabelecimento de saúde e ter participado e sido aprovado no treinamento. Demais avaliações, não são descritas e ficam a cargo dos estabelecimentos de saúde. Desta forma, não há orientação objetiva sobre como avaliar aqueles que serão designados como líderes, tais como, o nível de estresse do candidato, de sua capacidade de liderança e comando, da consciência situacional e das formas de comunicação entre lideranças. (1)

Também não está descrita na norma em vigor, a avaliação do nível de stress, especialmente entre os profissionais de saúde, descritos como possuidores de elevada carga de stress, que poderia interferir em suas ações nas situações de emergência. A ausência desta avaliação na seleção dos candidatos, especialmente dos líderes brigadistas, permitiria selecionar os profissionais que poderiam não estar emocionalmente aptos para exercer a função de

líder. (1), (3) (17) (21)

Também não são descritas orientações, para que seja efetuada a avaliação do candidato ou indicado para liderar, em relação a consciência situacional, onde a capacidade de perceber, entender e antecipar uma ação estratégica, permitirá uma rápida tomada de decisão consciente, prevendo as consequências em um cenário projetado. É descrito que a principal causa do erro humano é a perda da consciência situacional, que pode ser induzida não só pelo stress pessoal e pela carga de trabalho e que pode ser adquirida pelas habilidades cognitivas, que são influenciadas pelo treinamento e experiências prévias.

Além disto, para que seja possível compor uma visão do evento em curso, é vital que haja uma efetiva troca de informações entre as lideranças, através de sistemas de comunicação confiáveis, permitindo atualizações periódicas da situação. Também não são descritas orientações sobre esta forma de treinamento para permitir uma troca efetiva de informações, visando compor a consciência situacional entre as lideranças. (16) (25)

Considerando a diversidade da população hospitalar, a comunicação efetiva entre os líderes, os brigadistas, os profissionais sem treinamento, os pacientes e os demais funcionários, deveria ser baseada nas orientações das lideranças situacionais em um estado de emergência, onde o padrão a ser adotado é o de ordens diretas e objetivas. Desta forma, além da consciência situacional, a capacidade de comando seria a base para a tomada e transmissão das decisões, pelas lideranças brigadistas. (22) (2)

Um exemplo da necessidade dos treinamentos descritos, ocorreu durante a colisão de dois aviões durante a aterrissagem em um aeroporto, que resultou em incêndio e explosão do avião lotado

de passageiros. O treinamento da tripulação de comissários de bordo, mesmo sem contato com a cabine de pilotos, permitiu a tomada de controle nas decisões sobre a evacuação e em 18 minutos conseguiram retirar 367 passageiros em segurança. A tripulação decidiu rapidamente quais das 8 saídas seriam utilizadas e usou comandos curtos e diretos para orientar os passageiros. (9)

A tabela 9 procura avaliar os conhecimentos teóricos adquiridos pelos profissionais com treinamento para brigadista, pelos profissionais que não eram brigadistas, mas que receberam treinamento de incêndio e pelos profissionais sem treinamento de incêndio. Estas respostas sugerem que exceto os brigadistas, os demais profissionais com ou sem treinamento, podem não estar aptos pra atuar de forma coordenada e eficaz, frente a uma emergência de incêndio.

As questões (1 e 2) sobre o plano de incêndio do hospital obtiveram a menor média percentual de respostas positivas por todos os profissionais que responderam. Conhecer o plano de ação contra incêndio do hospital, deveria ser requisito básico não apenas para os profissionais brigadistas, mas para toda população do hospital. (24)

Nas questões (3,4 e 5) sobre rotas de fuga, extintores de incêndio e alarmes de incêndios, as respostas de todos os grupos obtiveram as maiores médias percentuais de todo o questionário, sugerindo que a visualização repetida das rotas de fuga, extintores e do alarme, nos setores de trabalho, garantiu a memorização ideal, induzindo que a múltipla repetição de todos os modelos de treinamento, seria a melhor forma de absorver e manter os conhecimentos necessários para orientar as ações durante um incêndio.

Nas questões (6 até 9) sobre as ações de combate ao fogo e de evacuação, exceto no grupo dos profissionais brigadistas, verificou-se uma média percentual baixa, principalmente nas situações de evacuação dos pacientes, onde o conhecimento dos profissionais deveria induzir ações rápidas e corretas, para que a evacuação seja eficaz. Estes reduzidos conhecimentos estão em acordo com um estudo sobre a autoavaliação de enfermeiras sobre seu desempenho em situações de emergência, onde os resultados mostraram que eram pouco competentes e enfatizam a necessidade de mais treinamento. (6) (18)

O modelo de treinamento proposto pela The Joint Commission é a realização de treinamentos por trimestre, por setores, em horários diurno e noturnos, sem aviso prévio, para realmente avaliar a resposta dos profissionais, nos casos de emergência. (27)

Estudo realizado no Japão sobre a qualificação adquirida nos treinamentos, propõe que seja debatida a reestruturação da metodologia dos treinamentos, estimulando o ensino teórico e os exercícios nos plantões, visando melhorar a resposta da enfermagem nos incidentes. (20)

Outros estudos mostram que a maior parte da enfermagem não tinha conhecimentos ou preparação para reagir adequadamente frente a grandes desastres ou incidentes, descrevendo que apesar do conhecimento teórico ser passado para os profissionais, apenas o exercício prático pode realmente melhorar a resposta em frente as emergências. (26) (11) (15) (5) (14)

CONCLUSÕES

As respostas recebidas, oriundas de profissionais de diferentes tipos de hospitais e regiões do país, sugere a existência de um padrão uniforme, baseado nas

normativas vigentes para treinamento de incêndio no país. Desta forma, ocorre a generalização dos diversos conceitos, seja por ausência do plano de emergência de incêndio do hospital ou por falta de adaptação do treinamento ao plano de emergência de incêndio.

A reestruturação do modelo de treinamento nos hospitais permitiria utilizar todos os testes para melhor avaliar a capacidade de atuação, liderança e comando dos líderes. Com o apoio das governanças, cada treinamento deveria ter por objetivos a presença dos profissionais de todos os setores, de todas as áreas de atuação e turnos de trabalho, devendo ser repetido até conseguir disponibilizar pessoal treinado em quantidade suficiente, em todas as áreas do hospital.

As governanças podem implantar múltiplos treinamentos, com a participação de todos os profissionais do hospital, sem aviso prévio, em horários diversos, especialmente nos setores de maior complexidade e risco.

Estes treinamentos teriam por base o foco no combate inicial ao fogo e nas estratégias de evacuação dos pacientes. Além disto, criar padrões para avaliar a efetividade das ações dos profissionais após os treinamentos, em diferentes situações e em cada hospital.

Para que se aprimore a forma de treinamento, uma extensa e profunda revisão, envolvendo a governança dos hospitais, os gestores da metodologia descrita e as entidades que aplicam os treinamentos teóricos e práticos sobre incêndio nos hospitais, tendo como pontos principais, além da salvaguarda das estruturas, mas principalmente das vidas de toda população hospitalar.

Após a revisão das normativas atuais, as mudanças instituídas devem ser aplicadas na íntegra para que se tornarem efetivas a longo prazo. Também devem ser



criadas metodologias de avaliação, para acompanhar as melhorias que possam vir a ser implementadas.

CONFLITOS DE INTERESSE

O autor declara não possuir conflitos de interesse relacionados a este trabalho.

Fontes de financiamento não se aplicam a este projeto.

