**Ciclo de Conferencias: Seguridad del Paciente como Pilar de la Calidad en Salud**

**Formato:** 6 sesiones (mensuales )

**Objetivo General:** Sensibilizar y capacitar a los hospitales y/o clínicas sobre la importancia de la seguridad del paciente, promoviendo estrategias de gestión de riesgos, reporte de incidentes, análisis de eventos adversos y mejora continua, alineadas con estándares internacionales.

**Sesión 1: Gestión de Eventos Adversos y Reporte de Incidentes** (27 de marzo)

Objetivo: Brindar herramientas para la identificación, análisis y reporte efectivo de eventos adversos, promoviendo una Cultura Justa y la mejora continua en la seguridad del paciente.

* Cultura de Seguridad del Paciente y Cultura Justa.
* Metodología del Reporte de Incidentes: importancia, barreras y facilitadores.
* Mapeo del Proceso de Notificación de Incidentes.
* Recopilación de información y análisis de eventos adversos.
* Análisis de Causa Raíz (ACR) y otras metodologías de evaluación.
* Mapeo de un caso real y lecciones aprendidas.

**Sesión 2: Estrategias para la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)** (24 abril)

Objetivo: Capacitar a los equipos de salud en la implementación de estrategias para la reducción de infecciones nosocomiales, alineadas con estándares internacionales.

* Importancia del control de infecciones en hospitales.
* Principales agentes infecciosos y vías de transmisión.
* Estrategias de prevención y protocolos de higiene.
* Rol del equipo de salud en la reducción de IAAS.
* Monitoreo y mejora continua de los indicadores de control de infecciones.

**Sesión 3: Seguridad en la Medicación y Prevención de Errores** (29 de mayo)

Objetivo: Reducir la incidencia de errores de medicación mediante la implementación de prácticas seguras en el proceso de prescripción, administración y seguimiento farmacológico.

* Factores de riesgo en la administración de medicamentos.
* Clasificación de errores de medicación y su impacto en la seguridad del paciente.
* Estrategias de prevención y mitigación de errores en el circuito de medicación.
* Farmacovigilancia y monitoreo de reacciones adversas.
* Implementación de tecnologías para mejorar la seguridad en la medicación.

**Sesión 4: Seguridad en Cirugías y Procedimientos Invasivos** (26 de junio)

Objetivo: Minimizar riesgos en intervenciones quirúrgicas y procedimientos invasivos a través del uso de herramientas y protocolos estandarizados.

* Errores comunes en cirugía y eventos adversos quirúrgicos.
* Estrategias para la prevención de eventos adversos en quirófano.
* Implementación de la Lista de Verificación Quirúrgica (OMS Checklist de Cirugía Segura ).
* Gestión del equipo quirúrgico y coordinación multidisciplinaria.
* Casos de éxito en la reducción de eventos adversos en cirugía.

**Sesión 5: Seguridad del Paciente en Áreas Críticas y Emergencias** (31 de Julio)

**Objetivo:** Identificar y gestionar riesgos en la atención de pacientes críticos y en situaciones de emergencia, asegurando una respuesta eficiente y segura.

* Identificación y manejo de pacientes en riesgo en áreas críticas
* Seguridad en la ventilación mecánica, sedación y monitoreo avanzado
* Manejo de eventos inesperados en emergencias y urgencias
* Aplicación de simulación clínica en la mejora de la seguridad del paciente.

**Sesión 6: Cultura de Seguridad y Liderazgo en Instituciones de Salud** (28 de Agosto)

**Objetivo:** Desarrollar una cultura organizacional basada en la seguridad del paciente, promoviendo el liderazgo y la mejora continua en hospitales y centros de salud.

* Construcción de una cultura organizacional centrada en el paciente
* Rol del liderazgo en la seguridad hospitalaria
* Estrategias para la mejora continua en la atención
* Evaluación de impacto y sostenibilidad de iniciativas de seguridad
* Modelos de éxito en hospitales con cultura de seguridad consolidada.

