



REVISTA CHILENA DE **SEGURIDAD DEL PACIENTE**

EN ESTE NÚMERO:

EDITORIAL

Jorge Cienfuegos Silva

Farmacéutico
Presidente del Colegio de
Químicos Farmacéuticos y
Bioquímicos de Chile

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE
UN GRUPO DE PACIENTES
QUE RECIBIÓ ATENCIÓN
OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA
EN UN HOSPITAL PÚBLICO
DEL NORESTE DE MÉXICO.

EVALUACIÓN DEL
PROTOCOLO PARA LA
ESTIMULACIÓN DE SUCCIÓN
- DEGLUCIÓN EN RECIÉN
NACIDOS PRETÉRMINO EN LA
UNIDAD DE NEONATOLOGÍA
DE CLÍNICA ALEMANA
TEMUCO (CAT) DURANTE EL
PERIODO DE MAYO DE 2015 A
MAYO DE 2017.

MEJORA EN EL
CUMPLIMIENTO DE
LA PROGRAMACIÓN
QUIRÚRGICA UTILIZANDO LA
METODOLOGÍA SCRUM

REVISTAS DE REVISTAS





REVISTA CHILENA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

VOLUMEN 7
AÑO 2024

ISSN 2452-4468

Nº1

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

Jorge Cienfuegos Silva

Farmacéutico

Presidente del Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile

05

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UN GRUPO DE PACIENTES QUE RECIBIÓ ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL NORESTE DE MÉXICO.

Dr. Luis Antonio Cervantes Aguilera - Dra. Marisela González Guzmán - Dr. Omar Flores Sandoval
Dr. Heliodoro Morales Villalobos - Dra. Brenda Liseth Briones Bernal

25

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LA ESTIMULACIÓN DE SUCCIÓN - DEGLUCIÓN EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DE CLÍNICA ALEMANA TEMUCO (CAT) DURANTE EL PERIODO DE MAYO DE 2015 A MAYO DE 2017.

Laura Suazo - Marcela Valdés - Josefina Bunster - Patricia Vidal - Vanessa Castro - Pedro Lorca
Rodrigo Rivas - Gonzalo Hormazábal

36

MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA UTILIZANDO LA METODOLOGÍA SCRUM

Dr. Luis Antonio Cervantes Aguilera - Dr. Víctor Manuel Torres López - Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde - Dr. Christopher Moisen Moreno - Dr. Luis Andrés González Torresa
Dra. Christian Devanny del Ángel Argueta - Dra. María José García Madrigala

43

REVISTAS DE REVISTAS

Dr. Hugo Guajardo Guzmán



EDITORIAL

Editorial

Este sin duda ha sido el año de la Seguridad del Paciente en nuestro país. Fue el VIII Congreso Internacional de Seguridad del Paciente, y el Ministerio de Salud de Chile fue organizador y sede de la 6ta Cumbre Global Ministerial de Seguridad del Paciente. La cantidad de personalidades del mundo que acudieron a nuestro país a plantear diversas aristas sobre la Seguridad del Paciente, y las potencialidades que tenemos hoy con las herramientas tecnológicas y el conocimiento acumulado es esperanzador, más creo relevante tener en cuenta una frase que utilizó la ministra Ximena Aguilera en su cuenta pública este año también: “La prioridad se refleja en los recursos...”.

Es aquí donde esta esperanza y enseñanzas acumuladas en ambas actividades deben buscar cristalizar en una planificación y modificación de la cultura imperante, no solamente entre los profesionales y técnicos de nuestro equipo de salud, sino también en tomadores de decisiones, academia y en la sociedad civil.

Schopenhauer plantea que “la salud no es todo, pero sin ella todo lo demás es nada.”

Y pensando en nuestro rol desde la Seguridad del Paciente, es nuestro deber ético reunirnos, conversar, discutir y convencer a los directivos y políticos que los recursos utilizados en mejorar la seguridad

de los pacientes y usuarios es una inversión que va en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas, y que para lograr los múltiples objetivos y necesidades que día a día identificamos debemos tener una apertura constante al diálogo.

Ese es el espíritu de la Fundación para la Seguridad del Paciente, de su Congreso y de la presente Revista: Ser un espacio de encuentro entre las diversas profesiones, usuarios y todo aquel que tenga la conciencia de que todos seremos, tarde o temprano, pacientes que deseamos ser atendidos con calidad, humanidad y se nos haga parte de nuestro tratamiento.

Jorge Cienfuegos Silva

Farmacéutico

Presidente del Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile

Capítulo Químicos Farmacéuticos de Fundación para la Seguridad del Paciente

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UN GRUPO DE PACIENTES QUE RECIBIÓ ATENCIÓN OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL NORESTE DE MÉXICO.

Dr. Luis Antonio Cervantes Aguilera^a

Dra. Marisela González Guzmán^b

Dr. Omar Flores Sandoval^c

Dr. Heliodoro Morales Villalobos^a

Dra. Brenda Liseth Briones Bernal^d

Filiaciones:

^a Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey. Av. Ignacio Morones Prieto 3000, Sertoma, 64710 Monterrey, Nuevo León, México

^b Departamento de Calidad del Hospital Metropolitano, Servicios de Salud de Nuevo León. Avenida Lic. Adolfo López Mateos 4600, Floridos Bosques del Nogalar, 66480 San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México

^c Laboratorio de Neuroanatomía Funcional, Facultad de Ciencias, Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Avenida Chapultepec 1570, Privadas del Pedregal, 78295, San Luis Potosí, SLP, México

^d Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Metropolitano, Servicios de Salud de Nuevo León. Avenida Lic. Adolfo López Mateos 4600, Floridos Bosques del Nogalar, 66480 San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México

Autor de correspondencia:

Luis Antonio Cervantes Aguilera

Correo Electrónico: luis cervera10@gmail.com

Dirección del centro donde se realizó el trabajo: Hospital Metropolitano, Servicios de Salud de Nuevo León. Avenida Lic. Adolfo López Mateos 4600, Floridos Bosques del Nogalar, 66480 San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México

Consentimiento informado: Este proyecto no representó ningún riesgo para la salud, ya que se trata de un trabajo cuyas intervenciones fueron inocuas. Por esto, la necesidad de obtención de consentimiento informado no fue necesaria, como establece la Ley General de Salud mexicana en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Categoría II. Los procedimientos se apegaron a las normas éticas vi-

gentes nacionales e internacionales, al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la declaración de Helsinki, realizada en la Asamblea Médica Mundial y su última enmienda. El proyecto se realizó de manera que se redujo al mínimo el posible daño al medio ambiente. Este trabajo, en todas sus etapas, estuvo basada en los principios éticos del Informe Belmont de 1979, así como en las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Armonización de Buenas Prácticas Clínicas (ICH GCP, por sus siglas en inglés), ya que se basa en mantener el respeto a su autonomía, confidencialidad y beneficencia, donde se asegura que durante el proceso de la investigación se evitará el daño, y se buscará intencionalmente un máximo beneficio y se procurará justicia bajo igualdad y sus necesidades individuales.

Fuentes de financiamiento: no aplican para el proyecto en cuestión.

Contactos de autores:

Dr. Luis Antonio Cervantes Aguilera / luis cerv a10@gmail.com

Dra. Marisela González Guzmán / marisela.gonzalez@tec.mx

Dr. Omar Flores Sandoval / omar.flores@uaslp.mx

Dr. Heliodoro Morales Villalobos / heliomv24@gmail.com

Dra. Brenda Liseth Briones Bernal / dra.brendabrionesbernal@gmail.com



RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La mortalidad materna es un problema de salud pública que afecta nuestro contexto y que está presente dentro de la cotidianeidad hospitalaria. Posterior a la actualización del proceso de Código ORO para la atención de la emergencia obstétrica; se identificó la necesidad de contar con información específica de las pacientes que ameritan la intervención de este código emergencia. Por lo que el objetivo fue conocer el perfil epidemiológico de las pacientes que han requerido la activación del Código ORO para la atención de la emergencia obstétrica en un hospital público del Noroeste de México.

MATERIALES Y MÉTODOS:

El presente estudio es de tipo retrospectivo, observacional y analítico, realizado en un hospital de segundo nivel de atención perteneciente a los Servicios de Salud del estado de Nuevo León. Se trata de un estudio sin riesgo, donde se analizaron los expedientes de 130 pacientes en las que se activó el Código ORO, dentro del período diciembre 2022 a marzo 2023.

RESULTADOS:

Se caracterizó el perfil epidemiológico de las pacientes mediante frecuencias, se identificaron 5 variables estadísticamente significativas para la confirmación de la emergencia obstétrica, edad ($p = 0.02$), índice de masa corporal (IMC) ($p = 0.007$), paridad ($p = 0.03$), número de consultas prenatales ($p = 0.035$) y número de ultrasonidos realizados durante la gestación ($p = 0.002$). Se identificaron como predictores de la emergencia al IMC y el número de ultrasonidos realizados, con un AOR de 1.10 IC95 [1.0007, 1.25] y de 1.5 IC95 [1.12, 2.14] respectivamente.

CONCLUSIONES:

El perfil caracterizado permite identificar factores sociodemográficos importantes sobre el contexto de las pacientes; las variables identificadas como relevantes tanto para la predicción de la emergencia obstétrica como para su confirmación podrán ser utilizadas como puntos críticos durante la evaluación y atención de pacientes obstétricas en el hospital.

ABSTRACT

INTRODUCTION:

Maternal mortality is a public health problem that affects our context and is present within the hospital's daily routine. After updating the Código ORO process for obstetric emergency attention, the need was identified for specific information on patients who merit the intervention of this emergency code. Therefore, the objective was to know the epidemiological profile of the patients who have required the activation of the Code ORO for obstetric emergency care at the Hospital Metropolitano.

MATERIALS AND METHODS:

This retrospective, observational, and analytical study was conducted in a second-level hospital in the Public Health Services of Nuevo León. It is a non-risk study, in which the records of 130 patients in whom the Code ORO was activated were analyzed from December 2022 to March 2023.

RESULTS:

The epidemiological profile of the patients was characterized by frequencies, 5 statistically significant variables were identified for the confirmation of obstetric emergency, age ($p = 0.02$), body mass index (BMI) ($p = 0.007$), parity ($p = 0.03$), number of prenatal consultations ($p = 0.035$) and number of ul-

trasounds performed during gestation ($p = 0.002$). BMI and the number of ultrasounds performed were identified as predictors of emergence, with an AOR of 1.10 CI95 [1.0007, 1.25] and 1.5 CI95 [1.12, 2.14] respectively.

CONCLUSIONS:

The characterized profile allows the identification of important sociodemographic factors about the context of the patients; the variables identified as relevant both for the prediction of obstetric emergency and for its confirmation that could be used as critical points during the evaluation and care of obstetric patients in the hospital.

INTRODUCCIÓN

La presentación constante de casos de muerte materna en nuestros días, pese al desarrollo de tecnología, descubrimientos científicos, avances en derechos humanos y perspectiva de género, siguen siendo un problema sin resolver, el cual persiste como un problema de salud pública a nivel global y que además, nos permite apreciar la asociación existente entre ignorancia, pobreza extrema, la falta de educación para la salud y aspectos inclusive geográficos que pudieran influir como factores determinantes en la incidencia de muertes maternas¹.

La razón de mortalidad materna (RMM) es considerada como un indicador del desarrollo social, ya que este refleja situaciones relacionadas con la inequidad al interior de las poblaciones y las brechas existentes para el acceso a los servicios de salud².

Aunado a esto, los criterios que nos permiten identificar contrastes y desigualdades regionales son los índices de desarrollo social (IDS), ya que ponen en evidencia las distintas realidades que se viven al interior de los países y como estas afectan el bienestar,

así como el desarrollo y desempeño de las capacidades de las personas de manera integral³.

Dentro del contexto mexicano al cierre de la semana epidemiológica No. 52 del 2022 la RMM calculada fue de 30.4 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos; siendo las principales causas de muerte la hemorragia obstétrica, enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, el parto y el puerperio, aborto, enfermedades de las vías respiratorias y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio⁴. Para el caso del estado de Nuevo León la tasa de mortalidad materna durante el periodo 1990 a 2010 presentó una reducción solo de 11 puntos⁵, esto denota que la mortalidad materna sigue siendo una problemática local que debe de ser atendida debido a su comportamiento irregular.

Es importante tomar en cuenta los cambios relacionados con la transición demográfica y epidemiológica que se han vivido en los últimos años, aunado a los cambios que sobrevinieron a la pandemia por COVID-19 sobre los comportamientos relacionados con la salud, específicamente en el caso de las pacientes embarazadas, mismos que han modificado las características y perfiles de las pacientes y que pudieran influir directamente sobre la incidencia de muertes maternas⁶; por lo que es necesario identificar el perfil epidemiológico sobre el grupo de pacientes que han presentado eventos de emergencia obstétrica en el contexto post pandemia, con la intención de generar información que nos permita proporcionarles acceso a los recursos sanitarios necesarios para la atención preconcepcional, el control prenatal y una atención del parto y el puerperio seguras y de calidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio retrospectivo observacional y analítico con muestreo no probabilístico intencio-

nado, realizado en el en el Hospital Metropolitano de la ciudad de Monterrey, parte de los Servicios de Salud de Nuevo León, catalogado como de segundo nivel; cuenta con 206 camas censables y 77 no censables que atiende a una población de referencia de 2.700.000. Se revisaron expedientes clínicos cerrados de las pacientes en las que se activó el Código ORO, en el período diciembre del 2022 a marzo del 2023.

Se seleccionó una muestra de 130 expedientes, los cuales fueron identificados mediante la base de datos existente para la medición de los indicadores de monitoreo del Departamento de Calidad. Se consideraron solo aquellos que estuvieran completos y cerrados por lo que no se realizó ninguna intervención ni existió contacto directo con las pacientes. Se contaba con permiso del departamento de calidad, así como aprobación por los comités de ética e investigación del mismo hospital. Se conservó un registro sin nombres, únicamente con el código de los expedientes que fueron seleccionados.

Se dio continuidad a los indicadores de monitoreo y seguimiento del proceso de atención de emergencia obstétrica, los cuales sirvieron para la realización y determinación del perfil epidemiológico del mismo grupo de pacientes. Se determinó la eficacia de la activación del Código ORO y se analizó la relación de esta con los otros indicadores.

Se tomaron en cuenta las variables sociodemográficas: edad, estado civil, escolaridad, municipio o ciudad de origen y ocupación. Así como variables gineco obstétricas: índice de masa corporal, paridad, complicaciones en embarazos previos, número de consultas de control prenatal, unidad o centro donde llevo su control prenatal, ultrasonidos realizados durante la gestación, comorbilidades, motivo de consulta inicial, motivo de activación del Código ORO, vía

de resolución del embarazo, complicaciones durante la resolución del embarazo y desenlace del caso al terminar el ciclo de cuidado. Las definiciones y su medición se encuentran detalladas en el cuadro de variables de la tabla 1.

El análisis de la distribución de las variables continuas fue analizado mediante las pruebas de normalidad de Shapiro-wilk, QQ-Plot y Kolmogorov-Smirnov. Las variables con ajuste a la distribución normal se presentan como medias y desviación estándar y las variables con ajuste diferente a la normal, se presentan como mediana y rangos intercuartílicos. Para las variables categóricas y dicotómicas se presentan como frecuencias, conteos y porcentaje, se utilizó el software Microsoft Excel para la creación de la base de datos y R Studio® 4.2.2 para su análisis.

RESULTADOS

El perfil epidemiológico de las pacientes estudiadas mostró una edad promedio de 26.5 (SD 7.63) años, originarias de Nuevo León (99.2%), estado civil en unión libre (66.9%), con escolaridad secundaria (53.1%), ocupación de ama de casa (81.5%), control prenatal en servicios públicos (66.2%), un promedio de consultas de control de 4.09 (SD 2.86), promedio de ultrasonidos realizados de 3.18 (SD 2.55), IMC promedio de 30.8 (SD 7.06), promedio de embarazos previos de 1.48 (SD 1.62), sin complicaciones en embarazos previos (62.3%), sin comorbilidades (63.1%), con un motivo inicial de consulta por actividad uterina (26.9%), motivo de activación del código ORO por crisis convulsivas (54.6%), vía de resolución abdominal (60.8%), siendo la complicación más frecuente durante la resolución del embarazo la hemorragia (28.5%) y desenlace de los casos al terminar el ciclo de cuidado de egreso por mejoría (93.1%).

La comparación entre los grupos de confirmación de emergencia obstétrica versus la no confirmación de emergencia fue estadísticamente significativa en cuanto a edad ($p = 0.02$), índice de masa corporal ($p = 0.007$), paridad ($p = 0.03$), número de consultas prenatales ($p = 0.035$) y número de ultrasonidos realizados durante la gestación ($p = 0.002$), mientras que la asociación entre la confirmación de emergencia versus las demás variables no mostraron diferencia significativa, como puede observarse en la tabla 2.

