

 GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD	SERVICIO DE SALUD MAULE HOSPITAL DR. CESAR GARAVAGNO	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UCSP)	 hrt HOSPITAL REGIONAL DE TALCA
	PROGRAMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES CRÍTICOS	CODIGO: PRVIC .HRT.UCSP E1 FECHA: Febrero 2010 VIGENCIA: 2 AÑOS Página 1 de 15	

PROGRAMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS O INCIDENTES CRÍTICOS

1ª EDICIÓN

<p>Elaborado Por: EU María Teresa Arancibia Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p>Firma: _____</p> <p>EU Inés Espina Epidemiología</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: Enero 2010</p>	<p>Revisado Por: EU Catalina Soto SDGC</p> <p>Firma: _____</p> <p>Dra. Dania Báez Valenzuela UCSP</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: Enero 2010</p>	<p>Aprobado Por: Dra. Carolina Chacón Fernández Directora Hospital de Talca</p> <p>Firma: _____</p> <p>Fecha: Febrero 2010</p>
--	--	---

 GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD	SERVICIO DE SALUD MAULE HOSPITAL DR. CESAR GARAVAGNO	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UCSP)	 hrt HOSPITAL REGIONAL DE TALCA
		PROGRAMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES CRÍTICOS	
	FECHA: Febrero 2010		
	VIGENCIA: 2 AÑOS		
		Página 2 de 15	

ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN	3
MARCO LEGAL	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
ALCANCE	4
DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA	5
RESPONSABLES DE LA EJECUCIÓN	5
DEFINICIONES	5
SISTEMA DE VIGILANCIA	6
INCIDENTES A VIGILAR	6
EVENTOS CENTINELAS	6
PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN	7
METODOLOGÍA PARA ANÁLISIS	8
DISTRIBUCIÓN	9
RESPONSABILIDAD DEL ENCARGADO	9
INDICADOR	9
ANEXO 1: FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES CRÍTICOS	10
ANEXO 2: FLUJOGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES CRÍTICOS	13
ANEXO 3: METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS	14
ANEXO 4: ESCALA DE GRAVEDAD DE LOS INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS	15

 GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD	SERVICIO DE SALUD MAULE HOSPITAL DR. CESAR GARAVAGNO	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UCSP)	 hrt HOSPITAL REGIONAL DE TALCA
		PROGRAMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES CRÍTICOS	
		FECHA: Febrero 2010	
		VIGENCIA: 2 AÑOS	
		Página 3 de 15	

INTRODUCCIÓN:

La Reforma de la Salud contenida en el cuerpo legal que la sustenta es una reforma a la Calidad en Salud, y apunta a las dimensiones de equidad, oportunidad y acceso, **seguridad**, continuidad de la atención, calidad técnica, derechos de los usuarios y satisfacción, eficacia y eficiencia. La seguridad se ha descrito como el resultado final de un proceso de aprendizaje organizativo en el que participan todos los elementos de una institución que trabaja de forma colectiva en la consecución de este fin.

Existe la creencia generalizada de que las iniciativas de seguridad del paciente tienen un costo prohibitivo. En realidad, el costo de los errores sanitarios supera el de la prevención de los mismos. De hecho, las iniciativas de seguridad del paciente representan una de las mejores oportunidades para obtener un retorno de la inversión positivo para los hospitales.

Este programa de vigilancia se crea con el objeto de apoyar y promover la misión, visión y valores de una organización, **con el interés puesto en la mejora continua de la seguridad de todos los usuarios**. Dicho plan define las prioridades de seguridad institucional y establece los mecanismos para responder con eficacia, y de forma proactiva y reactiva, a los problemas de seguridad de los pacientes y reducir los riesgos, errores y otros acontecimientos adversos.

MARCO LEGAL:

- Ley de la reforma de la salud: Ley 19.966 ley de garantías explícitas en salud.

