

Módulo IV

“REPORTE, MEJORA CONTINUA Y TRABAJO EN EQUIPO”

CURSO: PREVENCIÓN DE ERRORES DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ORALES E INHALATORIOS PARA TENS

EU Carolina Ramírez M.

EU María de los Angeles Cabrera



Índice

Índice	2
Introducción	3
1.- REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES:	4
1.1. Conceptos claves:.....	4
1.2. Cuándo notificar:.....	5
1.3. Cómo notificar :.....	7
2.1. El trabajo en equipo en la seguridad del paciente:.....	9
2.2. Comunicación efectiva en el equipo de salud:	10
BIBLIOGRAFÍA	15

Introducción

El reporte de incidentes constituye uno de los pilares fundamentales de la cultura de seguridad del paciente. Sin información confiable sobre lo que ocurre en la práctica cotidiana, las instituciones de salud operan a ciegas: no pueden identificar patrones de riesgo, no pueden corregir fallas latentes del sistema y no pueden proteger de manera efectiva a las personas que atienden.

En el ámbito de la administración de medicamentos orales e inhalatorios, donde el TENS participa de forma directa y frecuente, cada evento no reportado representa una oportunidad de aprendizaje perdida y un riesgo que permanece activo para el siguiente paciente.

Históricamente, los sistemas de salud han respondido a los errores con un enfoque punitivo centrado en la culpa individual. Esta lógica generó una cultura del silencio: el profesional que cometía o detectaba un error tendía a ocultarlo por temor a sanciones laborales, a la vergüenza frente a sus pares o a posibles consecuencias legales. El resultado de esa dinámica fue paradójico y dañino. Al no reportarse los incidentes, las causas sistémicas — protocolos ambiguos, sobrecarga de trabajo, envases similares, interrupciones frecuentes, fallas de comunicación — permanecían intactas y los mismos errores se repetían una y otra vez. La evidencia internacional ha demostrado de manera consistente que castigar al individuo sin analizar el sistema no reduce la tasa de eventos adversos; por el contrario, la aumenta al desalentar la transparencia.

El cambio de paradigma hacia un modelo de sistema y de aprendizaje organizacional ha transformado la manera en que se comprende el error en salud. Inspirado en industrias de alta confiabilidad como la aviación y la energía nuclear, este enfoque reconoce que los seres humanos cometen errores de manera inevitable y que la seguridad se construye diseñando barreras, procesos y equipos capaces de detectar, contener y aprender de esas fallas. En este marco, el reporte deja de ser una denuncia y se convierte en un acto de responsabilidad profesional al servicio de la mejora continua. La Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud de Chile y organismos como el Institute for Safe Medication Practices (ISMP) coinciden en que una cultura justa —que distingue entre error humano honesto, riesgo conductual y conducta temeraria— es condición necesaria para que el reporte fluya y el aprendizaje ocurra.

Junto con el reporte, el trabajo en equipo y la comunicación efectiva son determinantes de la seguridad en la administración de medicamentos. Ningún profesional, por competente que sea, puede garantizar por sí solo la integridad de un proceso que involucra prescripción, dispensación, preparación, administración y monitoreo. Las barreras de seguridad se activan cuando el médico, la enfermera, el TENS, el farmacéutico y el propio paciente intercambian información de manera clara, oportuna y respetuosa.

1.- REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES:

El registro y el reporte de incidentes son procesos complementarios que permiten transformar un evento puntual en información útil para la gestión de riesgos. El registro documenta lo ocurrido en la ficha clínica y en los formularios institucionales; el reporte canaliza esa información hacia los sistemas de análisis, de modo que la organización pueda identificar causas, implementar acciones correctivas y retroalimentar al equipo. Ambos procesos exigen objetividad, oportunidad y respeto por la confidencialidad de las personas involucradas.

1.1. Conceptos claves:

En el contexto de la administración de medicamentos, es indispensable manejar con precisión el lenguaje de la seguridad del paciente.