El análisis de regresión logística para identificar los factores asociados a la confirmación de emergencia obstétrica introducidos mediante el método stepwise backward, se seleccionó el IMC y el número de ultrasonidos gestacionales como predictores del modelo, cumpliendo con la bondad de ajuste y la prueba de sobredispersión. Se evaluó la función de enlace y se realizó la comparación con el modelo nulo el cual mostró significancia estadística, lo que indica la capacidad del modelo para predecir la variable de salida. Se validó la capacidad de predicción mediante curvas ROC (Receiver Operating Characteristic), área bajo la curva, y la pseudo R2 mediante las fórmulas de Hosmer y Lemeshow, Cox y Snell y Nagelkerke, así como mediante Bootstrap. Se obtuvo un valor de R2 de 0.11 a 0.19, y un valor de D de Somer de 0.56. Finalmente, el modelo presentó una sensibilidad del 90% y especificidad de 33%, además de un área bajo la curva de 0.33. Se calculó un valor de intercepto de -2.21 en el modelo final y los AOR (Odds Ratio Ajustado). El IMC mostró un AOR de 1.10 IC95 [1.0007, 1.25] y el número de ultrasonidos gestacionales mostró un AOR de 1.5 IC95 [1.12, 2.14], como se muestra en la tabla 3. Esto demuestra que cada predictor aumenta la capacidad de confirmar una emergencia obstétrica.

DISCUSIÓN

El embarazo representa la única condición fisiológica la cual en la mayoría de los casos resolverá sin complicaciones, sin embargo, existen ciertos escenarios en los que la combinación de múltiples factores puede condicionar un riesgo para la vida de la madre; de ahí la importancia de contar con los recursos y estrategias para la identificación y atención inmediata de emergencias obstétricas como el Código ORO.

Sobre el perfil epidemiológico caracterizado de las pacientes estudiadas, se lograron identificar características de la esfera biopsicosocial que han sido relacionados a lo largo del tiempo con escenarios adversos y malos resultados en salud para las pacientes embarazadas. Los determinantes sociales de la salud juegan un papel crucial ya que estos moldean y establecen ciertas situaciones con la capacidad de condicionar tasas de morbilidad y mortalidad más elevadas durante el embarazo, además de que definen un estatus socioeconómico el cual puede condicionar vulnerabilidad en las pacientes durante el desarrollo de la gestación⁷. Particularmente dentro de este estudio destacan factores correspondientes a los determinantes sociales de la salud como constantes dentro de la cohorte estudiada, entre ellas el nivel educativo, el estado civil y la ocupación.

En la literatura se ha reportado desenlaces desfavorables y mayor número de complicaciones durante el embarazo en mujeres con bajo nivel educativo^{8,9}, tal como es el caso de la mayoría de las pacientes consideradas en este estudio con un 90.8% ($n=118$) con un nivel educativo no mayor a estudios de preparatoria. Esto principalmente se ha relacionado con un poco entendimiento de su estado de salud, así como de una capacidad limitada

para el seguimiento de indicaciones y la procuración del autocuidado.

Por otro lado, se ha asociado el ambiente familiar de las pacientes embarazadas con los resultados clínicos obtenidos, específicamente el estado civil, las relaciones de familia y amigos o los grupos al interior de su comunidad de los cuales forma parte; en el caso particular del estado civil, la evidencia apunta a que las mujeres casadas tienden a tener mejores resultados clínicos al término del embarazo¹⁰⁻¹², esto principalmente porque el matrimonio como constructo social y legal aporta sustento o una estructura de soporte familiar, misma que puede influir en los comportamientos en salud de la paciente a lo largo del embarazo. En el caso particular de este estudio la mayoría de las pacientes se encuentra en unión libre o es soltera con un 88.4% (n=115).

En la actualidad diversos estudios se han realizado para establecer alguna relación entre el estatus laboral o las condiciones de trabajo y los desenlaces en el embarazo, si bien no existe un consenso concluyente referente estas variables, se han visto asociados al incremento de ciertos riesgos como: aborto, parto pretérmino, bajo peso al nacimiento e inclusive preeclampsia^{13,14}, lo anterior relacionado principalmente con las horas de trabajo y el esfuerzo físico realizado durante las actividades; en el caso particular de nuestro estudio el 86.9% (n=113) de las pacientes se dedican a labores del hogar o están desempleadas.

Los factores antes mencionados que pueden ser considerados como elementos pertenecientes a determinantes sociales, deben de ser abordados como “causas de las causas”¹⁵. Es importante reconocer como estos afectan diversas situaciones entre las cuales podemos mencionar costos de la atención, calidad asistencial y los resultados clínicos obteni-

dos por las personas durante los ciclos de cuidado¹⁶.

Si bien son casusas cuya atención y modificación están fuera del alcance de nuestra institución es importante reconocerlas e identificarlas, con la intención de generar información sobre determinantes específicos al interior la población a la cual brindamos servicios, esto con la finalidad de poder comprender mejor los contextos en los que se desarrollan y como estos afectan los comportamientos en salud que presentan, sus condiciones de salud y por ende sus resultados.

En cuanto al análisis exploratorio realizado, se encontraron variables de importancia para la presentación y confirmación de los casos de emergencia obstétrica. Las variables con relevancia estadística fueron: edad, índice de masa corporal (IMC), número de partos previos al evento obstétrico, número de consultas prenatales, número de ultrasonidos realizados durante el embarazo y el motivo inicial de consulta. Algunas de estas variables como la edad y el peso materno son factores de riesgo conocidos^{17,18}, que pudieran condicionar escenarios adversos para el desenlace de la gestación y la presentación de complicaciones,

Sobre al índice de masa corporal (IMC), el grupo analizado se encontró un IMC promedio de 30.8 kg/m², con el valor más alto registrado de 51.21 kg/m² y el más bajo 19.0 kg/m²; de acuerdo con los Algoritmos de Atención Clínica publicados por la Secretaría de Salud se debe indagar sobre factores de riesgo durante la primera consulta y registrar el peso e índice de masa corporal en cada una de las consultas otorgadas a pacientes con deseo o con embarazo en curso¹⁹, con la intención de la referencia oportuna de las pacientes a centros con el equipo multidisciplinario requerido para su abordaje.

Acerca del control prenatal y el número de consultas recibidas durante la evaluación del embarazo, el grupo de pacientes analizado se identificó un promedio de 4.09 consultas con una desviación estándar de 2.86. El control prenatal es una de las medidas de salud pública más efectivas empleadas en los sistemas sanitarios, debido a su asociación con mejores resultados clínicos para la madre y el producto; sin embargo, sus beneficios no dependen únicamente de que sean realizadas, sino de la cantidad de consultas y la calidad de estas²⁰

Se identificaron diversas comorbilidades dentro del grupo estudiado, de los cuales un 6.2% (n=8) de las pacientes contaba con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, un 4.6% (n=6) diabetes gestacional, un 14.6% (n=19) hipertensión arterial sistémica, y el 1.5% (n=2) con enfermedad renal crónica; sin embargo, durante la revisión de los expedientes clínicos no se encontró evidencia de que éstas hayan sido referidas previamente a esta u otra institución para valoración por médico especialista por lo que desde la primera evaluación es indispensable que el médico tratante realice una historia clínica completa en la cual indague sobre factores de riesgo.

Si bien el estudio arroja información interesante sobre las características del grupo estudiado, es importante reconocer que existieron algunas limitaciones durante su realización siendo la más importante y al tratarse de un estudio retrospectivo, los datos documentados dentro de los expedientes clínicos.

Dentro del panorama actual, la medición sistemática de resultados en salud e indicadores de desempeño está viviendo un cambio de paradigma secundario a los avances en tecnologías de la información, esto supone un nuevo reto dentro los hospitales ante el horizonte de la epidemiología en tiempo real, una herramienta que permitirá la toma de decisiones

clínicas para favorecer la mejora de la atención que se brinda a los pacientes, misma que pudiera beneficiar en gran medida a pacientes como las incluidas dentro del estudio realizado²¹.

CONCLUSIONES

Cuando hablamos de calidad en la atención clínica dentro de todas sus esferas, no debemos encasillar dicho concepto dentro del evento de atención médica, puesto que, la calidad sanitaria conlleva a repercusiones a lo largo del continuo de la vida de las pacientes, que puede condicionar en estas cargas de tratamiento o enfermedad importantes. En el caso particular de las pacientes que requirieron de la intervención del equipo de respuesta inmediata, la medición de las variables clínicas consideradas en este estudio y su correlación con las variables de salida permitió a la organización acceder a conocimiento mediante el análisis de regresión logística que pudiera facilitar el desarrollo de indicadores clínicos para la evaluación del pronóstico y evolución de futuros casos. Esto puede suponer nuevos retos para la gestión de la salud dentro de nuestro hospital, para que se tome en cuenta la voz de las pacientes a través de diversas herramientas que permitan colocarlas al centro del proceso de atención, volviéndose actores facultados dentro del ciclo de cuidado y contribuyendo así a la mejora continua.

Bibliografía

1. Briones Garduno, J. C., & Ponce, M. D. de L. (2013). Mortalidad materna. Editorial Alfil, S. A. de C. V. <https://0-elibro-net.biblioteca-ils.tec.mx/es/lc/consorcioitesm/titulos/40866>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). Mortalidad materna. Centro de Prensa. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=La mortalidad materna es inaceptablemente,parto o después de ellos.>



3. CONAPO. (2003). Índices De Desarrollo Social, 2000. <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/1342/1/images/03Indicedesarrollo.pdf>
4. Secretaría de Salud. (2022). Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muerte Materna. Semana Epidemiológica 52. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, 15, 7. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/561674/MM_2020_SE27.pdf
5. Treviño Treviño, H. M., & Tamez-González, G. (2016). Análisis de la problemática de la mortalidad materna en el estado de nuevo león hoy en día. *Política, Globalidad y Ciudadanía*, 3(5), 57–64. <https://doi.org/10.29105/pgc3.5-4>
6. Águila Rodríguez, N., Bravo Polanco, E., Delgado Acosta, H. M., Montenegro Calderón, T., Herrera Fragoso, L. R., & Centeno Díaz, A. (2019). Algunas reflexiones sobre el análisis de la situación de salud. *MediSur*, 17(3), 417–428.
7. Wang, E., Glazer, K. B., Howell, E. A., & Janevic, T. M. (2020). Social Determinants of Pregnancy-Related Mortality and Morbidity in the United States: A Systematic Review. In *Obstetrics and Gynecology* (Vol. 135, Issue 4, pp. 896–915). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003762>
8. Poulsen, G., Strandberg-Larsen, K., Mortensen, L., Barros, H., Cordier, S., Correia, S., Danileviciute, A., van Eijnsden, M., Fernández-Somoano, A., Gehring, U., Grazuleviciene, R., Hafkamp-de Groen, E., Henriksen, T. B., Jensen, M. S., Larrañaga, I., Magnus, P., Pickett, K., Raat, H., Richiardi, L., ... Andersen, A. M. N. (2015). Exploring Educational Disparities in Risk of Preterm Delivery: A Comparative Study of 12 European Birth Cohorts. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29(3), 172–183. <https://doi.org/10.1111/ppe.12185>
9. Norwood, T. A., Encisa, C., Wang, X., Seliske, L., Cunningham, J., & De, P. (2020). A Bayesian shared components modeling approach to develop small area indicators of social determinants of health with measures of uncertainty. *Canadian Journal of Public Health*, 111(3), 342–357. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00321-6>
10. Mohd Zain, N., Low, W. Y., & Othman, S. (2015). Impact of maternal marital status on birth outcomes among young Malaysian women: A prospective cohort study. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(3), 335–347. <https://doi.org/10.1177/1010539514537678>
11. Orr, S. T. (2004). Social Support and Pregnancy Outcome: A Review of the Literature. *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*, 47(4), 842–855. <https://doi.org/10.1097/01.grf.0000141451.68933.9f>
12. Shah, P. S., Zao, J., & Ali, S. (2011). Maternal marital status and birth outcomes: A systematic review and meta-analyses. *Maternal and Child Health Journal*, 15(7), 1097–1109. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0654-z>
13. Jansen, P. W., Tiemeier, H., Verhulst, F. C., Burdorf, A., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., Moll, H. A., Verburg, B. O., Steegers, E. A. P., Mackenbach, J. P., & Raat, H. (2010). Employment status and the risk of pregnancy complications: The Generation R Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 67(6), 387–394. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.046300>
14. Margerison-Zilko, C. E., Li, Y., & Luo, Z. (2017). Economic Conditions during Pregnancy and Adverse Birth Outcomes among Singleton Live Births in the United States, 1990–2013. *American Journal of Epidemiology*, 186(10), 1131–1139. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx179>
15. Moen, M., Storr, C., German, D., Friedmann, E., & Johantgen, M. (2020). A Review of Tools to Screen for Social Determinants of Health in the United States: A Practice Brief. In *Population Health Management* (Vol. 23, Issue 6, pp. 422–429). Mary Ann Liebert Inc. <https://doi.org/10.1089/pop.2019.0158>
16. Chagin, K., Choate, F., Cook, K., Fuehrer, S., Misak, J. E., & Sehgal, A. R. (2021). A Framework for Evaluating Social Determinants of Health Screening and Referrals for Assistance. *Journal of Primary Care and Community Health*, 12. <https://doi.org/10.1177/21501327211052204>
17. Đelmiš, J., Pavić, M., Ivanišević, M., Juras, J., Herman, M., & Orešković, S. (2015). BODY MASS INDEX AND PREGNANCY OUTCOME. *Gynaecol Perinatol*, 24(3), 99–105.
18. Radoń-Pokracka, M., Adrianowicz, B.,

Płonka, M., Danił, P., Nowak, M., & Huras, H. (2019). Evaluation of pregnancy outcomes at advanced maternal age. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(12), 1951–1956. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.587>

19. Secretaría de Salud. (2019). ALGORITMOS DE ATENCIÓN CLÍNICA: Embarazo.

20. Gajate-Garrido, G. (2013). The Impact of Adequate Prenatal Care on Urban Birth Outcomes: An Analysis in a Developing Country Context. *Economic Development and Cultural Change*, 62(1), 95–127. <https://doi.org/https://doi.org/10.1086/671716>

21. Varela Rodríguez, C., Ruíz López, P. M., Pérez González, A., Salamanca Castro, A. B., Sellán Soto, M. C., Hass, N., & Bezos Daleske, C. (2022). Guía para el diseño, implementación y medición de la experiencia del paciente en hospitales mediante PREM (Patient Reported Experience Measures) (C. Varela Rodríguez & P. M. Ruíz López, Eds.; Primera Edición). Asociación Madrileña de Calidad Asistencial.



ANEXO
Tabla 1. Definición de las variables

VARIABLE DE SALIDAS						
VARIABLE	CODIFICACIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE VARIABLE
Confirmación de emergencia obstétrica	EmObst	Estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido puerperal y/o al producto de la gestación que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal médico calificado.	Aquella condición clínica que pone en riesgo la vida de la paciente durante la gestación o el puerperio, que requiere de atención médico/quirúrgica de manera inmediata.	Dicotómica	NA	1=Si <hr/> 2=No
Desenlace del caso al terminar el ciclo de cuidado	Des	Modo en el cual concluye la atención de un paciente.	Cierre del ciclo de cuidado de la paciente.	Catagórica	NA	1=Egreso a domicilio <hr/> 2=Alta voluntaria <hr/> 3=Defunción
VARIABLES EXPLICATIVAS						
Comorbilidades	Com	Concurrencia de dos o más condiciones médicas o psiquiátricas que pueden o no interactuar entre ellas.	Presentación de condiciones médicas preexistentes o detectadas durante la gestación.	Dicotómica	NA	1=Si <hr/> 2=No
Diabetes mellitus	DM	Grupo de enfermedades caracterizadas por hiperglucemia como consecuencia de defectos en la secreción y/o acción de la insulina.	Condición preexistente referida por la paciente, por la cual recibe tratamiento farmacológico o dietético.	Catagórica	NA	1=Si <hr/> 2=No
Hipertensión arterial	HAS	Es una enfermedad crónica caracterizada por presión arterial se encuentra en cifras de 140/90 mmHg o más de manera crónica y amerita tratamiento farmacológico.	Condición referida por la paciente durante el interrogatorio y por la cual recibe tratamiento para el control de sus cifras tensionales.	Dicotómica	NA	1=Si <hr/> 2=No
Enfermedades reumatológicas	EREU	Son patologías que afectan las articulaciones, tendones, músculos, ligamentos, huesos, músculos y en ocasiones también pueden dañar a otros órganos como la piel, vasos sanguíneos, riñón, corazón, pulmones y sistema nervioso central y periférico, así como de sistema inmunológico.	Condición referida por la paciente perteneciente a este grupo y por la cual recibe tratamiento.	Catagórica	NA	1=Si <hr/> 2=No



