



Ejercicio de Participación
Ciudadana 2017
Subcomité de Riesgos y
Eventos Adversos



SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS HOSPITALARIOS EN AMÉRICA LATINA

Los eventos adversos (EA) son incidentes que ocasionan un daño innecesario a un paciente y son, la mayoría de las veces el resultado de una desafortunada cadena de acontecimientos.

Se calcula **que alrededor del 10%** de los pacientes hospitalizados sufren EA, de

AÑO	ESTUDIO	Tasa de eventos adversos (%)
1991	Harvard Medical Practice Study	4
1992	EEUU (Utah-Colorado Study)	5.4
1995	Quality in Australian Health Care Study	16.6
1998	Dinamarca	9.0
2000	Reino Unido (An organization with a memory)	11.7
2003	Promedio internacional (países desarrollados)	10 % de ingresos hospitalarios



Importancia de los Sistemas de Notificación de Eventos Adversos

La **gestión del conocimiento** generado por este tipo de análisis solo es posible si se cuenta con sistemas de notificación (SN) funcionales que garanticen la recolección de los datos relacionados con los incidentes sin daño (ISD) y los eventos adversos (EA) de forma estructurada que permitan su:

1 Codificación

2 Análisis de los elementos vulnerables del sistema

3 Difusión de la información a los profesionales de la salud

GESTIÓN RIESGOS CLÍNICOS
LISTAS DE VERIFICACIÓN
DESCUIDOS Y LAPUSUS
SEGURIDAD
de los
PACIENTES
INCERTIDUMBRE
AMFE
HIGIENE DE MANOS
BARRERAS
NEGOTIOS
ALARM
SISTEMAS DE INFORMACIÓN
NOTIFICACIÓN INCIDENTES
PULSERAS DE IDENTIFICACIÓN
ERRORES DE LADO
INFECCIONES NOSOCOMIALES
IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES



Sistemas de Notificación (SN) en el Mundo

Algunos SN cuentan ya con más de una década de funcionamiento, como el Sistema de Seguimiento de Incidentes de Australia (Australian Incident Monitoring System), el Programa Centinela de Notificación de Eventos (Sentinel Events Reporting Program) creado en 1996 por la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Atención Sanitaria (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization).

Los SN de Canadá, España y el Reino Unido funcionan SN diseñados bajo premisas similares.

En América Latina, Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, México y Perú cuentan con sus propios SN.

Cultura de Seguridad



Sistema de Notificación

Resiliencia de los profesionales
Subnotificación
Manejo de la información



¿QUÉ ES EL SUBCOMITÉ DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS?



MISIÓN

El Subcomité de Riesgos y Eventos adversos es un grupo multidisciplinario cuya misión es **coadyuvar a la cultura de prevención de eventos adversos (EA) a través de la gestión de riesgos y eventos que se originen durante el proceso de atención al paciente pediátrico, a fin de desarrollar e implementar estrategias de mejora que fomenten prácticas seguras en el proceso y modelo de atención.**

Patient Safety: Designing the Health Care. JCI 2006. System to Reduce Risks and Errors