REFERÊNCIAS

- 1 – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – NORMAS BRASILEIRAS REGULAMENTADORAS 14276; Brigada de incêndio e Emergência – Requisitos e Procedimentos, n.4 p.1– 38, n.4, 2020, 3ª Edição.
- 2 – ARAÚJO T.B.; Treinamento de pilotos: Processo cognitivo, consciência situacional e tomada de decisão. Dissertação de Bacharelado em Ciências Aeronáuticas, Santa Catarina, Unisul, 2018.
- 3 – CARVALHO L., MALAGRIS L.E.N.; Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. Estudos e Pesquisas em Psicologia, Rio de Janeiro, v.7, n.3, 2007.
- 4 – CONFEDERAÇÃO Brasileira de Hospitais; FEDERAÇÃO Brasileira de Hospitais; Cenário dos hospitais no Brasil, São Paulo, maio 2022.
- 5 – D’ORAZIO A.et al.; Egress from a hospital ward during fire emergency. International Journal of Safety and Security Engineering, v.10, n.1, p.1–10, February, 2020.
- 6 – EMALIYAWATI E.et al.; Determinants of nurse preparedness in disaster management: across-sectional study among the community health nurses in coastal areas. Open access emergency medicine v.13, p.373-379,2021
- 7 – FEMINO M.et al.; Hospital-Based Emergency Preparedness. Evacuation of the Neonatal Intensive Care Unit – the smallest and most vulnerable population, Pediatric emergency Care, v.29, n.1, p.107-113, January 2013, doi: 10.101097/PEC.0b013e318227b8bc5
- 8 – FERREIRA A. B. H.; Novo Dicionário da Língua Portuguesa, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, p.735, 2016,4ª edição
- 9 – GI, REUTERS and Associated Press; Comissários ágeis, passageiros obedientes e fuselagem que retarda fogo: o que salvou da morte 379 pessoas em um Airbus em chamas.;05/01/2024,00:00h. Disponível em: <https://g1.globo.com/mundo/noticia/2024/01/05/comissarios-ageis-passageiros-obedientes-e-fuselagem-que-retarda-o-fogo-o-que-salvou-da-morte-379-passageiros-em-um-airbus-em-chamas.ghtml>
- 10 – GONÇALVES J.L.; Revisão documental de 130 incêndios em hospitais no Brasil. O que podemos aprender? Rio de Janeiro, Anestesia em Revista, Rio de Janeiro, Ano 72, N°1, p. 43– 49, 2022
- 11 – GONIEWICZ K.; G.M.; Disaster preparedness and professional competence among healthcare providers: Pilot study results. Sustainability, v.12, n.4930, p.45-54, 2020 doi: 10.3390/su12124931
- 12 – JOINT COMMISSION INTERNATIONAL; Padrões de Acreditação para hospitais; Gerenciamento das instalações e segurança, FMS 13, p.267-268, 2021, 7ª edição.
- 13 – KELLY F.E. et all.; Fire safety and emergency evacuation guidelines for intensive care units and operating theatres: for use in the event of fire, flood, power cut, oxygen supply failure, noxious gas, structural collapse or other critical incidents, Guidelines from the Association of Anaesthetists and Intensive Care Society.; Anaesthesia, n.76, p.1377-1391, 2021, doi:10.1111/anae.15511.
- 14 – KHALILI R.et al.; Training hospital managers as to fire management. Journal of health management & informatics. 2015; 2 (1): 27.
- 15 – LIU D.et al.; Identifying fire safety in hospitals: Evidence from Changsha, China. Alexandria Engineering Journal, Alexandria University, v.64, p.297-308, 2022.
- 16 – MARQUES D.E.L.; Consciência situacional e a inteligência militar, Observatório Militar da Praia Vermelha, Escola Marechal Castelo Branco, 2020

17 – MENDES S.S.; FERREIRA L.R.C.; Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel, Estudos de psicologia, Campinas, São Paulo, v.18, n.2, p.199-208, 2011.

18 – MURPHY J.P. et al.; Emergency department registered nurses overestimate their disaster competency: A cross-sectional study, International Emergency Nursing, v.58, n.101019, 2021.

19 – ONA Manual Brasileiro de Acreditação; Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde: Padrão 1 – Seção 1: 1.9 – 17; 2022-2024

20 - OZTEKIN S.D.et al.; Japanese nurses` perception of their preparedness for disasters: Quantitative survey research on one prefecture in Japan. Japan Journal of Nursing Science, v.13, p.391- 401, 2016.

21 – ROSSETI M.O.et all.; O inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL) em servidores da polícia federal de São Paulo, Revista Brasileira de terapias Cognitivas, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.261-264, 2008.

22 – SANTOS F.R.; Liderança Situacional em Missões Aéreas, Revista. UNIFA, Rio de Janeiro, v.21, n.24, p.44-59, 2009.

23 – SAHEBI A.et al. Factors affecting emergency evacuation of Iranian hospitals in fire: A qualitative study. Journal of Education and Health Promotion, v.10, p.1-10, doi:10.4103/ may 2021

24 - SHEIKHBARDSIRI H.et al.; Meta-evaluation of published studies on evaluation of health disaster preparedness exercises through a systematic review. Journal of Education and Health Promotion, v.10, p. 1-10, doi: 10.4103/ jehp. jehp _159 17, January, 2018.

25 – SOUZA M.J.C.; Modelo de liderança situacional Hersey e Blanchard na análise da liderança, Tese de Mestrado em Administração, Recife, UFPE, 2014.

26 – SULTAN M.A.S.et al.; Readiness for emergencies and public health challenges – The case of Saudi Arabia. Sustainability, v.12, p.57–68, 2020, 7874. <http://www.mdpi.com/journal/sustainability>. Acesso em: 18/9/2023.

27 – THE JOINT COMMISSION; The official position

on standars & interpretative Guidance reference (OPSIG-2021.01.01) Summary clarification and guidance for fire drills: TJC is issuing interpretative guidance for healthcare organizations regarding fire drills expectation and compliance, 2021

ABREVIATURAS

PROF – Profissionais (da saúde ou não) que trabalham nos hospitais.

BRIG – Brigadista de emergência

NBCT – Não Brigadista com treinamento de incêndio

NBST – Não Brigadista sem treinamento de incêndio

SUS - Sistema Único de Saúde

CONCEITOS E DEFINIÇÕES

Abandono de área - Todas as pessoas devem seguir pelas rotas de fuga e saídas de emergência para fora das instalações, com destino ao ponto de encontro mais próximo. (1)

Área assistencial – Áreas onde são prestados os cuidados de saúde aos pacientes.

Evacuação – Consiste na retirada de pessoas de um local perigoso devido à ameaça ou ocorrência de um evento desastroso. (8)

Acidente - situação inesperada que resulta em lesão às pessoas, danos ao meio ambiente, danos aos equipamentos e/ou às estruturas e/ou paralisação das atividades (1)

Acreditação - é um método de avaliação e certificação que busca, por meio de padrões e requisitos previamente definidos, promover a qualidade e a segurança da assistência no setor de saúde. (19)

Alarme de incêndio (abandono de área) - aviso destinado a convocar todas as pessoas a seguirem pelas rotas de fuga e saídas de emergência para fora das instalações, com destino ao ponto de encontro mais próximo. (1)



Brigada de emergência (incêndio) – grupo organizado, formado por pessoas voluntárias ou indicadas, treinado e capacitado para atuar na prevenção e no combate ao princípio de incêndio, abandono de área, prevenção de acidentes e primeiros socorros, dentro de uma área preestabelecida na edificação, planta ou evento. (1)

Brigadista de emergência (incêndio) – Profissional integrante da brigada de emergência (incêndio). (1)

Capacitação (Treinamento) - preparação de um profissional de forma complementar à sua formação, com conhecimentos teóricos e/ou práticos para aprimorar as suas habilidades e executar as suas atribuições profissionais. (1)

Combate a incêndio - conjunto de ações estratégicas e táticas destinadas a extinguir ou isolar o incêndio com o uso de técnicas e recursos materiais e humanos. (1)

Coordenador de emergência - responsável pela coordenação e execução das ações de emergência de todas as edificações que compõem uma planta, independentemente do número de turnos (1)

Exercício simulado - exercício prático realizado periodicamente para manter a equipe de emergência e os ocupantes das edificações em condições de enfrentar uma situação real de emergência. (1)

Governança–Envolve a administração governamental, direção hospitalar, lideranças e gerências hospitalares.