Diabetes Gestacional	DG	Cualquier intolerancia a los carbohidratos diagnosticada durante el embarazo..	Condición referida por la paciente presentada durante el embarazo, por la cual recibe tratamiento farmacológico o dietético.	Dicotómica	NA	1=Si <hr/> 2=No
Infección de vías urinarias	IVU	Infección en cualquier parte del sistema urinario, los riñones, la vejiga o la uretra.	Cuadro infeccioso presentado durante el embarazo referido por la paciente, por la cual pudo haber recibido tratamiento farmacológico.	Catagórica	NA	1=Si <hr/> 2=No
Infecciones vaginales	IVAG	Aquella que ocurre cuando microorganismos (bacterias, hongos o parásitos) que no forman parte habitual de la flora vaginal ingresan, pueden ocasionar secreción, picazón y dolor.	Cuadro infeccioso presentado durante la gestación que es referido por la paciente, por la cual pudo haber recibido tratamiento farmacológico.	Dicotómica	NA	1=Si <hr/> 2=No
Infección de vías urinarias	IVU	Infección en cualquier parte del sistema urinario, los riñones, la vejiga o la uretra.	Cuadro infeccioso presentado durante el embarazo referido por la paciente, por la cual pudo haber recibido tratamiento farmacológico.	Catagórica	NA	1=Si <hr/> 2=No
Enfermedad renal	ENR	Afección que provoca que los riñones pierdan la capacidad de eliminar los desechos y equilibrar los fluidos, esta puede ser de aguda o crónica y responde a múltiples causas.	Condición referida por la paciente, por la cual ha recibido tratamiento farmacológico y/o dialítico.	Dicotómica	NA	1=Si <hr/> 2=No
Hipotiroidismo	HIPO	Conocido también como tiroides hipoactiva, cuando la glándula tiroides no produce suficientes hormonas tiroideas para satisfacer las necesidades del organismo.	Condición referida por la paciente, por la cual recibe tratamiento farmacológico de forma crónica.	Catagórica	NA	1=Si <hr/> 2=No
Hipertiroidismo	HIPER	Conocido como tiroides hiperactiva, cuando la glándula tiroides produce más hormonas tiroideas de las que el organismo necesita	Condición referida por la paciente, por la cual recibe tratamiento farmacológico de forma crónica.	Dicotómica	NA	1=Si <hr/> 2=No



Motivo de consulta inicial	MCI	Descripción de síntomas o problemas objetivos por los cuales se busca asistencia médica.	Situación que es referida por la paciente como el motivo por el cual busca atención médica.	Categoría	NA	1=Dolor abdominal 2=Actividad uterina 3=Sangrado transvaginal 4=Salida de líquido transvaginal 5=Hipomotilidad fetal 6=Cefalea 7= Ninguno
Motivo de activación del código ORO	MACO	Signos o síntomas que indican alteraciones en el estado clínico de la paciente y que requieren atención médica/quirúrgica de manera inmediata.	Aquel dato clínico detectado por el personal de la salud que realiza la valoración de la paciente, que detona la activación del código ORO.	Categoría	NA	1=Descontrol hipertensivo 2=Hemorragia 3=Probable embarazo ectópico 4=Crisis convulsivas 5=Estado fetal incierto 6=Dolor abdominal 7=Alteración del estado hemodinámico 8=Sepsis 9= Ninguno
Vía de resolución	VR	Medio por el cual se obtiene al producto de la gestación, durante el proceso de atención del embarazo.	Vía por la cual el médico ginecoobstetra obtiene al producto de la gestación.	Dicotómica	NA	1=Vía vaginal 2=Vía abdominal 3=Ninguna
Presencia de complicaciones durante la resolución del embarazo	CRE	Presencia de problemas de salud que suceden durante la resolución del embarazo (vía parto o cesárea) las cuales pueden afectar a la madre y/o al producto.	Aquellas situaciones o condiciones que pueden presentarse durante la obtención del producto de la gestación, que afectan a la madre o al producto.	Categoría	NA	1=Hemorragia 2=Desgarro perineal 3=Desgarro uterino 4=Ruptura uterina 5=Lesión vascular 6=Lesión a órganos adyacentes 7=Asfixia neonatal



OTRAS VARIABLES						
Edad	EDAD	Tiempo que ha vivido un paciente contando desde su nacimiento.	Años de vida que ha cursado la paciente hasta el momento de revisión de su expediente.	Continua	Años	NA
Estado Civil	EdoCivil	Condición de una persona en relación con su filiación o matrimonio.	Condición de relación filial o de matrimonio que presenta la paciente al momento de la atención del problema clínico.	Catagórica	Años	1=Soltera 2=Casada 3=Divorciada 4=Unión libre 5=Viuda
Escolaridad	Esc	Conjunto de cursos que una persona sigue en su establecimiento educativo	Grado máximo de estudios referido por la paciente al interrogatorio.	Catagórica	Años	1=Primaria 2=Secundaria 3=Preparatoria 4=Carrera técnica 5=Licenciatura 6=Posgrado 7= Ninguna
Ocupación	Ocup	Clase o tipo de trabajo desarrollado por una persona, con especificación del puesto desempeñado.	Tipo de trabajo referido por la paciente al momento del interrogatorio.	Nominal	NA	1=Ama de casa 2=Empleada 3=Desempleada
Índice de masa corporal	Imc	Medida que relaciona el peso y la estatura de una persona.	Relación entre el peso y estatura calculado con los datos documentados en el expediente clínico.	Continua	Kg/m2	Valores Posibles de IMC
Paridad	Pari	Número de partos referidos por una paciente, los cuales ser presentaron después de las 20 semanas de gestación	Partos referidos por la paciente al momento del interrogatorio.	Intervalo	NA	1-20
Complicaciones en embarazos previos	ComEmP	Presencia de problemas de salud que suceden durante la etapa de gestación, las cuales pueden afectar a la madre y/o al producto en embarazos previos.	Problemas de salud presentados durante gestaciones previas referidos por la paciente al momento del interrogatorio.	Dicotómica	NA	1=Si 2=No
Hipertensión arterial en embarazos previos	HASE	Es una enfermedad crónica caracterizada por presión arterial se encuentra en cifras de 140/90 mmHg o más de manera crónica y amerita tratamiento farmacológico.	Condición preexistente referida por la paciente durante el interrogatorio y por la cual recibe tratamiento para el control de sus cifras tensionales.	Dicotómica	NA	1=Si 2=No



Preeclampsia en embarazos previos	PREE	Complicación del embarazo, caracterizada por presión arterial elevada y proteinuria, esta se presenta después de la semana 20 de la gestación o durante el puerperio.	Condición clínica presentada en embarazos previos que es referida por la paciente y por la cual amerita algún tipo de intervención especializada.	Dicotómica	NA	1=Si 2=No
Eclampsia en embarazos previos	ECLA	Complicación del embarazo precedida por la preeclampsia, caracterizada por convulsiones generalizadas, esta se presenta después de la semana 20 de la gestación o durante el puerperio.	Condición clínica presentada en embarazos previos que es referida por la paciente y por la cual amerita algún tipo de intervención especializada.	Dicotómica	NA	1=Si 2=No
Hemorragia obstétrica en embarazos previos	HO	Pérdida sanguínea que puede presentarse durante el periodo grávido o puerperal, superior a 500 ml postparto o 1000 ml post-cesárea proveniente de genitales internos o externos. La hemorragia puede ser hacia el interior (cavidad peritoneal) o al exterior (a través de los genitales externos).	Condición clínica presentada en embarazos previos que es referida por la paciente y por la cual amerita algún tipo de intervención especializada.	Dicotómica	NA	1=Si 2=No
Diabetes gestacional en embarazos previos	DGE	Cualquier intolerancia a los carbohidratos diagnosticada durante el embarazo.	Condición referida por la paciente presentada en gestaciones previas, por la cual recibe tratamiento farmacológico o dietético.	Dicotómica	NA	1=Si 2=No
Infecciones en embarazos previos	INF	Procesos ocasionados por microorganismos (bacterias, virus o hongos) que pueden presentarse durante el embarazo, el parto o el puerperio.	Cuadro clínico referido por el paciente presentado durante eventos obstétricos previos, para lo cual requirió de tratamiento farmacológico.	Dicotómica	NA	1=Si 2=No
Ruptura prematura de membranas en embarazos previos	RPM	Pérdida de la continuidad de las membranas amnióticas con salida de líquido amniótico transvaginal que se presenta antes del inicio del trabajo de parto.	Condición clínica presentada en embarazos anteriores, la cual es referida por la paciente durante el interrogatorio.	Dicotómica	NA	1=Si 2=No
Infecciones en embarazos previos	INF	Procesos ocasionados por microorganismos (bacterias, virus o hongos) que pueden presentarse durante el embarazo, el parto o el puerperio.	Cuadro clínico referido por el paciente presentado durante eventos obstétricos previos, para lo cual requirió de tratamiento farmacológico.	Dicotómica	NA	1=Si 2=No
Trabajo de parto pretérmino en embarazos previos	TPP	Aquel que produce cuando la aparición de contracciones provoca la apertura del cuello del útero después de la semana 20 y antes de la semana 37 del embarazo. Este responde a múltiples factores.	Antecedente referido por la paciente el cual se presentó alguna gestación previa y que requirió de manejo especializado o que culminó en un parto prematuro.	Dicotómica	NA	1=Si 2=No
Aborto Espontáneo en embarazos previos	ABO	Pérdida espontánea de un embarazo antes de la semana 20, o expulsión del producto de la gestación con peso menor a 500 gramos.	Evento referido por la paciente el cual se presentó en alguna gestación previa y que requirió manejo especializado.	Dicotómica	NA	1=Si 2=No

Óbito fetal en embarazos previos	OBP	Muerte previa a la expulsión o extracción completa del producto de la concepción, a partir de 22 de gestación o un peso al momento del nacimiento mayor de 500 gramos.	Antecedente presentado en algún embarazo previo referido por la paciente al momento del interrogatorio.	Dicotómica	NA	1=Si 2=No
Número de consultas de control prenatal.	NoCCP	Número de consultas llevadas a cabo en un centro de salud previo a la resolución del embarazo cuyo objetivo se relaciona directamente al cuidado del embarazo.	Número de consultas de control prenatal referidas por la paciente al momento del interrogatorio.	Intervalo	NA	1=36
Ultrasonidos realizados durante la gestación.	UsgGest	Número de estudios de ultrasonido cuyo objetivo se relaciona directamente al cuidado del embarazo.	Número de ultrasonidos realizados referidos por la paciente al momento del interrogatorio.	Intervalo	NA	ene-36



TABLA 2. CONFIRMACIÓN DE EMERGENCIA OBSTÉTRICA

	Si (N=111)	No (N=19)	Total (N=130)	Valor de p
Estado de procedencia				
Nuevo León	111 (100%)	18 (94.7%)	129 (99.2%)	
Coahuila	0 (0%)	1 (5.3%)	1 (0.8%)	
Centro de salud donde llevó su control prenatal				
Ninguno	16 (14.4%)	6 (31.6%)	22 (16.9%)	
Privado	13 (11.7%)	3 (15.8%)	16 (12.3%)	
CAF	4 (3.6%)	0 (0%)	4 (3.1%)	
Público	76 (68.5%)	10 (52.6%)	86 (66.2%)	
Seguridad social	2 (1.8%)	0 (0%)	2 (1.5%)	
Consumo de alcohol				
No	103 (92.8%)	15 (78.9%)	118 (90.8%)	0.07 [§] OR=0.29 [0.06, 1.5]
Si	8 (7.2%)	4 (21.1%)	12 (9.2%)	
Consumo de tabaco				
No	99 (89.2%)	18 (94.7%)	117 (90.0%)	0.069 [§] OR=0.29 [0.1, 3.49]
Si	12 (10.8%)	1 (5.3%)	13 (10.0%)	
Consumo de drogas				
No	108 (97.3%)	19 (100%)	127 (97.7%)	1 [§] OR=NC
Si	3 (2.7%)	0 (0%)	3 (2.3%)	
Realización de prueba serológica durante el embarazo				
No	7 (6.3%)	2 (10.5%)	9 (6.9%)	0.6 [§] OR=1.73 [0.16, 10.23]
Si	103 (92.8%)	17 (89.5%)	120 (92.3%)	
Faltantes	1 (0.9%)	0 (0%)	1 (0.8%)	
Realización de prueba de VIH				
No	5 (4.5%)	3 (15.8%)	8 (6.2%)	0.09 [§] OR=3.9 [0.55, 22.47]
Si	106 (95.5%)	16 (84.2%)	122 (93.8%)	
Prueba de VHB				
No	111 (100%)	19 (100%)	130 (100%)	1 [§] OR=NC
Si	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Prueba de VHC				
No	109 (98.2%)	19 (100%)	128 (98.5%)	1 [§] OR=NC
Si	2 (1.8%)	0 (0%)	2 (1.5%)	
Prueba de Sífilis				
No	6 (5.4%)	2 (10.5%)	8 (6.2%)	0.3 OR=2.04 [0.18, 12.72]
Si	105 (94.6%)	17 (89.5%)	122 (93.8%)	
Periodo intergenésico corto				
No	93 (83.8%)	17 (89.5%)	110 (84.6%)	0.7 OR=1.63 [0.3, 15.87]
Si	18 (16.2%)	2 (10.5%)	20 (15.4%)	
Presencia de comorbilidades				
No	71 (64.0%)	11 (57.9%)	82 (63.1%)	0.6 OR=0.77 [0.25, 2.41]
Si	40 (36.0%)	8 (42.1%)	48 (36.9%)	
Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2				
No	104 (93.7%)	18 (94.7%)	122 (93.8%)	1 OR=1.20 [0.14, 57.59]
Si	7 (6.3%)	1 (5.3%)	8 (6.2%)	
Diagnóstico de diabetes mellitus gestacional				
No	105 (94.6%)	19 (100%)	124 (95.4%)	0.59 OR=NC
Si	6 (5.4%)	0 (0%)	6 (4.6%)	

Diagnóstico de hipertensión arterial sistémica				0.07 OR=NC
No	92 (82.9%)	19 (100%)	111 (85.4%)	
Si	19 (17.1%)	0 (0%)	19 (14.6%)	
Diagnóstico de enfermedades reumatológicas				1 OR=NC
No	111 (100%)	19 (100%)	130 (100%)	
Si	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Diagnóstico de IVU				0.07 OR=0.72 [0.19, 3.35]
No	92 (82.9%)	14 (73.7%)	106 (81.5%)	
Si	18 (16.2%)	4 (21.1%)	22 (16.9%)	
Faltantes	1 (0.9%)	1 (5.3%)	2 (1.5%)	
Diagnóstico de infecciones vaginales				1 OR=0.96 [0.23, 5.71]
No	93 (83.8%)	16 (84.2%)	109 (83.8%)	
Si	16 (14.4%)	3 (15.8%)	19 (14.6%)	
Faltantes	2 (1.8%)	0 (0%)	2 (1.5%)	
Diagnóstico de enfermedad renal crónica				1 OR=NC
No	109 (98.2%)	19 (100%)	128 (98.5%)	
Si	2 (1.8%)	0 (0%)	2 (1.5%)	
Diagnóstico de hipotiroidismo				0.14 OR=0 [0, 6.6]
No	111 (100%)	18 (94.7%)	129 (99.2%)	
Si	0 (0%)	1 (5.3%)	1 (0.8%)	
Diagnóstico de hipertiroidismo				1 OR=NC
No	110 (99.1%)	18 (94.7%)	128 (98.5%)	
Si	1 (0.9%)	0 (0%)	1 (0.8%)	
Faltantes	0 (0%)	1 (5.3%)	1 (0.8%)	
Motivo inicial de consulta				0.03 [†]
Ninguno	15 (13.5%)	0 (0%)	15 (11.5%)	
Actividad uterina	31 (27.9%)	4 (21.1%)	35 (26.9%)	
Cefalea	28 (25.2%)	1 (5.3%)	29 (22.3%)	
Dolor abdominal	11 (9.9%)	5 (26.3%)	16 (12.3%)	
Hipomotilidad fetal	5 (4.5%)	1 (5.3%)	6 (4.6%)	
Salida de líquido	5 (4.5%)	2 (10.5%)	7 (5.4%)	
Sangrado	16 (14.4%)	6 (31.6%)	22 (16.9%)	
Motivo de activación de código ORO				
Ninguno	3 (2.7%)	0 (0%)	3 (2.3%)	
Alteración del estado hemodinámico	7 (6.3%)	0 (0%)	7 (5.4%)	
Crisis convulsivas	71 (64.0%)	0 (0%)	71 (54.6%)	
Descontrol hipertensivo	3 (2.7%)	7 (36.8%)	10 (7.7%)	
Estado fetal incierto	18 (16.2%)	6 (31.6%)	24 (18.5%)	
Hemorragia	6 (5.4%)	6 (31.6%)	12 (9.2%)	
Probable embarazo ectópico	1 (0.9%)	0 (0%)	1 (0.8%)	
Sepsis	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Faltantes	2 (1.8%)	0 (0%)	2 (1.5%)	
Vía de resolución de embarazo				0.48 [‡]
Ninguna	5 (4.5%)	1 (5.3%)	6 (4.6%)	
Vía abdominal	65 (58.6%)	14 (73.7%)	79 (60.8%)	
Vía vaginal	37 (33.3%)	4 (21.1%)	41 (31.5%)	
Faltantes	4 (3.6%)	0 (0%)	4 (3.1%)	
Presencia de complicaciones durante el embarazo				0.79 [§] OR=1.31 [0.42, 4.55]
No	65 (58.6%)	13 (68.4%)	78 (60.0%)	
Si	42 (37.8%)	5 (26.3%)	47 (36.2%)	
Faltantes	4 (3.6%)	1 (5.3%)	5 (3.8%)	
Presentó hemorragia durante el embarazo				1 [§] OR=1 [0.34, 4.35]
No	79 (71.2%)	14 (73.7%)	93 (71.5%)	
Si	32 (28.8%)	5 (26.3%)	37 (28.5%)	

