

**“SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PABELLON Y ANESTESIA”
IMPLEMENTACION SISTEMA NOTIFICACION DE INCIDENTES**



DR. CRISTIAN ROCCO M

**Médico Anestesiólogo
Comisión Seguridad en Anestesia SACH
Magister Gestión Seguridad del Paciente y Calidad Atención
Socio Cooperador SENSAR España
Instructor Simulación Clínica EUSIM**

INTRODUCCION

- **La seguridad del paciente es hoy un tema prioritario.**
- **Anestesiología y Reanimación es una especialidad pionera en la seguridad del paciente.**
- **Existen sistemas de notificación de incidentes, anónimos y voluntarios, cuyo propósito es el registro y análisis sistemático del incidente con el objetivo de aprender del error y cambiar la cultura de seguridad .**
- **Nuestro país no cuenta con un organismo dedicado a la seguridad en anestesia dependiente de su sociedad científica o un sistema general de registro y análisis de incidentes en anestesia.**

OBJETIVO

Objetivo General

Estructurar la puesta en marcha de un sistema de notificación de eventos adversos e incidentes relacionados con anestesia y reanimación a nivel nacional

DEFINICIONES

- **OMS seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño asociado a la asistencia sanitaria a un mínimo aceptable⁽¹⁾.**
- **Vincent la define como el evitar, prevenir o amortiguar los resultados adversos o el daño derivado del proceso de la asistencia sanitaria⁽²⁾.**

1.The Conceptual Framework for the international Classification for patient Safety WHO 2009.

2.The essentials of patient safety. Imperial Centre for patient safety and service quality 2011

OBJETIVO

- **REDUCIR EL DAÑO**
- **Secundariamente reducir el error**

QUE CONSECUENCIAS TIENE LA FALTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

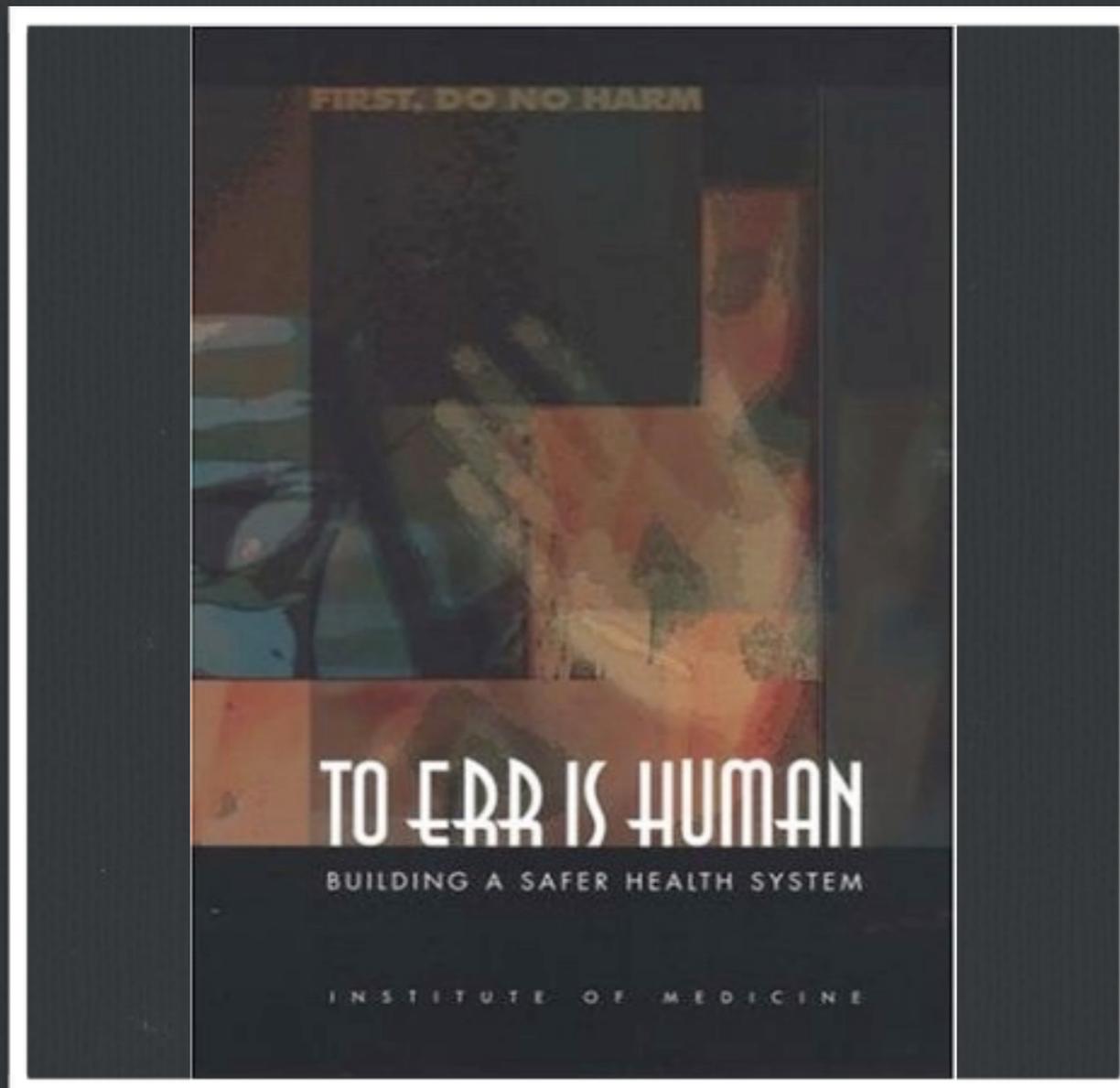
Revisión de 30.000 Historiales (NY)
3,7% Eventos adversos
58% evitables
13,6% resultaron en muerte



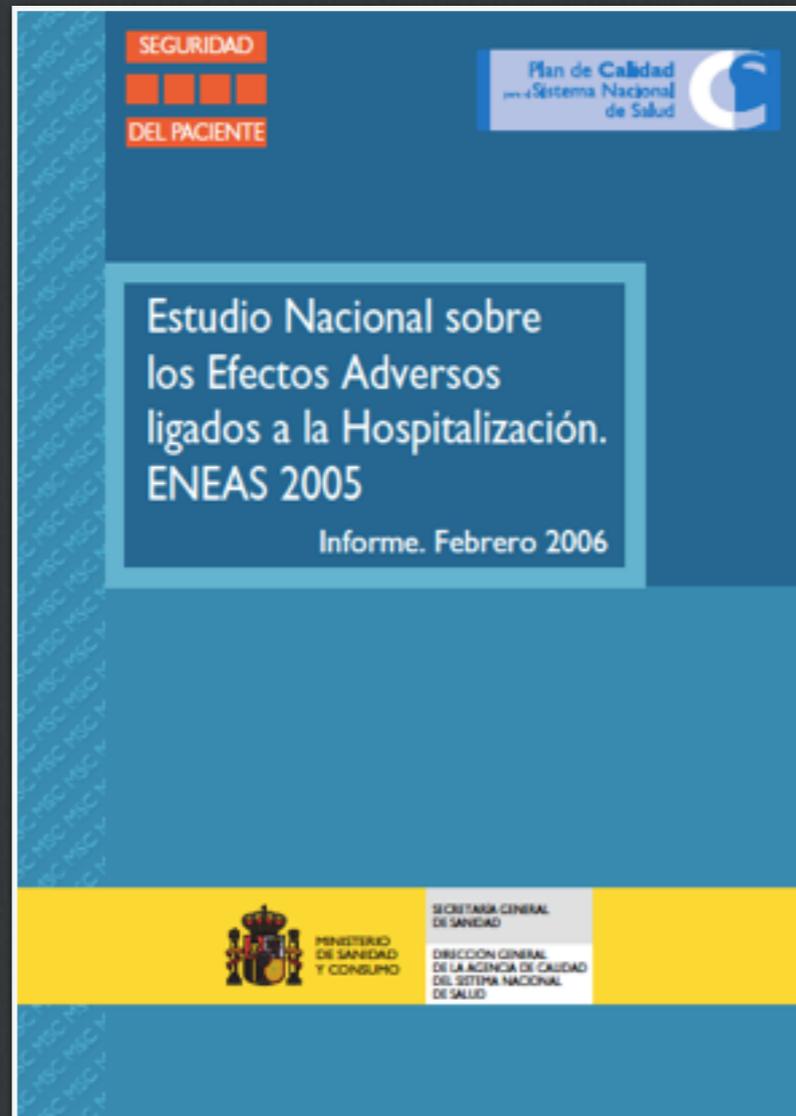
Extrapolado a 33,6M
hospitalizaciones



98.000 muertes/año en USA
(17-29B \$/año)



ESPAÑA: ENEAS 2005 (5624 HC)



- **8,4% Efecto adverso**
- **42,8% Evitables**
- **4,4% Muertes**
- **7.388 Muertes**
- **37,4 % Medicación**
- **25,3% Infección nosocomial**
- **25% Problemas técnicos**

IBEAS 2011

Estudio IBEAS
Prevalencia
de efectos
adversos
en hospitales
de Latinoamérica

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2010
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

- **IBEAS**
(Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica) 2011.
- **11.379** pacientes de **58** hospitales de **5** países.
- **10,5%** Eventos adversos
- **60%** Evitables
- **6%** Muertes evitables.

Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). *BMJ Qual Saf.* Doi: 10.1136/bmjqs.2011.051284.