Un incidente es todo evento o circunstancia que podría haber ocasionado, o que ocasionó, un daño innecesario a un paciente.

El casi error o near miss es un incidente que no alcanza al paciente gracias a la detección oportuna o al azar; por ejemplo, cuando el TENS advierte que la dosis preparada no coincide con la indicación antes de administrarla.

Un evento adverso es un incidente que sí produce daño, de gravedad variable. Un evento centinela es un suceso inesperado que causa muerte o daño físico o psicológico grave, o el riesgo de que ocurra; en medicación, un ejemplo sería la administración de un fármaco al que el paciente tenía alergia documentada con resultado de anafilaxia.

James Reason distinguió entre errores activos y errores latentes.

El **error activo** es el que comete la persona en la interfaz directa con el paciente: administrar el medicamento equivocado, omitir una dosis o entregar un inhalador sin verificar la técnica.

El **error latente** es una falla del sistema que permanece dormida hasta que se combina con otras condiciones: un protocolo desactualizado, un carro de medicamentos desordenado, turnos con personal insuficiente, envases de aspecto similar o la ausencia de doble chequeo en fármacos de alto riesgo. Comprender esta distinción es esencial, porque el reporte no busca solo describir lo que hizo el profesional, sino revelar las condiciones del sistema que hicieron posible el error.

Reportar genera beneficios en tres niveles. A nivel individual, permite al TENS cumplir con su deber ético y legal, proteger al paciente y resguardar su propia práctica mediante una documentación clara. A nivel de equipo, el reporte habilita el debriefing, la corrección de rutinas inseguras y el fortalecimiento de la confianza mutua. A

nivel del sistema de salud, alimenta bases de datos institucionales y nacionales —como los mecanismos de vigilancia impulsados por el MINSAL— que permiten detectar tendencias, emitir alertas y diseñar políticas de prevención. Sin reporte no hay datos; sin datos no hay mejora.

Pese a estos beneficios, persisten barreras bien documentadas. El miedo al castigo y a la sanción laboral sigue siendo la principal. Le siguen la vergüenza ante los pares, la percepción de que reportar no cambia nada, la falta de tiempo en turnos sobrecargados y el desconocimiento del formulario o del circuito institucional. Superar estas barreras exige liderazgo visible que valore el reporte, sistemas de notificación simples y no punitivos, retroalimentación oportuna al denunciante y formación continua que normalice el error como fuente de aprendizaje. El TENS que reporta no debilita al equipo: lo fortalece.

1.2. Cuándo notificar:

La regla general es inequívoca: todo error de medicación que llegue o no al paciente debe ser reportado. Incluir los near miss no es un exceso burocrático; es la forma más eficiente de corregir riesgos antes de que produzcan daño. Si un error fue detenido a tiempo, el sistema tuvo suerte o contó con una barrera efectiva; en ambos casos conviene saber por qué estuvo a punto de fallar.

En Chile, el marco de calidad y seguridad del paciente impulsado por el Ministerio de Salud orienta a los establecimientos de la red asistencial a contar con sistemas de notificación de eventos adversos e incidentes, en coherencia con los estándares de acreditación y con las orientaciones de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. La notificación obligatoria se activa de manera prioritaria ante eventos centinela, eventos adversos graves, errores de medicación con daño o potencial de daño significativo, reacciones adversas a medicamentos y fallas de procesos que expongan a riesgo a otros pacientes. Cada establecimiento define en su reglamento interno los plazos y los responsables, pero el principio rector es la oportunidad: cuanto antes se notifique, antes se puede proteger al paciente y al resto de la unidad.

Existen situaciones que exigen reporte inmediato y otras que admiten un reporte diferido dentro del mismo turno o jornada. El reporte inmediato corresponde cuando hay daño actual o potencial grave, cuando el paciente requiere evaluación médica urgente, cuando el medicamento administrado es de alto riesgo o cuando existe sospecha de que el mismo error podría repetirse en minutos con otros pacientes del carro o de la ronda. El reporte diferido, sin dejar de ser obligatorio, aplica a near miss detectados y contenidos, a desviaciones de protocolo sin daño y a hallazgos de condiciones inseguras que no representan amenaza inminente. En todos los casos, la documentación en ficha clínica no se posterga si el paciente recibió el medicamento o requiere seguimiento.