Presentó desgarro perineal durante el embarazo				0.36 [§] OR=NC
No	100 (90.1%)	19 (100%)	119 (91.5%)	
Si	11 (9.9%)	0 (0%)	11 (8.5%)	
Presentó desgarro uterino durante el embarazo				1 [§] OR=NC
No	110 (99.1%)	19 (100%)	129 (99.2%)	
Si	1 (0.9%)	0 (0%)	1 (0.8%)	
Presentó lesión a órganos adyacentes durante el embarazo				0.27 [§] OR=0.16 [0.002, 13.55]
No	110 (99.1%)	17 (89.5%)	127 (97.7%)	
Si	1 (0.9%)	1 (5.3%)	2 (1.5%)	
Faltantes	0 (0%)	1 (5.3%)	1 (0.8%)	
Presentó asficia neonatal durante el embarazo				1 [§] OR=NC
No	108 (97.3%)	19 (100%)	127 (97.7%)	
Si	3 (2.7%)	0 (0%)	3 (2.3%)	
Estado civil				0.06 [‡]
Soltera	20 (18.0%)	8 (42.1%)	28 (21.5%)	
Casada	12 (10.8%)	0 (0%)	12 (9.2%)	
Divorciada	3 (2.7%)	0 (0%)	3 (2.3%)	
Unión libre	76 (68.5%)	11 (57.9%)	87 (66.9%)	
Escolaridad				0.6 [‡]
Ninguna	1 (0.9%)	0 (0%)	1 (0.8%)	
Primaria	20 (18.0%)	2 (10.5%)	22 (16.9%)	
Secundaria	57 (51.4%)	12 (63.2%)	69 (53.1%)	
Preparatoria	21 (18.9%)	5 (26.3%)	26 (20.0%)	
Carrera técnica	2 (1.8%)	0 (0%)	2 (1.5%)	
Licenciatura	10 (9.0%)	0 (0%)	10 (7.7%)	
Ocupación				0.54 [‡]
Empleada	15 (13.5%)	2 (10.5%)	17 (13.1%)	
Desempleada	5 (4.5%)	2 (10.5%)	7 (5.4%)	
Ama de casa	91 (82.0%)	15 (78.9%)	106 (81.5%)	
Complicaciones en embarazos previos				0.12 [§] OR=2.54 [0.74, 11.20]
No	66 (59.5%)	15 (78.9%)	81 (62.3%)	
Si	43 (38.7%)	4 (21.1%)	47 (36.2%)	
Faltantes	2 (1.8%)	0 (0%)	2 (1.5%)	
Preeclampsia en embarazos previos				1 [§] OR=NC
No	108 (97.3%)	19 (100%)	127 (97.7%)	
Si	3 (2.7%)	0 (0%)	3 (2.3%)	
Hipertensión arterial en embarazos previos				1 [§] OR=1.97 [0.25, 89.86]
No	100 (90.1%)	18 (94.7%)	118 (90.8%)	
Si	11 (9.9%)	1 (5.3%)	12 (9.2%)	
Eclampsia en embarazos previos				1 [§] OR=NC
No	111 (100%)	19 (100%)	130 (100%)	
Si	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Hemorragia obstétrica en embarazos previos				1 [§] OR=NC
No	107 (96.4%)	19 (100%)	126 (96.9%)	
Si	2 (1.8%)	0 (0%)	2 (1.5%)	
Faltantes	2 (1.8%)	0 (0%)	2 (1.5%)	
Diabetes gestacional en embarazos previos				1 [§] OR=NC
No	110 (99.1%)	19 (100%)	129 (99.2%)	
Si	1 (0.9%)	0 (0%)	1 (0.8%)	
Diabetes mellitus en embarazos previos				1 [§] OR=NC
No	109 (98.2%)	19 (100%)	128 (98.5%)	
Si	2 (1.8%)	0 (0%)	2 (1.5%)	

Infecciones en embarazos previos				1^{\S} OR=NC
No	110 (99.1%)	19 (100%)	129 (99.2%)	
Si	1 (0.9%)	0 (0%)	1 (0.8%)	
Ruptura prematura de membranas en embarazos previos				0.59^{\S} OR=NC
No	105 (94.6%)	19 (100%)	124 (95.4%)	
Si	6 (5.4%)	0 (0%)	6 (4.6%)	
Trabajo de parto pretérmino en embarazos previos				1^{\S} OR=NC
No	110 (99.1%)	19 (100%)	129 (99.2%)	
Si	1 (0.9%)	0 (0%)	1 (0.8%)	
Aborto espontáneo en embarazos previos				0.39^{\S} OR=1.96 [0.5, 11.27]
No	81 (73.0%)	16 (84.2%)	97 (74.6%)	
Si	30 (27.0%)	3 (15.8%)	33 (25.4%)	
Óbito fetal en embarazos previos				1^{\S} OR=NC
No	110 (99.1%)	19 (100%)	129 (99.2%)	
Si	1 (0.9%)	0 (0%)	1 (0.8%)	
Acretismo placentario en embarazos previos				1^{\S} OR=NC
No	109 (98.2%)	19 (100%)	128 (98.5%)	
Si	2 (1.8%)	0 (0%)	2 (1.5%)	
Inserción baja de placenta en embarazos previos				1^{\S} OR=NC
No	110 (99.1%)	19 (100%)	129 (99.2%)	
Si	1 (0.9%)	0 (0%)	1 (0.8%)	
Desenlace del caso al terminar el ciclo de cuidado				
Alta voluntaria	7 (6.3%)	0 (0%)	7 (5.4%)	
Egreso a domicilio	102 (91.9%)	19 (100%)	121 (93.1%)	
Defunción	2 (1.8%)	0 (0%)	2 (1.5%)	
Turno en el cual se registró				0.52^{\pm}
Matutino	40 (36.0%)	4 (21.1%)	44 (33.8%)	
Vespertino	24 (21.6%)	6 (31.6%)	30 (23.1%)	
Nocturno	26 (23.4%)	4 (21.1%)	30 (23.1%)	
Piloto	21 (18.9%)	5 (26.3%)	26 (20.0%)	
Área en la que se registró				0.64^{\pm}
Consulta externa	6 (5.4%)	0 (0%)	6 (4.6%)	
Toco	92 (82.9%)	17 (89.5%)	109 (83.8%)	
Hospitalización	3 (2.7%)	0 (0%)	3 (2.3%)	
Quirófano	10 (9.0%)	2 (10.5%)	12 (9.2%)	
Edad en años				0.02^U
Mean (SD)	27.1 (7.78)	22.7 (5.42)	26.5 (7.63)	
Median [Min, Max]	26.0 [13.0, 44.0]	22.0 [16.0, 34.0]	25.0 [13.0, 44.0]	
Índice de masa corporal				0.007^U
Mean (SD)	31.5 (7.26)	27.0 (4.21)	30.8 (7.06)	
Median [Min, Max]	30.8 [19.0, 52.6]	26.7 [20.0, 37.0]	29.4 [19.0, 52.6]	
Faltantes	1 (0.9%)	0 (0%)	1 (0.8%)	
Paridad				0.03^U
Mean (SD)	1.58 (1.62)	0.896 (1.56)	1.48 (1.62)	
Median [Min, Max]	1.00 [0, 6.00]	0 [0, 6.00]	1.00 [0, 6.00]	

EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LA ESTIMULACIÓN DE SUCCIÓN - DEGLUCIÓN EN RECIÉN NACIDOS PRETÉRMINO EN LA UNIDAD DE NEONATOLOGÍA DE CLÍNICA ALEMANA TEMUCO (CAT) DURANTE EL PERIODO DE MAYO DE 2015 A MAYO DE 2017.

Laura Suazo (1), Marcela Valdés (1), Josefina Bunster (1), Patricia Vidal (2), Vanessa Castro (4), Pedro Lorca (5,7), Rodrigo Rivas (6,7), Gonzalo Hormazábal (8)

1 - Kinesiólogo, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Clínica Alemana, Temuco, Chile.

2 - Fonoaudiólogo, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Clínica Alemana, Temuco, Chile.

3 - Kinesiólogo, Servicio de Medicina Física y Rehabilitación Clínica Alemana, Temuco, Chile.

4 - Enfermera coordinadora Unidad de Paciente Crítico y Pediatría Neonatal y Neonatología, Clínica Alemana, Temuco, Chile.

5 - Pediatra, médico jefe Unidad de Paciente Crítico Pediátrico y Neonatal, Clínica Alemana, Temuco.

6 - Neurólogo, médico jefe Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Clínica Alemana, Temuco.

7 - Docente Facultad de Medicina de la Universidad de La Frontera, Chile.

8 - Kinesiólogo, Coordinador Rehabilitación Clínica Ensenada, Coordinador de Área cardiorrespiratoria de Kinesiología, Universidad del Desarrollo, Chile.

Palabras claves: Recién nacido de pretérmino, cuidado intensivo neonatal, rehabilitación, enfermera, seguridad del paciente, kinesiología.

Key Words: Premature birth, Neonatal Intensive Care, Rehabilitation, Nurse, Patient Safety, Physical Therapy.



RESUMEN

INTRODUCCIÓN:

La alimentación oral en los Recién Nacido Pretérmino (RNPT) se puede ver alterada debido a la inmadurez de varios sistemas. Un protocolo de estimulación de succión y deglución (ESD) podría ayudar al logro de la alimentación independiente.

OBJETIVO:

Elaboración, aplicación y evaluación de un protocolo ESD en RNPT, incorporando aspectos somatosensoriales, ingresados a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal (UCIN) en Clínica Alemana Temuco.

Pacientes y método: Se elaboró un protocolo para la ESD de manera multidisciplinaria. Se incluyeron 53 RNPT, el grupo 1, que recibió cuidados neonatales estándar y ESD sin un protocolo de acción por parte del equipo multidisciplinario de salud, y el grupo 2 recibió cuidados neonatales estándar y la aplicación del protocolo de ESD.

RESULTADOS:

El grupo 1 incluyó 27 RNPT de $32,3 \pm 2,1$ Semana de Edad Gestacional (SEG) y 1.924 ± 451 gramos, de los cuales 9 fueron mujeres y 18 hombres. 13 RNPT nacieron con <32 SEG y 14 con >32 SEG. El grupo 2 incluyó 26 RNPT de $33,6 \pm 1,8$ SEG y 2.042 ± 537 gramos, de los cuales 7 fueron mujeres y 19 hombres. 5 RNPT nacieron con <32 SEG y 21 con >32 SEG. Los RNPT nacidos con <32 SEG lograron la AOC a las $36+3$ SEG tanto en el grupo 1 como en el grupo 2 ($p=0,4;95\%IC$). Los RNPT nacidos con >32 SEG, lograron la AOC a las $36+3$ SEG para el grupo 1 y $36+4$ SEG para el grupo 2 ($p=0,9;95\%IC$).

CONCLUSIÓN:

El protocolo de ESD es aplicable, seguro y contribuye al proceso del logro de la alimentación oral completa independiente para los RNPT.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de nacimientos prematuros (<37 semanas) es cercana al 10% del total. En Chile, la tasa de parto prematuro se encuentra entre el 5-6% del total, de estos el 15% corresponde a prematuros menores de 32 semanas, los cuales representan el grupo de mayor riesgo y con mayor inmadurez en el reflejo de succión. El parto prematuro puede aumentar el riesgo de mortalidad y discapacidad debido a una función de alimentación oral ineficaz.^{1,2,3}

El desarrollo del reflejo de succión - deglución en el recién nacido pretérmino (RNPT) es un indicador de maduración y desarrollo de sus funciones corporales, tanto del sistema nervioso central como gastrointestinal, iniciando su desarrollo en condiciones intrauterina a las 32-33 semanas de edad gestacional (SEG), terminado el proceso de maduración a las 36 semanas, un patrón maduro, permite una adecuada coordinación de succión - deglución-respiración, lo que favorece una alimentación eficiente e independiente.⁴⁻⁶

La alimentación es un proceso que involucra varios sistemas, incluida las estrategias de estimulación sensoriomotora, de tipo oral, táctil, vestibular, motores, auditivo entre otros; con el fin de favorecer el desarrollo del sistema nervioso central (SNC). A partir de las 32 semanas la estimulación oral y succión no nutritiva (SNN) comienza a formar parte

importante de las terapias sensoriomotoras ya que se ha demostrado que la SNN acelera la transición de alimentación desde sonda nasogástrica (SNG) u orogástrica (SOG) hacia la alimentación independiente cercano a las 36 SEG.⁵ La habilidad del RNPT para realizar esta transición depende de diversos factores como: el estado de neurodesarrollo, la regulación cardiorrespiratoria y de la habilidad motora de producir un patrón rítmico de succión-deglución-respiración.⁷⁻⁸ Los equipos de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) trabajan en conjunto para lograr la adquisición del patrón maduro de alimentación ya que constituye un elemento que puede determinar el retraso en el alta hospitalaria,⁸⁻¹¹ por lo que el objetivo del estudio fue la elaboración, aplicación y evaluación de un protocolo de acción multidisciplinario de succión y deglución en RNPT ingresados a la UCIN desde mayo 2015 a mayo 2017, aprobado por Unidad de Calidad de Clínica Alemana Temuco.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio es de tipo analítico retrospectivo-transversal. Se incluyeron 53 participantes según los siguientes criterios de inclusión: (1) SEG entre 32 a 36 (2) reciben alimentación completa por SNG o SOG, (3) ausencia de anormalidades genéticas y (4) indicación médica de kinesioterapia neuromotora global. Fueron excluidos, pacientes con patologías neurológicas complejas, enfermedad cardíaca que impidan continuar con intervención y aquellos RNPT que fueron trasladados a otros servicios. La muestra se separó en 2 grupos, el grupo 1, formado por RNPT ingresados a la UCIN desde mayo del 2015 hasta abril del 2016, que recibieron los cuidados neonatales estándar y estimulación de succión y deglución sin un protocolo de acción del equipo multidisciplinario de salud. Los datos del grupo 1 fueron recopilados retrospectivamente desde la

ficha clínica de cada paciente. El grupo 2 estaba conformado por RNPT ingresados a la UCIN desde mayo del 2016 hasta abril del 2017, los cuales recibieron los cuidados neonatales estándar y la aplicación del protocolo de succión y deglución (Anexo 1). La intervención incluyó 2 charlas educativas al equipo de salud (enfermera, técnico en enfermería de nivel superior, pediatras, fonoaudiólogo y kinesiólogo) dando a conocer el protocolo de intervención, que incluye un flujograma de acción para la estimulación de succión y deglución (Anexo 2), la evaluación del patrón de succión-deglución (Anexo 3) y la definición de roles de cada profesional en el proceso de atención (Anexo 4). Finalmente se capacitó al personal TENS en relación con técnicas de posicionamiento y alineación postural para un adecuado proceso de alimentación oral. En todos los RNPT que cumplían con los criterios de inclusión, se inició a las 72 horas de ingreso con la indicación de kinesioterapia neuromotora global (KNT). La kinesioterapia neuromotora global fue realizada 30 minutos antes de la alimentación. Esto consideró 4 pilares fundamentales: A) Monitorización del estado de alerta (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturometría, movimientos generales y expresión facial). B) Alineamiento y contención para favorecer flexión fisiológica y acercamiento a la línea media.¹¹⁻¹² C) Movilizaciones globales (movimientos pasivos suaves de grandes articulaciones a nivel de extremidades superiores e inferiores, disociaciones de cintura escapular, cintura pélvica, activación de cadena flexora a nivel de tronco).¹³⁻¹⁴ D) Estimulación propioceptiva global y vestibular (a través de los cambios de posición y movimientos oscilatorios).¹⁵

Posterior a la KNT se realiza la estimulación de succión y deglución (Anexo 2) basado en el estudio de Fucile S y cols.¹⁶ En los RNPT menores a 32 SEG, se realizó sólo estimulación extraoral (EEO) táctil de

mejillas, alrededor de los labios y mentón; la estimulación intraoral (EIO) comienza cuando los RNPT cumplen las 32 SEG, incluyendo estimulación sensorial de encías y pared interna de mejillas, paladar y lengua. A las 33 SEG comienza el primer acercamiento al pecho materno (APM), que consiste en adoptar posición de amamantamiento, permitiendo que el bebé acerque su boca y explore el pecho materno el tiempo que tolere, máximo 10 min.