Hospitais filantrópicos - sem fins lucrativos, atendem pacientes do SUS, da saúde suplementar e particulares. (4)

Hospitais privados – com fins lucrativos, atendem a pacientes da saúde suplementar e particulares. (4)

Hospitais públicos – sem fins lucrativos, atendem somente pacientes do SUS. (4)

Plano de emergência de incêndio - documento que formaliza e descreve o conjunto de ações e medidas que devem ser adotadas no caso de uma situação crítica (acidente ou incidente), visando

proteger a vida e o patrimônio, bem como reduzir as consequências sociais e os danos ao meio ambiente. (1)

Ponto de encontro de abandono de área - local predeterminado, seguro para encontro protegido dos efeitos da ocorrência, com base no pior cenário identificado na análise de risco, sendo o local predeterminado, para onde o líder de abandono (evacuação) de área orienta-se e dirige-se, juntamente com os demais funcionários de sua responsabilidade. (1)

Profissionais de saúde – Todos os profissionais com formação em qualquer da área da saúde.

Profissionais que não são da saúde – Todos os profissionais sem formação nas áreas da saúde.

Rota de fuga- caminho contínuo, devidamente protegido e sinalizado, iluminado, proporcionado por portas, corredores, saguão, passagens externas, balcões, vestibulos, escadas, rampas, conexões entre túneis paralelos ou outros dispositivos de saída, ou combinações destes, a ser percorrido pelo usuário em caso de emergência, a partir de qualquer ponto da edificação, recinto de evento ou túnel, até atingir a via pública ou espaço seguro (área de refúgio), com garantia de integridade física. (1)



CONVERSATORIO: LA ACREDITACIÓN NACIONAL Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

VIII CONGRESO INTERNACIONAL EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

CHILE, 6 DE JUNIO 2024

Autoras: **Andrea Sakurada¹, Leslie Troncoso², Maritza Fuenzalida³, Ana Godoy⁴, Claudia Muñoz⁵.**

1 Hospital Clínico de la Universidad de Chile, 2. Hospital Dr. Carlos Cisterna de Calama, 3 Hospital Clínico Gral. Dr. Raul Yazigi de la FACH, 4 Servicio de Salud Magallanes, 5 Hospital Clínico Regional Dr. Guillermo Grant Benavente.

Durante el verano del año 2024, recibimos el desafío, de participar en el octavo congreso de Seguridad del Paciente, que se realizó en Santiago en Junio del 2024; en una mesa redonda, donde teníamos como misión, hacer un análisis crítico a 14 años del proceso de acreditación nacional (AN), revisar sus ventajas, desventajas y evaluar si ha servido para mejorar la seguridad del paciente a nivel de prestadores de salud; pero desde el punto de vista de distintos tipos y complejidad de prestadores de salud y un servicio de salud; que van desde el norte al sur, pasando por la región metropolitana. Las convocadas, según se nos informó fueron seleccionadas por contar con una alta trayectoria en temas de acreditación, calidad y seguridad del paciente, es así que se trabajó con la encargada de la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente del Hospital de Calama, Delegada de Calidad del Hospital FACH, Jefa de la Unidad de Calidad y Seguridad del paciente del Hospital de Concepción, y Jefa del Departamento de Calidad y Seguridad en la atención del servicio de Salud Magallanes y moderando la Directora de Calidad y Seguridad del paciente del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Un buen insumo para este desafío, fue la publicación, meses previos, desde el Ministerio de Salud, del “Informe encuesta de percepción sobre el efecto de la acreditación de prestadores institucionales de atención cerrada en la seguridad de los pacientes”, encuesta aplicada a prestadores de atención cerrada, con al menos 3 procesos, lo que nos permitió determinar algunas preguntas a discutir, mientras preparábamos la mesa redonda. Se realizaron varias reuniones on line, que nos permitió conocernos y estructurar la modalidad en que presentaríamos este reto; el que finalmente, se organizó con 6 preguntas, que fueron respondidas, por 2 personas, con un tiempo de 4 minutos,

dejando un espacio para preguntas y experiencias de la audiencia, ya que estábamos seguras por lo importante del tema, el largo recorrido y diferentes vivencias de este proceso, sería muy enriquecedor al desarrollo de esta mesa.

Se hizo un resumen de las respuestas, además de incorporar algunas observaciones a las mismas realizadas por la audiencia, de tal manera de dejar plasmadas también sus opiniones.

Pregunta 1: ¿La AN contribuyó a crear una Cultura de Calidad o de Seguridad del paciente en su institución?

La AN ha contribuido de manera importante, en ciudades alejadas de Santiago, donde se ven realidades e ideosincranias distintas, en ocasiones hay centros alejados del hospital de referencia regional, y de Santiago, lo que fue un muy buen estímulo para acreditar, para poder otorgar patología GES. Antes había temas como gestión de riesgos, calidad y seguridad, características y otros que no se mencionaban, se desconocían o se conocían insuficientemente en los distintos prestadores, que pasaron a ser conceptos más conocidos. En prestadores más aislados, se buscó por la lejanía, el apoyo con otros centros para realizar evaluaciones cruzadas y otro tipo de actividades.

Cuando se habla de “Cultura”, se habla de valores, hábitos, costumbres, creencias que compartimos con un grupo de personas, por tanto comportamientos aceptados por todos y, hay que diferenciar cultura de calidad de calidad asistencial, ya que esta última, está relacionada con la atención o prestaciones otorgadas a los pacientes y donde la acreditación ayudó mucho, pero hay que reconocer que fue obligatorio instalar los hábitos y costumbres. Esto llevó a escribir protocolos y el

describir en ellos las mejoras prácticas, el uso de listas de chequeos, protocolos de prevención de caídas, prevención de Lesiones Por Presión, etc. Hay que ser claros y reconocer que la acreditación en el fondo es un proceso obligatorio para los prestadores, para poder otorgar ciertos tipos de atenciones, asociadas a calidad y eso contribuyó a tener que trabajar estos temas.

La acreditación, lamentablemente quedó en calidad asistencial, más que en el desarrollo de una cultura de calidad. Cultura implica modificar hábitos y costumbres, con equipo directivo con liderazgo y convencido de hacer las cosas bien y no hacer las cosas porque se deben cumplir con metas, indicadores ministeriales o para recibir fondos. Es loable lo que hace el MINSAL para insertar la calidad y seguridad dentro de las metas de gestión, pero se debe trabajar para que esto quede inserto de manera permanente a nivel operativo institucional.

Con respecto a acreditación, uno esperaría que si hubiese una cultura firme de calidad, posterior a una acreditación, se debería seguir funcionando

exactamente igual que previo a cada proceso, situación que en general no ocurre en algunos prestadores.

Pregunta 2: ¿La AN sirve para mejorar la Seguridad del Paciente o para mejorar procesos clínicos?

Los hospitales institucionales a diferencia de prestadores públicos y privados no estaban obligadas a acreditarse, porque los funcionarios de las FFAA no tienen acceso a GES y corresponde a una población cautiva, por lo que para acreditarse, tuvieron que convencer al estamento médico y a uniformados; siendo destacable, que cuando la decisión es del alto mando, es un importante respaldo para este proceso. La AN sirve para ambos, porque ambos, seguridad del paciente y procesos clínicos están entrelazados, además que los procesos deben estar siendo revisados y actualizados frecuentemente, al actualizarlos con la mejor evidencia científica, hay una mejora de los procesos y por consiguiente de la seguridad del paciente.



Con la acreditación se crean y describen procesos que deben ser revisados periódicamente, sumado a tener en cuenta la gestión de riesgos, que es un elemento que siempre debe considerarse y, permite ponerse en distintos escenarios y con ello contribuir a la seguridad del paciente.

El proceso de acreditación implica que deben ser actualizados documentos con la normativa nacional y vigente como ejemplo IAAS, algo que por lo demás no es estático, es algo dinámico, hace que la institución mantenga actualizados su documentación según normativa nacional, esto se extrapola además a otras áreas, como la Ley oncológica por ejemplo, que si bien no es acreditación, es un estímulo para trabajar otras áreas utilizando la misma dinámica, con profesionales formados y procedimientos actualizados. Al cumplir con el manual de acreditación las instituciones de salud buscan que se implementen prácticas más seguras.