OBJETIVO GENERAL:

Generar acciones para la prevención de eventos adversos y/o incidentes críticos en el Hospital Regional de Talca.

 GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD	SERVICIO DE SALUD MAULE HOSPITAL DR. CESAR GARAVAGNO	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UCSP)	 hrt HOSPITAL REGIONAL DE TALCA
		PROGRAMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES CRÍTICOS	
		FECHA: Febrero 2010	
		VIGENCIA: 2 AÑOS	
		Página 4 de 15	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar y caracterizar eventos o circunstancias que puedan causar daño al usuario en la práctica general.
- Desarrollar un sistema de notificación para los profesionales sanitarios que permita identificar las tendencias de los eventos adversos.
- Obtener información de los eventos, aprender, identificar áreas de mejora y desarrollar soluciones.
 - Unificar criterios de actuación de los equipos de salud.
 - Promover acciones para la prevención de eventos adversos y/o incidentes.

ALCANCE:

La vigilancia de incidente crítico o eventos adversos se realizará tanto en los servicios clínicos como en los de apoyo que son:

- Pabellones quirúrgicos
- Hemodinamia
- Procedimientos endoscópicos
- UPC adultos y pediátricas
- Medicina
- Cirugía
- Especialidades quirúrgicas
- Urología
- Cirugía Infantil
- Pediatría
- Neonatología
- Obstetricia y Ginecología
- Farmacia
- Oncología
- Imagenología
- Anatomía Patológica
- Transporte y movilización
- Dental.
- Unidad Emergencia Hospitalaria

 GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD	SERVICIO DE SALUD MAULE HOSPITAL DR. CESAR GARAVAGNO	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UCSP)	 hrt HOSPITAL REGIONAL DE TALCA
		PROGRAMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES CRÍTICOS	
		FECHA: Febrero 2010	
		VIGENCIA: 2 AÑOS	
		Página 5 de 15	

DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA:

- **Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: de las ideas a la acción;** Realizada por Maite Vargas & Miguel Recio – 2008 para la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- **Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos;** © Ministerio de Sanidad y Consumo Secretaría General Técnica Centro de Publicaciones Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid.

RESPONSABLES DE LA EJECUCION:

Son responsables de realizar una vigilancia de incidentes o eventos adversos todos los funcionarios de los servicios o unidades señalados.

DEFINICIONES:

- La **seguridad del paciente** se define como la ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado a la atención sanitaria. El **daño** relacionado con la atención sanitaria es el daño que se deriva de los planes o acciones de un profesional de la salud durante la prestación de asistencia sanitaria o que se asocia a ellos, y no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- Un **incidente** relacionado con la seguridad del paciente es un evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente (**near miss**)
- Un **error** puede definirse como la no realización de una acción prevista tal y como se pretendía, o la aplicación de un plan incorrecto, y puede manifestarse por la realización de algo incorrecto (**error de comisión**) o la no realización de lo correcto (**error de omisión**)
- La **gestión de riesgo** son aquellas iniciativas relacionadas con la prevención de errores y que tienen impacto en forma directa en la aparición de daño.
- Un **evento adverso** es un incidente que produce daño al paciente.
- **Daño** significa alteración estructural o funcional del organismo y/o cualquier efecto perjudicial derivado de él. Los daños comprenden las enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos

 <p>GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>SERVICIO DE SALUD MAULE HOSPITAL DR. CESAR GARAVAGNO</p>	<p>UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UCSP)</p>	 <p>hrt HOSPITAL REGIONAL DE TALCA</p>
		<p>PROGRAMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES CRÍTICOS</p>	
		<p>FECHA: Febrero 2010</p>	
		<p>VIGENCIA: 2 AÑOS</p>	
		<p>Página 6 de 15</p>	

SISTEMA DE VIGILANCIA

Se instalan dos sistemas:

1. Vigilancia pasiva por medio de la notificación desde el lugar de ocurrencia.
2. Vigilancia activa por detección durante procesos de supervisión o control.