EN EL MUNDO

- **234 mill. Intervenciones quirúrgicas/año**
- **1/25 habitantes**
- **Mortalidad PO 0,4-0,8%**
- **Complicaciones PO graves 3-17 %**
- **Hospitalizados: 3-16% EA. 50% quirúrgicos. 50% prevenibles**

Problema médico, social y económico



World Health
Organization



Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes (2004)

- **Taxonomía común**
- **Herramientas de investigación/
evaluación**
- **Identificar soluciones**
- **Desarrollar guías**

RETOS MUNDIALES

- **Primer Reto Mundial por la Seguridad del Paciente**
"Una atención limpia es una atención más segura"
- **El control de las infecciones constituye una base sólida y esencial para la seguridad de los pacientes, así como contribuir a la reducción de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS) y sus consecuencias.**
-

SEGUNDO RETO MUNDIAL POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La Cirugía Segura Salva Vidas

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía  Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente

Una lista de verificación para una cirugía más segura

Antes de la inducción de la anestesia → Antes de la incisión cutánea → Antes de que el paciente salga del quirófano

(Con el enfermero y el anestesta, como mínimo)

¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?

Sí

¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?

Sí
 No procede

¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la medicación anestésica?

Sí

¿Se ha colocado el pulsoximetro al paciente y funciona?

Sí

¿Tiene el paciente...

... Alergias conocidas?

No
 Sí

... Vía aérea difícil / riesgo de aspiración?

No
 Sí, y hay materiales y equipos / ayuda disponible

... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)?

No
 Sí, y se ha previsto la disponibilidad de líquidos y dos vías IV o centrales

(Con el enfermero, el anestesta y el cirujano)

Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por su nombre y función

Confirmar la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y el procedimiento

¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?

Sí
 No procede

Previsión de eventos críticos

Cirujano:

¿Cuáles serán los pasos críticos o no sistematizados?

¿Cuánto durará la operación?

¿Cuál es la pérdida de sangre prevista?

Anestesta:

¿Presenta el paciente algún problema específico?

Equipo de enfermería:

¿Se ha confirmado la esterilidad (con resultados de los indicadores)?

¿Hay dudas o problemas relacionados con el instrumental y los equipos?

¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?

Sí
 No procede

(Con el enfermero, el anestesta y el cirujano)

El enfermero confirma verbalmente:

El nombre del procedimiento

El recuento de instrumentos, gasas y agujas

El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)

Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos

Cirujano, anestesta y enfermero:

¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

CHILE

Marco legal



- Ley 19337. Artículo 1
- 12.- “ Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones.
- **La acreditación deberá aplicar iguales estándares a los establecimientos públicos y privados de salud “**

PAUTA DE COTEJO

MANUAL DE ATENCIÓN CERRADA



GESTIÓN CLÍNICA (GCL)

El prestador institucional provee condiciones para la entrega de acciones de salud seguras.

Componente GCL-1

El prestador institucional cuenta con un sistema de evaluación de las prácticas clínicas.

GCL 1.1

Característica

Se aplica un programa de evaluación y mejoría de las prácticas clínicas: Evaluación pre - anestésica.

CÓDIGO CARACTERÍSTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	VERIFICADORES	PUNTOS DE VERIFICACIÓN			OBSERVACIONES
			PQ General	PQ Obst - gine	Pabellón de CMA	
GCL-1.1	Cumple: \geq 75%	Elementos Medibles GCL-1.1				
		Se describe en un documento de carácter institucional el procedimiento de evaluación pre anestésica que considera anestesia general y regional y se han definido los responsables de su aplicación.				
		Se ha definido indicador y umbral de cumplimiento.				
		Existe constancia de que se ha realizado la evaluación periódica.				
		Se constata: presencia de evaluación pre-anestésica en pacientes intervenidos.				

NOTIFICACION OBLIGATORIA

Ámbito: Seguridad de la cirugía

Evento centinela	Medidas que deben ser supervisadas
Enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes quirúrgicos (trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar)	<ul style="list-style-type: none"> • Normas y protocolos de prevención de ETE en todos los pacientes quirúrgicos de riesgo • Evaluación de riesgo de ETE al paciente • Aplicación de medidas de prevención de ETE en todo paciente evaluado con riesgo • Protocolo de manejo clínico de la ETE en el caso centinela
Cirugía de paciente equivocado	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la lista de chequeo en todos los pacientes operados • Normas de identificación del paciente • Procedimiento de identificación aplicado en el caso centinela
Cirugía de sitio equivocado	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la lista de chequeo en todos los pacientes operados • Procedimiento de marcación del sitio quirúrgico en el caso centinela
Cuerpo extraño olvidado	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la lista de chequeo en todos los pacientes operados • Realización del recuento de compresas e instrumental
Paro cardíaco intraoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la lista de chequeo en todos los pacientes operados • Protocolos de evaluación preanestésica en el caso centinela
Extirpación no programada de un órgano	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la lista de chequeo en todos los pacientes operados

Ámbito: Infecciones asociadas a la atención en salud

Evento centinela	Medidas que deben ser supervisadas
Prolongación o reaparición de brote epidémico	<ul style="list-style-type: none">• Normas de prevención recomendadas por el programa de infecciones
Distribución de material no estéril a los servicios clínicos	<ul style="list-style-type: none">• Normas de esterilización de material• Identificación y seguimiento de los pacientes que fueron atendidos con el material

Ámbito: seguridad la medicina transfusional

Evento centinela	Medidas que deben ser supervisadas
Transfusión del paciente equivocado	<ul style="list-style-type: none">• Procedimientos de identificación del paciente• Cumplimiento de indicación de transfusión de hemoderivados acorde a protocolo• Trazabilidad de productos
Transfusión de componentes sanguíneos sin tamizajes microbiológicos conformes	<ul style="list-style-type: none">• Procedimientos de laboratorio, etiquetado, almacenamiento y distribución• Cumplimiento de indicación de transfusión de hemoderivados acorde a protocolo• Trazabilidad de los productos
Infecciones por un agente transmisible que se puede transmitir por transfusiones	<ul style="list-style-type: none">• Procedimientos de laboratorio incluida calibración de equipos y otras• Trazabilidad de productos• Cumplimiento de indicación de transfusión de hemoderivados
Reacción hemolítica aguda por incompatibilidad de grupo sanguíneo	<ul style="list-style-type: none">• Procedimientos de identificación del paciente,• Procedimientos de pruebas pretransfusionales• Cumplimiento de indicación de transfusión de hemoderivados
Reacción por sobre carga de volumen	<ul style="list-style-type: none">• Cumplimiento de indicación de transfusión de hemoderivados

Ámbito: Atención y cuidados de los pacientes

Evento centinela	Medidas que deben ser supervisadas
Caída de pacientes con o sin daño severo	<ul style="list-style-type: none">• Cumplimiento de medidas locales de prevención de caídas
Úlceras por presión (UPP)	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación de riesgo de UPP de pacientes
	<ul style="list-style-type: none">• Aplicación de las medidas de prevención de UPP en pacientes evaluados con mediano y alto riesgo
Error en administración de medicamentos	<ul style="list-style-type: none">• Procedimientos de identificación de paciente• Procedimiento de administración de medicamentos diferentes vías (oral, endovenoso)
Extravío de biopsias	<ul style="list-style-type: none">• Procedimiento etiquetado, traslado y recepción de muestras de biopsias

SEGURIDAD PACIENTE EN ANESTESIA

1978: 1er estudio sobre incidentes críticos en anestesia.

Anesthesiology 1978; 49: 399-406.

1987: 1er programa nacional de comunicación de incidentes:

Australian Incident Monitoring Study.

1999: Los errores médicos son la 7ª causa de muerte. "To err is human. Building a safer health system".

2000: Anestesia es un modelo en seguridad del paciente. BMJ 2000; 320: 785-8.

Antecedentes

"Anaesthesiology as a model for patient safety in health care"
BMJ 2000320: 785-8



1954

IC en seguridad aérea



Anesthesiology
49; 399-406

1978



1985

Anesthesia Patient Safety Foundation

Estudio AIMS
Australian Incident Monitoring Study

1987



1996

JCAHO episodios centinela

1999



Errores médicos
7ª causa de muerte

2000

British Medical Journal

2010

European
Society of
Anaesthesiology **ESA**



HELSINKI DECLARATION ON
PATIENT SAFETY IN ANAESTHESIOLOGY

TODAS las instituciones que proporcionan cuidados anestésicos a pacientes (en Europa) deben cumplir los estándares mínimos de monitorización recomendados por el EBA.

PROTOCOLOS DE MANEJO

- a. Controlar equipos y fármacos.**
- b. Valoración y preparación preoperatoria**
- c. Etiquetado de jeringas.**
- d. Intubación difícil/fallida.**
- e. Hipertermia maligna.**
- f. Anafilaxia.**
- g. Toxicidad por anestésicos locales.**
- h. Hemorragia masiva.**
- i. Control de infecciones.**
- j. Cuidados perioperatorios, incluyendo alivio del dolor.**