A las 34 SEG se realiza una evaluación del patrón de succión (Anexo 3), adaptado del estudio publicado por Neiva y cols,¹² para determinar el inicio de la alimentación oral (AO), que se basa en la evaluación de signos vitales, reflejo de búsqueda, selle oral, ritmo de succión, trenes de succión, reflejos protectores de vía aérea, movimiento de lengua y mandíbula, fuerza de succión y reflejo de mordida.

Según la evaluación del patrón de succión se clasifican en 3 tipos (Anexo 3): maduros, inmaduros o patológicos. Los RNPT con patrón maduro no necesitaron estimulación oral y solo se realizó KNT. Los RNPT con patrón inmaduro necesitaron KNT/EEO/EIO y alimentación por pecho o chupete (máximo de 10 a 15 minutos) complementada con sonda nasogástrica. Los RNPT con patrón patológico necesitaron KNT/EEO/EIO asistidos por kinesiólogo y fonoaudiólogo en diferido y alimentación por pecho o chupete (máximo de 10 a 15 minutos) complementada con sonda nasogástrica.

Entre las 35 y 36 SEG se reevalúa el patrón de succión y se mantiene tratamiento según evaluación de acuerdo con flujograma (Anexo 2).

El tamaño de la muestra se basó en cálculos para los resultados de la alimentación oral, se utilizó el promedio de tiempo para lograr la AOC reportado por Fucile S y cols,¹⁷ 18 ± 7 días, donde una disminución de 8 días para lograr la AOC se consideró

un efecto clínicamente importante. Para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico STATA (StataCorp. 2013. Stata Statistical Software: Release 13. College Station, TX: StataCorp LP), con un nivel de significancia del 5%. Se utilizó la prueba de Shapiro Wilk para determinar la distribución de los datos cuantitativos. Los datos descriptivos se presentaron en promedio y desviación estándar, si distribuyen normal, y con mediana y rango intercuartílico (RIC), si no distribuyen normal. Las variables ordinales y nominales se presentaron con frecuencia absoluta y porcentaje. Para determinar la comparación del logro de la AOC entre los RNPT que recibieron intervención estándar y los RNPT que siguieron el flujograma de estimulación de succión-deglución se utilizó t-test.

RESULTADOS

300 RNPT ingresaron a CAT, 136 RNPT de mayo a abril de 2017 (Grupo 1) y 137 RNPT de mayo 2016 a abril de 2017 (Grupo 2). Ingresaron al estudio por criterios de inclusión al Grupo 1, 34 RNPT con indicación de KNT y estimulación de succión deglución sin un protocolo de acción, 7 fueron trasladados a otros servicios asistenciales sin alcanzar a completar la intervención, considerándose 27 RNPT para el análisis de este estudio, de los cuales 13 nacieron con < 32 SEG, (con 30,6 SEG promedio y 1.604 gr peso promedio) y 14 nacieron > 32 SEG (con 34 SEG promedio y 2.234 gr peso promedio) (Anexo 1.) Los 13 pacientes < 32 SEG iniciaron KNT a los 11 días de vida promedio e iniciaron AOC a la 36,1 SEG promedio. Los 14 pacientes > 32 SEG iniciaron KNT a los 5 días de vida promedio, de los cuales, un paciente PEG logró AOC a las 36,4 SEG, 1 pacientes con hipotonía y obstrucción intestinal lo logró a las 37,8 SEG, y 12 pacientes logran AOC a las 36 SEG promedio.

Para el Grupo 2 se incluyeron 29 RNPT con indicación de KNT y ESD, 2 fueron trasladados a otros servicios asistenciales sin alcanzar a completar intervención, 1 paciente no logra AOC por indicación de gastrostomía siendo dado de alta a las 44+2 SEG y 26 RNPT se consideran para el análisis de este estudio, de los cuales 5 pacientes nacieron con < 32 SEG, (con 31 SEG promedio y 1.551 gr peso promedio) y 21 pacientes nacieron > 32 SEG (con 34,3 SEG promedio y 2.159 gr peso promedio). Los 5 pacientes < 32 SEG iniciaron KNT y ESD a los 11 días de vida promedio e iniciaron AOC a la 36,6 SEG promedio. Los 21 pacientes > 32 SEG iniciaron KNT y ESD a los 7 días de vida promedio. Todos los pacientes lograron AOC, de los cuales 4 pacientes PEG lo lograron a las 36,7 SEG promedio, 2 pacientes con hipotonía lo lograron a las 37,3 SEG promedio y 15 pacientes logran AOC a las 35,7 SEG promedio.

Las características de los RNPT se muestran en Tabla 1, y las etapas de alimentación y complejidad en Tabla 2.

El número de atenciones de KNT para el grupo 1 fue determinada por indicación médica, donde 20 RNPT recibieron 1 atención al día y 7 iniciaron con 2 atenciones al día. Para el grupo 2 se utilizó la evaluación del patrón de succión y deglución (Anexo 3), donde 20 RNPT recibieron 1 atención al día y 6 iniciaron con 2 atenciones al día. La carga kinésica se fue reduciendo o manteniendo según el puntaje obtenido en la evaluación. Ningún paciente presentó un patrón de succión y deglución patológico por lo que no se requirió atención de fonoaudiología.

Los RNPT nacidos con menor o igual a 32 SEG, lograron la AOC a las 36 + 3 SEG tanto en el grupo 1 como en el grupo 2 ($p=0,4$; 95% IC) (Gráfico 1). Los RNPT nacidos con más de 32 SEG, lograron la AOC a las 36 + 3 SEG para el grupo 1 y 36 +4 SEG

para el grupo 2 ($p=0,9$; 95% IC) (Gráfico 2).

Tanto en el grupo 1 como en el grupo 2, los RNPT que inician KNT < 5 día de vida lograron la AOC a las 36 + 4 SEG, y los que iniciaron después de los primeros 5 días de vida lograron la AOC a las 37 + 3 SEG ($p=0,11$, 95% IC) (Gráfico 3).

Con respecto a los RNPT tanto del grupo 1 como del grupo 2 sin patología asociada, lograron la AOC a las 35 + 4 SEG, y los RNPT que presentaron alguna patología asociada lo lograron a las 37 + 3 SEG ($p=0,0012$; 95% IC) (Gráfico 4).

DISCUSIÓN

Diferentes tipos de intervención temprana han sido explorados en la maduración de los diferentes sistemas que contribuyen al adecuado desarrollo de los RNPT.^{10,12,16} Los resultados de este estudio sustentan que la estimulación temprana, con apoyo sensoriomotor, contribuye en la maduración de los sistemas y proporciona apoyo al logro de la AOC. Diferentes estudios han reportado como la estimulación motora previa de al menos 15 minutos podría tener resultados positivos en la función motora global y en la ganancia de peso en los RNPT.¹⁷ Una alimentación segura y eficaz para el recién nacido requiere de una coordinada secuencia en los procesos de succión, deglución y respiración, los cuales pueden verse afectados en los RNPT debido a la inmadurez del SNC, cardiorrespiratorio y musculoesquelético.¹⁸ A pesar que no se pudo observar diferencias estadísticas entre los grupos, debido a que ambos recibieron terapia de estimulación temprana; con la diferencia que el grupo 2 recibió una terapia organizada y protocolizada, la aplicación de un protocolo interdisciplinario entrega un lineamiento que favorece el correcto desarrollo en este hito.^{19,20} Esto se observa en los

gráficos de caja, que muestran que la dispersión de los datos disminuye en el grupo intervención y los RNPT que iniciaron terapia kinésica antes de los 5 días de vida, concentrando los datos hacia la media, en comparación con el grupo control y los RNPT que iniciaron terapia kinésica tras los 5 días de vida. Los resultados de este estudio, se correlaciona con otros estudios, ya que los RNPT logran la AOC cerca de las 36 SEG en ambos grupos, lo que se considera adecuado según la maduración del reflejo de succión-deglución que comienza desde las 32 SEG y termina de madurar cerca de las 40 SEG. Esta ampliamente reportado como la comorbilidad asociada a los RNPT influye en el retraso de la alimentación oral independiente, tales como intubación, utilización de SNG u orogástrica, oxigenoterapia prolongada, días de estadía en UCIN, y principalmente enfermedades respiratorias y neurológicas, afectando tanto la sensibilidad motora oral, como el retraso en el desarrollo del SNC.²³ Aunque la ganancia de peso no fue estudiada como variable principal, se pudo observar que los RNPT del grupo intervención lograron la AOC poco antes que el grupo control, pero con menor peso promedio. Lo anterior indicaría que la estimulación precoz en este estudio contribuyó hacia el desarrollo adecuado del reflejo de succión-deglución, en contraste con la ganancia de peso en los RNPT. A considerar es que la decisión de volumen de ingesta diaria indicada fue variada entre los médicos. Dentro del protocolo de este estudio se consideró la participación familiar, el acercamiento al pecho materno, educación sobre cuidados posturales, alimentación, signos de estrés, entre otros. Se ha estudiado como la participación familiar durante el proceso de alimentación y acompañamiento terapéutico podría contribuir en el desarrollo infantil mejorando sus habilidades cognitivas a través de la educación parental sobre contacto físico, manipulación, posicionamiento y con-

trol postural.²⁴ Schneider C y cols estudiaron como el acercamiento al pecho materno o método madre canguro contribuye positivamente en la eficiencia de sincronización de la corteza motora, tiempo de conducción interhemisférica y mejora en la conectividad de vías motoras cerebrales, contribuyendo principalmente a la plasticidad neuronal en RNPT.²⁵ A pesar de los importantes avances en la atención neonatal, hay poco consenso sobre la estrategia de alimentación enteral más adecuada, por lo que protocolizar un manejo clínico en pacientes que se encuentran dentro de ambientes complejos (UCIN) se debe considerar, ya que permite mejorar la seguridad y la calidad de atención.^{26,27.}

CONCLUSIÓN:

Aunque no se encontraron diferencias estadísticas entre los grupos estudiados, el presente protocolo de estimulación de succión-deglución contribuye con herramientas que afectan positivamente el proceso del logro de la alimentación oral completa independiente para los RNPT y fue precoz en los que no tenían otras patologías. Este protocolo fue seguro y no empeoró el pronóstico ni la evolución de los RNTP y se continúa realizando en nuestra unidad.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Cumplimiento de pautas éticas: Todos los principios éticos se consideran en este artículo.

Referencias:

- Mendoza L. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Rev chil obstet ginecol. 2016;81(4):330-342.
- Ministerio de Salud. Guía Clínica Prevención Parto Prematuro. Santiago: MINSAL, 2010.



- Jalaly E, Ghazanfarpour M, Afiat M, Abdi F, Soleimany S, Saadat S. The Effects of Pleasant Odors on Transition from Gavage to Oral Feeding in Preterm Infants: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Pediatrics Review*. 2024; 12(1):5-14.
- Rendón M, Serrano G. Physiology of nutritive sucking in newborns and infants. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2011;68(4):296-303
- Mizuno K, Ueda A. The maturation and coordination of sucking, swallowing, and respiration in preterm infants. *J Pediatr*. 2003; 142:36-40.
- Salinas L, Núñez A, Milagros A, Escobar R. Caracterización clínica y evolución tras la intervención terapéutica de trastornos de deglución en pacientes pediátricos hospitalizados. *Rev Neurol* 2010; 50 (3):139-144.
- La Orden E, Salcedo E, Cuadrado I, Herráez M, Cabanillas L. Retraso de la adquisición de la succión-deglución-respiración en el pretérmino; efectos de una estimulación precoz. *NutrHosp*. 2012;27(4):1120-1126.
- Guido MA, Ibarra M del P, Mateos C, Mendoza N. Eficacia de la succión no nutritiva en recién nacidos pretérmino. *Perinatol Reprod Hum*. 2012;26 (3): 198-207.
- Durán A, Rodríguez MA, De la Teja E, Zebadúa M. Succión, deglución, masticación y sentido del gusto prenatales. desarrollo sensorial temprano de la boca. *Acta Pediatr Mex*. 2012; 33(3):137-141
- Lau C, Smith E, Schanler R. Coordination of suck-swallow and swallow respiration in preterm infants. *Advances in neonatal care*. *Acta Pediatr*. 2003; 92:721-727.
- Nakano H, Kihara H, Nakano J, Konishi Y. The Influence of Positioning on Spontaneous Movements of Preterm Infants. *J Phys Ther Sci*. 2010; 22:337-344
- Fernández MP. Intervención sensorio-motriz en recién nacidos prematuros. *Rev. Ped. Elec*. 2004;1(1). ISSN 0718-0918
- Vignochi C, Silveira R, Miura E, Canani LH, Procianoy R. Physical Therapy Reduces Bone Resorption and Increases Bone Formation in Preterm Infants. *Am J Perinatol*. 2012;29(8):573-8.
- Eliakim A, Litmanovitz I, Nemet D. The Role of Exercise in Prevention and Treatment of Osteopenia of Prematurity: An Update. *Pediatr Exerc Sci*. 2017;29(4):450-455.
- Kuhn C, Schanberg S, Field T, Symanski R, Zimmerman E, Scafidi F, Roberts J. Tactile-kinesthetic stimulation effects on sympathetic and adrenocortical function in preterm infants. *The Journal of Pediatrics*. 1991; 119(3):434-440.
- Fucile S, Gisel E, Lau Ch. Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. *J Pediatr*. 2002;141(2):230-6
- Fucile S, Gisel EG. Sensorimotor Interventions Improve Growth and Motor Function in Preterm Infants. *Neonatal network*. 2010;29(6): 359-366.
- Lau C. Oral Feeding in the Preterm Infant. *NeoReviews*. 2006;7(1):19-27.
- Mirlashari J, Khoshnavay Fomani F, Brown H, Tabarsy B. Nurses' and Physicians' Experiences of the NIDCAP Model Implementation in Neonatal Intensive Care Units in Iran. *Journal of Pediatric Nursing*. 2018; 45:79-88.
- Marla C. Mahoney, Meryl I. Cohen, DPT, MS, CCS. Effectiveness of Developmental Intervention in the Neonatal Intensive Care Unit: Implications for Neonatal Physical Therapy. *Pediatric Physical Therapy*. 2005; 17(3):194-208.
- Kirk A, Alder S, King J. Cue-based oral feeding clinical pathway results in earlier attainment of full oral feeding in premature infants. *J Perinatol*. 2007; 27:572-578.
- Barlow SM. Oral and respiratory control for preterm feeding. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;17(3):179-186.
- Miller, CK. Updates on pediatric feeding and swallowing problems. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009; 17:194-199.
- Goldstein LA. Family Support and Education. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*. 2013;33(1):139-161.
- Schneider C, Charpak N, Ruiz-Peláez JG, Tessier R. Cerebral motor function in very premature-at-birth adolescents: a brain stimulation exploration of kangaroo mother care effects. *Acta Paediatrica*.

2012; 101(10), 1045–1053.

• Llamas JS, Hernández PS. Protocolos clínicos: ¿cómo se construyen? Propuesta de un modelo para su diseño y elaboración. Aten Primaria. 1996; 18(2):91-6.

• Ramaswamy VV, Bandyopadhyay T, Ahmed J, Bandiya P, Zivanovic S, Roehr CC. Enteral Feeding Strategies in Preterm Neonates ≤ 32 weeks Gestational Age: A Systematic Review and Network Meta-Analysis. Ann Nutr Metab. 2021;77(4):204-220.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LOS RNPT INCLUIDOS EN EL ESTUDIO (N=53)

Características	GRUPO 1	GRUPO 2
RNPT	27(51%)	26(49%)
SEG prom.	32,3 \pm 2,1	33,6 \pm 1,8
Días prom	226 \pm 14,5	235 \pm 12,8
≤ 32 SEG	13(48%)	5(19%)
>32 SEG	14(52%)	21(81%)
Peso (gr)	1.924 \pm 451	2.042 \pm 537
Género (F:M)	9:18	7:19
Morbilidad Asociada	19(70%)	15(58%)
Patología neurológica	1(4%)	3(12%)
Patología respiratoria	8(30%)	4(15%)
Patologías digestivas	2(7%)	2(7%)
Ductus arteriovenoso	2(7%)	0(0%)
Síndrome de Down	1(4%)	0(0%)
PEG	1(4%)	7(27%)
Otras Patologías	11(41%)	3(12%)

Datos presentados en promedio + Desviación Estándar (DS), frecuencia absoluta y porcentaje; RNPT: Recién Nacido Pretérmino; SEG: semana de edad gestacional; Patologías neurológicas: Hemorragia intracranéica, leucomalacia, Hipotonía central; Patologías respiratorias: Displasia broncopulmonar, Síndrome de distrés respiratorio agudo, enfermedad de membrana hialina; Patologías digestivas: reflujo gastroesofágico, enterocolitis necrotizante; PEG: Pequeño para la Edad Gestacional.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS, ETAPAS DE ALIMENTACIÓN Y COMPLEJIDAD DE LOS RNPT (N=53)

	GRUPO 1	GRUPO 2	Valor p
SEG inició KNT	33,6 (32,3 - 35)	34,8 (33,7 - 36,3)	
Día de vida de inicio KNT	6 (5 - 10)	7 (5 - 9)	
SEG inició AO + SNG	35 (34,1 - 35,4)	35,1 (34,6 - 36)	
SEG de AOC	36 (35,4 - 36,4)	36,3 (35,6-36,9)	0,46*
Carga de KNT B:M	20:7	20:6	
Peso al logro de la AOC (gr)	2552 \pm 352	2306 \pm 355	0,01*

SEG: Semana de edad gestacional; KNT: Kinesioterapia neuromotora global; AO: Alimentación oral; SNG: Sonda nasogástrica; AOC: Alimentación oral completa; B: baja complejidad; M: mediana complejidad; Datos presentados en mediana y rango intercuartílico (P50 (P25-75)) *t-test 95% IC

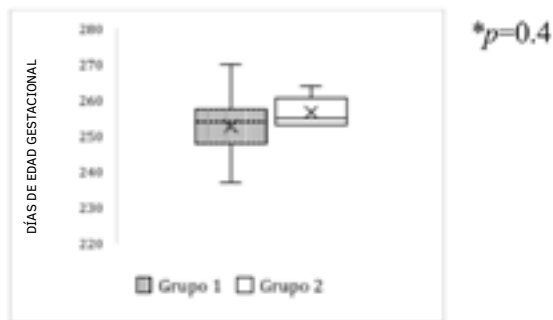


Gráfico 1: Logro de la AOC (días de edad gestacional) para los RNPT nacidos con menos o igual a 32 SEG.
*T-test; 95%IC

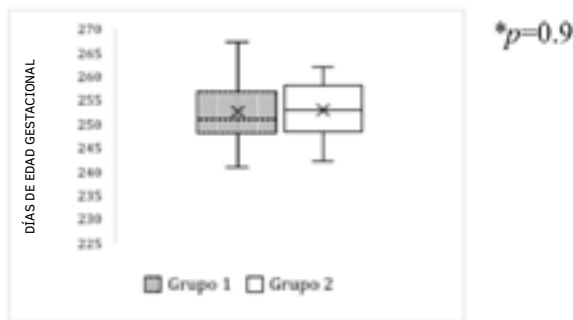


Gráfico 2: Logro de la AOC en días de edad gestacional para los RNPT nacidos con más de 32 SEG.