**Estrategia de Convocatoria:**

* Dirigir la invitación a hospitales interesados en mejorar su seguridad y calidad.
* Presentar casos de éxito y testimonios de instituciones acreditadas.
* Ofrecer material complementario y un certificado de participación.
* Utilizar las conferencias como un punto de entrada para acercar a los hospitales a Health Choices y su oferta de servicios.

**Frecuencia Mensual**

* **Formato:** Una conferencia al mes (6 meses de duración total).
* **Ventajas:**
  + Permite generar expectativa y mantener un contacto constante con los hospitales.
  + Facilita la participación de más hospitales, ya que no sobrecarga sus agendas.
  + Da tiempo para evaluar el impacto y mejorar en cada sesión.
  + Mantiene la conexión con los asistentes para avanzar en relaciones comerciales.

Lo que busco Busco es una estrategia sostenida y con seguimiento gradual.

**Sesión 1: Gestión de Eventos Adversos en Instituciones de Salud**

**Objetivo:** Brindar a los profesionales de la salud herramientas prácticas para la gestión de eventos adversos mediante un enfoque basado en la Cultura Justa, la notificación efectiva de incidentes y el análisis estructurado para la mejora continua, promoviendo así un ambiente seguro para los pacientes.

**1. Cultura de Seguridad del Paciente y Cultura Justa** (20 min)

* Definición de seguridad del paciente y su impacto en la calidad de atención.
* Concepto de incidente y clasificación: evento adverso, cuasi falla y centinela.
* Cultura Justa: cómo pasar del castigo al aprendizaje organizacional.
* Principios de la cultura de seguridad en hospitales.
* El rol del liderazgo y el equipo de salud en la seguridad del paciente.

**2. Metodología del Reporte de Incidentes y Mapeo del Proceso** (20 min)

* ¿Por qué reportar incidentes? Barreras y facilitadores en la notificación.
* Tipos de incidentes: cuasi fallas, eventos adversos y eventos centinela.
* Barreras comunes en la notificación de eventos adversos.
* Beneficios de una cultura de reporte activo y sin culpa.

**3. Mapeo del Proceso de Reporte de Incidentes** (20 min)

* Identificación del flujo de reporte de incidentes en una institución de salud.
* ¿Quién debe reportar? Roles y responsabilidades en el proceso.
* Sistemas de notificación internos y externos.
* Ejercicio práctico: Creación de un diagrama de flujo de reporte de incidentes.

**4. Recopilación de Información, Análisis y Plan de Acción** (30 min)

* Metodologías de análisis de eventos adversos:
  + Análisis de Causa Raíz (ACR): identificación de causas profundas.
  + Método de los 5 por qué y diagrama de Ishikawa.
  + Análisis de riesgo y priorización de acciones.
* Diseño de planes de acción para evitar la recurrencia del evento.
* Implementación de estrategias de prevención y monitoreo de impacto.

1. **Mapeo del Caso y Resumen del Caso** (20 min)

* Análisis paso a paso de un caso real o simulado de evento adverso.
* Identificación de fallas en los procesos y oportunidades de mejora.
* Discusión de lecciones aprendidas y estrategias aplicables.

**5. Cierre y Discusión** (15 min)

* Reflexiones finales sobre la importancia del reporte de incidentes.
* Preguntas y respuestas.
* Evaluación de la sesión y próximos pasos.
* Invitación a las siguientes conferencias del ciclo.

**Sesión 2: Estrategias para la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)**

**Duración:** 60-90 minutos  
**Objetivo:** Capacitar a los profesionales de la salud en la identificación, reporte, análisis y prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), promoviendo una cultura de seguridad y mejora continua.

**Temario**

**1. Cultura de Seguridad y Prevención de IAAS (20 min)**

* Definición e impacto de las IAAS en la calidad asistencial.
* Relación entre cultura de seguridad y reducción de infecciones.
* Cultura Justa aplicada al control de infecciones: del castigo al aprendizaje.
* Rol del liderazgo y compromiso institucional en la reducción de IAAS.