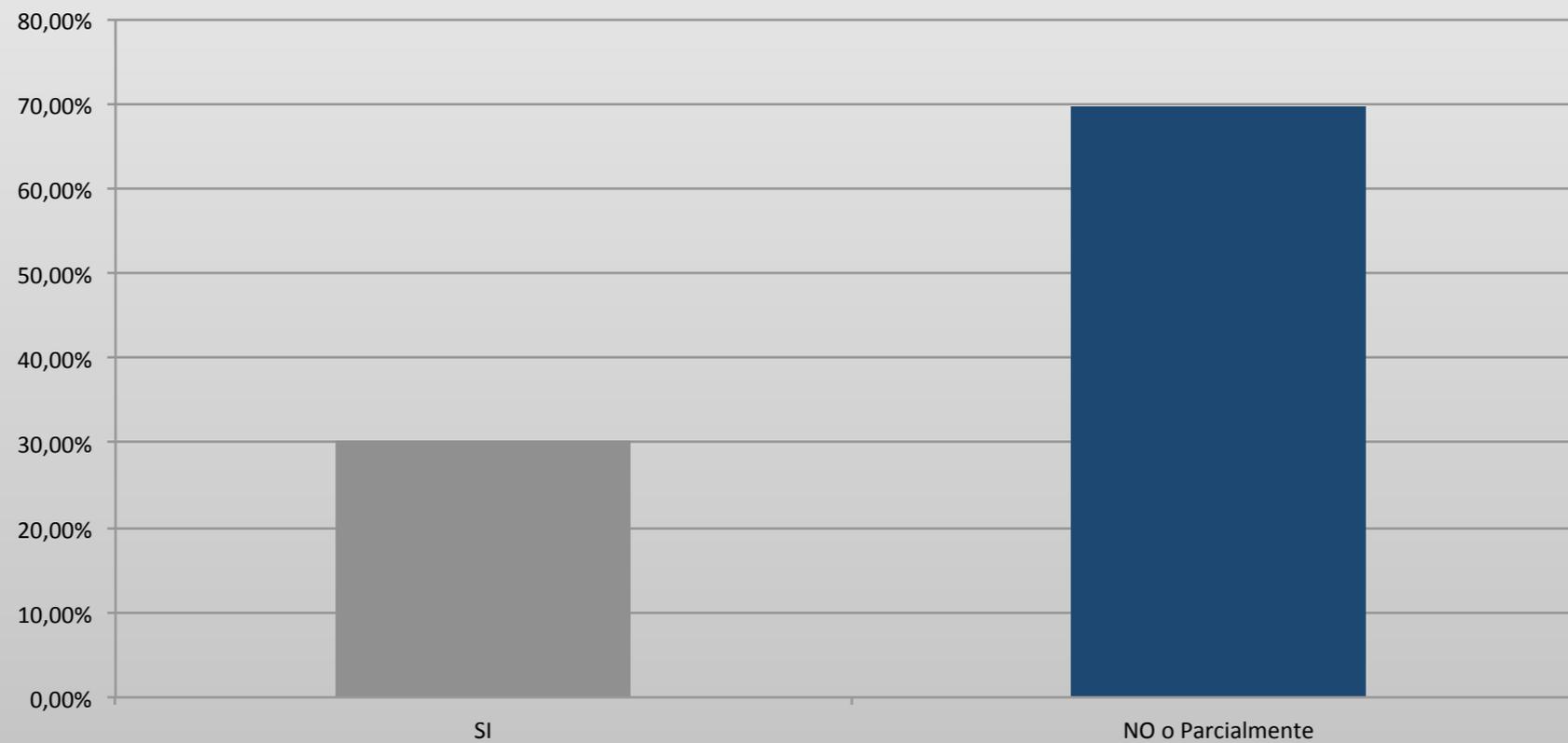
- **Cumplir los estándares de sedación reconocidos en Anestesiología para la práctica segura.**
- **Todas las instituciones deben apoyar la Safe Surgery Lives Initiative (Iniciativa la Cirugía Segura Salva Vidas) de la OMS y su lista de verificación.**
- **Todos los departamentos de anestesiología deben ser capaces de elaborar un informe anual de las medidas tomadas y los resultados obtenidos en la mejora de la seguridad del paciente a nivel local.**
- **Ser capaces de producir un informe anual sobre la morbilidad y mortalidad de pacientes.**
- **Contribuir a las auditorías de prácticas seguras nacionales u otras.**
- **Sistemas de comunicación de incidentes críticos.**



**2012
CLASA**

ENCUESTA SACH HELSINKI

Conoce la declaración de Helsinki sobre la seguridad del paciente en anestesia, firmada el año 2010?



ENCUESTA SACH HELSINKI

PREGUNTA	SI	NO	PARCIALMENTE
Conoce la declaración de Helsinki sobre la seguridad del paciente en anestesia, firmada el año 2010?	30,30%	38,20%	31,40%
Control de fármacos	69,60%	12,30%	17,90%
Evaluación preoperatoria	97,75%	0	2,20%
Etiquetado de jeringas	64,04%	22,47%	13,48%
Intubación difícil/fallida	62,92%	25,84%	11,23%
Hipertermia Maligna	71,91%	19,10%	8,98%
Anafilaxia	57,30%	29,21%	13,48%
Intoxicación anestésicos locales	55,05%	33,70%	11,23%
Hemorragia masiva	31,46%	51,68%	16,85%
control de infecciones	77,52%	10,11%	12,35%
cuidados <u>perioperatorios</u> incluyendo alivio del dolor	60,67%	19,10%	20,22%
En su servicio de anestesia se elabora un informe anual de las medidas tomadas y los resultados obtenidos en la mejora de la seguridad del paciente?	25,84%	43,82%	30,33%
En su servicio de anestesia se elabora un informe anual sobre la morbilidad y mortalidad de pacientes	39,32%	40,44%	20,22%
En su servicio de anestesia existe algún sistema de notificación de incidentes ?	77,52%	13,48%	8,98%

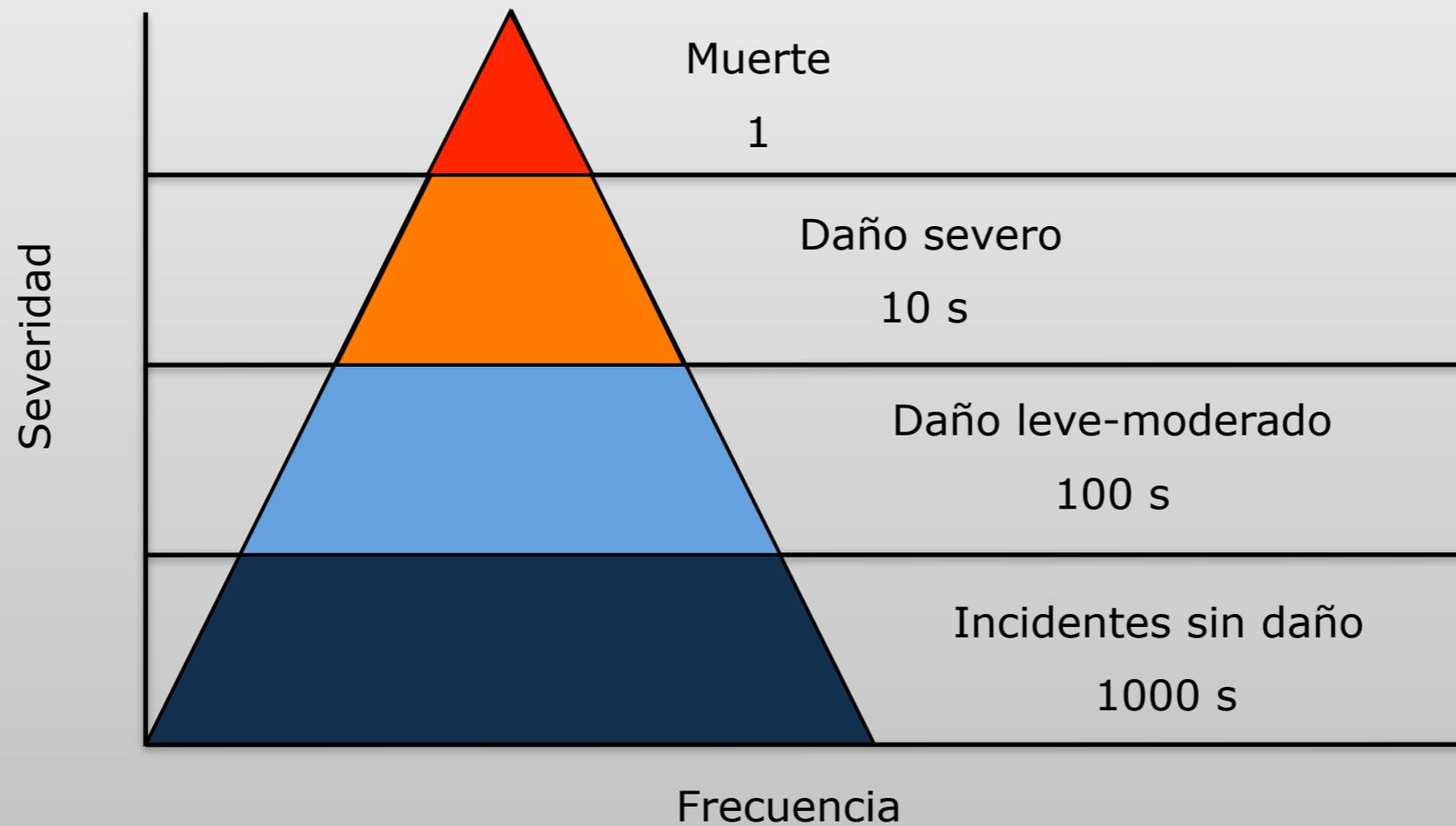
RETOS EN LOS CUIDADOS QUIRURGICOS

- **Reconocer la seguridad como problema de salud pública.**
- **Información amplia, misma taxonomía**
- **Aplicar rutinariamente medidas seguras**
- **Cultura de trabajo en equipo**

ANESTESIOLOGIA

- **Seguridad = objetivo**
- **Medicina Perioperatoria**
- **Interviene en todos los aspectos relacionados con seguridad quirúrgica**
- **Vía aérea y Ventilación**
- **Control Hemodinámico**
- **Infección**
- **Medicación**
- **Transfusión**
- **Sistemas de notificación de INCIDENTES**

¿PORQUE ESTUDIAR INCIDENTES?