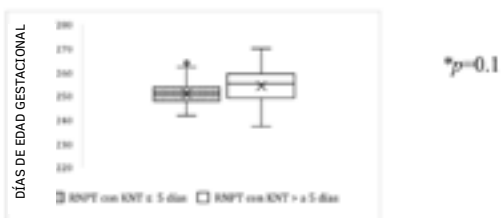


Gráfico 3: comparación entre los RNPT que comenzaron KNT ≤ 5 día de vida v/s RNPT que comenzaron KNT > 5 días de vida.
*T-test; 95%IC

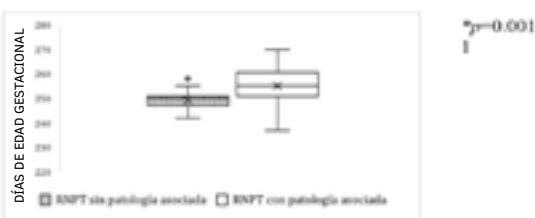
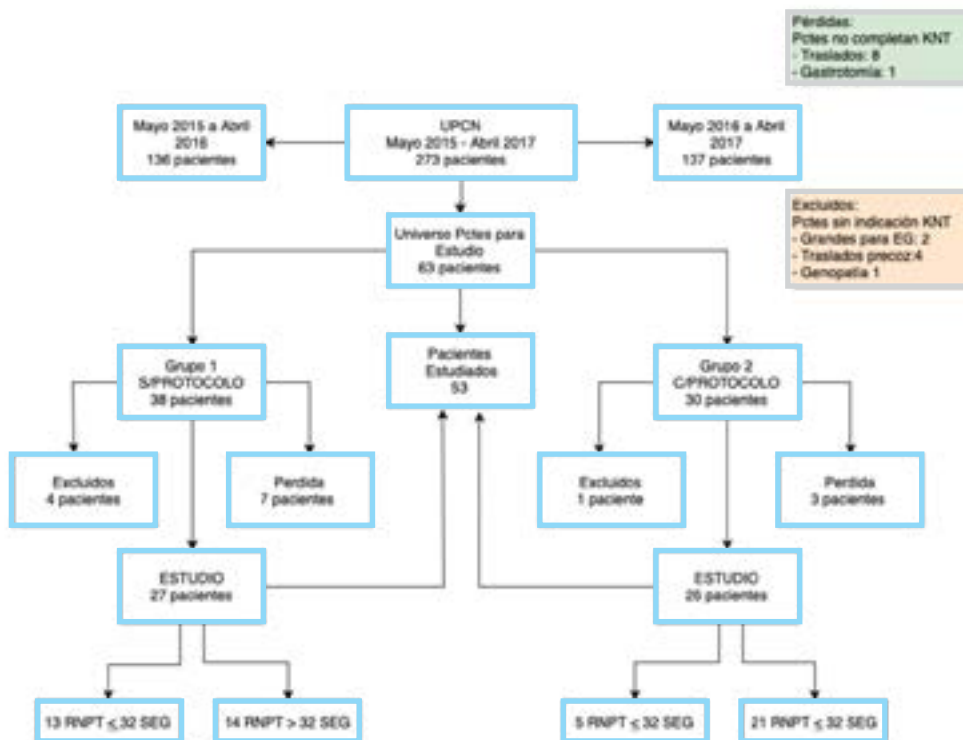
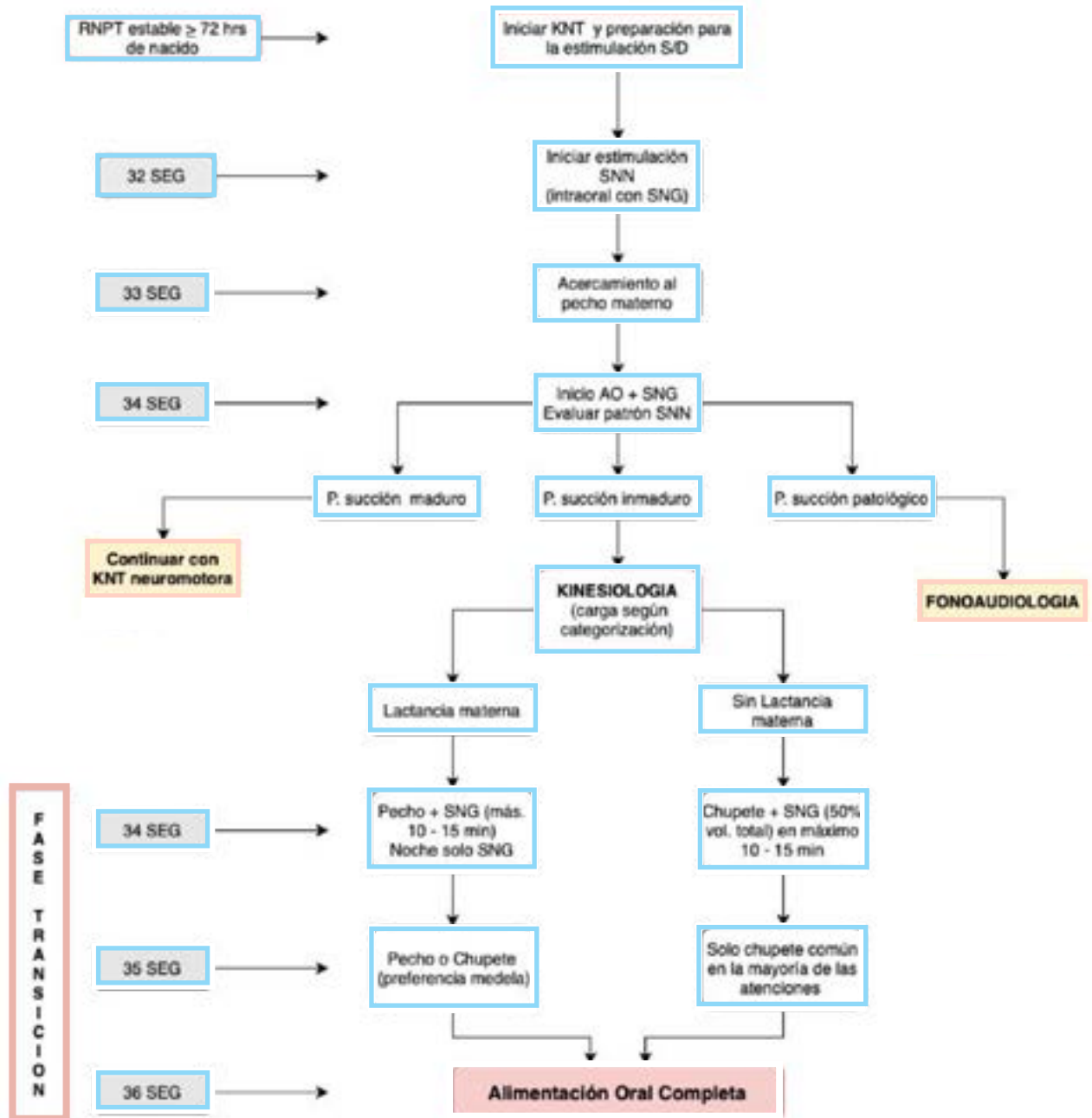


Gráfico 4: se observa el logro de la AOC comparando los RNPT sin patología asociada con los RNPT con patología asociada.
*T-test; 95%IC

ANEXO 1 - PROGRAMA GLOBAL



ANEXO 2 - FLUJOGRAMA DE ALIMENTACIÓN ORAL EN EL RPNPT





ANEXO 3. MATRIZ DE CATEGORIZACIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE SUCCIÓN – DEGLUCIÓN:

Aspectos	Patrón Maduro	Patrón Inmaduro	Patrón Patológico
Signos vitales	Estables	Alteración ocasional de Saturación de O2	Estables al comienzo, con alteración posterior
R de búsqueda	(+)	Débil / asimétrico	(-)
Selle oral	(+) vigoroso	(+) débil	Ausente
Ritmo de succión	1:1 (1 succión x 1 segundo)	1:2	1:2 o 1:3
Trenes de succión	10 a 20 o más entre respiraciones sin desaturar	3 a 5 y respira. Puede ser cte. o inconstante.	2 a 4 y respira. Generalmente inconstante.
Reflejos protectores vía aérea	(+)	(+) débil	(-)
Movimiento de lengua y mandíbula	Coordinados	Coordinados / Inconstantes	descoordinados (mordida tónica, hiperreactividad de las encías)
Fuerza de succión	Siempre	A veces	Nunca
Reflejo de Mordida	Nunca	A veces	Siempre (Reflejo de mordida tónica)

Complejidad	Puntaje	Asistencia
P. Maduro (Normal)	9	No
P. Inmaduro (Desorganizado)	10 - 18	Asistencia kinésica
P. Patológico (Disfuncional)	19 - 27	Asistencia por fonoaudiología

ANEXO 4. ROL DE PARTICIPACIÓN SEGÚN PROFESIÓN DEL GRUPO DE TRABAJO INTERDISCIPLI-

Profesión	Función
Médico	Evaluación médica diaria, indicación inicial de atención kinésica y determinación de transiciones durante el proceso de alimentación.
Enfermera	Evaluación diaria de estado físico general, administración de fármacos, establece medidas de contención física y realiza educación de lactancia a las madres.
TENS	Control de signos vitales, elaboración de cojines de contención, baño y cambios de posición, Participa activamente en el proceso de alimentación, asistiendo a las madres.
Kinesiólogo	Participa en la evaluación y estimulación de la mecánica oral y motora general del RNPT, y en conjunto con enfermera y médico determinan tiempos de transición entre las distintas fases de la succión- deglución.
Fonoaudiólogo	Interviene cuando el RNPT presenta un patrón de succión patológico que es evaluado por el kinesiólogo o cuando el médico determina directamente la evaluación por fonoaudiólogo.
Madres	Es determinante en el logro de la AOC con lactancia materna, requiere compromiso en tiempos de asistencia a la unidad para realizar apego y participación durante las distintas fases de alimentación.



MEJORA EN EL CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA UTILIZANDO LA METODOLOGÍA SCRUM

Dr. Luis Antonio Cervantes Aguilera^{a b}

Dr. Víctor Manuel Torres López^c

Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde^{d e}

Dr. Christopher Moisen Moreno^{a f}

Dr. Luis Andrés González Torres^{a g}

Dra. Christian Devanny del Ángel Argueta^{a h}

Dra. María José García Madrigal^{a i}

Filiaciones:

a - Médico residente en rotación de campo en el Hospital General de Montemorelos (Montemorelos, Nuevo León; México).

b - Médico residente de la especialidad en Calidad de la Atención Clínica del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey (Monterrey, Nuevo León; México).

c - Gestor de Calidad del Hospital General de Montemorelos (Montemorelos, Nuevo León; México).

d - Director de Calidad de los Servicios de Salud de Nuevo León O.P.D. (Monterrey, Nuevo León; México).

e - Profesor de cátedra de la especialidad en Calidad de la Atención Clínica del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey (Monterrey, Nuevo León; México).

f - Médico residente de la especialidad en Anestesiología en el Hospital Médica Sur (Delegación Tlalpan, Ciudad de México; México).

g - Médico residente de la especialidad en Medicina Interna en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González (Monterrey, Nuevo León, México).

h - Médico residente de la especialidad en Anestesiología en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Ciudad Victoria (Ciudad Victoria, Tamaulipas; México).

i - Médico residente de la especialidad en Anestesiología del Programa Multicéntrico de Especialidades Médicas de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey (Monterrey, Nuevo León; México).

Autor de correspondencia:

Luis Antonio Cervantes Aguilera
luis cervera10@gmail.com

Dirección del centro donde se realizó el trabajo:

Hospital General de Montemorelos
Dr. Amel Barocio y Panamá S/N
Montemorelos, Nuevo León; México. C.P. 67530
Tel: (826) 863-6699

Consentimiento informado: Este proyecto no representó ningún riesgo para la salud, ya que se trata de un trabajo cuyas intervenciones fueron inocuas. Por esto, la necesidad de obtención de consentimiento informado no fue necesaria, como establece la Ley General de Salud mexicana en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Categoría II. Los procedimientos se apegaron a las normas éticas vigentes nacionales e internacionales, al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la declaración de Helsinki, realizada en la Asamblea Médica Mundial y su última enmienda. El proyecto se realizó de manera que se redujo al mínimo el posible daño al medio ambiente. Este trabajo, en todas sus etapas, estuvo basada en los principios éticos del Informe Belmont de 1979, así como en las recomendaciones de la Conferencia Internacional sobre Armonización de Buenas Prácticas Clínicas (ICH GCP, por sus siglas en inglés), ya que se basa en mantener el respeto a su autonomía, confidencialidad y beneficencia, donde se asegura que durante el proceso de la investigación se evitará el daño, y se buscará intencionadamente un máximo beneficio y se procurará justicia bajo igualdad y sus necesidades individuales.

Fuentes de financiamiento: no aplican para el proyecto en cuestión.

Contacto de los autores:

Dr. Luis Antonio Cervantes Aguilera
luiscerva10@gmail.com

Dr. Víctor Manuel Torres López
victor.torres@saludnl.gob.mx

Dr. Francisco Javier Soberanes Velarde
drsoberanesv@gmail.com

Dr. Christopher Bryan Moisen Moreno
chrisbmm@hotmail.com

Dr. Luis Andrés González Torres
luis_andres_94@hotmail.com

Dra. Christian Devanny del Ángel Argueta
cddaa_03@hotmail.com

Dra. María José García Madrigal
majgarciam@gmail.com

Palabras clave: calidad asistencial, gestión de proyectos, SCRUM, mejora de la calidad



RESUMEN

El objetivo del proyecto fue aplicar la metodología SCRUM dentro del quirófano de un hospital rural para mejorar el cumplimiento de la programación quirúrgica. Se llevó a cabo utilizando la metodología antes mencionada mediante tres iteraciones. Obtuvimos tres manuales de procedimiento, los resultados de la prueba piloto de su implementación y mejoras en el cumplimiento de la programación de procedimientos. La metodología respondió a las necesidades del área quirúrgica y podría replicarse en otros departamentos del hospital. El desarrollo del proyecto permitió al equipo de trabajo adquirir conocimientos y herramientas para la gestión del cambio planeado y la mejora continua.

ABSTRACT

The project's objective was to apply the SCRUM methodology within the operating room of a rural hospital to improve compliance with the surgical schedule. It was carried out using the aforementioned methodology through three iterations. We obtained three procedure manuals, the pilot test results from the implementation, and improvements in compliance with the procedural programming. The methodology responded to the needs of the surgical area and could be replicated in other hospital departments. The project's development allowed the work team to acquire knowledge and tools for managing planned change and continuous improvement.

