 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO GOB 012	Vigencia desde Septiembre 2015
	REPORTE DE INCIDENTES	Anexos I / Registros
COMITÉ DE SEGURIDAD DE PACIENTE		Página 1 de 7

OBJETIVO:

La reducción de accidentes y errores médicos resulta vital para mejorar la calidad y disminuir los costos en la atención de la salud. Para desarrollar una estrategia preventiva debemos tener una acabada comprensión del tipo de accidentes y de sus causas y resulta evidente que la notificación de los mismos y de los errores serios que no causaron ningún daño debe ser una parte central de dicha estrategia.

ALCANCE:

Todos los profesionales de Clínica "San Agustín".

DISTRIBUCIÓN:

DESARROLLO:

En la práctica habitual los errores médicos son revelados retrospectivamente en los ateneos de morbimortalidad. El enfoque generalmente es individual y las lecciones aprendidas son compartidas por pocos. Los juicios por mala praxis tienen también un rol, aunque limitado, para conocer más acerca de este tipo de eventos. Los más importantes estudios acerca del error médico utilizaron como método el análisis retrospectivo de las historias clínicas para cuantificar índices de eventos adversos. Muchos errores importantes que no produjeron lesiones pueden pasar inadvertidos por este método.

La seguridad es una prioridad en múltiples rubros, como por ejemplo, industria, aviación, etc. Debe serlo también en medicina, ya que proporcionalmente ocurren más muertes o lesiones en el área de la medicina que en otros rubros.

DEFINICIONES:

***ERROR:** Es la falla para completar una acción tal como fue planeada, o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. La acumulación de errores lleva a accidentes. No todos los errores producen daño o lesión.*


***EVENTO ADVERSO:** Injuria o complicación no intencional consecuencia del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente. En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se describen como significativos sólo aquellos que producen prolongación de la estadía durante la internación, necesidad de reinternación, secuela transitoria o definitiva o muerte.*

***INCIDENTE:** Evento no deseado en la operativa de la institución o en el cuidado del paciente. Las compañías de seguros de responsabilidad profesionales suelen definirlo como "cualquier hecho o circunstancia que pueda derivar en un reclamo"*

***ACCIDENTE:** Evento que produce un daño a un sistema definido y que altera los resultados en curso o futuros del sistema.*

***CUASIACCIDENTE:** Evento o situación que pudo haber terminado en un accidente, pero en donde una intervención a tiempo (planificada o no) o la casualidad evitó que se produjera.*

	Elaborado por	Revisado por	Aprobado por
Area	COMITÉ DE SEGURIDAD	Comité Calidad	DIRECCION MEDICA
Fecha	Septiembre 2015	Noviembre 2015	Noviembre 2015
Nombre	Dra. M. Elena Romano	Integrantes	Dra. Silvia Lignieres
Función	AUDITORA INTERNA		Directora médico

 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO GOB 012	Vigencia desde SEPTIEMBRE 2015
	REPORTE DE INCIDENTES	Anexos I / Registros
COMITÉ SEGURIDAD DE PACIENTE		Página 2 de 7

A quien notificar?

A) NOTIFICACION INTERNA:

Es la destinada a las autoridades del Comité de Calidad de la institución, preocupadas principalmente por la seguridad y calidad en la atención de sus pacientes y por los costos que el incidente puede generar. Un buen sistema de notificación interna en instituciones de salud asegura que todas las partes responsables sean conscientes de los peligros mayores. La detección precoz de eventos adversos hace posible la pronta investigación e intervención destinada a reducir los daños asociados con dicho evento. La recolección de los informes en forma de base de datos ayuda al desarrollo de un cuerpo de conocimientos para identificar tendencias sobre las cuales desarrollar estrategias preventivas. El objetivo buscado es el aprendizaje a través de la experiencia. Clásicamente se notifican a través de formularios simples desarrollados a tal propósito. Dichos formularios serán depositados en la urna que hay en cada sector donde se atienden pacientes. (Ver Anexo I)