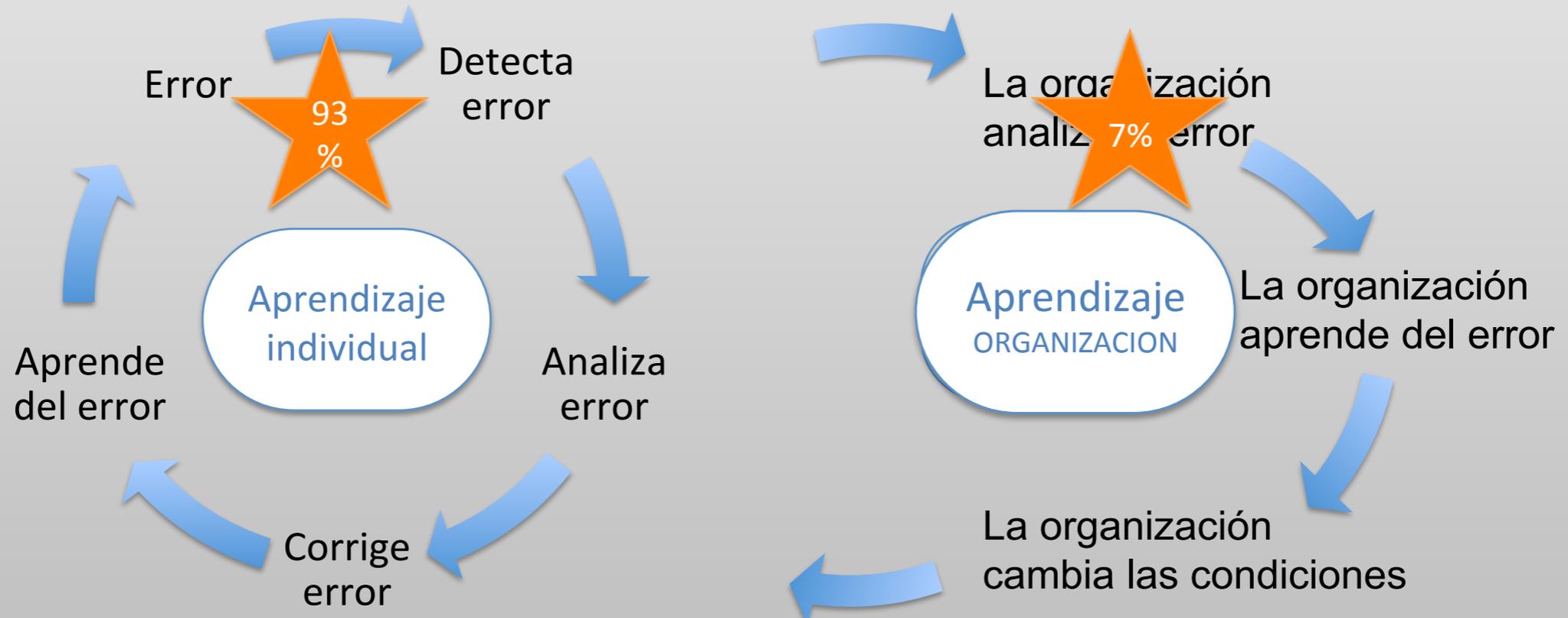


APRENDIENDO DEL ERROR

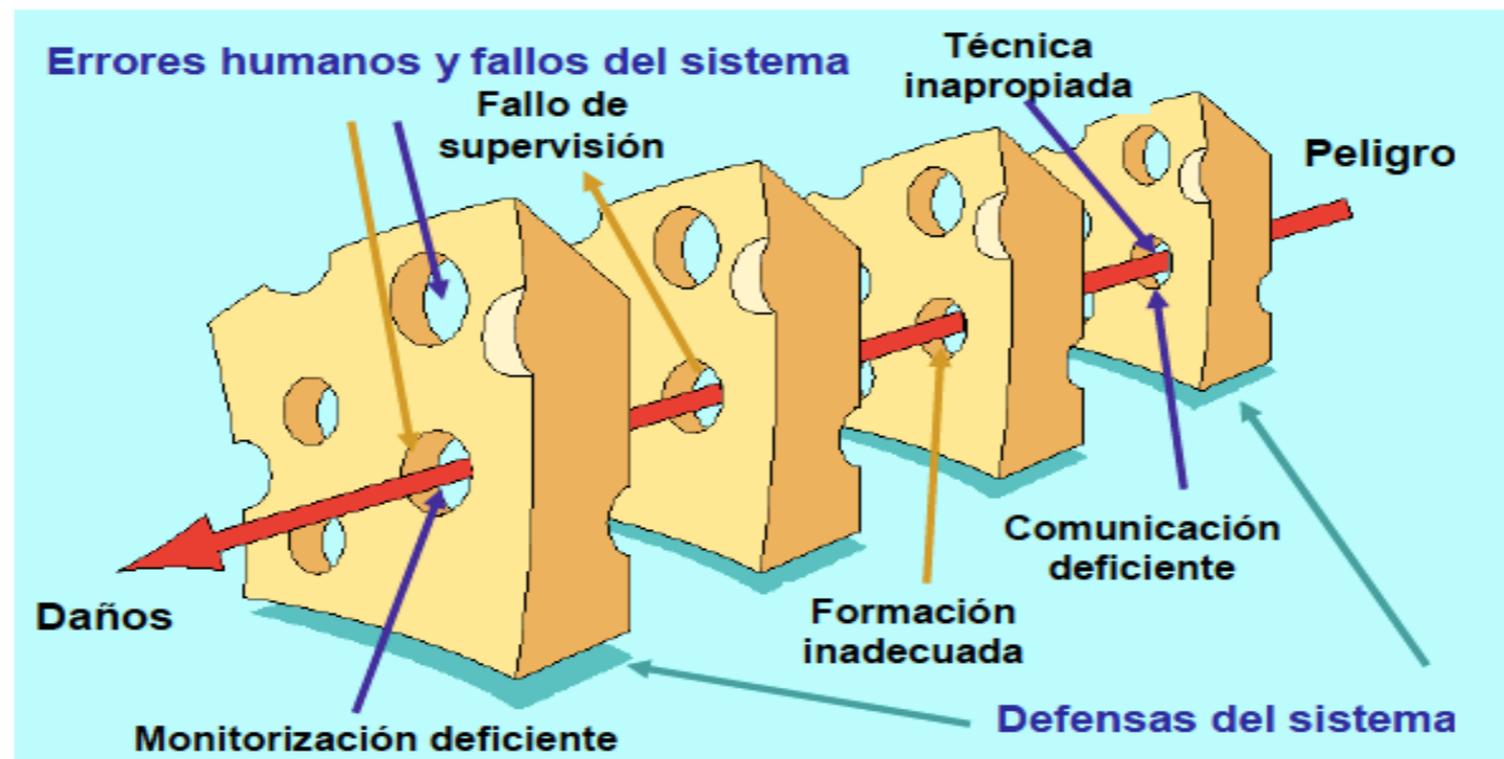
Learning from failure in health care: frequent opportunities, pervasive barriers

A C Edmondson

Qual Saf Health Care 2004;13(Suppl II):ii3-ii9. doi: 10.1136/qshc.2003.009597



Modelo de Reason: el modelo del queso suizo en la producción del daño



- Ser humano **falible**
- Error humano es **consecuencia**

Reason J. human error: models and management. BMJ 2000

ANALISIS DE SISTEMA



ANALISIS SISTEMATICO

FACTORES LATENTES

FACTORES DE **PACIENTE**

- 1.- Patología previa compleja
- 2.- Problemas anestésicos previos
- 3.- Riesgos asociados al tratamiento conocidos
- 4.- Rechazo de todo o parte del tratamiento
- 5.- Problemas de personalidad
- 6.- Problemas sociales o familiares

FACTORES DE **INDIVIDUO**

- 1.- Falta de cualificación
- 2.- Falta de experiencia
- 3.- Falta de conocimiento
- 4.- Falta de motivación
- 5.- Saturación mental
- 6.- Fatiga
- 7.- Prisa
- 8.- Enfermedad

FACTORES DE **TAREA**

- 1.- Ausencia de protocolos o procedimientos
- 2.- Actualización insuficiente de protocolos
- 3.- Información aportada de protocolos insuficiente
- 4.- Diseño inadecuado de tareas, procedimientos y circuitos
- 5.- Ausencia de pruebas complementarias
- 6.- Desacuerdo con/entre resultados de pruebas complementarias

FACTORES DE EQUIPO **HUMANO**

- 1.- Error en la comunicación entre médicos
- 2.- Error en la comunicación entre médicos y otro personal
- 3.- Error en la comunicación con pacientes o familiares
- 4.- Ilegibilidad parcial o total de la historia clínica
- 5.- Ausencia de supervisión de médico adjunto
- 6.- Retraso o negación en la búsqueda de ayuda
- 7.- Ayuda insuficiente o inadecuada
- 8.- Diferencia de criterios entre miembros del mismo servicio
- 9.- Diferencias de criterios entre miembros de diferentes servicios

FACTORES DE **LUGAR DE TRABAJO**

- 1.- Ausencia de equipamiento, material o medicación
- 2.- Fallo de funcionamiento de equipamiento o material
- 3.- Uso inadecuado de equipamiento, material o medicación
- 4.- Mantenimiento inadecuado de equipamiento o material
- 5.- Fallos de limpieza, iluminación, temperatura, etc.
- 6.- Diseño arquitectónico inadecuado
- 7.- Seguridad del lugar de trabajo inadecuada
- 8.- Fallo de teléfono, busca u otro medio de comunicación
- 9.- Fallo en la señalización, códigos o etiquetado

FACTORES DE LA **ORGANIZACIÓN**

- 1.- Falta de experiencia del responsable (jefe de servicio, jefe de unidad...)
- 2.- Ausencia de responsable
- 3.- Insuficiente personal
- 4.- Confección inadecuada de turnos y horarios
- 5.- Programación inadecuada
- 6.- Objetivos institucionales equivocados
- 7.- Ausencia de objetivos institucionales
- 8.- Fallo en la cultura de seguridad
- 9.- Problema en la política de formación
- 10.- Regulaciones, normas ext. a la organización ausentes o equivocadas

VENTAJAS DE LA COMUNICACION DE INCIDENTES

INCIDENTES
(SIN DAÑO)

EVENTOS
ADVERSOS



IDENTIFICAR
FACTORES
LATENTES

- PACIENTE
- INDIVIDUO
- EQUIPO
- TAREA
- LUGAR TRABAJO
- ORGANIZACIÓN

P-I-T-E-L-O

PROPONER
MEDIDAS
CORRECTORAS



EVITAR
REPETICIÓN
INCIDENTE

APRENDER DE
ERRORES

BARRERAS PARA LA NOTIFICACION

- La **falta de conciencia** de que un error ha ocurrido.
- La falta de conciencia de **qué se debe documentar** y por qué.
- La percepción de que el paciente es indemne al error.
- **Miedo** a las acciones disciplinarias o denuncias.
- La falta de familiaridad con los **mecanismos de notificación**.
- Pérdida de autoestima.
- Los profesionales sienten que están **demasiado ocupados** para documentar.
- La **falta de “feedback”** cuando se produce un registro.