**2. Identificación y Reporte de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (20 min)**

* **Principales tipos de IAAS y su impacto en los pacientes.**
  + Infecciones del sitio quirúrgico.
  + Neumonía asociada a ventilación mecánica.
  + Infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con catéteres.
  + Infecciones del tracto urinario asociadas a sondas.
* **Metodología del reporte de IAAS:**
  + Importancia de la vigilancia activa y pasiva.
  + Barreras y facilitadores en la notificación de IAAS.
  + Flujo del proceso de reporte en hospitales.
* **Ejercicio práctico:** Análisis de un caso de IAAS y su reporte adecuado.

**3. Mapeo del Proceso de Control de Infecciones y Análisis de Riesgo (30 min)**

* Identificación del proceso de prevención de IAAS en una institución de salud.
* Implementación de estrategias para la prevención de infecciones:
  + Higiene de manos y su impacto en la reducción de infecciones.
  + Uso adecuado de antibióticos y estrategias de control de resistencia antimicrobiana.
  + Protocolos de asepsia y antisepsia en procedimientos invasivos.
  + Medidas de aislamiento y prevención en pacientes de alto riesgo.
* Herramientas para la evaluación del riesgo de IAAS en hospitales.
* Ejercicio práctico: Creación de un diagrama de flujo de prevención de IAAS.

**4. Análisis de Casos y Plan de Acción para la Prevención de IAAS (20 min)**

* Revisión de un caso real o simulado de IAAS en un hospital.
* Aplicación del Análisis de Causa Raíz (ACR) para identificar factores contribuyentes.
* Desarrollo de un plan de acción para la prevención y mitigación de IAAS.
* Implementación de indicadores para monitorear la mejora en la reducción de infecciones.

**5. Cierre y Discusión (15 min)**

* Reflexiones finales sobre la importancia del reporte y control de IAAS.
* Preguntas y respuestas.
* Evaluación de la sesión y próximos pasos.
* Invitación a las siguientes conferencias del ciclo.

**Sesión 3: Seguridad en la Medicación y Prevención de Errores**

**Duración:** 60-90 minutos  
**Objetivo:** Capacitar a los profesionales de la salud en la identificación, reporte, análisis y prevención de errores de medicación, promoviendo una cultura de seguridad y la implementación de estrategias efectivas para mejorar la seguridad del paciente.

**Temario**

**1. Cultura de Seguridad del Paciente y Seguridad en la Medicación (20 min)**

* Impacto de los errores de medicación en la seguridad del paciente.
* Cultura Justa en la seguridad en la medicación: del castigo al aprendizaje.
* Factores humanos y sistémicos en la ocurrencia de errores.
* Rol del liderazgo y del equipo de salud en la prevención de errores.

**2. Identificación y Reporte de Errores de Medicación (20 min)**

* **Clasificación de errores de medicación:**
  + Errores en la prescripción.
  + Errores en la dispensación y almacenamiento.
  + Errores en la administración.
  + Errores en la monitorización y seguimiento.
* **Metodología del reporte de errores de medicación:**
  + Importancia del reporte y barreras en la notificación.
  + Flujo del proceso de notificación en hospitales.
* **Ejercicio práctico:** Análisis de un caso real de error de medicación y su reporte adecuado.

**3. Mapeo del Proceso de Seguridad en la Medicación y Análisis de Riesgo (30 min)**

* **Flujo del proceso seguro de medicación:**
  + Desde la prescripción hasta la administración y monitoreo.
  + Implementación de estrategias para la reducción de errores.
* **Uso de tecnología en la seguridad de la medicación:**
  + Códigos de barras y sistemas de prescripción electrónica.
  + Sistemas de dispensación automatizada.
* **Estrategias de prevención:**
  + Uso de listas de verificación y dobles chequeos.
  + Capacitación del personal en seguridad en la medicación.
* **Ejercicio práctico:** Creación de un diagrama de flujo de seguridad en la medicación.

**4. Análisis de Casos y Plan de Acción para la Prevención de Errores de Medicación (20 min)**

* Revisión de un caso real o simulado de error de medicación.
* Aplicación del Análisis de Causa Raíz (ACR) para identificar factores contribuyentes.
* Desarrollo de un plan de acción para la prevención y mitigación de errores.
* Indicadores para monitorear la mejora en la seguridad en la medicación.