En los Hospitales públicos hemos tenido experiencia previa trabajando calidad, tales como PECAH y programa de excelencia hospitalaria, donde se desarrollaban extensos protocolos, sin sistema de evaluación. El hacerse cargo de calidad no es fácil, ya que la unidad de calidad debe estar supeditada al director de turno, lo que hace muy complejo el trabajo, así como lidiar con la resistencia del estamento médico, quienes han sido los más reacios a adherir al proceso; como la acreditación avanzó más rápido en muchos centros privados, antes que en hospitales públicos, esto condicionó a bajar la resistencia en el hospital. La situación en el tiempo ha ido mejorando y, médicos como otras profesiones, han reconocido la importancia de las oficinas de calidad, pero al inicio las constataciones como la lista de chequeo en pabellón, hizo pasar momentos duros para el personal de calidad, por

incomprensión de equipos quirúrgicos.

La pandemia fue una muy buena oportunidad para las oficinas de calidad, que debieron trabajar arduamente en ajustar y rediseñar procesos, y que permitió fueran reconocidas por la comunidad hospitalaria, por la manera de hacer las cosas.

Ha habido largo camino de aprendizaje, para lograr reconocimiento y posicionar a las oficinas de calidad, que sin duda han contribuido a la calidad y seguridad del paciente a nivel institucional.

Inicialmente éramos reactivas, actualmente somos más pro activas y hemos desarrollado herramientas que nos permiten mirar más allá, estamos trabajando por ejemplo con el paciente trazador. La detección de situaciones en el momento de ocurrencia, nos ha permitido ser más valoradas por el ámbito clínico.

Pregunta 3: ¿Cuáles considera que han sido los aportes de la AN para su Hospital?

Se han considerado los estándares mínimos, por y para los pacientes, obligando a las instituciones a implementar protocolos de seguridad, reportar Eventos Adversos, a realizar análisis, capacitar en RCP/IAAS, han obligado a que la gente entienda que las cosas se pueden hacer bien, principalmente con prevención, impulsando el trabajo en equipo, que ha sido determinante en hospitales, sobre todo en lugares más aislados, donde hay mucho trabajo colaborativo, de apoyo a segundas víctimas en caso de ocurrencia de eventos adversos. La AN a veces es vista como un enemigo, porque pone barreras para gestionar situaciones que muchas veces no se logran entender, el cómo se vincula la acreditación con algunas leyes y normativas que hay que cumplir, por ejemplo registro de prestadores individuales, se debe hacer porque es lo más seguro para el paciente y no solo por cumplir por acreditación.

La AN ha ayudado a ordenar y estandarizar los procesos, se ve más orden en la manera de trabajar a nivel de los mismos hospitales por ejemplo con RRHH, se ha solicitado que se cumpla con revisión de la inscripción en los registros de prestadores individuales.

En caso de hospitales más alejados del centro, por la distancia se siente poco acompañamiento, poca supervisión, donde solo hay apoyo con otros hospitales cercanos. La Superintendencia de Salud al principio acompañaba mucho, pero lamentablemente eso ha disminuido y para los prestadores más alejados, se echa de menos. Además en ciertas ciudades que parecen ser menos atractivas a la llegada de profesionales, destacan la carencia de médicos y especialistas, y se ve como un tema de inequidad con relación a la salud por parte del nivel central.

En realidad cuestan los avances a nivel hospitalario, cuando éstos, no están asociados al proceso de acreditación, pasando los pacientes a segundo plano cuando su patología no está asociada a algún tema de acreditación.

Pregunta 4: ¿La AN cómo influyó en el equipo directivo, profesionales clínicos y no clínicos dentro de su hospital?

Es variable según el directivo, ya que se ha visto mejor disposición cuando no son médicos, destacan los ingenieros, que tienen una mirada de procesos, ya que al escribir protocolos, se deben conocer los procesos y muchos de ellos además están interrelacionados; por ejemplo algo tan básico como obtener una base de datos para realizar evaluaciones asociadas a características, uno ve que los procesos se cruzan y finalmente se termina trabajando con los estadísticos para

que estas bases sean reales, y útiles, muchas veces previo al trabajo hay que mejorar las bases que presentan problemas de codificación u otras dificultades. Trabajar con los netamente clínicos es más difícil para que entiendan lo que solicitamos, sobre todo si no tienen formación en calidad o formación como acreditador, cuesta que entiendan los procesos asociados a la acreditación y los costos de la no calidad. Existen distintas miradas desde las distintas áreas, administrativas, recursos humanos, operaciones, etc. , que en muchos casos calidad les tuvo que ordenar sus procesos, un ejemplo es la base de RRHH, no ha sido fácil, ya que cuesta que entiendan que la base hospital es una y que debe entregarse depurada, ejemplo es como la compra de servicios de personal, que entra por abastecimiento y no por RRHH, se les indicó que independiente de eso, en la base debe estar todo el personal, también se ha tenido que trabajar con equipos industriales, salud laboral, operaciones, planta física, etc. con proyectos de normalización de planta física y autorización sanitaria, donde las oficinas de calidad somos muy consideradas.

Influye positivamente, cuesta que el resto del hospital entienda que la acreditación es de todos y no es responsabilidad de la oficina de calidad, situación que ocurre en muchos lugares. En equipos médicos, costó entender las normas para adquisiciones. Calidad es bastante transversal a las diferentes áreas del hospital y en general tienen un rol reconocido. Hemos logrado implementar trabajos bajo planes, con plazos y responsables, se ha entregado una manera ordenada de trabajar en muchos hospitales. Además que se ha hecho cargo de mucha capacitación en distintas áreas y ámbitos. El área de los hospitales institucionales, se ha debido adaptar el lenguaje y responsabilidades de acreditación y áreas hospitalarias, ya que en



ellos los prevencionistas de riesgo se manejaban de manera distinta que en el resto de los hospitales.

Cuando se conoce el sistema, la gente logra sumarse al área de trabajo de la calidad, pero falta que las mallas de las carreras de la salud tengan la formación en calidad desde el pregrado, para que los estudiantes lleguen con formación, destaca que en la formación médica, hay una falencia importante. El director cuando entiende, finalmente apoya, pero son cargos con alta rotación. Los directores deben llegar con formación previa, porque no es esperable que al asumir un cargo lleguen a aprender de calidad, seguridad del paciente y acreditación, porque en eso se demoran mucho tiempo, perdiéndose el valioso apoyo que necesitan las oficinas de calidad durante ese periodo.

Pregunta 5: La AN es un muy buen proceso técnico o son puros papeles. Vale la pena alegrarse por acreditar con puros papeles?

Siempre es un logro y alegría acreditar, implica el movilizar a los funcionarios de toda la institución.

Inicialmente cuando partió el proceso, el tener puros papeles nos sirvió para ordenarse, el tener escritos protocolos, planillas, etc. Ayudó, pero ahora, luego de 14 años, no podemos quedarnos en puros papeles, habiendo prestadores que van en su cuarta acreditación, pero que sigan evaluándose de la misma manera, no es apropiado. Con la IP N° 1 la acreditación fue de puro papel, planteando un gran desafío, que será el retomar la acreditación sin esta IP vigente.

Se necesita que los estudiantes lleguen formados en calidad y seguridad desde el pregrado, solo se aproximan a conocer algo cuando llegan a las charlas de inducción, porque se exige que traten algunos temas de calidad y seguridad del paciente. Existe en general un primer enfrentamiento a la calidad cuando están en su práctica clínica, preparando medicamentos o haciendo otras actividades clínicas relevantes y de riesgo. Debieran mejorarse las características asociadas a docencia, ya que en este momento es muy fácil tener un punto con solo presentar convenios que digan tres frases

de la pauta de cotejo para cumplir.

Sin duda es una gran alegría cuando un prestador acredita, es innegable que los esfuerzos durante la pandemia se hicieron para salvar pacientes, fue impactante que los equipos tuvieran que ser re entrenados durante ese periodo, en temas tan básicos como el lavado de manos, uso de EPP. La alegría es porque es un reconocimiento al equipo de calidad, hay mucho trabajo detrás, impulsando, convenciendo, evangelizando al resto de la comunidad, ya que, lamentablemente muchas veces los equipos directivos no acompañan debidamente a sus equipos de calidad.