INTRODUCCIÓN

Las listas de espera para servicios quirúrgicos representan un problema habitual y su mal manejo puede afectar directamente el estado de salud de los pacientes, comprometer la calidad del servicio, la seguridad y generar experiencias negativas

con la atención recibida, mientras que su adecuada gestión puede resultar en disminuciones importantes de los costes y tiempo por proceso de atención. En la actualidad no existe una recomendación consensuada aplicable para la gestión de estas listas.¹⁻⁵

Los entornos sanitarios requieren de estrategias que les permitan adaptarse al cambio, la metodología SCRUM permite desarrollar, implementar y generar entregables mediante la gestión ágil de proyectos a través de iteraciones o "sprints" que pueden ser rápidamente ejecutados, centrándose así en el trabajo colaborativo y en las necesidades del usuario.⁶

Empleamos la metodología SCRUM dentro del área quirúrgica de un hospital rural donde se detectó un cumplimiento en la programación del 59% y posterior de 29% durante meses consecutivos, acarreamos una serie de consecuencias para la operatividad del hospital y para los pacientes. El objetivo del proyecto fue aplicar la metodología dentro del servicio para mejorar el cumplimiento de la programación quirúrgica.

MATERIALES Y MÉTODOS

El proyecto fue llevado a cabo dentro de un hospital rural público ubicado en la región citrícola del noroeste de México, se trata de un hospital general el cual cuenta con un total de 57 camas censables en operación, 37 no censables y 5 salas operatorias; este brinda atención a población sin seguridad social de 14 municipios del sur del estado de Nuevo León. La intervención realizada tuvo una duración de seis semanas, una semana de planeación, tres iteraciones "SPRINTS" de una semana cada una, seguidas de dos semanas de comunicación y difusión de resultados.

El proyecto comenzó un mes posterior a su acep-

tación por la directiva hospitalaria e incluyó: formación del equipo (anestesiología, enfermería, médicos residentes, medicina interna, ginecología, cirugía general, traumatología y calidad), capacitación inicial sobre SCRUM, documentación de épicas (historias de usuario) a través de entrevistas semiestructuradas realizadas por el personal del área de calidad, 10 en total, dentro de las cuales se buscó conocer las percepciones del personal del área sobre los problemas relacionados con el cumplimiento de la programación y la operatividad del servicio, logrando identificar aspectos relacionados con fallos en la realización de la programación quirúrgica, omisiones y discrepancias relacionadas con las valoraciones preanestésicas y preoperatorias, así como aspectos relacionados con la gestión inadecuada del tiempo quirúrgico. De acuerdo con lo que establece la metodología SCRUM, el equipo priorizó el product backlog y comprometió las historias de usuario para poder formular los SPRINTs, centrándose estos en los procesos de programación quirúrgica, evaluación preanestésica y evaluación preoperatoria, mismos que fueron identificados como áreas de oportunidad en las entrevistas; sobre el proceso de programación quirúrgica fue necesaria la actualización de la clasificación de grupos de pacientes por lo que se definieron los siguientes: pacientes <40 sin comorbilidades, pacientes <40 con comorbilidades, pacientes >40 años sin comorbilidades y pacientes >40 años con comorbilidades; cada uno con los criterios correspondientes: estudios de extensión y valoraciones, tomando en cuenta las recomendaciones de guías nacionales e internacionales. Utilizando tableros Kanban como herramientas para control de avances, se gestionó y desarrolló cada SPRINT, actualizando y documentando los procesos y capacitando al personal en los nuevos procedimientos, como se muestra en la Figura 1.

Posterior se realizó una prueba piloto con duración de dos semanas que evaluó la adherencia a los procesos trabajados en cada SPRINT, esta se llevó a cabo mediante revisiones diarias y verificaciones de expedientes de pacientes, para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva. Los hallazgos y resultados de la prueba fueron presentados a todos los stakeholders.

RESULTADOS

Los resultados de la prueba piloto mostraron que durante el período evaluado se realizaron 19 de un total de 32 procedimientos programados con un cumplimiento del 59.37%, la principal causa de diferimiento fue por falta de insumos o materiales. La Figura 2 muestra los resultados del seguimiento del proyecto, donde se aprecia un mayor cumplimiento de la programación de procedimientos del servicio, dicha evaluación fue realizada por personal del área de calidad y para esta se consideró el total de procedimientos realizados sobre el total de procedimientos programados, el seguimiento tuvo una duración de tres meses posterior al cierre del proyecto, destacando un aumento promedio del 24.2% del cumplimiento respecto a los meses iniciales de marzo y abril.

En cuanto al proceso de programación quirúrgica, 46.87% de los pacientes programados (15) correspondieron al grupo de >40 años con comorbilidades. Sobre el apego a los criterios de evaluación definidos en el proceso, el grupo de pacientes >40 años con comorbilidades presentó un menor cumplimiento con un 60% (9). Se identificaron como principales áreas de oportunidad en este grupo de pacientes la realización de las valoraciones preanestésica y preoperatoria de las cuales no se encontró solicitud o nota dentro del expediente, así como el electrocardiograma y la radiografía de tórax, de

los que no se encontró evidencia del reporte, imagen del estudio o solicitud dentro del expediente; además, se identificó al servicio de traumatología con el menor cumplimiento de las actividades establecidas en el proceso.

DISCUSIÓN

Como principal limitante para el proyecto encontramos la falta de insumos y materiales, sin embargo, la voluntad y disposición del personal fue crucial para su despliegue.

La prueba piloto reveló áreas de mejora para el seguimiento; adicional a la estandarización de procesos, se digitalizaron los diarios de productividad en el quirófano y el área de tococirugía, también se logró la reubicación de los procedimientos ginecológicos en el quirófano de tococirugía, reduciendo la carga de trabajo y facilitando la gestión del tiempo en las salas operatorias generales.

Las metodologías convencionales pueden no ser efectivas en entornos hospitalarios, diversas fuentes de la literatura mencionan que las metodologías ágiles tienen éxito en este contexto debido a su enfoque centrado en el usuario y su flujo iterativo y dinámico, lo que permite obtener avances valiosos y continuos a lo largo del proyecto.⁷⁻⁸ En este caso particular, la organización contaba con experiencia previa en el despliegue de proyectos de mejora empleando metodologías en cascada, sin embargo, con miras a innovar y tras una revisión de la literatura, se seleccionó SCRUM por sus características y potenciales beneficios.

Metodologías como LEAN, Six Sigma, PHVA y otros modelos tradicionales para la mejora de la calidad también ofrecen procesos sistemáticos y secuenciales,⁹ pero éstos pueden ser difíciles de sostener a largo plazo; esto no quiere decir que las me-

todologías ágiles sean superiores o mejores que las habituales, corresponderá a cada organización seleccionar aquellas que se ajusten a sus necesidades, objetivos y contexto.¹⁰

La adopción de SCRUM en un hospital rural fue compleja de inicio, pero con el tiempo, el involucramiento del equipo permitió el desarrollo fluido del proyecto. La estandarización de procesos realizada mediante los ciclos iterativos permitió reducir la probabilidad de que se presenten errores y daños a los pacientes y de manera adicional al reducir la variabilidad permitieron mejorar el cumplimiento de la programación quirúrgica del hospital; la metodología resultó de utilidad en el hospital y tiene potencial para replicarse en otros departamentos y servicios. En efecto, los retos y áreas de oportunidad dentro del área quirúrgica aún no están resueltos en su totalidad, sin embargo, el personal ahora está preparado para innovar, puesto que han sido testigos de que la mejora continua es posible en su servicio.

REFERENCIAS

- 1 - Molina Herranz D, Moreno Sánchez A, López Pisón J, Salinas Salvador B, Carmen Marcen G, Lafuente Hidalgo M, et al. «Dar calidad a la espera». Un modelo de gestión para la atención personalizada a pacientes en lista de espera. *JHQR*. 2022 May 1;38(3):186–90.
- 2 - Schuster MA, McGlynn EA, Pham CBP, Spar MDS, Brook RH. The Quality of Health Care in the United States: A Review of Articles Since 1987. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. 2001. 231–233 p.
- 3 - Sánchez J. Diseño De Indicadores Del Uso Eficiente Del Quirófano En Un Hospital De Segundo Nivel. *INSP*; 2018.
- 4 - Tan YY, El Mekawy TY, Peng Q, Oppenheimer L. Mathematical Programming for the Scheduling of Elective Patients in the Operating Room Department. *Proceedings of the Canadian Engineering Education Association (CEEAA)*. 2011.

5 - Albareda J, Clavel D, Mahulea C, Blanco N, Ezquerro L, Gómez J, et al. ¿Realizamos bien la programación quirúrgica? ¿Cómo podemos mejorarla? Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2017;61(6):375–82.

6 - Trigas Gallego M, Domingo Troncho AC. Metodología Scrum. 3era Edición. Study S, editor. 2017. 1–56 p.

7- Boustani M, Alder CA, Solid CA. Agile Implementation: A Blueprint for Implementing Evidence-Based Healthcare Solutions. J Am Geriatr Soc. 2018 Jul 1;66(7):1372–6.

8 - Holden RJ, Boustani MA, Azar J. Agile Innovation to transform healthcare: Innovating in complex adaptive systems is an everyday process, not a light bulb event. Vol. 7, BMJ Innov. BMJ Publishing Group; 2021. p. 499–505.

9- QiuH, DuW. Evaluation of the Effect of PDCA in Hospital Health Management. J. Healthc. Eng. 2021;2021. 1-7 p. doi: 10.1155/2021/6778045.6778045

10 - Dobin VM, Lazar B. Project Management and Quality in Healthcare: A Systematic Literature Review 1. Vol. IX, PMWJ. 2020. Available from: www.pmworllibrary.net



CUADROS Y FIGURAS

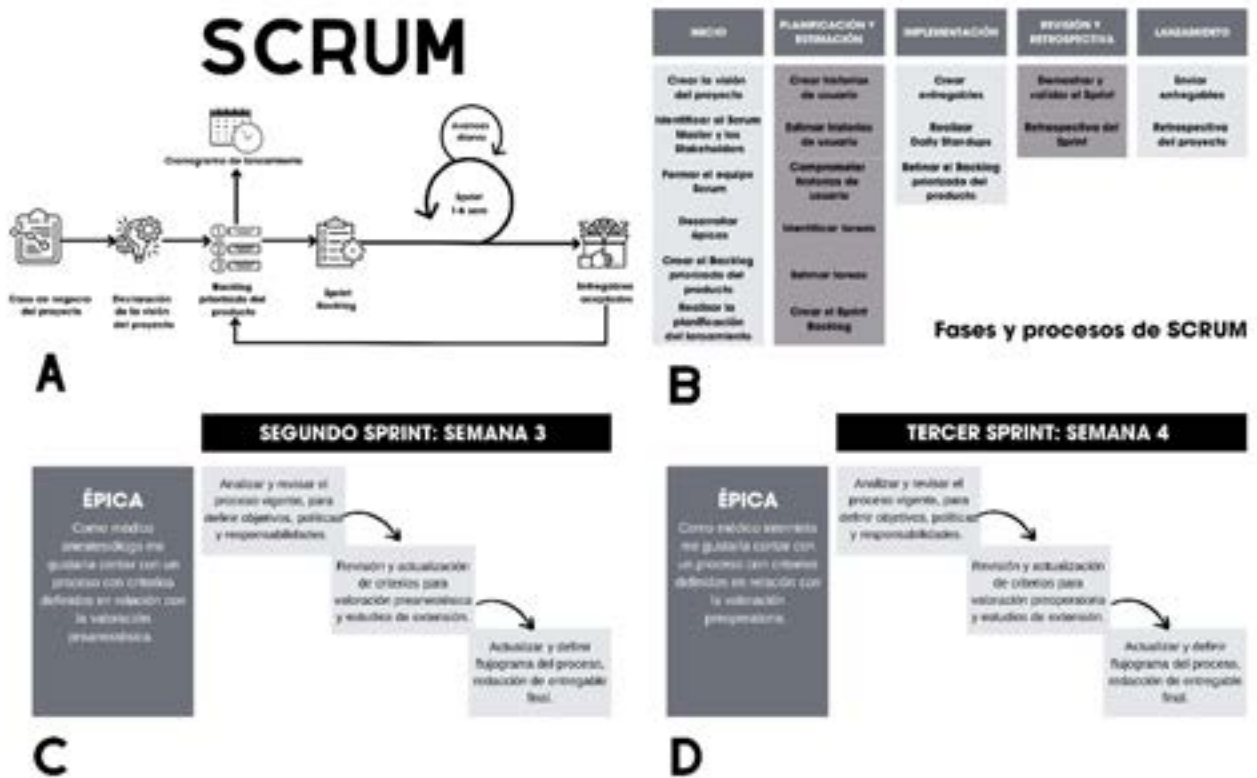


Figura 1. Visión general del proyecto: A) flujo de la metodología SCRUM, B) fases y procesos de SCRUM, C) y D) ejemplos de tablero Kanban para seguimiento. Elaboración propia (2023).

CUMPLIMIENTO EN LA PROGRAMACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

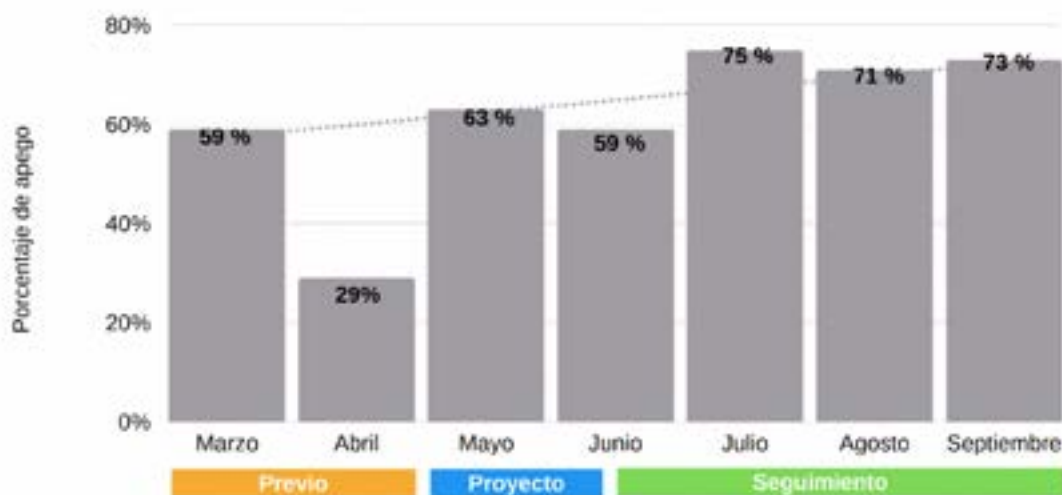


Figura 2. Seguimiento del porcentaje de cumplimiento en la programación quirúrgica. Elaboración propia (2023). Nota: Referente a los meses de marzo y abril, desde el inicio del proyecto hasta el cierre de seguimiento se observó un aumento promedio del cumplimiento del 24.2%.

Revistas de Revistas

Dr. Hugo Guajardo Guzmán

Editor Revista Chilena
de Seguridad del Paciente

revista@fspchile.org



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

Colocamos en vuestras manos publicaciones del ultimo tiempo.

Se presenta la traducción del texto introductorio
de lo publicado en la revista de origen.

Traducciones realizadas con la versión gratuita del traductor www.DeepL.com/Translator

ROOT CAUSE ANALYSIS TO IDENTIFY MAJOR BARRIERS TO THE PROMOTION OF PATIENT SAFETY IN JAPAN

Kurihara M, Watari T, Kosaka S, et al.

Department of Patient Safety, Nagoya University Hospital, Aichi, Japan

Journal of Patient Safety and Risk Management. 2023;28(1):9-14.

<https://doi.org/10.1177/251604352211441>

OBJETIVOS

A pesar de las medidas existentes para la seguridad del paciente, tanto fuera como dentro de los hospitales, siguen existiendo barreras a la seguridad del paciente. Nuestro objetivo era identificar los factores que contribuyen actualmente a la seguridad del paciente en Japón.

MÉTODOS

En este estudio cualitativo participaron nueve profesionales sanitarios japoneses expertos que trabajan tanto dentro como fuera de los hospitales. Estos participantes, entre los que había seis médicos, una enfermera, un farmacéutico y un fisioterapeuta, trabajan en un amplio espectro de la política gubernamental y la salud pública, el mundo académico y la gestión de la seguridad. Se llevó a cabo un análisis de causa raíz utilizando el método en línea de Kawakita Jiro (método KJ o diagrama de afinidad). Etiquetamos y resumimos la clasificación en un diagrama de espina de pescado para dilucidar las barreras a la seguridad del paciente en Japón.

RESULTADOS

Identificamos factores específicos en seis grupos principales: el sistema hospitalario, la educación, la legislación y la política, la cultura y la sociedad, la centralidad del paciente y la cooperación multidisciplinaria. La calidad de la atención, el compromiso del paciente y la escasez de especialistas en seguridad del paciente fueron factores cruciales para varios grupos.

CONCLUSIONES

Este estudio aclara los componentes de la seguridad del paciente en Japón y proporciona datos básicos para promover la seguridad integral del paciente en el futuro. El análisis periódico de las causas fundamentales de los problemas de seguridad integral del paciente puede ayudar a desarrollar estrategias para promover la seguridad del paciente tanto a nivel hospitalario como nacional.