**5. Cierre y Discusión (15 min)**

* Reflexiones finales sobre la importancia del reporte y la prevención de errores.
* Preguntas y respuestas.
* Evaluación de la sesión y próximos pasos.
* Invitación a las siguientes conferencias del ciclo.

**Sesión 4: Seguridad en Cirugías y Procedimientos Invasivos**

**Duración:** 60-90 minutos  
**Objetivo:** Capacitar a los profesionales de la salud en la prevención de eventos adversos en cirugías y procedimientos invasivos, promoviendo una cultura de seguridad, el reporte de incidentes y el uso de herramientas estandarizadas para la reducción de riesgos.

**Temario**

**1. Cultura de Seguridad y Prevención de Eventos Adversos en Cirugía (20 min)**

* Impacto de los errores quirúrgicos en la seguridad del paciente.
* Cultura Justa aplicada a la seguridad en cirugía: del castigo al aprendizaje.
* Factores humanos y sistémicos en la ocurrencia de eventos adversos en quirófano.
* Rol del liderazgo y del equipo quirúrgico en la prevención de errores.

**2. Identificación y Reporte de Eventos Adversos en Cirugías y Procedimientos Invasivos (20 min)**

* **Principales tipos de eventos adversos en cirugía:**
  + Cirugía en el sitio equivocado.
  + Procedimiento incorrecto o en el paciente equivocado.
  + Retención de material quirúrgico.
  + Complicaciones postoperatorias evitables.
* **Metodología del reporte de eventos adversos en quirófano:**
  + Importancia del reporte y barreras en la notificación.
  + Flujo del proceso de notificación en hospitales.
* **Ejercicio práctico:** Análisis de un caso real de error quirúrgico y su reporte adecuado.

**3. Mapeo del Proceso de Seguridad en Cirugía y Análisis de Riesgo (30 min)**

* **Flujo del proceso seguro en procedimientos quirúrgicos:**
  + Desde la programación hasta el seguimiento postoperatorio.
  + Implementación de estrategias para la reducción de eventos adversos.
* **Uso de la Lista de Verificación Quirúrgica de la OMS:**
  + Fases de la lista de verificación: ingreso, cirugía y egreso.
  + Impacto en la reducción de errores y mejora en la coordinación del equipo quirúrgico.
* **Estrategias de prevención:**
  + Tiempo fuera quirúrgico (Time-Out) y comunicación efectiva en el equipo.
  + Uso de marcaje preoperatorio y consentimiento informado.
  + Simulación clínica y entrenamiento en seguridad quirúrgica.
* **Ejercicio práctico:** Creación de un diagrama de flujo de seguridad en cirugía.

**4. Análisis de Casos y Plan de Acción para la Prevención de Errores en Cirugías (20 min)**

* Revisión de un caso real o simulado de error en cirugía.
* Aplicación del Análisis de Causa Raíz (ACR) para identificar factores contribuyentes.
* Desarrollo de un plan de acción para la prevención y mitigación de eventos adversos.
* Indicadores para monitorear la mejora en la seguridad en procedimientos invasivos.

**5. Cierre y Discusión (15 min)**

* Reflexiones finales sobre la importancia del reporte y la prevención de errores en cirugía.
* Preguntas y respuestas.
* Evaluación de la sesión y próximos pasos.
* Invitación a las siguientes conferencias del ciclo.

**Sesión 5: Seguridad del Paciente en Áreas Críticas y Emergencias**

**Duración:** 60-90 minutos  
**Objetivo:** Capacitar a los profesionales de la salud en la identificación, gestión de riesgos y prevención de eventos adversos en áreas críticas y emergencias, promoviendo una cultura de seguridad, el reporte de incidentes y la implementación de estrategias efectivas para mejorar la seguridad del paciente.

**Temario**

**1. Cultura de Seguridad en el Cuidado Crítico y Emergencias (20 min)**

* Impacto de los errores en la atención de pacientes críticos.
* Cultura Justa en entornos de alto riesgo: del castigo al aprendizaje.
* Factores humanos y sistémicos en la ocurrencia de eventos adversos en unidades críticas y emergencias.
* Rol del liderazgo y del equipo de salud en la reducción de errores en entornos de alta presión.