B) NOTIFICACIÓN EXTERNA:

Los resultados de las investigaciones de los hospitales y centros pueden a su vez ser notificados a cuerpos independientes externos, quienes reúnen y analizan datos provenientes de otras instituciones y difunden a su vez la información y las recomendaciones en forma más amplia. La notificación de incidentes en Medicina ha tomado diversas formas. Desde 1975 la FDA de los EE.UU obliga a denunciar las principales reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas, focalizándose en muertes prevenibles y lesiones graves. Otro programa, el de Eventos Centinela de la Comisión de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO) aborda una gama amplia de eventos adversos serios. (Ver Anexo II donde se listan los eventos centinelas). Esto es adoptado por la institución acreditadora de Calidad de nuestro país (ITAES) por el cual estamos acreditados en 2 oportunidades.

Otro programa es dirigido por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) y se denomina Encuesta Nacional de Infecciones Nosocomiales. Dicho programa utiliza personal entrenado en control de infecciones para notificar infecciones intrahospitalarias. En nuestro país el ente que se ocupa es el Programa VHIDA, al que referimos desde el 2007 a través de nuestro Comité de infecciones y de su ECI.

Desde julio de este año, nos hemos incorporado al programa PICAM, de validación de datos institucionales de mortalidad y morbilidad, dependiente de ITAES y su programa de calidad.

C) NOTIFICACION A LA ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL:


La mayoría de las pólizas de responsabilidad profesional médica requieren la denuncia de cualquier hecho y/o circunstancia que pueda derivar en un reclamo. Se suele instruir a los profesionales e instituciones aseguradas aportándoles un listado de incidentes que han demostrado en la práctica ser las principales fuentes de demandas. (Anexo III)

A diferencia de la notificación interna, en la cual el daño no es el aspecto central, sólo se suelen denunciar a las compañías aquellos incidentes en los que se produjo algún daño al paciente. En nuestro caso es NOBLE.

CARACTERISTICAS DE NUESTRO SISTEMA DE REPORTE:

No Punitivo: *Quienes notifican no deben temer consecuencias o castigo como resultado del informe. Pueden optar por notificar sin la identificación del que notifica. No es necesario que se "acuse" al personal (médico o no-médico) del error incurrido. NO TIENE CARÁCTER DE "CASTIGO A LOS CULPABLES".*

Confidencial: *Las identidades del paciente, el informante y de la institución nunca son revelados a terceras partes. NO PUEDE UTILIZARSE PARA INFORMAR EN LA HISTORIA CLINICA (ya que no pertenece a ella), NI COMO PRUEBA DE ACUSAMIENTO ANTE ENTIDADES ASEGURADORAS.*

 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO GOB 012	Vigencia desde SEPTIEMBRE 2015
	REPORTE DE INCIDENTES	Anexos I / Registros
COMITÉ SEGURIDAD DE PACIENTE		Página 3 de 7

Independiente: El programa es independiente de cualquier autoridad con poder de castigo sobre el informante o la organización. No forma parte de la documentación del paciente ni de la Historia clínica.

Análisis Experto: Las notificaciones son evaluadas por expertos que comprenden las circunstancias clínicas del evento y que son entrenados para reconocer las causales sistémicas del error. Sólo lo conocerán las personas destinadas a recabar y analizar los datos y que pertenecen al Comité de Seguridad de Paciente.

Rapidez: Las notificaciones serán analizadas rápidamente y las recomendaciones son diseminadas oportunamente a quienes necesitan saber, especialmente cuando se han identificado peligros serios.

Orientado a los sistemas: Las recomendaciones se concentran en los cambios necesarios en los sistemas, procesos o productos más que en el desempeño individual

Participativo: El comité, que recibe la notificación, dará recomendaciones y los servicios participantes deben estar de acuerdo en implementar las mismas siempre que sea posible.