SISTEMAS DE NOTIFICACION DE INCIDENTES

- **Recogen información sobre sucesos adversos, errores o complicaciones.**
- **Objetivo: Analizar sus causas y sugerir cambios para evitar su repetición.**
- **El planteamiento de base asume que aunque los errores son inherentes al proceso humano casi siempre los propicia una cadena de fallos en el sistema.**
- **Los sistemas de comunicación se diseñan para estimular una cultura de aprendizaje y no de culpabilización.**
- **Sus principales limitaciones son la infracomunicación, diferentes terminologías, la falta de recursos para su investigación.**

CARACTERISTICAS IDEALES DE UN SISTEMA DE COMUNICACION DE INCIDENTES

- 1. Confidencialidad y anonimato de informadores, analizadores y pacientes.**
- 2. No punitivo, respuestas constructivas.**
- 3. Independientes de las administraciones sanitarias.**
- 4. Seguro, adecuada protección de datos**
- 5. Análisis por expertos, criterios unificados.**
- 6. Rapidez en las respuestas antes situaciones urgentes. Alertas**
- 7. Centrado mas en los defectos del sistema u organización, que en los errores individuales.**
- 8. Retroalimentación positiva y eficaz con los comunicadores.**
- 9. Difusión periódica de sus resultados y análisis.**
- 10. Infraestructura técnica adecuada, Fácil de usar.**

VENTAJAS DE LA REPLICACION DEL SISTEMA DE COMUNICACION DE INCIDENTES

- MISMA TAXONOMÍA
- MISMO IDIOMA
- ESTRATEGIA VIRAL DE REPLICACIÓN PARA MAYOR DIFUSIÓN DE LA METODOLOGÍA DE COMUNICACIÓN Y ANÁLISIS
- **APRENDIENDO DE OTROS**
- MAYOR CAPACIDAD DE APRENDIZAJE COMÚN A TRAVÉS DE LAS EXPERIENCIAS DE OTROS
- MEJORA EXPONENCIAL EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

SISTEMAS DE NOTIFICACION



SISTEMAS DE NOTIFICACION

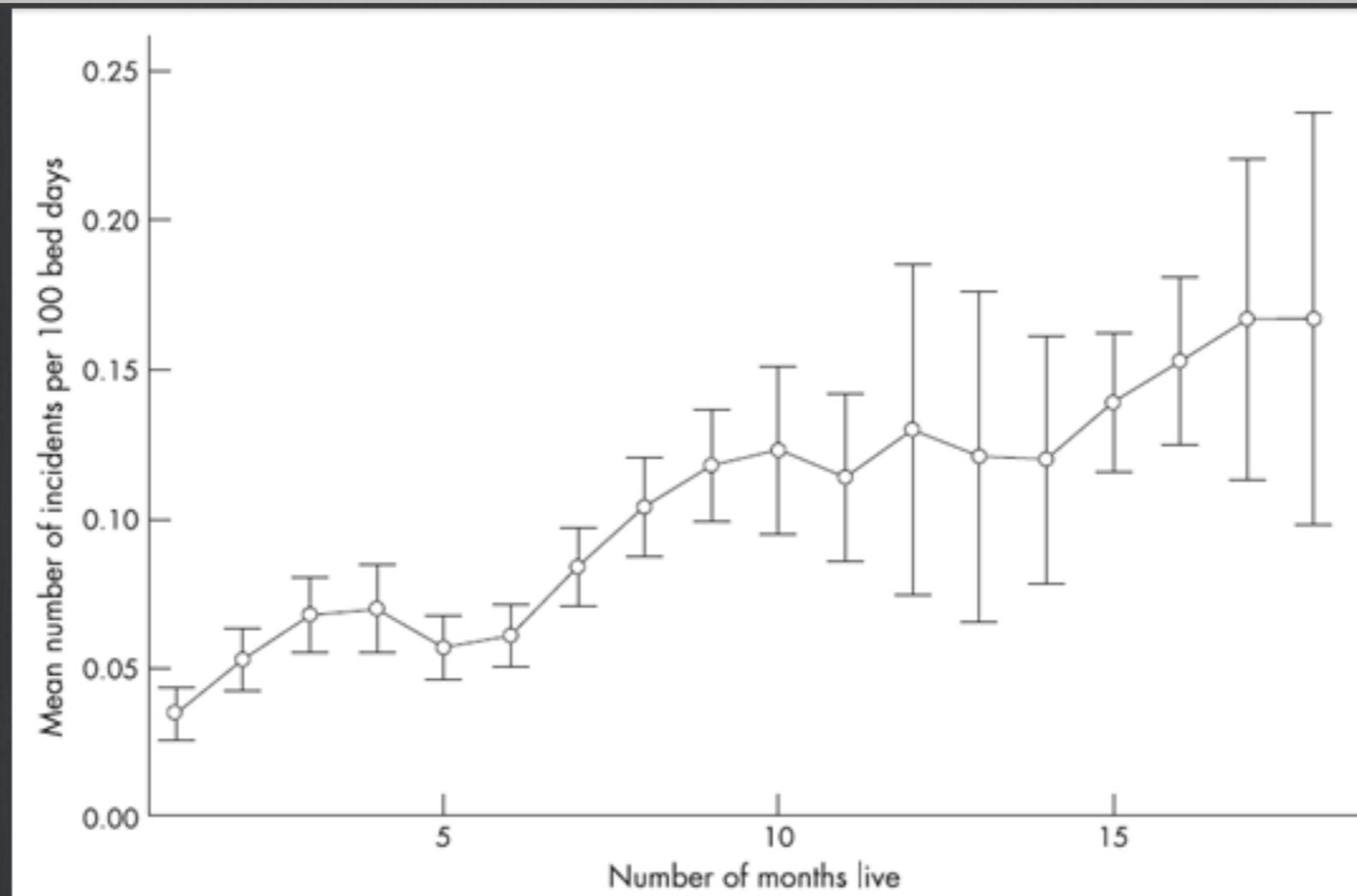
Ejemplos de sistemas de comunicación de incidentes y eventos adversos

Sistema	País	Características	Notificación	Formato	Comunicación	Difusión
<i>Sentinel Events Reporting Program (JCAHO)</i>	EE.UU.	Confidencial No gubernamental Eventos centinela	Voluntaria	Mail, fax	Hospitales	Alertas
<i>MedWatch (FDA)</i>	EE.UU.	Confidencial No gubernamental Farmacoterapia	Voluntaria Obligatorio: laboratorios	Papel, mail, fax, web	Profesionales y pacientes	Alertas
<i>National Nosocomial Infection Survey (CDC)</i>	EE.UU.	Confidencial Infecciones nosocomiales	Voluntaria	Web	Hospitales	Informa anual
<i>Australian Incident Monitoring System (APSF)</i>	Australia	Confidencial No gubernamental Incidentes generales	Voluntaria	Papel, teléfono, web	Profesionales	Informes, publicaciones, noticias
<i>National Patient Safety Agency (NHS)</i>	GB	Confidencial Público Incidentes generales	Voluntaria	Web	Profesionales, pacientes	Informes
Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente (SiNASP) (Ministerio de Sanidad)	España	Confidencial Público Incidentes generales	Voluntaria	Web	Profesionales	
SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación)	España	Confidencial No gubernamental Incidentes generales	Voluntaria	Web	Profesionales	Informes, alertas, web
Sistema Español de Farmacovigilancia (Ministerio de Sanidad)	España	Público Incidentes farmaco- lógicos	Voluntaria	Papel "Tarjeta amarilla"	Profesionales	Alertas web