El near miss merece un énfasis especial. La frase orientadora para el TENS es simple: si no llegó al paciente, igualmente se reporta. Un inhalador entregado al paciente equivocado y recuperado en la puerta de la habitación, una dosis de anticoagulante oral preparada al doble de lo indicado y detenida en el doble chequeo, o un frasco de jarabe con etiqueta deteriorada descubierto en el carro son oportunidades de oro para corregir el sistema sin que nadie haya resultado dañado. Ignorarlos es desperdiciar la mejor evidencia disponible sobre dónde fallan los procesos.

La tabla siguiente organiza ejemplos frecuentes en la práctica del TENS, con su nivel de gravedad orientativo, el plazo de notificación recomendado y el responsable principal de activar el reporte. Los plazos concretos pueden variar según el protocolo de cada establecimiento, por lo que el TENS debe conocer y aplicar la normativa local.

Tabla. Situaciones que requieren reporte en la administración de medicamentos orales e inhalatorios:

Tipo de incidente	Gravedad	Plazo de notificación	Responsable
Near miss: dosis preparada incorrecta detectada antes de administrar	Baja (sin daño)	Durante el turno (diferido)	TENS que detecta; informa a enfermera a cargo
Medicamento oral administrado a paciente equivocado, sin síntomas	Moderada	Inmediato	TENS + enfermera; médico evalúa al paciente
Error de dosis de fármaco de alto riesgo (p. ej., anticoagulante oral)	Alta	Inmediato	TENS + enfermera + médico; activa protocolo institucional
Administración de medicamento con alergia documentada	Alta / centinela potencial	Inmediato	Equipo completo; notificación a calidad/riesgos
Omision de dosis crítica (antibiótico, insulina oral según protocolo)	Moderada a alta	Inmediato o en el turno	TENS informa; enfermera gestiona reprogramación y reporte
Inhalador entregado con técnica incorrecta y sin educación	Baja a moderada	Durante el turno	TENS; refuerza educación y reporta desviación de protocolo
Evento centinela por medicación (daño grave o muerte)	Centinela	Inmediato (minutos)	Jefatura clínica + calidad; reporte MINSAL según normativa
Condición insegura: envases similares sin separación en carro	Latente (potencial)	Durante la jornada	TENS o cualquier integrante; área de farmacia/calidad

Como se observa, la gravedad no es el único criterio para decidir si se reporta: también lo es el potencial de aprendizaje y de prevención. Una condición latente aparentemente menor puede ser el precursor de un evento centinela si no se corrige a tiempo.

1.3. Cómo notificar:

En Chile, los establecimientos de la red pública y privada cuentan con sistemas de reporte interno de incidentes y eventos adversos, generalmente gestionados por las unidades de calidad, seguridad del paciente o gestión de riesgos clínicos. Según el tipo de establecimiento y su nivel de desarrollo, estos sistemas pueden incluir formularios en papel, plataformas electrónicas institucionales o herramientas alineadas con iniciativas de vigilancia y aprendizaje. Independientemente del soporte, el TENS debe conocer el circuito local: a quién se informa primero, qué formulario se utiliza, en qué plazos y cómo se resguarda la confidencialidad.

Un reporte útil responde de manera clara a las preguntas qué ocurrió, cuándo, dónde, cómo se detectó, quiénes participaron en la atención, qué se hizo de inmediato y cuál fue la condición del paciente. La descripción debe ser factual, cronológica y libre de juicios de valor. No corresponde escribir «la enfermera se equivocó por descuido» ni «el médico no revisó bien»; sí corresponde consignar «se administró metformina 850 mg al paciente de la cama 4 a las 14:10 horas; la indicación vigente era 500 mg; el error se detectó al cotejar la tarjeta de medicamentos con la ficha; se informó de inmediato a la enfermera a cargo y al médico de turno; el paciente se encuentra hemodinámicamente estable y en observación».