Hay que considerar la complejidad que será acreditar cuando la IP N° 1 no esté vigente porque la acreditación no será puros papeles. La calidad es una convicción y no una opción, hay que preparar al personal, que entiendan que todos somos o seremos pacientes en algún momento, por lo que debemos trabajar con seguridad por nuestros pacientes. Ha costado que se entienda que el paciente es uno solo y no es fraccionado y que es importante entregarles una atención segura y de calidad

Pregunta 6: ¿La AN es solo un primer paso? Considerando que para muchos prestadores ya los actuales estándares parecen ser insuficientes?

La AN es un primer paso como está planteada, sirve para ordenar, escribir o actualizar protocolos, es mucha gestión documental. LA AN ya cumplió un ciclo, debería usarse el modelo JCI, que sigue al paciente, que es más real. Hay que pasar a otro punto en que se logre más trabajo en terreno, siguiendo las actividades que se hacen en el paciente, en el momento, en algunos procesos claves o más críticos.

Tener pacientes trazadores, de esta manera se

puede fomentar la cultura de calidad y no quedarnos en calidad asistencial. Como país tenemos que avanzar, subir un peldaño más en este camino de la calidad y la seguridad del paciente.

El objetivo está cumplido, pero no hay que olvidar los distintos grados de desarrollo en este tema de los distintos prestadores de salud. No hay que olvidar que aunque la acreditación sea puro papel, igual ha llevado un aprendizaje, a veces con dolor. Los nuevos estándares vienen con planes de mejora y su impacto, con mayores exigencias a los directivos y su formación en la materia, políticas de calidad asociadas a la planificación estratégica. El sistema va a seguir avanzando con la gestión documental y otro tipo de mejoras.

CONCLUSIÓN

Si bien, claramente hubo un gran consenso que, en nuestro país, el sistema de acreditación ha sido relevante y un tremendo apoyo a las unidades de calidad, en el desarrollo del trabajo en los distintos prestadores, sobre todo porque en general ha habido una obligación a sumarse a este proceso por parte de los prestadores de salud, que ha llevado a que las autoridades de los distintos establecimientos tengan por obligación que apoyar el desarrollo de los procesos de acreditación y finalmente a sus equipos de calidad.

El camino trazado por los equipos de calidad en los distintos prestadores, no ha sido fácil, a veces incomprendido, pero han sido la base para estandarizar, normalizar, capacitar y motivar localmente para trabajar en temas de mejora de la calidad y seguridad del paciente, lo que ha llevado finalmente a que sean reconocidos localmente.

También hubo consenso, que los estándares, que fueron inicialmente concebidos como requisitos

mínimos, ya están quedando insuficientes y se necesita repensarlos y avanzar en incorporar otras áreas como la humanización, nueva legislación y quizás eliminar aspectos que ya se cumplen, para dejar los espacios para otras características.

Existe consenso en la importancia de mantener el proceso de acreditación de calidad en las instituciones de salud, pues es una estrategia necesaria para realizar los cambios que promuevan la humanización y por añadidura la cultura de calidad.

Un tema que quedó como un desafío que se le planteó a la autoridad sanitaria es que planteen a nivel de universidades y centros de formación de carreras de la salud, la incorporación en las mallas curriculares la formación de sus estudiantes en temas de calidad y seguridad de la atención.

Bibliografía

1. Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Cerrada. Superintendencia de Salud, Intendencia de prestadores.

https://www.superdesalud.gob.cl/portal/articles-4530_Manual_AC_pdf.pdf

2. Pauta de Cotejo, Manual de Atención Cerrada. Superintendencia de Salud, Intendencia de prestadores.

https://www.superdesalud.gob.cl/observatorio/674/articles-23475_recurso_2.pdf

3. Percepción sobre el efecto de la Acreditación de prestadores institucionales de atención cerrada en la seguridad del paciente. Departamento de Seguridad y Calidad de la atención.

Ministerio de Salud de Chile, 2023.

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/Informe-aplicacion-de-Encuesta-de-Percepcion-final.pdf>



ESTUDIO DE OPINIÓN PROFESIONALES DE HOSPITALES “SEGUNDAS VÍCTIMAS EN EVENTOS ADVERSOS”

Dr. Hugo Guajardo Guzmán, Ing. Com. Paola Martínez Osorio.

Fundación para la Seguridad del Paciente

Revisado por :

Andrea Sakurada Z.

Dpto. Calidad Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCION

La atención de salud, es una industria altamente compleja, sobre todo en el área de pacientes hospitalizados y la práctica clínica, no está exenta de riesgos.

El estudio ENEAS en Hospitales Españoles mostró que la frecuencia de eventos adversos oscila alrededor del 10%, mientras que el estudio APEAS, en atención primaria, identificó que la frecuencia de eventos adversos oscila alrededor del 1,8%.

Un cálculo conservador indica que en torno al 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados anualmente en algún evento adverso para uno o más pacientes, pero varían según el estudio y metodología utilizada, hasta en un 50%, son las denominadas **segundas víctimas** de los eventos adversos.

SEGUNDA VÍCTIMA:

“ Cualquier trabajador sanitario, implicado directa o indirectamente en un evento adverso, un error clínico no intencionado o una lesión del paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que también se ve afectado/a negativamente por el suceso”

(Vanhaecht et al.2022)

“En el estudio original (versión Española) coordinado entre distintas instituciones sanitarias pertenecientes a 8 comunidades autónomas y que fue financiado por el FIS y por Fondos Feder, se propuso analizar esta situación, elaborar y sugerir una serie de recomendaciones, procedimientos y materiales de apoyo para profesionales e instituciones sanitarias, tanto de hospitales como de atención primaria, para afrontar las consecuencias que los eventos adversos tienen en los profesionales (segundas víctimas) y en las instituciones (terceras víctimas) www.segundasmvictimas.es”

“Evento adverso con consecuencias graves es un suceso imprevisto e inesperado que causa en un paciente (o conjunto de pacientes) un daño difícil de reparar (que requiere un nuevo tratamiento con resultado incierto una prolongación del ingreso), o que resulta irreparable (cirugía sitio equivocado, incapacidad permanente o muerte) y que es consecuencia de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad de base del paciente.”

Los Eventos Adversos tienen en los trabajadores de la salud, involucrados en el incidente, “las segundas víctimas” consecuencias emocionales, familiares, incluso en aquellos casos en los que la causa del evento adverso es un fallo del sistema o cuando el evento adverso no era prevenible.

El objetivo de este estudio es hacer una caracterización de las segundas víctimas, mostrando datos que permitan dar una mirada general a este problema a nivel nacional.

METODOLOGIA

Se aplica el cuestionario de segundas víctimas con autorización desde la página, www.segundasvictimas.es; el que fue reproducido en fidelidad (Anexo N°1) y que estuvo alojado en página web de la Fundación para la seguridad del paciente (FSP Chile) entre 2016 -2020

El cuestionario consta de 54 preguntas, agrupadas en 9 bloques. La selección de respuesta principalmente es: Totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y totalmente en desacuerdo.

Se presentan a modo de ejemplo, 6 preguntas del cuestionario oficial.

ESQUEMA DEL CUESTIONARIO:

1.- Con respecto a los últimos 5 años, señale la respuesta que refleje mejor su experiencia personal. En mi hospital...

- a.- Contamos con un plan de formación anual en seguridad del paciente que actúa a distintos niveles: sensibilización y formación específica (talleres o cursos).
- b.- Contamos con un sistema anónimo de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes

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

- a.- Se produzca en su hospital un evento adverso con consecuencias graves.
- b.- Se produzca en su Servicio un evento adverso con consecuencias graves.

3. En caso de que se produjera un error clínico, en qué medida cree que podría suceder lo siguiente:

- a.- Informar al paciente o a sus familiares del error.
- b.- Pedirle disculpas al paciente (o a sus familiares).
- c.- Tener miedo a afrontar consecuencias legales.
- d.- Tener miedo a perder el prestigio profesional.

4.- Por su experiencia o por experiencias ajenas, qué consecuencias ha tenido el informar a un paciente sobre un evento adverso evitable que haya padecido:

- a.- El paciente aceptó las explicaciones.
- b.- A consecuencia de la conversación, empeoraron las relaciones con el paciente.
- c.- El paciente presentó una demanda.
- d.- El paciente tuvo una respuesta agresiva.