Modificado de Peñero²

LAS TASAS DE COMUNICACION MAS ALTA INDICAN HOSPITALES MAS SEGUROS

Trends in healthcare incident reporting



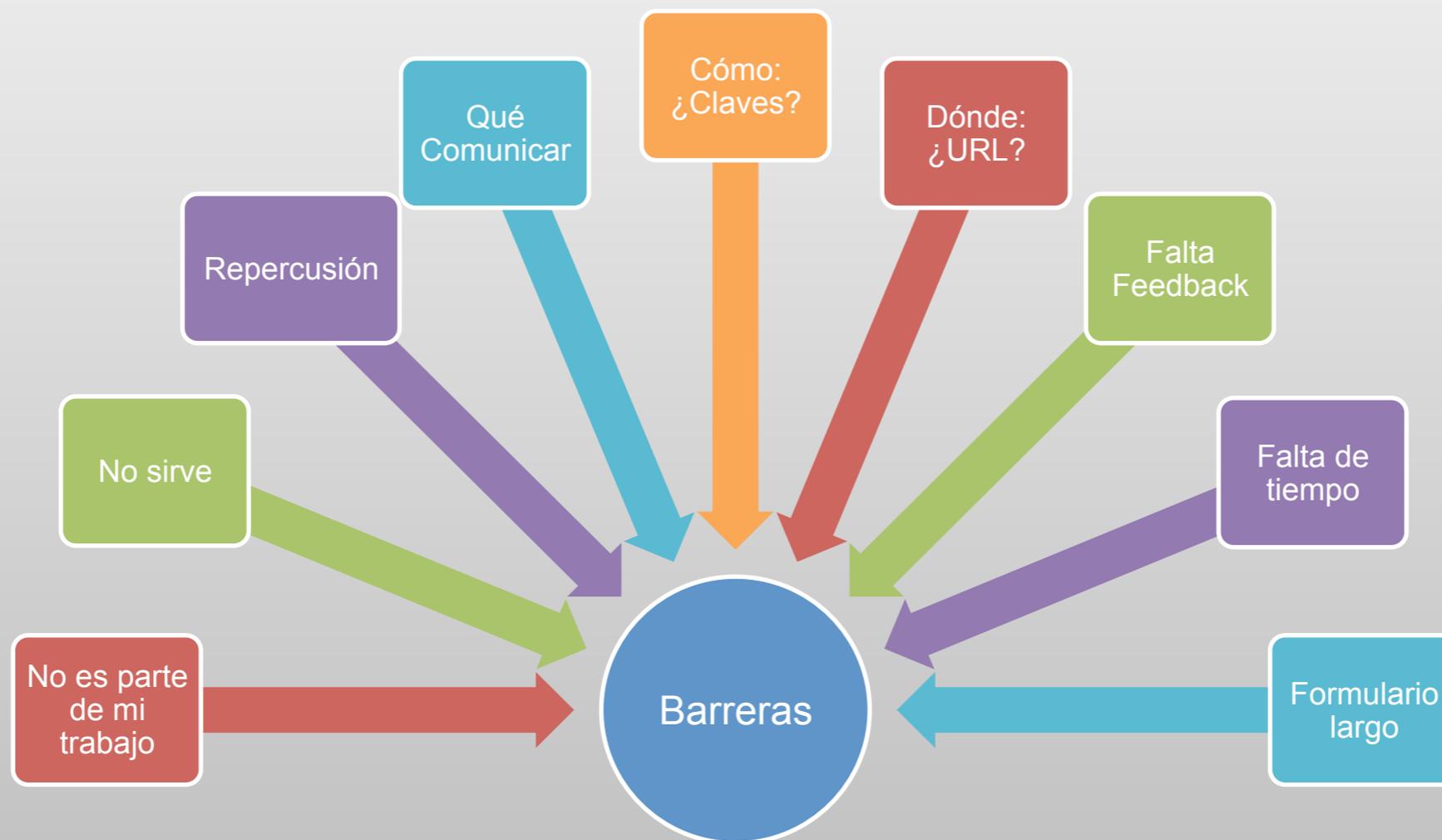
Qual Saf Health Care 2009; 18: 5-10

LIMITACIONES DE LA COMUNICACION DE INCIDENTES

INFRACOMUNICACIÓN
Tan sólo se comunican
10-15 % de los INCIDENTES

PÉRDIDA DE OPORTUNIDADES DE MEJORA

PREOCUPACIONES Y DUDAS



Qual Saf Health Care 2010;19:e60



Comuniquen un incidente

[Formulario de comunicación](#)



ALERTAS



BOLETINES



CASOS SENSAR



PROTOCOLOS



TUTORIALES



FAQ



SENSAR es un sistema de comunicación, análisis y gestión de incidentes relacionados con la seguridad del paciente en Anestesiología y Cuidados Críticos.

- **Sistema de Aprendizaje**
- **No punitivo**
- **Anónimo**
- **Confidencial**
- **Combina la gestión y retorno de la información y medidas de manera muy ágil y la posibilidad de compartir la información a nivel estatal, por gestionarse por grupos de profesionales expertos locales que comparten datos y proyectos educativos a través una comunidad de profesionales.**



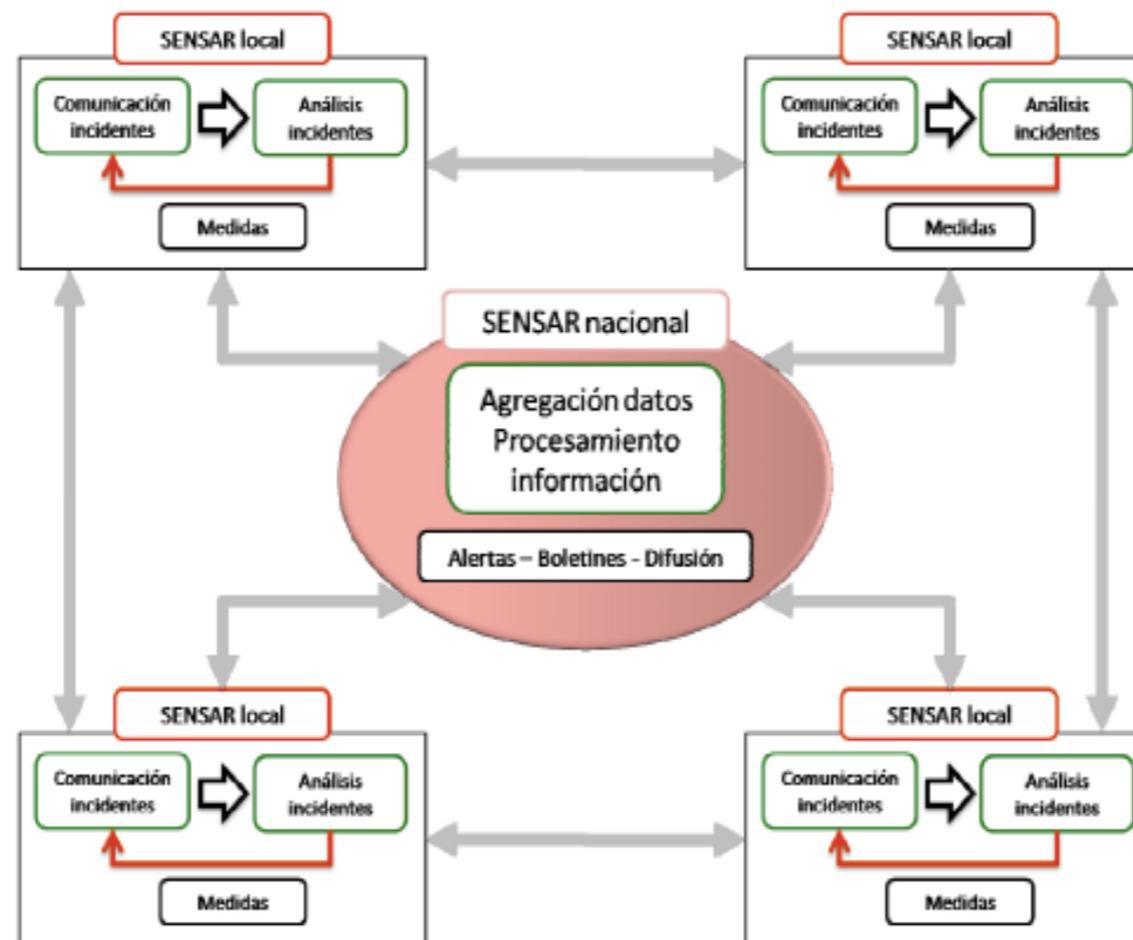
- **SENSAR es una asociación científica**
- **Objetivo la promoción de la Seguridad del Paciente en el ámbito de la anestesia, el paciente crítico y el tratamiento del dolor.**
- **Desde 2009 SENSAR recoge incidentes relacionados con la seguridad del paciente de los hospitales adscritos a la organización de manera anónima, confidencial, voluntaria y no punitiva.**
- **Los incidentes notificados son estudiados por equipos de expertos mediante un análisis centrado en el sistema que supera la cultura tradicional de la culpabilización del individuo.**
- **El sistema nacional multicéntrico permite compartir análisis y experiencias entre los distintos equipos para el desarrollo de alertas y medidas conjuntas.**

El enfoque de SENSAR se centra en el análisis del sistema en un marco que revisa los factores latentes asociados a:

- **Individuo en contacto con el paciente.**
- **Equipo humano**
- **La tarea que desempeñan.**
- **El propio paciente.**
- **El lugar de trabajo.**
- **La organización.**
- **Los sistemas como SENSAR permiten aprender de los errores de forma sistemática, fomentan la seguridad asistencial y aprovechan los incidentes sin daño y no solo los eventos adversos.**

SENSAR

Sistema Español de Notificación
en Seguridad en Anestesia y Reanimación



PLATAFORMA

Introduzca usuario y contraseña | ANESTIC

Introduzca usuario y contraseña | ANESTIC

ANESTIC

SENSAR

INTRODUZCA USUARIO Y CONTRASEÑA

ANESTIC

Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación

Usuario *

Contraseña *

Entrar

[¿Olvidó su contraseña?](#)