El reporte en la ficha clínica es un acto distinto del formulario de incidentes, aunque ambos deben ser coherentes. En la ficha se documenta de manera objetiva la evaluación del paciente, las medidas adoptadas, las indicaciones médicas recibidas y la evolución. Se escribe en primera persona o en tercera persona impersonal según la norma local, siempre con hora, fecha y nombre legible o firma electrónica. No se utilizan expresiones acusatorias ni se especula sobre intenciones. La ficha es un documento clínico-legal; su calidad protege al paciente y al equipo.

Los sistemas modernos de reporte promueven la confidencialidad y, en muchos casos, permiten la notificación anónima o nominativa con resguardo de identidad frente a sanciones automáticas. La confidencialidad no impide la investigación interna ni el análisis de causa raíz; lo que busca es separar el aprendizaje del castigo indebido. El TENS debe confiar en que reportar de buena fe forma parte de su quehacer profesional y está respaldado por la cultura justa que las instituciones acreditadas están obligadas a promover.

Los pasos prácticos para completar un formulario de reporte suelen incluir: identificar el tipo de evento; registrar fecha, hora y lugar; describir los hechos en orden cronológico; señalar el medicamento, dosis, vía y paciente involucrado cuando corresponda; indicar si hubo daño y su gravedad aparente; consignar las acciones inmediatas; proponer, si se solicita, medidas de mejora; y firmar o ingresar el reporte según el sistema. Ante la duda sobre un

campo del formulario, es preferible consultar a la enfermera a cargo o al referente de calidad antes de omitir información relevante.

El diagrama de flujo siguiente resume el proceso completo, desde la detección del incidente hasta el cierre del caso con análisis y retroalimentación al equipo.

Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de reporte de incidentes de medicación:



Este circuito solo funciona si cada eslabón se activa. Un reporte que no recibe retroalimentación desmotiva al equipo; una contención clínica sin documentación deja desprotegido al paciente; un análisis sin acciones correctivas convierte el aprendizaje en un ritual vacío. El TENS participa de manera directa en los primeros seis pasos y se beneficia del noveno cuando el servicio comparte las lecciones aprendidas.

2.- TRABAJO EN EQUIPO Y COMUNICACIÓN EFECTIVA:

La administración segura de medicamentos es, por definición, un proceso interdisciplinario. La calidad del resultado depende tanto de la competencia individual como de la capacidad del equipo para coordinarse, compartir información crítica y corregirse mutuamente. Este capítulo desarrolla el fundamento del trabajo en equipo en seguridad del paciente y las herramientas de comunicación que el TENS debe dominar.

2.1. El trabajo en equipo en la seguridad del paciente:

El modelo del queso suizo de James Reason ofrece una metáfora potente para comprender cómo los equipos previenen el daño. Cada rebanada de queso representa una barrera de seguridad: la prescripción clara, la validación farmacéutica, la preparación cuidadosa, la verificación de los derechos, la educación al paciente, el monitoreo posterior. En cada rebanada existen agujeros —fallas latentes o activas—. El daño ocurre solo cuando los agujeros de varias barreras se alinean y permiten que la trayectoria del accidente atraviese todas las capas. El trabajo en equipo multiplica y desalinea esos agujeros: lo que un profesional no ve, otro puede detectar.

En el equipo multidisciplinario de un servicio de medicina interna, de un CESFAM o de una unidad de hospitalización, los roles se complementan. El médico prescribe y ajusta la terapia según la evolución clínica. La enfermera planifica el cuidado, prioriza la ronda de medicamentos, supervisa la administración y gestiona la comunicación con el resto del equipo. El TENS prepara y administra medicamentos orales e inhalatorios según protocolo, verifica identidad y derechos, educa al paciente en la técnica inhalatoria, registra y alerta ante desviaciones. El farmacéutico valida interacciones, concilia tratamientos y orienta sobre look-alike/sound-alike y fármacos de alto riesgo. El kinesiólogo, en muchos contextos, refuerza la técnica inhalatoria y el manejo respiratorio. Ninguno reemplaza al otro; todos son necesarios.