THE ASSOCIATION OF PATIENT SAFETY CULTURE WITH PATIENT SATISFACTION: THE ROLE OF THE PHARMACIST'S PERFORMANCE

Alolayyan MN, Hijazi B, Jalaileh RA.

Health Management and Policy Department, Faculty of Medicine, Jordan University of Science and Technology (JUST), Jordan

Journal of Patient Safety and Risk Management. 2023;28(2):68-77.

<https://doi.org/10.1177/2516043523116044>

ANTECEDENTES Y OBJETIVO

Este estudio transversal, basado en un cuestionario, tenía como objetivo investigar la asociación entre la cultura de seguridad del paciente y la satisfacción del paciente a través del rendimiento del farmacéutico, entre la cultura de seguridad del paciente y el rendimiento del farmacéutico, entre el rendimiento del farmacéutico y la satisfacción del paciente, y entre la cultura de seguridad del paciente y la satisfacción del paciente.

MÉTODOS

Los farmacéuticos y técnicos de farmacia que trabajan en las farmacias comunitarias evaluaron la cultura de seguridad del paciente mediante un cuestionario autoadministrado online cumplimentado por los participantes. El primer cuestionario de investigación se adoptó de la agencia de investigación y calidad sanitaria (AHRQ), que era fiable y válido. El rendimiento de los farmacéuticos y la satisfacción de los pacientes se midieron mediante un cuestionario autoadministrado en línea que rellenaron los pacientes. Para medir el rendimiento,

se utilizó un cuestionario previamente validado. Para medir la satisfacción del paciente, se utilizó la versión final del Cuestionario de Satisfacción del Paciente con los Servicios Clínicos Farmacéuticos (PSPSQ 2.0). Un total de 204 farmacéuticos, técnicos de farmacia y 204 pacientes constituyen la muestra de la investigación.

RESULTADOS

Los resultados mostraron que existe una asociación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y el desempeño del farmacéutico; una asociación no significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la satisfacción del paciente; una asociación significativa entre el desempeño del farmacéutico y la satisfacción del paciente; y el desempeño del farmacéutico media la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la satisfacción del paciente.

CONCLUSIÓN

El sector farmacéutico puede reforzar eficazmente la cultura de seguridad del paciente en las farmacias comunitarias y mejorar el rendimiento de los farmacéuticos para mejorar la calidad de la atención y aumentar la satisfacción de los pacientes.

VALIDATION OF A REDUCED SET OF HIGH-PERFORMANCE TRIGGERS FOR IDENTIFYING PATIENT SAFETY INCIDENTS WITH HARM IN PRIMARY CARE: TRIGGERPRIM PROJECT

Garzón González, Gerardo PhD; Alonso Safont, Tamara M; Conejos Míquel, Dolores MD; Castelo Jurado, Marta MD; Aguado Arroyo, Oscar RN; Jurado Balbuena, Juan José RN; Villanueva Sanz, Cristina RN; Zamarrón Fraile, Ester PhD; Luaces Gayán, Arancha MD; Cañada Dorado, Asunción RN; Martínez Patiño, Dolores MD; Magán Tapia, Purificación PhD; Barberá Martín, Aurora RN; Toribio Vicente, María José MD; Drake Canela, Mercedes MD; Mediavilla Herrera, Inmaculada MD

From the Quality and Safety Unit, Primary Care Management (Gerencia Asistencial de Atención Primaria), Madrid Health Service (SERMAS)

Journal of Patient Safety [19\(8\):p 508-516, December 2023.](#)

DOI: 10.1097/PTS.0000000000001161

OBJETIVO

El objetivo del estudio fue construir y validar un conjunto reducido de disparadores de alto rendimiento para la identificación de eventos adversos (EA) a través de la revisión de historias clínicas electrónicas (HCE) en atención primaria (AP).

MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo transversal para validar una prueba diagnóstica. Se incluyeron los 262 centros de AP de la Comunidad de Madrid (España). Los pacientes eran mayores de 18 años que acudieron a su centro de AP durante el último trimestre de 2018. La muestra aleatorizada fue $n = 1797$. Las mediciones principales fueron las siguientes: (a) presencia de cada uno de los 19 desencadenantes específicos identificados por ordenador

en el EMR y (b) aparición de un EA. Para recopilar los datos, tres equipos de médicos y enfermeras revisaron los registros médicos electrónicos. Los desencadenantes con odds ratio estadísticamente significativas para identificar EA se seleccionaron para el conjunto final tras ajustar por edad y sexo mediante regresión logística.

RESULTADOS

La sensibilidad (SS) y especificidad (SP) para los desencadenantes seleccionados fueron: ≥ 3 citas en una semana en el centro de AP (SS = 32,3% [intervalo de confianza {CI} del 95%, 22,8%-41,8%]; SP = 92,8% [IC del 95%, 91,6%-94,0%]); ingreso hospitalario (SS = 19,4% [IC del 95%, 11,4%-27,4%]; SP = 97,2% [IC del 95%, 96,4%-98,2%]); PE = 99,8% [IC 95%, 99,6%-100%]); y tratamiento crónico con benzodiazepinas en pacientes de 75 años o más (SS = 14,0% [IC 95%, 6,9%-21,1%]; PE = 95,5% [IC 95%, 94,5%-96,5%]).

En la validación de este conjunto de desencadenantes (la aparición de al menos uno de estos desencadenantes en el EMR) se obtuvieron los siguientes valores SS = 60,2% (IC 95%, 50,2%-70,1%), SP = 80,8% (IC 95%, 78,8%-82,6%), valor predictivo positivo = 14,6% (IC 95%, 11,0%-18,1%), valor predictivo negativo = 97,4% (IC 95%, 96,5%-98,2%), cociente de probabilidad positivo = 3,13 (IC 95%, 2,3-4,2) y cociente de probabilidad negativo = 0,49 (IC 95%, 0,3-0,7).

CONCLUSIÓN

El conjunto que contiene los 5 desencadenantes seleccionados casi triplica la eficacia de la revisión de los REM en la detección de EA. Esto sugiere que este conjunto es fácilmente implementable y de gran utilidad en la práctica de la gestión de riesgos.

WHAT DO WE KNOW ABOUT PATIENT SAFETY CULTURE IN SAUDI ARABIA? A DESCRIPTIVE STUDY

Alaska, Yasser A. MBBS; Alkutbe, Rabab B. PhD

From the Technical Affair, Saudi Patient Safety Center (SPSC)

Journal of Patient Safety [19\(8\):p 517-524, December 2023.](#)

DOI: 10.1097/PTS.0000000000001165

RESUMEN

ANTECEDENTES

La seguridad del paciente se describe como la prevención y mitigación de los errores médicos que pueden provocar daños mientras el paciente recibe atención sanitaria. Una forma importante de mejorar la seguridad es mejorar la cultura de seguridad del paciente en la asistencia sanitaria. Los objetivos de este estudio son evaluar la tendencia de la cultura de seguridad del paciente en Arabia Saudí y valorar la mejora a lo largo del tiempo.

MÉTODOS

Este estudio es un estudio descriptivo que utilizó un análisis retrospectivo de un conjunto de datos nacionales durante 3 ciclos de 2019 a 2022. Para generar una línea de base y permitir la comparación de los resultados de la encuesta del hospital con los hallazgos agregados de la base de datos, se calcularon los percentiles 10, 25, 50, 75 y 90 para establecer el porcentaje de valores.

RESULTADO

Nuestros resultados revelaron que uno de los obstáculos para el desarrollo de una sólida cultura de seguridad del paciente en Arabia Saudí es el apoyo de la dirección a la seguridad del paciente, que

provocó una cultura de culpabilización. Esto podría explicar la ausencia de mejora en el porcentaje medio de notificación de sucesos relacionados con la seguridad del paciente en los 3 ciclos. Por otra parte, se observó una disminución del aprendizaje organizativo/mejora continua, así como una reducción del porcentaje positivo de valoraciones de la seguridad del paciente en el último ciclo. Además, las áreas de fortaleza en los 3 ciclos no alcanzaron el percentil 75, mientras que los dominios de dotación de personal y respuesta a errores siguieron siendo los compuestos con puntuaciones más bajas en todos los ciclos.

CONCLUSIÓN

Nuestros resultados han determinado el percentil de la tasa positiva que podría orientar a los hospitales para mejorar los resultados de sus encuestas de cultura. Más investigaciones pueden centrarse en el cambio a lo largo de los años tanto en la cultura de seguridad del paciente como en la eficacia de la aplicación de intervenciones para medir el impacto en la calidad de la atención.

EXPLORING THE “BLACK BOX” OF RECOMMENDATION GENERATION IN LOCAL HEALTH CARE INCIDENT INVESTIGATIONS: A SCOPING REVIEW

Lea, William BM, BS; Lawton, Rebecca PhD; Vincent, Charles PhD; O'Hara, Jane PhD

From the York & Scarborough Teaching Hospital NHS Foundation Trust, University of Leeds, Leeds

Journal of Patient Safety [19\(8\):p 553-563, December 2023](#). | DOI: 10.1097/PTS.0000000000001164

ANTECEDENTES

La investigación de incidentes sigue siendo la piedra angular de la gestión y la mejora de la seguridad del paciente, con recomendaciones destinadas a impulsar la acción y la mejora. Existen pocas pruebas empíricas acerca de cómo se generan las recomendaciones o se evalúa su efectividad en los contextos hospitalarios del mundo real.

OBJETIVOS

Nuestras preguntas de investigación, relativas a las investigaciones internas de los hospitales, eran las siguientes: (1) ¿Qué enfoques de la investigación de incidentes se utilizan antes de generar recomendaciones? (2) ¿Cuáles son los procesos de generación de recomendaciones tras la investigación de un incidente relacionado con la seguridad del paciente? (3) ¿Cuál es el número y el tipo de recomendaciones propuestas? (4) ¿Qué criterios utilizan los hospitales o los autores de los estudios para evaluar la calidad o la solidez de las recomendaciones formuladas?

MÉTODOS

Siguiendo las directrices PRISMA-ScR, se realizó

una revisión del alcance. Se incluyeron los estudios que aportaban datos de las investigaciones realizadas y las recomendaciones generadas en los hospitales. Las preguntas de la revisión se respondieron con análisis de contenido, y las recomendaciones extraídas se categorizaron y contaron.

RESULTADOS

Once estudios cumplieron los criterios de inclusión. El análisis de causa raíz fue el enfoque de investigación dominante, pero los métodos para la generación de recomendaciones no estaban claros. Se extrajeron un total de 4.579 recomendaciones, en su mayoría centradas en el comportamiento de los individuos más que en abordar las deficiencias de los sistemas (<7% clasificadas como sólidas). Los estudios incluidos informaron de la eficacia de las recomendaciones en función de jerarquías de «acción» predefinidas o de la recurrencia de incidentes, de la que no se informó exhaustivamente.

CONCLUSIONES

A pesar de la omnipresencia de la investigación de incidentes, existe una sorprendente falta de pruebas sobre cómo se generan o deben generarse las recomendaciones. Se presentan pocos datos que demuestren que las investigaciones o las recomendaciones se traducen en una mejora de la calidad o la seguridad de la asistencia. Sostenemos que, aunque las investigaciones de incidentes siguen siendo fundamentales para la seguridad de los pacientes, es necesario investigar más a fondo cómo se lleva a cabo realmente esta importante labor y si puede contribuir a mejorar la calidad de la asistencia.

DEVELOPMENT AND EVALUATION OF PATIENT SAFETY INTERVENTIONS: PERSPECTIVES OF OPERATIONAL SAFETY LEADERS AND PATIENT SAFETY ORGANIZATIONS

Gomes, Kylie M. PhD; Handley, Jessica MA; Pruitt, Zoe M. MA; Krevat, Seth MD; Fong, Allan MS; Ratwani, Raj M. PhD

From the MedStar Health National Center for Human Factors in Healthcare

Journal of Patient Safety ():10.1097/

PTS.0000000000001233, May 13, 2024. | DOI:

10.1097/PTS.0000000000001233

OBJETIVOS

El propósito de este estudio es comprender cómo los profesionales de la seguridad del paciente de los centros sanitarios y las organizaciones de seguridad del paciente desarrollan intervenciones de seguridad del paciente y los recursos utilizados para apoyar el desarrollo de intervenciones.

MÉTODOS

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales de la seguridad del paciente de nueve centros sanitarios y nueve organizaciones para la seguridad del paciente. Los datos de las entrevistas se analizaron cualitativamente, y los resultados se organizaron según los siguientes criterios: soluciones e intervenciones para la seguridad del paciente, uso de bases de datos externas y evaluación de las soluciones para la seguridad del paciente.

RESULTADOS

El desarrollo de intervenciones para la seguridad del paciente en los centros sanitarios y las organizaciones para la seguridad del paciente fue similar

e incluyó búsquedas bibliográficas, lluvias de ideas internas y entrevistas. Casi todos los profesionales de la seguridad del paciente de los centros sanitarios afirmaron ponerse en contacto con colegas de otros centros sanitarios para conocer problemas de seguridad similares y posibles intervenciones. Además, menos de la mitad de los profesionales de seguridad del paciente de los centros sanitarios y las organizaciones de seguridad del paciente entrevistados comunican datos a bases de datos de seguridad del paciente de acceso público. Por último, la mayoría de los profesionales de seguridad del paciente de los centros sanitarios y las organizaciones de seguridad del paciente afirmaron que evalúan la eficacia de las intervenciones de seguridad del paciente; sin embargo, mencionaron métodos que pueden ser menos rigurosos, como auditorías, autoinformes y juicios subjetivos.

CONCLUSIONES

Los profesionales de la seguridad del paciente utilizan a menudo métodos y recursos similares para desarrollar y evaluar las intervenciones de seguridad del paciente; sin embargo, muchos de estos esfuerzos no están coordinados entre las organizaciones sanitarias y podrían beneficiarse de un trabajo colectivo sistemático. Además, los centros sanitarios y las organizaciones de seguridad del paciente se enfrentan a retos similares y existen varias oportunidades de optimización a escala nacional que podrían mejorar la seguridad del paciente.

THE ROLE OF PEDIATRIC NURSES DURING PREVENTABLE ADVERSE EVENT DISCLOSURE: A SCOPING REVIEW

Sexton, Jessica R. MSN, RN; Kelly-Weeder, Susan PhD, RN
FAAN

From the Boston College, Chestnut Hill, Massachusetts.

Journal of Patient Safety ():10.1097/
PTS.0000000000001239, May 16, 2024.

DOI: 10.1097/PTS.0000000000001239

OBJETIVOS

Los eventos adversos prevenibles (EAP) ocurren en todo el espectro de la asistencia sanitaria y, lamentablemente, los errores, los eventos adversos y los EAP son frecuentes en la atención pediátrica. Históricamente, la función de la divulgación de los EAP a los pacientes y sus familias se realizaba entre la díada de médico y paciente, y los médicos asumían la responsabilidad de la divulgación. En los últimos años, en algunas instituciones ha surgido una tendencia hacia un enfoque basado en equipos multidisciplinares, aunque el papel de las enfermeras pediátricas dentro del equipo que revela un EAP no se comprende del todo. Dada la relación única entre las enfermeras pediátricas y sus pacientes y sus familias, es esencial entender qué nos dice la literatura sobre el papel de las enfermeras pediátricas durante la revelación de un EAP.

MÉTODOS

El método de revisión del alcance de Arksey y O'Malley guió este protocolo de estudio y el marco

de los Elementos de Información Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Meta-Análisis extensión para Revisiones del Alcance guió la presentación de informes.

RESULTADOS

La muestra final incluyó cinco artículos para la síntesis: ninguno informó o describió un papel específico para las enfermeras pediátricas durante la revelación de la EAP.

CONCLUSIONES

Existe un vacío en la literatura sobre el papel de las enfermeras pediátricas durante la revelación de la EAP. Dos temas surgieron de esta revisión: el uso de un enfoque basado en el equipo para la revelación, y la necesidad de proporcionar apoyo emocional al paciente pediátrico y su familia. Hay una necesidad de investigación adicional sobre el papel de las enfermeras pediátricas como parte de un proceso de revelación basado en el equipo y cómo las enfermeras pediátricas actualmente proporcionan, o desean proporcionar, apoyo emocional al paciente y su familia.



¿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 6

AÑO 2023

ISSN 2452-4468

Nº1

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:

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

2. ARTÍCULOS DE REVISIÓN:

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

3. RECOMENDACIONES DE FSP CHILE

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

4. CASOS CLÍNICOS

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

5. CRÓNICAS

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

6. CONTRIBUCIONES

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

Su extensión no debe sobrepasar 1 página 500 palabras

7. REVISTA DE REVISTAS:

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

8. ENTREVISTAS

Entrevista realizadas a personalidades de la Seguridad del Paciente.

9. RECOMENDACIONES PRACTICAS

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

10. CURSOS Y CONGRESOS

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

11. CARTAS AL EDITOR

Referentes a comentarios específicos a publicaciones de la revista.

Su extensión no debe sobrepasar las 500 palabras.

II.- DISPOSICIONES VARIAS

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

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

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

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

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

f. Queremos y podemos publicar trabajos o artículos 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