5.- En el caso de que Vd., o algún profesional que conozca, se haya visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves, indique si ha observado los siguientes síntomas:

- a.- Obnubilación, confusión, dificultades para concentrarse en la tarea en los días siguientes al evento adverso.
- b.- Sentimientos de culpa.
- c.- Pesimismo ante la vida, tristeza.
- d.- Cansancio.
- e.- Ansiedad.

6.- En el caso de que Vd., o algún profesional que conozca, se haya visto involucrado en un evento adverso evitable con consecuencias graves, indique:

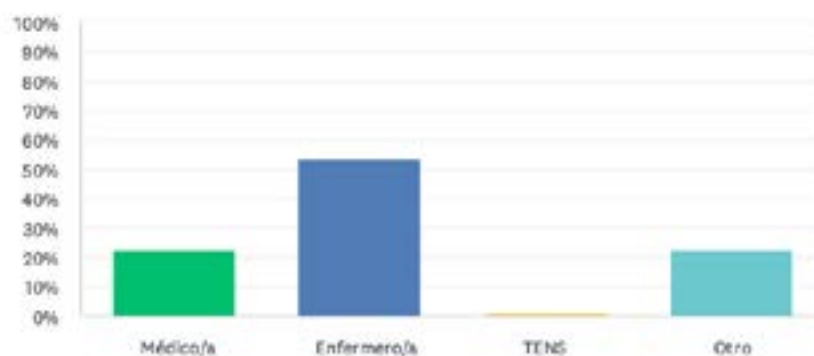
- a.- Ha necesitado una baja laboral.
- b.- Ha solicitado traslado de servicio, unidad o centro de trabajo.
- c.- Ha abandonado la profesión.

RESULTADOS

La recogida de datos fue voluntaria y anónima, en personas que ingresaron a la página web de la Fundación y se sintieron motivados a responder la encuesta.

92 personas respondieron la encuesta en un periodo de 2 años: 2016-2018

Las respuestas mayoritariamente correspondieron a profesionales del área de la enfermería, seguido por estamento médico.



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Médico/a	22.50%
Enfermero/a	53.75%
TENS	1.25%
Otro	22.50%

Gráfico N° 1: Respuesta de encuesta según profesión.

En las primeras respuestas, se pueden observar datos discordantes, un 47.76 % de los colaboradores, refieren que falta formación en esta área y solo 38.04% responde positivamente a contar con la formación en Seguridad del Paciente. El 71,3 %

reconoce la existencia de sistemas de notificación de incidentes en sus Hospitales, 74,73 % reconoce aprendizaje del análisis de los mismos (gráficos N°2, 3 y 4).

P1 Contamos con un plan de formación anual en seguridad del paciente que actúa a distintos niveles: Sensibilización y formación específica (talleres o cursos).



Gráfico N°2: Formación en Seguridad del Paciente

P2 Contamos con un sistema anónimo de notificación de incidentes y EA que permite recoger una información útil para evitar riesgos a los pacientes.



Gráfico N°3: Sistema de Notificación de Incidentes

P3 Cuando se detecta un EA con consecuencias graves para un paciente se analizan siempre sus causas y cómo evitarlo en el futuro (aprendemos de la experiencia de forma sistemática).

Respondidas: 91 Omitidas: 7



Gráfico N°4: Análisis de Incidentes

P5 La mayoría de los eventos adversos con consecuencias graves se pueden evitar.

Respondidas: 91 Omitidas: 7

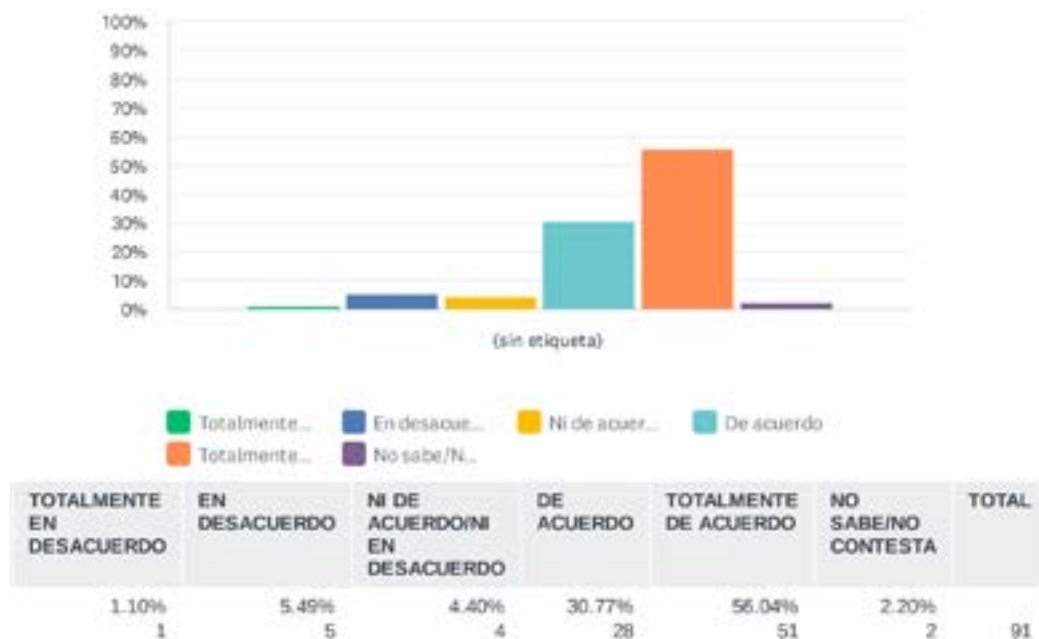


Gráfico N°5: Evitabilidad de Eventos Adversos

P6 Los profesionales que se ven involucrados en un EA cuentan, si lo desean, con apoyo psicológico ofrecido por el establecimiento para reducir el impacto que sufren como segunda víctima.

Respondidas: 93 Omitidas: 5



■ Totalmente... ■ En desacue... ■ Ni de acuer... ■ De acuerdo
■ Totalmente... ■ No sabe / n...

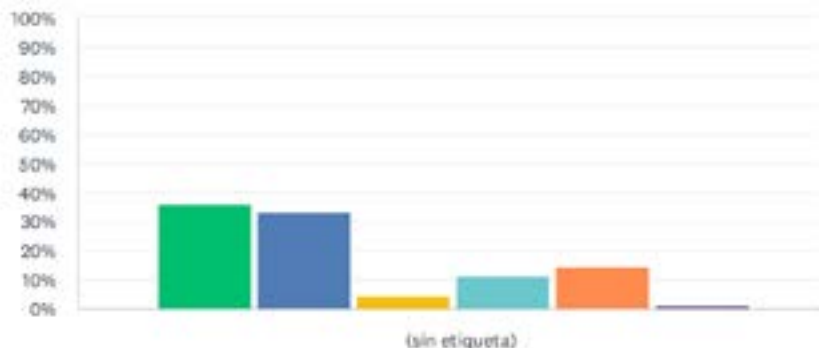
TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO / NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO	NO SABE / NO CONTESTA	TOTAL
40.86%	26.88%	7.53%	11.83%	2.15%	10.75%	93
38	25	7	11	2	10	

Gráfico N°6: Apoyo a profesionales

Un 86% de los colaboradores considera que los EA, con consecuencias graves, se pueden prevenir. En relación al apoyo recibido desde la organización posterior a la ocurrencia de un EA, 67.74 % señala no contar con un apoyo adecuado (gráficos 5-6). Gráfico N°6: Apoyo a profesionales

P7 He recibido formación de cómo debo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso.

Respondidas: 90 Omitidas: 8



■ Totalmente... ■ En desacue... ■ Ni de acuer... ■ De acuerdo
■ Totalmente... ■ No sabe / n...

TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO / NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO	NO SABE / NO CONTESTA	TOTAL
35.56%	33.33%	4.44%	11.11%	14.44%	1.11%	90
32	30	4	10	13	1	

Gráfico N°7: Educación s profesionales

P8 Cuando se produce un error clínico que alcanza al paciente siempre se le informa a él o a su familia.