La interdependencia se hace evidente en la cadena del medicamento. Una indicación ambigua no corregida por farmacia ni consultada por enfermería ni cuestionada por el TENS puede llegar intacta hasta el paciente. Por el contrario, cuando cada rol ejerce su barrera con atención y se comunica con los demás, la probabilidad de alineación de fallas disminuye de manera drástica. La falta de coordinación produce omisiones, duplicidades, retrasos en dosis críticas y un clima de trabajo fragmentado donde cada quien «cumple lo suyo» sin mirar el proceso completo.

La tabla siguiente ilustra el modelo de barreras de seguridad (queso suizo) aplicado a la administración de medicamentos, identificando el rol principal de cada capa y un ejemplo de falla que esa barrera puede contener.

Tabla . Modelo de barreras de seguridad (queso suizo) en la administración de medicamentos:

Barrera (capa)	Rol principal	Ejemplo de protección	Ejemplo de «agujero»
Prescripción segura	Médico	Indicación completa, legible, sin abreviaturas peligrosas	Dosis ambigua o decimales mal usados
Validación farmacéutica	Farmacéutico	Detectar interacciones y dosis fuera de rango	Dispensación sin revisión por sobrecarga
Planificación del cuidado	Enfermera	Priorizar horarios y doble chequeo de alto riesgo	Delegar sin supervisión en turno crítico
Preparación y verificación	TENS / Enfermera	Cotejo de derechos, identidad y alergias	Interrupciones y omisión de un verificador
Administración y educación	TENS	Técnica correcta oral/inhalatoria y teach-back	Entregar inhalador sin comprobar técnica
Monitoreo y reporte	Equipo completo	Detectar efecto adverso y reportar incidentes	Normalizar el near miss sin notificarlo

2.2. Comunicación efectiva en el equipo de salud:

Las barreras de comunicación en el equipo de salud son frecuentes y peligrosas. La jerarquía puede inhibir al TENS o al profesional en formación para cuestionar una indicación. Los tecnicismos mal compartidos generan malentendidos. La prisa del turno comprime los mensajes y elimina la confirmación. La fatiga reduce la atención al detalle y la paciencia para escuchar. A estas barreras se suman el ruido ambiental, las interrupciones y el uso incompleto de registros clínicos. Reconocerlas es el primer paso para neutralizarlas.

La técnica ISOBAR (en algunas instituciones SBAR o variantes locales) estructura la comunicación clínica en componentes estables.

- **Identificación:** quién habla y sobre qué paciente.
- **Situación:** qué está ocurriendo ahora.
- **Observación o antecedentes:** datos clínicos relevantes y contexto.
- **Background o evaluación breve:** lo que se ha hecho y lo que se interpreta.
- **Acuerdo o recomendación:** qué se solicita o propone.
- **Relectura o confirmación:** verificar que el mensaje fue comprendido.

Aplicada al reporte de un error de medicación, ISOBAR evita el relato desordenado y asegura que el médico o la enfermera reciban la información necesaria para actuar.

La técnica read-back o lectura de confirmación consiste en repetir de vuelta la indicación o el mensaje crítico recibido, para que el emisor valide su exactitud. Es especialmente útil en indicaciones verbales de emergencia, en transmisión de dosis y en pases de turno. El TENS que escucha «administre 5 mg» y responde «confirmando: cinco miligramos de... al paciente... por vía...» reduce de manera notable los errores de interpretación. Donde la norma institucional exige indicación escrita, el read-back no la reemplaza; la complementa mientras se regulariza el registro.