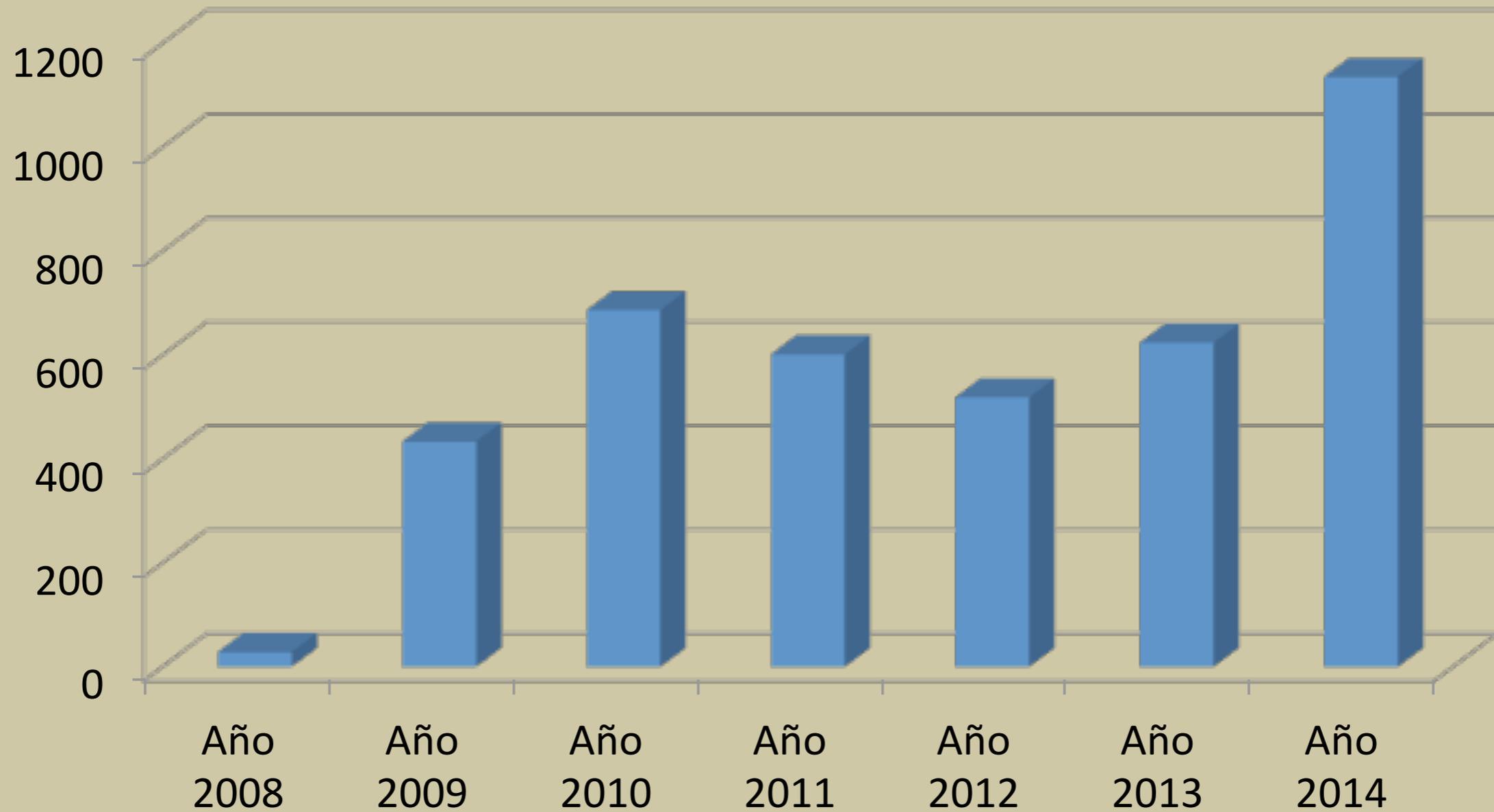
Desarrollo conceptual por la Unidad de Anestesia del Hospital Universitario Alcorcón

Version 1.16 © 2014 Mega Sistemas www.megasistemas.es

PLATAFORMA

INICIO	COMUNICACIÓN DE INCIDENTES	UTILIDADES	SALIR				
Anterior	Siguiente	Borrar	Guardar	Analizar	Bloquear		
Nuevo	Relacionado	Cancelar	Imprimir	Salir			
Nº Inci. Unif.	<input type="text"/>	Número de incidente	<input type="text"/>	Código de acceso	<input type="text"/>	Fecha y hora	<input type="text"/>
Estado	<input type="text" value="No bloqueado"/>	Fecha/Hora Cierre	<input type="text"/>				
Datos demográficos		Descripción del Incidente	Causas del incidente	Repercusión y prevención			
Edad Paciente	<input type="text"/>						
Sexo	<input type="text"/>						
ASA	<input type="text"/>						

INCIDENTES COMUNICADOS por año



**2016 : MAS DE 5.000 INCIDENTES
MAS DE 9.000 MEDIDAS DE MEJORA**

INCORPORACION HOSPITAL ACTIVO

Solicitud

- SENSAR.org
- Grupo de análisis

Curso Seg.Pac

- 2 meses online
- 1 Jornada presencial

Formación individualizada

- Sesión al servicio
- Jornada in situ

Formación continuada

- Intranet EscuelaSENSAR

Costes

- Inscripciones curso: /alumno
- Cuota entrada:
- Cuota mantenimiento:

CONFORMACION GRUPO ANALISIS



***Médicos y/o enfermeras/os**

PROYECTO IMPLEMENTACION SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN ANESTESIA (PABELLON QUIRURGICO)

- **Posicionar en la agenda de profesionales Chilenos La Seguridad del Paciente como tema prioritario.**
- **Realizar revisión bibliográfica estado del arte, incidentes en anestesia y sistemas de notificación.**
- **Ejecutar reuniones de coordinación y creación comité de seguridad del paciente en anestesia dependiente de su sociedad científica (SACH)**
- **Programar y ejecutar primer curso de seguridad del paciente quirúrgico colaboración SENSAR España.**

PROYECTO IMPLEMENTACION SISTEMA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN ANESTESIA (PABELLON QUIRURGICO)

- **Conformar grupos de seguridad en instituciones de salud con profesionales formados en el curso y coordinación desde comité de seguridad SACH. (Médicos, Enfermera/o)**
- **Convenio uso plataforma notificación y análisis SENSAR-SACH**
- **Acreditación hospital activo según requisitos post curso de seguridad (incluye jornada local de un día)**
- **Puesta en marcha notificación piloto (4 meses)**
- **Número de incidentes por institución y consolidado nacional en el periodo (clasificación de incidentes o eventos adversos, medidas de mejora implementadas)**
- **Presentación y socialización resultados a nivel local y nacional**



Reunión Clínica de Mayo

“Cambio en el paradigma de seguridad perioperatoria”

PRESENTA: Dr. Cristián Rocco M.



RESEÑA:

- **Dr. Cristián Rocco M**
Anestesiólogo Cardiovascular Clínica Las Condes, Hospital Dipreca.
Magister Gestión de Seguridad del Paciente y Calidad de Atención, Universidad Mayor.
Socio Cooperador SENSAR, Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación.
Instructor Simulación Clínica EUSIM
Docente Encargado Módulo Manejo de Crisis, Centro Simulación Clínica, Programa de Formación Anestesiología y Reanimación Universidad Mayor.
- Finalizada la actividad compartiremos un agradable cocktail

MIÉRCOLES

4

de mayo | 19:30 hrs

Lugar:

Auditorio Hospital Militar
Av. Alcalde Fernando Castillo Velasco 9100
(Ex - Av. Larraín), La Reina

La actividad contará con estacionamientos gratuitos para los asistentes.



44° CONGRESO CHILENO DE ANESTESIOLOGÍA

17 AL 19 DE NOVIEMBRE DE 2016
CENTRO CONVENCIONES SURACTIVO-CONCEPCIÓN



INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES: WWW.CONGRESOCHILENODEANESTESIA.CL

COMITÉ ORGANIZADOR:

DRA. PAULINA LAGOS ROA
PRESIDENTE 44° CONGRESO
CHILENO DE ANESTESIOLOGÍA

DR. CHRISTIAN NILO SCHULTZ
PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD
DE ANESTESIOLOGÍA DE CHILE

COMITÉ CIENTÍFICO:

DR. ALEJANDRO RECARTE
DR. GIAN PAOLO VOLPATO
DR. HECTOR LACASSIE
DR. ANDRÉS STUTZIN
DR. DAVID TORRES
DR. WALDO MERINO

MÓDULOS Y COORDINADORES:

CONTROVERSIAS EN ANESTESIA REGIONAL | DRA. ROUS ATTON
¿PODEMOS MONITORIZAR LA CONCIENCIA? | DR. PABLO SEPÚLVEDA
DESAFÍOS ACTUALES EN ANESTESIA TORÁCICA | DR. RENATO CHACÓN
MEDICINA INTENSIVA DE TRAUMA | DR. ALBERTO MUÑOZ
IMAGENOLÓGÍA, ULTRASONIDO Y ANESTESIA | DR. WALDO MERINO
EVENTOS INFRECIENTES EN ANESTESIA ¿CÓMO LOS ENFRENTAMOS? | DR. DAVID TORRES
FARMACODEPENDENCIA. ¿QUE NOS ESTÁ PASANDO? | COMITÉ S. OCUPACIONAL SACH
DE LA MEDICINA LEGAL A LA PRÁCTICA | DR. GONZALO MUTIZABAL
MEJORANDO LA EDUCACIÓN DE RESIDENTES | DRA. PAULINA LAGOS
PACIENTE CRÍTICO DESDE LA UCI | DRA. PATRICIA AGUAYO
SEGURIDAD EN ANESTESIA. UNA PRIORIDAD | DR. CRISTIAN ROCCO
INTERVENCIONES CLÍNICAS EN GERIATRÍA | DRA. JIMENA RODRIGUEZ
ANESTESIA EN EL PACIENTE OBESO | DR. OSCAR RETAMAL
ENFERMERÍA ESENCIAL DE PABELLÓN | DRA. MARIANA SERRA

INVITADOS INTERNACIONALES

DR. ERIK SLOTH
Dinamarca
DR. CRISTIAN ARZOLA
Canada
DR. JAVIER ENRIQUE CUBILLOS
Colombia
DR. LUC BARVAIS
Bélgica
DR. ANSGAR M. BRAMBRINK
USA
DR. RODRIGO CAVALCANTI
Canada
GUILLERMINA FITA
España