**2. Identificación y Reporte de Eventos Adversos en Áreas Críticas (20 min)**

* **Tipos de eventos adversos más frecuentes en áreas críticas:**
  + Errores en la administración de fármacos en UCI y emergencias.
  + Fallas en la ventilación mecánica y monitoreo avanzado.
  + Infecciones asociadas a Ventilación mecánica
  + Errores en la toma de decisiones bajo presión.
* **Metodología del reporte de eventos adversos en entornos de alta complejidad:**
  + Importancia del reporte y barreras en la notificación.
  + Flujo del proceso de notificación en hospitales y unidades críticas.
* **Ejercicio práctico:** Análisis de un caso real de error en atención crítica y su reporte adecuado.

**3. Mapeo del Proceso de Seguridad en la Atención Crítica y Análisis de Riesgo (30 min)**

* **Flujo del proceso seguro en la atención de pacientes críticos:**
  + Identificación temprana de riesgos y monitoreo continuo.
  + Implementación de estrategias para la reducción de eventos adversos.
* **Estrategias clave en la seguridad del paciente en UCI y emergencias:**
  + Protocolo de seguridad en el uso de ventilación mecánica.
  + Manejo seguro de sedación y analgesia en pacientes críticos.
  + Bacteremias asociadas al uso de catéter de vía central
* **Uso de simulación clínica para la seguridad en situaciones de emergencia:**
  + Entrenamiento en la toma de decisiones bajo presión.
  + Simulación de escenarios críticos para mejorar la respuesta del equipo de salud.
* **Ejercicio práctico:** Creación de un diagrama de flujo de seguridad en la atención de emergencias.

**4. Análisis de Casos y Plan de Acción para la Mejora de la Seguridad en Áreas Críticas (20 min)**

* Revisión de un caso real o simulado de evento adverso en una unidad crítica.
* Aplicación del Análisis de Causa Raíz (ACR) para identificar factores contribuyentes.
* Desarrollo de un plan de acción para la prevención y mitigación de eventos adversos.
* Implementación de indicadores clave para evaluar la mejora en la seguridad en cuidados críticos.

**5. Cierre y Discusión (15 min)**

* Reflexiones finales sobre la importancia del reporte y la prevención de errores en áreas críticas y emergencias.
* Preguntas y respuestas.
* Evaluación de la sesión y próximos pasos.
* Invitación a las siguientes conferencias del ciclo.

**Sesión 6: Cultura de Seguridad y Liderazgo en Instituciones de Salud**

**Duración:** 60-90 minutos  
**Objetivo:** Capacitar a los profesionales de la salud en la construcción de una cultura organizacional centrada en la seguridad del paciente, promoviendo el liderazgo, el aprendizaje a partir de los errores y la mejora continua en hospitales y centros de salud.

**Temario**

**1. Cultura de Seguridad del Paciente y su Impacto en la Calidad Asistencial (20 min)**

* Definición de cultura de seguridad del paciente y sus pilares fundamentales.
* Importancia de la seguridad del paciente en la calidad asistencial.
* Barreras para el desarrollo de una cultura de seguridad en hospitales.
* Relación entre cultura organizacional y reducción de eventos adversos.

**2. Cultura Justa: Del Castigo al Aprendizaje Organizacional (20 min)**

* Concepto de Cultura Justa y su importancia en la seguridad del paciente.
* Diferencias entre Cultura de Seguridad, Cultura Punitiva y Cultura Justa.
* Cómo implementar una Cultura Justa en hospitales y centros de salud.
* Ejemplo de instituciones que han logrado transformar su cultura organizacional.
* Ejercicio práctico: Autoevaluación de la cultura de seguridad en el hospital.