Además estos sistemas pueden ser:

1. **Voluntarios**, con el objetivo de analizar los mecanismos de producción de errores, principalmente en aquellos eventos adversos que han producido lesiones menores o en incidentes sin daño.
2. De notificación **obligatoria**, en aquellos eventos adversos o incidentes críticos.

EVENTOS O INCIDENTES QUE SE VIGILARÁN EN FORMA OBLIGATORIA

1.- En servicios clínicos:

- Úlceras por presión.
- Caídas.
- Error de medicación.
- Reacciones adversas a medicamentos.
- Autoextubaciones.

2.- En unidades o servicios de apoyo:

- Incidentes asociados a anestesia.
- Incidentes asociados a la cirugía.
- Auto lisis de biopsias o de tejido por falta de fijación.

EVENTOS CENTINELAS

- Paro cardiorrespiratorio.
- Informe de biopsias erróneo.
- Error de dispensación de medicamentos.
- Extravío de biopsia sin procesar

 GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD	SERVICIO DE SALUD MAULE HOSPITAL DR. CESAR GARAVAGNO	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UCSP)	 hrt HOSPITAL REGIONAL DE TALCA
	PROGRAMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES CRÍTICOS	CODIGO: PRVIC .HRT.UCSP E1	
		FECHA: Febrero 2010	
		VIGENCIA: 2 AÑOS	
	Página 7 de 15		

ACLARACIÓN: Todo incidente o evento adverso detectado , independiente del área, ocurrido en la institución, deberá ser notificado a la Unidad de Calidad y Seguridad de Paciente.

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN

Este se realizará por medio de un formulario de notificación de incidentes críticos ANEXO N° 1 o por medio de memorandum o llamado telefónico en el caso de notificación voluntaria.

En notificación obligatoria:

- Ésta se realizará en forma diaria.
- El documento deberá ser enviado a la Sub Dirección de Gestión del Cuidado (SDGC).
- Las situaciones que revistan gravedad (daño directo y con consecuencias para el paciente) deben ser avisadas por vía telefónica y posteriormente enviar el documento a la SDGC.
- Los incidentes críticos (IC) que deben ser **notificados en forma inmediata** en cuanto ocurren son los **eventos centinelas**, todos los demás se pueden notificar el mismo día o máximo al día siguiente de ocurridos.
- La SDGC, deberá notificar en forma inmediata a Unidad de Calidad a través de llamado telefónico, envío de e-mail o de memorandum.
- Corresponderá a la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP) informar a la Dirección del Hospital de aquellos eventos que podrían requerir esclarecimiento de los hechos.
- La UCSP confeccionará los formularios de “informe” al servicio o unidad respectivo para complementar los datos necesarios para el análisis del caso.
- En forma trimestral la UCSP realizará el consolidado de los incidentes o eventos adversos críticos que han sido analizados por la unidad y derivará a SDGC para el resumen con todos los casos del trimestre (críticos y no críticos).

 GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD	SERVICIO DE SALUD MAULE HOSPITAL DR. CESAR GARAVAGNO	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UCSP)	 hrt HOSPITAL REGIONAL DE TALCA
	PROGRAMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES CRÍTICOS	CODIGO: PRVIC .HRT.UCSP E1	
		FECHA: Febrero 2010	
		VIGENCIA: 2 AÑOS	
		Página 8 de 15	

METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS: (ANEXO 3)