La comunicación asertiva permite al TENS expresar una duda o un desacuerdo sin agredir y sin someterse. Se caracteriza por un tono calmado, un mensaje en primera persona, la descripción concreta del hecho y una petición clara. Frente a una indicación confusa, un ejemplo asertivo sería: «Doctor, al revisar la ficha del señor Pérez veo la indicación de amoxicilina 500 mg cada 8 horas, pero en la alergias figura reacción a penicilina. ¿Puede confirmar si mantenemos o ajustamos la terapia antes de administrar?». Esta formulación protege al paciente y preserva la relación profesional.

La comunicación con el paciente y su familia se enmarca en la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud en Chile. El paciente tiene derecho a la información oportuna y comprensible sobre su estado y su tratamiento. Cuando ocurre un error, la transparencia —comunicar con honestidad, empatía y en lenguaje claro lo sucedido, las medidas adoptadas y los pasos siguientes— es un estándar ético y de seguridad, no un acto de debilidad institucional. El TENS no reemplaza al médico en la revelación formal de eventos graves, pero sí debe ser coherente, no minimizar lo ocurrido y derivar las preguntas clínicas al profesional responsable.

A continuación se presenta un ejemplo de comunicación ISOBAR aplicada a un incidente de medicación, útil como modelo para el TENS en situaciones reales.

Dominar la comunicación estructurada y asertiva no es un adorno de la competencia técnica del TENS: es parte de la competencia técnica. Un procedimiento impecable puede deshacerse en segundos si la información crítica no se transmite a tiempo o se transmite de forma hostil e ineficaz.

Ejemplo de comunicación ISOBAR ante un incidente de medicación

Identificación: «Soy Camila, TENS del sector B. Le informo por el paciente Juan Soto, RUT 12.345.678-9, cama 12, medicina interna.»

Situación: «Detecté que se le administró enalapril 20 mg a las 16:00 horas en lugar de los 10 mg indicados en la ficha.»

Observación / antecedentes: «El paciente es adulto mayor, hipertenso, estable hasta ahora. Presión arterial actual 128/74 mmHg, sin mareos ni otros síntomas. El error se advirtió al cotejar la tarjeta con la indicación médica vigente después de la administración.»

Background / evaluación: «Ya informé a la enfermera a cargo. El paciente está en observación. Revisamos que no haya otras dosis preparadas en el carro con el mismo error.»

Acuerdo / recomendación: «Necesito que lo evalúe y defina controles adicionales o ajuste de la próxima dosis. También activaré el reporte de incidente según protocolo.»

Relectura: «¿Confirma que evalúa al paciente ahora y que mantengo monitoreo de presión cada 30 minutos hasta nueva indicación?»

No todas las formas de comunicar una preocupación producen el mismo efecto. La tabla comparativa siguiente contrasta los estilos pasivo, agresivo y asertivo en situaciones típicas de la administración de medicamentos, de modo que el TENS pueda reconocer y practicar el estilo más seguro y profesional.

Dimensión	Estilo pasivo	Estilo agresivo	Estilo asertivo
Actitud	Calla la duda para no molestar	Acusa o impone con hostilidad	Expresa la preocupación con respeto y firmeza
Ejemplo ante dosis dudosa	«Bueno... si usted lo dice...» y administra	«Esta indicación está mal, como siempre»	«La dosis me genera duda al compararla con el protocolo; ¿podemos verificarla juntos?»
Ejemplo ante error detectado	No informa por temor a represalias	«Usted tiene la culpa de esto»	«Detecté este desfase; ya aseguré al paciente y necesito apoyo para el siguiente paso»
Efecto en el paciente	Aumenta el riesgo de que el error se concrete	Genera conflicto y retrasa la contención	Activa barreras del equipo y protege al paciente
Efecto en el equipo	Silencio y aprendizaje nulo	Clima de miedo y defensividad	Confianza, reporte y mejora continua
Relación con la cultura de seguridad	La debilita	La debilita	La fortalece

3.- MEJORA DE PRÁCTICAS CLÍNICAS:

La mejora de las prácticas clínicas no ocurre por decreto ni por intuición aislada: requiere un método. El ciclo Planificar–Hacer–Verificar–Actuar (PDCA, también conocido en español como PHVA), popularizado por Deming, ofrece una estructura simple y potente para transformar un problema de medicación en una intervención probada y sostenida. En la fase de planificar se define el problema, se analizan causas y se diseña una intervención. En hacer se implementa a escala piloto. En verificar se miden resultados con indicadores. En actuar se estandariza lo que funcionó o se ajusta el plan para un nuevo ciclo.