Respondidas: 92 Omitidas: 6

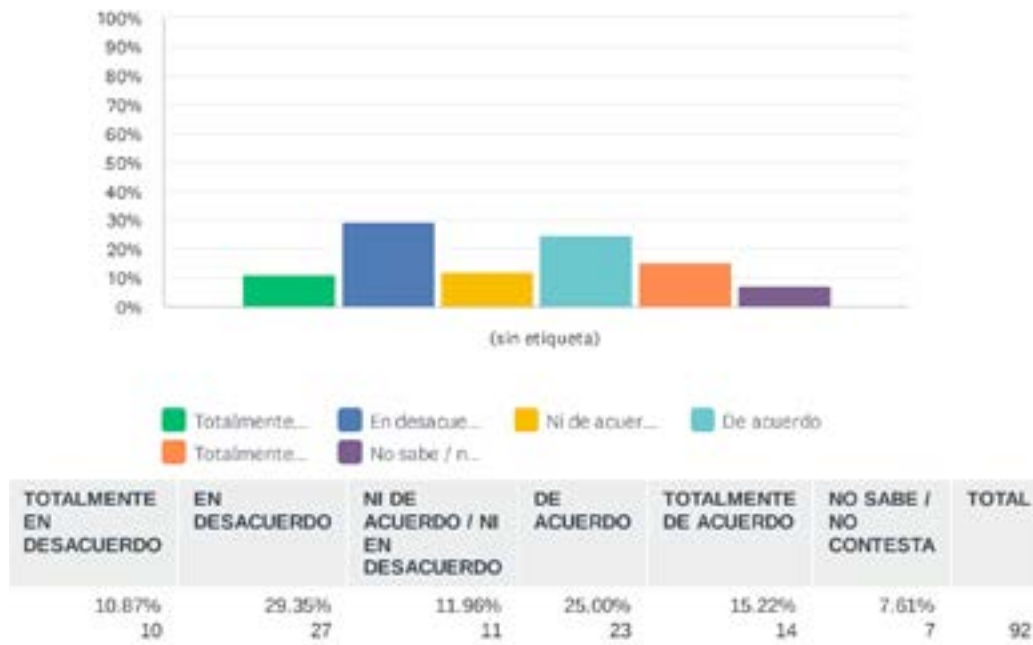


Gráfico N°8: Información a la Familia

La relación con el paciente o la familia, se señala como un hecho poco definido, y se observa que la cultura de informar a la familia es débil, lo mismo que la formación recibida para este tipo de comunicación de incidentes graves (gráficos 7-8).

P11 Cuando se produce un EA grave, el profesional (o profesionales) involucrado recibe apoyo del propio equipo.

Respondidas: 91 Omitidas: 7

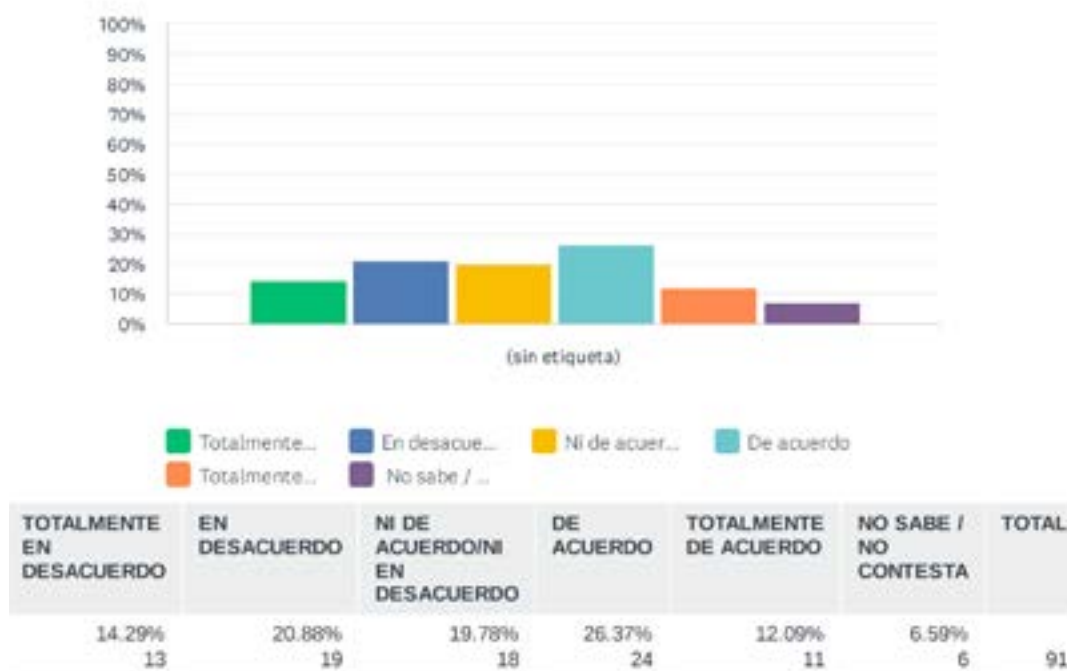
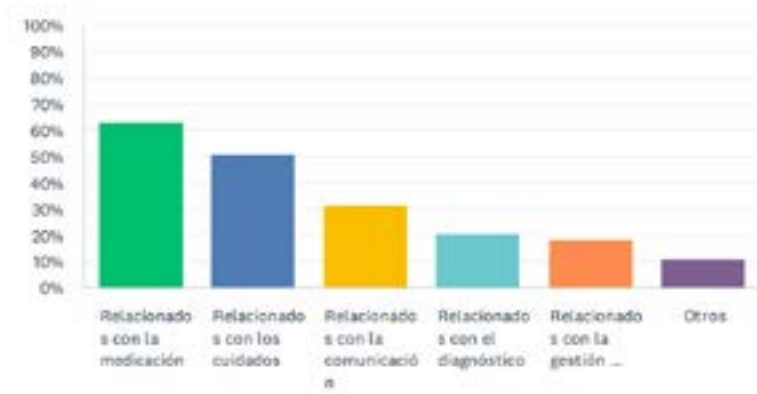


Gráfico N° 9: Apoyo de pares

La percepción de los profesionales respecto del apoyo recibido posterior al evento, 35.17% v/s 38,46%, nos muestra qué no existe probablemente una respuesta institucional al respecto.

P13 Si usted ha conocido o reportado un EA, podría usted señalar a que área corresponde:

Respondidas: 92 Omitidas: 6



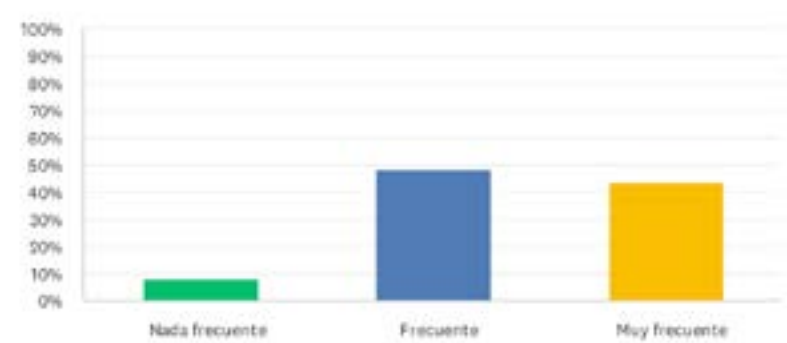
OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Relacionados con la medicación	63.04%
Relacionados con los cuidados	51.09%
Relacionados con la comunicación	31.52%
Relacionados con el diagnóstico	20.65%
Relacionados con la gestión / administrativos	18.48%
Otros	10.87%
Total de encuestados: 92	

Gráfico N° 10: Área del incidente

En relación al tipo de incidente, y su lugar de ocurrencia, errores de medicación, los relacionados a los cuidados y la comunicación aparecen como los más frecuentes.

P17 4.- Tener miedo a perder el prestigio profesional.