1. Toma de conocimiento del incidente o evento adverso.
2. Análisis del incidente.
3. Notifica a la Dirección por vía directa (teléfono, e mail, copia del incidente).
4. Confección de formulario para solicitud de informes (1, 2 ó todos los que sean necesarios)
5. Solicitud de informe N° 1 al servicio o unidad según corresponda.
6. Recepcionada la respuesta del informe se analizará y si aparecen dudas respecto al caso posterior a lo informado, se solicitará el informe N° 2 y así sucesivamente hasta conformidad.
7. Con la información completa se envía memorandum a la Directora y se propone un equipo multidisciplinario para el análisis final y las propuestas de mejora. La Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente (UCSP) aporta con apoyo metodológico para el análisis. Se utilizarán métodos cualitativos o cuantitativos según sea el caso.
8. La Dirección aprueba el equipo de trabajo propuesto y deriva investigación a éste con copia a la UCSP.
9. El equipo investigador analiza el caso, elabora informe y envía resultados a UCSP, con un plazo no superior a 7 días prorrogable. En el documento final se incluye y se define escala de gravedad de los incidentes (ANEXO 4), causas probables y propuestas para el plan de mejora.
10. UCSP revisa y sanciona resultados y deriva a la Dirección.
11. La dirección rechaza o acepta la propuesta y solicita plan de mejora al servicio o unidad involucrado en el caso.
12. El servicio o unidad elabora, desarrolla y evalúa plan de mejora, con un plazo propuesto por el equipo investigador.
13. El servicio envía evaluación del plan de mejora a UCSP.
14. La UCSP evalúa impacto y verifica cumplimiento de plazos establecidos.
15. UCSP envía resultados a dirección.
16. Dirección cierra el caso.

 <p>GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>SERVICIO DE SALUD MAULE HOSPITAL DR. CESAR GARAVAGNO</p>	<p>UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UCSP)</p>	 <p>hrt HOSPITAL REGIONAL DE TALCA</p>
		<p>PROGRAMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES CRÍTICOS</p>	
		<p>FECHA: Febrero 2010</p>	
		<p>VIGENCIA: 2 AÑOS</p>	
		<p>Página 9 de 15</p>	

DISTRIBUCIÓN:

Este programa deberá distribuirse a:

- Todos los servicios clínicos y unidades de apoyo del HRT
- Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente
- Sub Dirección de Gestión del Cuidado
- Dirección.

RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO:

El profesional coordinador o supervisor será el responsable del cumplimiento de la notificación de los incidentes ocurridos en su servicio o unidad y el responsable del cumplimiento del análisis el coordinador de la UCSP.

INDICADOR 1:

Porcentaje de IC analizados.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO: 100%

INDICADOR 2:

Porcentaje de IC con planes de mejoras desarrollados.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO: 100%

INDICADOR 3:

Porcentaje de IC con planes de mejoras evaluados.

UMBRAL DE CUMPLIMIENTO: 100%

ANEXOS:

ANEXO 1: Formulario de notificación

ANEXO 2: Flujograma de notificación de IC.

ANEXO 3: Metodología para el análisis

ANEXO 4: Escala de gravedad de los incidentes o eventos adversos

ANEXO 1: FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES CRÍTICOS

NOTIFICACION DE INCIDENTES CRITICOS

TIPO DE INCIDENTE	

DATOS DEL PACIENTE

SERVICIO: _____

NOMBRE DEL PACIENTE

RUT

FICHA CLINICA

SEXO

EDAD

TIPO DE PACIENTE

MEDICO

PEDIAT.

Otro (especif.)

MATER

QUIRURG.

DIAG. DE INGRESO:

DOWNTON

BRADEN

GLASGOW

RAMSAY

Fecha de Notificación

Hora

REINGRESO

SI

NO

EL MOTIVO DE INGRESO FUE UN I o AA

SI

NO

TIPO DE LESION: _____

Persona que lo comunica:

Médico

TP

EU / MAT.

Otro

¿Cuándo ocurrió?

Al ingreso

Durante la estancia

Al alta

¿Dónde ocurrió?

En Serv. Clínico

Durante traslado

Otras áreas

¿En que franja horaria?

08,00 - 13,00

14,00 - 20,00

20,00 - 08,00

¿Fue informado el paciente o la familia?