CURSO PRECONGRESO

- DEFINIENDO Y MINIMIZANDO RIESGOS EN ANESTESIA REGIONAL
- FATE: US EN PACIENTE CRÍTICO
- ENTRENAMIENTO AVANZADO EN VÍA AÉREA
- ANESTESIA EN EL PACIENTE CARDÍOPATA EN CIRUGÍA NO CARDIACA. PUESTA AL DÍA

TALLERES

- US Y ANESTESIA REGIONAL
- REANIMACION CARDIOPULMONAR
- ANESTESIA TOTAL ENDOVENOSA
- MANEJO DE RECURSOS EN CRISIS
- FEEDBACK EFECTIVO EN EDUCACIÓN

ORGANIZA



SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA DE CHILE

AVDA. PROVIDENCIA 1476 - DEPTO 405, SANTIAGO DE CHILE TEL.-56 2 2235 7564 | CONTACTO@SACHILE.CL

CURSO DE SEGURIDAD SENSAR DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Santiago [CHILE]

OBJETIVOS

- > fomentar el **aprendizaje** a partir de los **errores** en el entorno perioperatorio a partir de un enfoque de sistema para poner en marcha un sistema de **registro** de incidentes críticos compatible con la metodología y la taxonomía utilizada por SENSAR
- > practicar el uso del sistema de registro de incidentes críticos como herramienta para:
 - a. detectar **factores latentes** a partir de barreras de seguridad defechuadas:
 - > paciente
 - > individuo
 - > tarea
 - > equipo humano
 - > lugar físico
 - > organización
 - b. proponer **medidas de mejora**
 - c. aprovechar la potencia de los **incidentes agregados**

METODOLOGÍA

- > la **vide simulación** y el **debriefing** en grupos pequeños permitirá trabajar sobre **casos reales** de incidentes comunicados para aplicar el análisis de sistema
- > técnicas de **"problem based learning"**

PROGRAMA

presencial 1 día (10 hrs.)

- > cultura de seguridad
- > herramientas para la seguridad del paciente
- > experiencia **sensor**
- > ventajas y barreras para la comunicación de incidentes
- > prácticas 1,2,3
- > conclusiones

online 2 meses

- > conceptos generales sobre la **seguridad** del paciente
- > **comunicación** de incidentes críticos
- > análisis sistemático de **factores latentes** y **medidas** de mejora



SISTEMA ESPAÑOL DE NOTIFICACIÓN
EN SEGURIDAD EN ANESTESIA Y REANIMACIÓN



CURSO DE SEGURIDAD SENSAR DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Santiago [CHILE]

El **Curso** de Seguridad del Paciente Quirúrgico es un proyecto del Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR) y la Sociedad de Anestesiología de Chile.

Esté destinado a grupos multidisciplinares de **profesionales médicos** y de **enfermería** interesados consolidar la cultura de **seguridad** en sus centros utilizando los **incidentes críticos** como fuente de aprendizaje para la propuesta de **medidas de mejora**.

JORNADA
PRESENCIAL
1 DÍA
10 hrs.

CURSO
ONLINE
2 MESES



www.sacha.cl
www.sensor.org
www.anestesiologia.cl

I CURSO DE SEGURIDAD
SENSAR
DEL PACIENTE QUIRÚRGICO
Santiago [CHILE]

- **Objetivo general:**
- **Aportar una visión integral, con los factores de sistema y los componentes humano y de trabajo en equipo, en la aproximación a situaciones que ponen en peligro la seguridad del paciente.**

- **Objetivos específicos:**
- **Reconocer la importancia de la seguridad del paciente en el periodo peri operatorio.**
- **Adquirir los conocimientos básicos de las distintas herramientas de seguridad y tener una visión integral de las mismas en su aplicación clínica.**
- **Conocer las ventajas y limitaciones de los sistemas de comunicación de incidentes. Experiencia de SENSAR.**
- **Conocer la metodología de análisis de sistema utilizada para la aproximación a los incidentes críticos utilizada por SENSAR**
- **Entrenar a aplicar el cambio en función de las medidas propuestas tras un análisis.**
- **Planificar la implantación de una estrategia de cambio de cultura de seguridad en una institución.**

I CURSO DE SEGURIDAD SENSAR DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Santiago [CHILE]

EscuelaSENSAR

🇪🇸 Español - Internacional (es) ▶

📁 Mis módulos ▶

Web SENSAR

ANESTIC

Contacto

📖 This course ▶

🔔 0 📧 ▶

👤 Cristian ▶

 **Escuela SENSAR**
Sistema Español de Notificación
en Seguridad en Anestesia y Reanimación

Redes sociales



🏠 [Página Principal](#) ▶ [Mi](#) ▶ [Cu](#) ▶ [CSSPQ1](#)

📝 [Activar edición](#)

Curso SENSAR de Seguridad del Paciente Quirúrgico 1ª Edición (Chile)

Portada y Novedades

CURSO DE SEGURIDAD SENSAR DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Santiago [CHILE]

El **Curso** de Seguridad del Paciente Quirúrgico es un proyecto del Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR) y la Sociedad de Anestesiología de Chile.

🏠 NAVEGACIÓN

- 🏠 [Página Principal](#)
- 👤 [Área personal](#)
- 📄 [Páginas del sitio](#)
- 👤 [Mi perfil](#)
- 📁 [Curso actual](#)
 - 📁 **CSSPQ1**
 - 👤 [Participantes](#)
 - 📄 [Insignias](#)
 - 📄 [Presentación e instrucciones](#)
 - 📄 [Foros y Chat](#)
 - 📄 [Evaluación inicial](#)
 - 📄 [1.- Conceptos generales de la Seguridad del Paciente](#)
 - 📄 [2.- Análisis de Sistema e Incidentes](#)
 - 📄 [3.- Implementando el Cambio](#)
 - 📄 [Evaluación Final](#)
 - 📁 [Mis cursos](#)

⚙️ ADMINISTRACIÓN

- 📁 [Administración del curso](#)

NOTICIAS SENSAR

Noticias sobre seguridad del paciente



El Dr Borshoff coeditor del Manual de Crisis en Anestesia y Paciente Crítico SENSAR

El Dr David Borshoff, autor del libro que nos inspiró desde un primer momento para la elaboración del Manual de Crisis en Anestesia y el Paciente Crítico SENSAR, ha aceptado formar parte del proyecto como revisor y coeditor para ésta y futuras revisiones. La salida a la venta del manual es inminente, mientras seguimos presentándolo. La próxima cita: el viernes 3 de Junio en Segovia. Continue reading →

→ Leer más



SENSAR y Seguridad del Paciente en Euroanesthesia2016

Euroanesthesia 2016 servirá para poner en común las últimas novedades y para fortalecer las relaciones entre anesestesiólogos a nivel europeo. SENSAR participa en varias actividades y comunicaciones en este congreso, desde comunicaciones, a participación en el Curso de Seguridad del Paciente Europeo, pasando por ponencias sobre temas de Factor Humano. Continue reading →

→ Leer más

BY SENSAR IN NOTICIAS

I CURSO DE SEGURIDAD SENSAR DEL PACIENTE QUIRÚRGICO

Santiago [CHILE]

SENSAR realizará un curso de Seguridad del Paciente en Chile

SENSAR Colaborará por la Seguridad del Paciente en Chile en colaboración con la Sociedad de Anestesiología de Chile. La primera edición del Curso SENSAR de Seguridad del Paciente Quirúrgico (CSSPQ1) destinado a grupos multidisciplinares de profesionales médicos y de enfermería en Santiago de Chile Continue reading →

→ Leer más

BY SENSAR IN CURSOS

25/05/2016

0



Reacreditación del Hospital Virgen de la Luz, en prensa

Podemos leer en la Prensa que el Hospital de la Luz de Cuenca, que se sumó ya al conjunto de Hospitales activos, está a punto de actualizar su acreditación este año y ha participado también en la primera fase del Curso MSD-SEGACI, Curso de Seguridad en Anestesia y Cirugía, dirigido a formadores. Nos alegramos de esta noticia. Tu Hospital también puede sumarse a estas iniciativas, descubre cómo. Continue reading →

→ Leer más

BY SENSAR IN BLOG, NOTICIAS, SENSAR E...

CONCLUSIONES

- **Se ha logrado posicionar en la agenda de los anesthesiólogos Chilenos el tema de la seguridad del paciente.**
- **Comienzo exitoso del primer curso con 50 alumnos inscritos (12 E.U, 38 Anest), y lista de espera para siguiente edición.**
- **Aportar una visión integral, con los factores de sistema, los componentes humano y de trabajo en equipo, en la aproximación a situaciones que ponen en peligro la seguridad del paciente.**
- **Fomentar la creación de grupos de seguridad en anestesia en hospitales del país, y dar los primeros pasos hacia la implementación de un sistema de notificación registro y análisis de incidentes en anestesia.**
- **Firma de convenio colaborativo SENSAR-SACH.**

Coordinación con SENSAR.

Formación curso de seguridad SENSAR del paciente quirúrgico

Plataforma educativa.

EscuelaSENSAR

Convenio Plataforma Notificación (PITELo)

Boletines-Alertas

Estadística Individual y Nacional

Memoria semestral y anual Incidentes reportados

Memoria semestral y anual Medidas de Mejora Implementadas

Reunion coordinación grupos de seguridad Local

Apoyar Capacitación según plan de implementación de medidas de mejora

Protocolos Manejo de Crisis Nacionales

Estandares de atención

Jornada Nacional Anual Grupos de Seguridad Hospitales Activos

Propuestas y colaboración Ministerial

Indicadores, Vigilancia activa