Respondidas: 89 Omitidas: 9



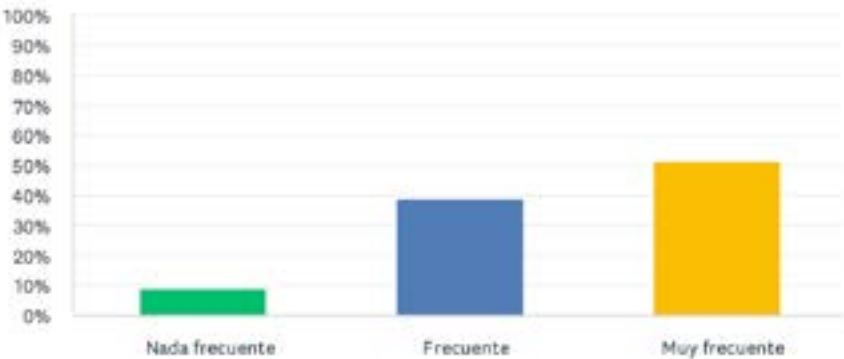
OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Nada frecuente	7.87%
Frecuente	48.31%
Muy frecuente	43.82%
TOTAL	

89

Gráfico N° 11: Consecuencias en los profesionales

P16 3.- Tener miedo a afrontar consecuencias legales.

Respondidas: 87 Omitidas: 11

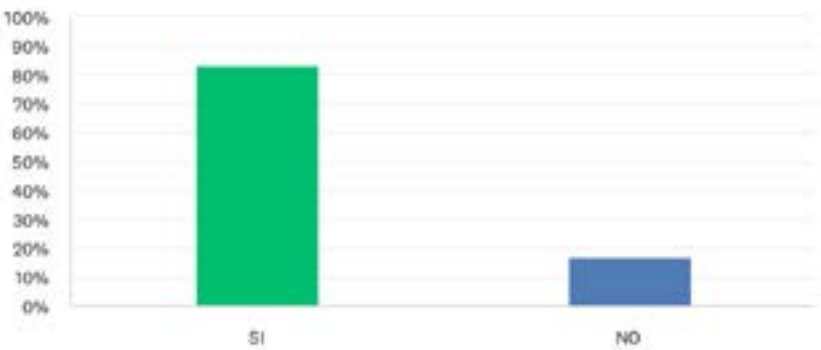


OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
Nada frecuente	9.20%
Frecuente	39.08%
Muy frecuente	51.72%
TOTAL	

Gráfico N°12: Consecuencias en los profesionales

P22 He conocido casos de profesionales que lo han pasado muy mal emocionalmente a raíz del evento adverso de un paciente.

Respondidas: 84 Omitidas: 14

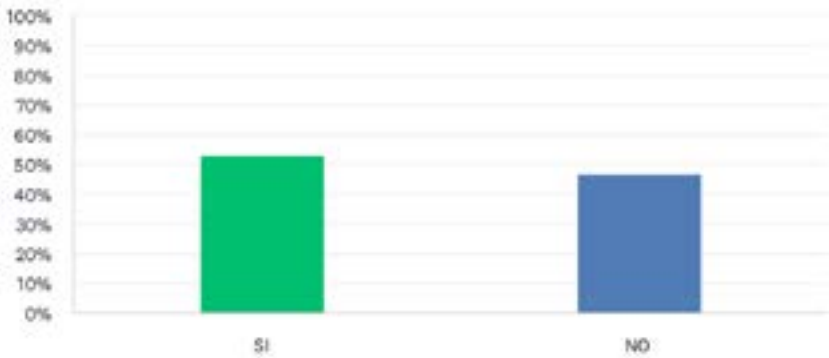


OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
SI	83.33%
NO	16.67%
TOTAL	

Gráfico N°13: Consecuencias en los profesionales

P24 He conocido casos de profesionales que han sufrido problemas laborales a causa de un evento adverso

Respondidas: 85 Omitidas: 13



OPCIONES DE RESPUESTA	RESPUESTAS
SI	52,94%
NO	47,06%
TOTAL	

Gráfico N°14: Consecuencias en los profesionales

Destacan en los gráficos 11 al 14, el miedo a perder prestigio, a las consecuencias laborales y legales, son hechos muy relevantes en las respuestas.

LAS CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y LABORALES EN EL PERSONAL INVOLUCRADO, SE REFLEJAN EN LA TABLA SIGUIENTE:

SENTIMIENTOS	CASI SIEMPRE/SIEMPRE
SENTIMIENTOS DE CULPA	65,44%
PESIMISMO ANTE LA VIDA, TRISTEZA	32,5%
CANSANCIO	48,15%
ANSIEDAD	59,75%
INSOMNIO	43,91%
REVIVIR EL SUCESO	38,28%
IRA Y CAMBIOS DE HUMOR EN EL TRABAJO	29,27%
DUDAS EN DECISIONES CLÍNICAS	41,47%
NECESIDAD DE LICENCIA MÉDICAS	41,98%
SOLICITUD DE TRASLADO DE SERVICIO/UNIDAD	27,16%

Tabla N°1: Consecuencias en los profesionales

P46 2.- Saber cómo informar a un paciente que ha sufrido un evento adverso

Respondidas: 81 Omitidas: 17



Gráfico N°15: Consecuencias en los profesionales

P45 1.- Afrontar mejor las consecuencias de los eventos adversos en los profesionales

Respondidas: 82 Omitidas: 16



Gráfico N°16: Consecuencias en los profesionales

Gráficos 15 y 16 muestran las necesidades de formación y su percepción de necesidad de ayuda.

CONCLUSIONES

Seguros estamos, que no es un elemento que permita extraer conclusiones definitivas, que posee sesgos de diseño y de muestra, sin embargo creemos que considerando que este tema es aún incipiente en nuestra cultura hospitalaria en Chile, nos permite una visión de la realidad local, que podría mostrar un camino a explorar con más detalle, y con más acuciosidad en cada Centro.

Segundas Víctimas ya no es un tema emergente, es un tema real y actual, que debe ser puesto en la agenda de Ministerios y desde allí a las redes de Salud.

Es un problema que genera costos humanos, profesionales y en los pacientes de valor desconocido hasta ahora, sin embargo es una realidad que debe ser mostrada y se debe trabajar en ella.

Los resultados de esta encuesta, son similares a los obtenidos por estudios de mayor envergadura y rigor científico, sin embargo nos permiten asegurar una vez más que, Seguridad del Paciente, como lo dice OMS en su Plan de Acción al 2030, debe ser reconocida como una disciplina que va más allá de la Calidad y Acreditación, y debe ser encausada por equipos “con competencias” en Seguridad del Paciente.

Referencias:

Grupo español de segundas víctimas
<http://www.segundasvictimas.es/>

Hospital Missouri: For You Team
<https://www.muhealth.org/about-us/quality-care-patient-safety/office-of-clinical-effectiveness/foryou>

Programa Hospital John Hopkins. RISE

<https://www.hopkinsmedicine.org/news/articles/continued-support-for-the-second-victims>

Programa CANDOR

<https://www.ahrq.gov/patient-safety/capacity/candor/index.html>

The European Researchers' Network Working on Second Victims
<https://cost-ernst.eu/>

Sakurada A., Godorecci G., Leal M. / Hospital Clínico Universidad de Chile

¿Qué esperan y qué necesitan los profesionales sanitarios para afrontar el fenómeno de la segunda víctima?

Rev Chilena Seguridad del Paciente, Vol 4 N°2 2021

Caracterización de los eventos adversos notificados en pacientes hospitalizados en unidades críticas y básicas de un Hospital Universitario en Chile

Villaleiva S., Sakurada A., Mena S, Quintana M., Salazar C., Vidal M., Castro A.

Rev Hosp Clín Univ Chile 2024; 35: 97 - 105. doi: 0.5354/2735-7996.2024.75555



¿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 que se pueden utilizar en su gestión.



REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 7

AÑO 2024

ISSN 2452-4468

Nº2

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 dárles una forma adecuada.

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

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

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

3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

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

4. CASOS CLÍNICOS

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

5. CRÓNICAS

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

6. CONTRIBUCIONES

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

Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

7. REVISTA DE REVISTAS:

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

8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

9. RECOMENDACIONES PRACTICAS

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

10. CURSOS Y CONGRESOS

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

11. CARTAS AL EDITOR

Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.

Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

II.- DISPOSICIONES VARIAS

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

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

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

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

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

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

ÉTICA

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

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

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

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



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