CONCLUSIÓN

Si se quiere reducir el índice de errores en la actividad médica es fundamental estimular su notificación para su mejor comprensión y el establecimiento de medidas correctivas.

Sin embargo, antes de aplicar un programa se deben remover las barreras culturales que impiden el desarrollo de estos sistemas: esto es, entender que no tiene carácter ACUSADOR NI PUNITIVO.

Los programas exitosos en otras actividades se basan en la protección de quienes notifican, la simpleza (una sola carilla suele bastar) y en el resultado práctico que tuvo el haber notificado (análisis, recomendaciones, etc).

El reporte de incidentes es tan sólo una herramienta de las muchas que existen para mejorar la seguridad de las prestaciones a los pacientes.

Este sistema de notificación se utilizará para mejorar la calidad más que para medir el desempeño individual.


METODOLOGÍA

Los reportes de incidentes se realizarán de 3 maneras:

1. En papel, preimpreso, que estarán a disposición en cada área donde se atienden pacientes. Se volcarán en cada urna, sellada y precintada. Algún integrante del Comité retirará la misma cada vez que sea necesario y poder dar respuesta inmediata para corregir el error reportado.
2. A través de la aplicación de Google docs, que puede solicitarle a algún integrante del comité que le envíe por whatsapp
3. A través del mail: seguridaddepacientes@clincasanagustin.com.ar

Lugares de urna:

Terapia Intensiva – Terapia Intermedia (1° PISO)
 Guardia Externa - Radiología (PLANTA BAJA)
 Sala general (2° Y 3° PISO)
 Laboratorio – Cocina – Farmacia (5º piso)

 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO GOB 012	Vigencia desde SEPTIEMBRE 2015
	REPORTE DE INCIDENTES	Anexos I / Registros
COMITÉ SEGURIDAD DE PACIENTE		Página 4 de 7

ANEXO I

HOJA DE REPORTE DE INCIDENTE



REPORTE DE INCIDENTES
SEGURIDAD DE PACIENTES - UNIDAD DE CALIDAD

Nombre y Apellido del paciente	
Habitación / Sector	
Fecha de ocurrencia del evento	

Reportado por:

Medico	<input type="checkbox"/>	Enfermero	<input type="checkbox"/>	Técnico	<input type="checkbox"/>	Administrativo	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------	--------------------------	----------------	--------------------------	------	--------------------------

Breve descripción del hecho:

Nombre y Apellido del reportante: (Opcional)


ES IMPORTANTE QUE USTED SEPA QUE BAJO NINGUN CONCEPTO LO VERTIDO EN ESTA PLANILLA SERÁ UTILIZADO CON FINES PUNITORIOS.

Puede realizar este reporte también por mail a seguridaddepacientes@clnicasanagustin.com.ar



Puede realizar este reporte a través del formulario de acceso directo en su teléfono. Si no lo recibió solicítelo a algún integrante del Programa de Seguridad.



 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO GOB 012	Vigencia desde SEPTIEMBRE 2015
	REPORTE DE INCIDENTES	Anexos I / Registros
COMITÉ SEGURIDAD DE PACIENTE		Página 5 de 7

ERROR DE MEDICACION

CARACTERÍSTICA

- Indicación incorrecta
- Dosis incorrecta
- Farmaco incorrecto
- Horario incorrecto
- Paciente incorrecto
- Via incorrecta
- Omisión
- Monitorización incorrecta
- Otro

ORIGEN

- De prescripción
- Retraso de gestión
- De despacho
- De distribución
- De administración
- Otro

CAIDAS

CARACTERÍSTICA

- De la cama
- De la camilla
- De la silla o sillón
- Deambulando
- Al levantarse
- Al acostarse
- En el baño
- Otro

ORIGEN

- Paciente orientado
- Paciente confuso
- Paciente inconsciente
- Paciente excitado
- Otro

EXTRACCION ACCIDENTAL

CARACTERÍSTICA

- De tubo endotraqueal
- De cateter de PIC
- De catéter VC
- De cateter arterial
- De swan Ganz
- De traqueostomía
- De sonda transpilórica
- De cateter percutaneo
- Otra