Los indicadores de seguridad en la administración de medicamentos permiten saber si las intervenciones están funcionando. Entre los más utilizados se encuentran la tasa de errores de medicación reportados por mil dosis, la tasa de near miss, la proporción de reportes con retroalimentación al notificante, la adherencia a los derechos de la medicación en auditorías de observación, el porcentaje de pacientes educados en técnica inhalatoria con teach-back y el cumplimiento de doble chequeo en fármacos de alto riesgo. Un indicador no mejora la seguridad por sí solo, pero hace visible lo que antes era invisible y orienta las prioridades del equipo.

Los protocolos y procedimientos estandarizados existen para reducir la variabilidad innecesaria. Cuando cada TENS improvisa la secuencia de verificación, el resultado depende del azar y de la experiencia individual. Cuando el equipo acuerda y sigue un procedimiento basado en evidencia, las barreras de seguridad se vuelven predecibles. Seguir el protocolo no anula el juicio profesional: lo enmarca. Si el protocolo entra en conflicto con la seguridad de un paciente concreto, la respuesta correcta es detenerse, consultar y, si corresponde, activar el mecanismo de excepción documentado, no saltarse pasos en silencio.

El diagrama siguiente aplica el ciclo PDCA a un ejemplo concreto de mejora en la administración de medicamentos.

El PDCA convierte la buena intención en método. Cada ciclo cerrado deja una práctica más segura, un equipo más competente y una institución un poco más cercana a la meta de cero daño evitable.

Figura 2. Ciclo PDCA (PHVA) aplicado a la mejora de la administración segura de medicamentos

PLANIFICAR (Plan) Problema: omisiones de verificación de alergias en ronda oral. Meta: 100 % de cotejo de alergias antes de administrar. Causas probables: ausencia de recordatorio visual y prisa. Plan: incorporar ítem de alergias en checklist de carro y briefing de 3 minutos al inicio del turno.	HACER (Do) Capacitar al equipo de TENS y enfermeras del sector en el uso del checklist. Implementar durante 4 semanas en el turno tarde. Registrar en hoja simple si se realizó el cotejo de alergias en cada ronda.
VERIFICAR (Check) Medir adherencia al ítem de alergias (auditoría de 20 rondas/semana), número de near miss relacionados y percepción del equipo. Comparar con la línea de base previa al piloto.	ACTUAR (Act) Si la adherencia supera el 95 % y bajan los incidentes, estandarizar el checklist en todos los turnos y actualizar el procedimiento del servicio. Si no, ajustar el diseño (ubicación del checklist, refuerzo de jefatura) y repetir el ciclo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Salud de Chile. (2013). Orientaciones técnicas para la gestión de la seguridad del paciente y calidad de la atención en Chile. MINSAL.
- Ministerio de Salud de Chile. (2015). Norma General Técnica N.º 140 sobre administración de medicamentos en establecimientos de salud. MINSAL.
- Ministerio de Salud de Chile. (2019). Orientaciones para la implementación de sistemas de notificación y gestión de eventos adversos y incidentes de seguridad del paciente. Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety (v1.1). WHO.
- World Health Organization. (2016). Medication errors: Technical series on safer primary care. WHO.
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Revista Médica Clínica Las Condes, 28(5), 785–795. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.08.006>



Reservados todos los derechos de VASPER CAPACITA. No se permite copiar, reproducir, reeditar, descargar, publicar, emitir, difundir, de forma total o parcial la presente obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin autorización previa y por escrito del autor. La infracción de dichos derechos puede constituir un delito contra la propiedad intelectual.