**3. Rol del Liderazgo en la Seguridad del Paciente (30 min)**

* Impacto del liderazgo en la seguridad del paciente y la reducción de eventos adversos.
* El papel de los directivos, médicos y personal administrativo en la construcción de una cultura de seguridad.
* Estrategias para involucrar a los equipos en la mejora continua:
  + Comunicación efectiva y liderazgo basado en la seguridad del paciente.
  + Creación de equipos de trabajo comprometidos con la seguridad.
  + Capacitación y empoderamiento del personal de salud.
* Ejercicio práctico: Simulación de una reunión de equipo para abordar un problema de seguridad del paciente.

**4. Estrategias de Mejora Continua y Evaluación de Impacto (20 min)**

* Cómo medir la efectividad de una cultura de seguridad del paciente.
* Herramientas para la medición y monitoreo de la cultura de seguridad:
  + Encuestas de percepción de seguridad del paciente.
  + Análisis de tendencias en eventos adversos y reportes de incidentes.
  + Implementación de indicadores clave de seguridad.
* Desarrollo de un plan de acción para la mejora de la seguridad en hospitales.

**5. Cierre y Discusión (15 min)**

* Reflexiones finales sobre la importancia del liderazgo en la seguridad del paciente.
* Preguntas y respuestas.
* Evaluación de la sesión y próximos pasos.
* Invitación a futuras iniciativas de capacitación en seguridad del paciente.

**Presentaciones**

**Sesión 1**

Links

📌1. Guías y Documentos de Referencia

Estos documentos le permitirán respaldar la información:

1. OMS - Marco Conceptual de la Seguridad del Paciente  
   📄 Documento de referencia clave sobre la seguridad del paciente y la gestión de eventos adversos.  
   🔗 [Disponible aquí](https://www.who.int/publications/i/item/9789241599999)
2. OMS - Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030

Este documento ofrece una visión integral de las estrategias globales para mejorar la seguridad del paciente.

🔗 [Acceder al documento](https://www.who.int/publications/i/item/9789240032701)

1. .OMS - Seguridad del Paciente: Conceptos Fundamentales

📄 Proporciona una comprensión básica de la seguridad del paciente y su relevancia en la atención médica.

🔗 [Leer más](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety)

1. .Modelo del Queso Suizo en la Seguridad del Paciente

📄 Este modelo es fundamental para entender cómo ocurren los errores en sistemas complejos y cómo prevenirlos.

🔗 [Leer artículo](https://es.wikipedia.org/wiki/Modelo_del_queso_suizo)

1. Análisis de Causa Raíz - Protocolo de la OMS  
   📄 Manual detallado para aplicar el Análisis de Causa Raíz (ACR) en eventos adversos.  
   🔗 [Acceder al documento](https://www.who.int/patientsafety/en/)
2. Lista de Verificación de Seguridad del Paciente - OMS  
   📄 Herramienta práctica utilizada para mejorar la identificación y análisis de eventos adversos.  
   🔗 [Descargar aquí](https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety)
3. Joint Commission International (JCI) - Gestión de Eventos Adversos  
   📄 Documento sobre estándares de calidad y seguridad para hospitales.  
   🔗 [JCI Standards](https://www.jointcommissioninternational.org/)

📌 2. Videos y Cursos Recomendados

Si el expositor desea reforzar su conocimiento con materiales audiovisuales:

▶ Video: Introducción a la Cultura de Seguridad del Paciente (OMS)  
📺 Explicación clara sobre qué es la seguridad del paciente y la importancia del reporte de incidentes.  
🔗 [Ver en YouTube](https://www.youtube.com/watch?v=2rE8p1gTfbE)

▶ Curso Online: Seguridad del Paciente y Cultura Justa (Institute for Healthcare Improvement - IHI)  
📚 Curso interactivo sobre cultura justa, reporte de eventos adversos y análisis de causa raíz.  
🔗 [Disponible aquí](https://www.ihi.org/)

▶ Simulación de Reporte de Eventos Adversos en Hospitales  
🎥 Caso práctico sobre cómo realizar el proceso de notificación.  
🔗 Ver simulación aquí

.Artículo: "Seguridad del Paciente en la Atención Sanitaria"

📚 Ofrece una visión detallada de los desafíos y estrategias en la implementación de prácticas seguras en la atención médica.

🔗 [Leer artículo](https://es.wikipedia.org/wiki/Seguridad_del_paciente)