ORIGEN

- Paciente excitado
- En destete de ARM
- Al movilizar al paciente
- Al movilizar equipamiento
- De fijación
- Otro

IDENTIFICACION DE PACIENTE

CARACTERÍSTICA

- Paciente equivocado
- Traslado equivocado
- Otro

ORIGEN

- Médico
- Enfermero
- Camillero
- Otro

PROCEDIMIENTO

CARACTERÍSTICA

- Procedimiento equivocado
- Localización equivocada

ORIGEN

- Enfermería
- Médico
- Otro


ERROR DE DIETAS

CARACTERÍSTICA

- Dieta equivocada
- Paciente equivocado
- Dieta no entregada
- Omisión de ayuno
- Horario incorrecto

ORIGEN

- Falla Indicación médica
- Error en indicación médica
- Error de cocina
- Retraso de gestión

 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO GOB 012	Vigencia desde SEPTIEMBRE 2015
	REPORTE DE INCIDENTES	Anexos I / Registros
COMITÉ SEGURIDAD DE PACIENTE		Página 6 de 7

ANEXO II


EVENTOS CENTINELA

Eventos centinela:

Alertas publicadas por la JCAHO

(Comisión conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud) ²⁸
 de los EE.UU luego del análisis de las notificaciones de incidentes

- Errores de Medicación. Prevención: Cloruro de Potasio
- Error de sitio Quirúrgico: Lecciones aprendidas
- Suicidio de pacientes internados. Recomendaciones para su prevención
- Prevención de muertes por contención de pacientes.
- Robo de recién nacidos: Previniendo futuras ocurrencias
- Medicaciones de alto riesgo: Alerta y seguridad de los pacientes
- Complicaciones operatorias y postoperatorias: Lecciones para el futuro
- Caídas fatales: Lecciones para el futuro
- Bombas de infusión: previniendo eventos adversos futuros
- Lecciones aprendidas: Incendios en establecimientos de cuidados crónicos
- Kernicterus: Una amenaza en recién nacidos sanos

 SAN AGUSTÍN CLÍNICA	PRO GOB 012	Vigencia desde SEPTIEMBRE 2015
	REPORTE DE INCIDENTES	Anexos I / Registros
COMITÉ SEGURIDAD DE PACIENTE		Página 7 de 7

ANEXO III

LISTADO DE INCIDENTES A DENUNCIAR A LA ASEGURADORA

1. Paro cardiorrespiratorio anestésico
2. Aspiración pulmonar durante la anestesia
3. Muerte súbita
4. Lesiones traumáticas del uréter o la vejiga durante operaciones abdominales y ginecológicas
5. Infarto de miocardio asintomático o ignorado
6. Shock hipoglucémico en el diabético
7. Cuadros de apendicitis que deriven en peritonitis
8. Amputación traumática de un miembro, por gangrena o por isquemia (trauma vascular)
9. Reacción inusitada del ovario post-tratamiento de anovulación
10. Insuficiencia renal aguda en el post-parto
11. Toxemia, gestosis o eclampsia durante el embarazo
12. Hepatitis ignorada
13. Shock séptico
14. Tétanos quirúrgico
15. Sepsis / Infección hospitalaria
16. Aborto séptico
17. Embarazo ectópico ignorado
18. Feto muerto y retenido
19. Muerte blanca del recién nacido
20. Perforación accidental del útero
21. Hemorragia post-parto
22. Gangrena
23. Complicaciones postoperatorias:
 - ▣ Hemorragia
 - ▣ Trombo embolismo
 - ▣ Evisceración aguda
 - ▣ Dehiscencia de una sutura intestinal
 - ▣ Infección postoperatoria
24. Fractura ósea mal consolidada
25. Infección de fracturas expuestas
26. Estados febriles prolongados
27. Suicidio en instituciones psiquiátricas.