SI

NO

EL PROBLEMA DE SEGURIDAD ESTA EN RELACION CON:

1) MEDICACION

Problema encontrado en:

Prescrip.

Preparación

Trascrip.

Administ.

Dispensac.

Monitorizac.

2) TRANSFUSION DE SANGRE Y DERIVADOS

Reacción transfusional

Transfusión a paciente equivocado

Transfusión de producto equivocado

3) VIA AEREA Y VENTILACION MECANICA

Obstrucción de la vía aérea

Extubación no programada

Reintubación

Desconexión accidental de la VM

Otros (especificar)

Progresión del tubo endotraqueal

Atelectasia

Barotrauma en relación con la VM

Broncoaspiración

4) ACCESOS VASCULARES , SONDAS, TUBOS, DRENAJES O SENSORES

Retirada o desconexión no programada de:

Catéter Venoso Central

Catéter arterial

Catéter en arteria pulmonar

Sonda Nasogástrica

Sonda Vesical

Dispositivos intracraneales

Drenaje torácico

Drenajes quirúrgicos

Otros drenajes

Otro (especificar)

5) FALLO DE APARATOS O EQUIPOS MEDICOS

Equipo que falló

Monitor cardíaco

Monitor de gasto cardíaco

Marcapasos transcutáneo

Marcapasos temporal IV

Marcapasos definitivo

Respirador

Monitor de PIC

Bomba de infusión

Desfibrilador

Otro (especificar)

Que falló?

Suministro eléctrico

Suministro gases medicinales

Vacío

Mal funcionamiento del aparato

Mal uso de las alarmas

Otro (especificar)

6) RELACIONADOS CON EL CUIDADO

Caída accidental

baño

sala

cama

Inmovilización

SI

NO

Úlcera por presión

Tipo I

Tipo II

Tipo III

Tipo IV

No aplicación de los cuidados pautados

SI

NO

Especificar ubicación

sacro

trocante

tobillo

cráneo

otros

7) PROCEDIMIENTOS

PROBLEMA

Preparación inadecuada antes del procedimiento

Fallo en el equipamiento

Monitorización inadecuada

Otro (especificar)

8) COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA CIRUGIA

Hemorragia asociada a procedimiento

Lesión de viscera

Cuerpo extraño

Dehiscencia de sutura

Infección de herida quirúrgica

Reintervención sin relación con lo anterior

 <p>GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD</p>	<p>SERVICIO DE SALUD MAULE HOSPITAL DR. CESAR GARAVAGNO</p>	<p>UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UCSP)</p>	 <p>hrt HOSPITAL REGIONAL DE TALCA</p>
		<p>PROGRAMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES CRÍTICOS</p>	
		<p>FECHA: Febrero 2010</p>	
		<p>VIGENCIA: 2 AÑOS</p>	
		<p>Página 12 de 15</p>	

9) DESCRIPCION DEL SUCESO

Haga una descripción del suceso y la secuencia de hechos, detallando cómo se produjo y cómo se descubrió

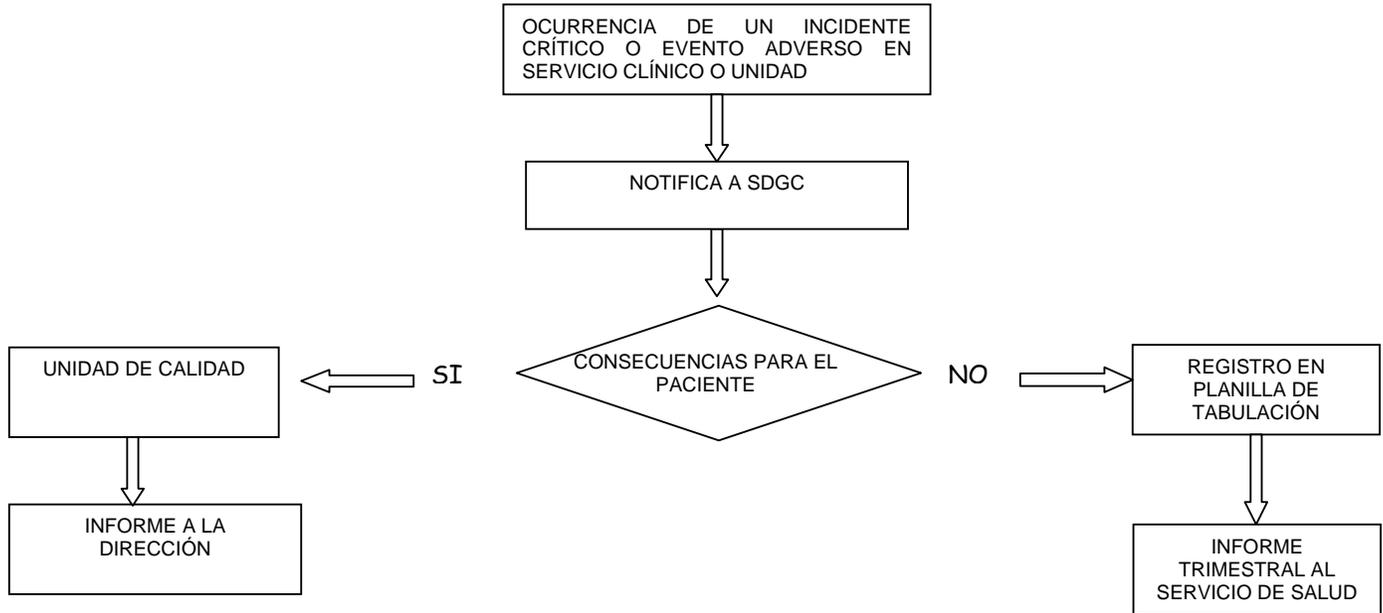
10) EVITABILIDAD

- Sin duda evitable
- Posiblemente evitable
- Posiblemente inevitable
- Sin duda inevitable

En caso de ser evitable ¿Cómo?

--

ANEXO 2: FLUJOGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES CRÍTICOS



 GOBIERNO DE CHILE MINISTERIO DE SALUD	SERVICIO DE SALUD MAULE HOSPITAL DR. CESAR GARAVAGNO	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE (UCSP)	 hrt HOSPITAL REGIONAL DE TALCA
		PROGRAMA DE VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES CRÍTICOS	
		FECHA: Febrero 2010	
		VIGENCIA: 2 AÑOS	
		Página 14 de 15	

ANEXO 3: FLUJOGRAMA METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS DE INCIDENTES

ANEXO 4.- ESCALA DE GRAVEDAD DE LOS INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS

Escala de gravedad de los eventos (Desarrollada por la Asociación de Pensilvania para la Gestión de Riesgos en la Atención Sanitaria)	
Nivel 1	Se produjo un evento, pero el paciente no sufrió ningún daño.
Nivel 2	Se produjo un evento que dio lugar a la necesidad de evaluar el estado del paciente, pero no hubo cambios en los signos vitales del mismo, y no sufrió ningún daño.
Nivel 3	Se produjo un evento que dio lugar a la necesidad de aplicar un tratamiento o algún tipo de intervención, y se provocó un daño temporal al paciente.
Nivel 4	Se produjo un evento que dio lugar a la hospitalización o prolongación de la hospitalización del paciente, y se le causó un daño temporal.
Nivel 5	Se produjo un evento que causó un daño permanente en el paciente o que pudo haberle ocasionado la muerte.
Nivel 6	Se produjo un evento que ocasionó la muerte del paciente.

EXTRACTO DE DOCUMENTO: Mejorando la seguridad del paciente en los hospitales: De las ideas a la acción; Realizada por Maite Vargas & Miguel Recio – 2008 para la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.