Integración del SREA

Presidenta

Dra. Aurora Bojórquez Ochoa

Secretaria Técnica

Lic. Patricia Aurora Baranda Cuaxospa

Vocales

Enfermería

Mtra. Adriana Romero Sandoval

Lic. Cecilia Luengas Salazar

Mtra. Ma. Guadalupe López Eslava

Mtro. Carlos Agustín González Lozano

Q.F.B. Marlene Jiménez Mendoza

Depto. Calidad

Dra. Angélica Hernández Hernández

Lic. Ma. Auxilio Montiel Salinas

Lic. Victoria Carreón Hernández

Dr. Cesar Scorza Islas

Epidemiología

Dra. Wendy Domínguez Viveros

Grupo Médico

Dra. Delfina Ortiz Marmolejo

Dra. Hilda Hernández Orozco

Dra. Patricia Zárate Castañón

Dra. Adriana Alba Chaire

Dr. Marcial Anaya Jara

Farmacia Hospitalaria

Q.F.B. Ericka Plaza Cervantes

Lic. Miguel Hernández Solís

SADyTRA

Dra. M. Leticia Medina Macías

QFB María Eugenia Costantini Millán



CICLO ORGANIZACIONAL, EVOLUCIÓN Y APRENDIZAJE

Desempeño

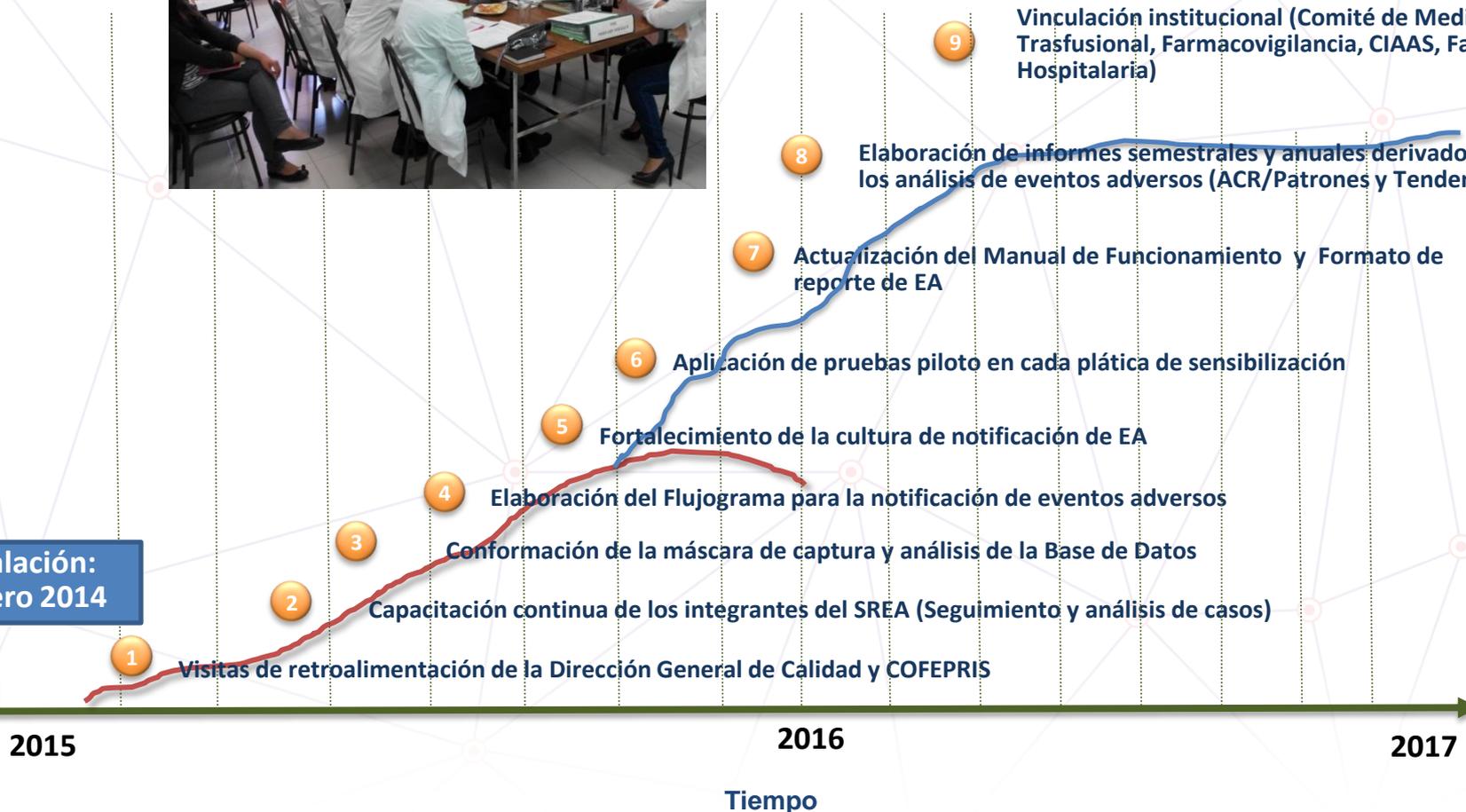
15 sesiones 2014

26 sesiones 2015

13 sesiones 2016

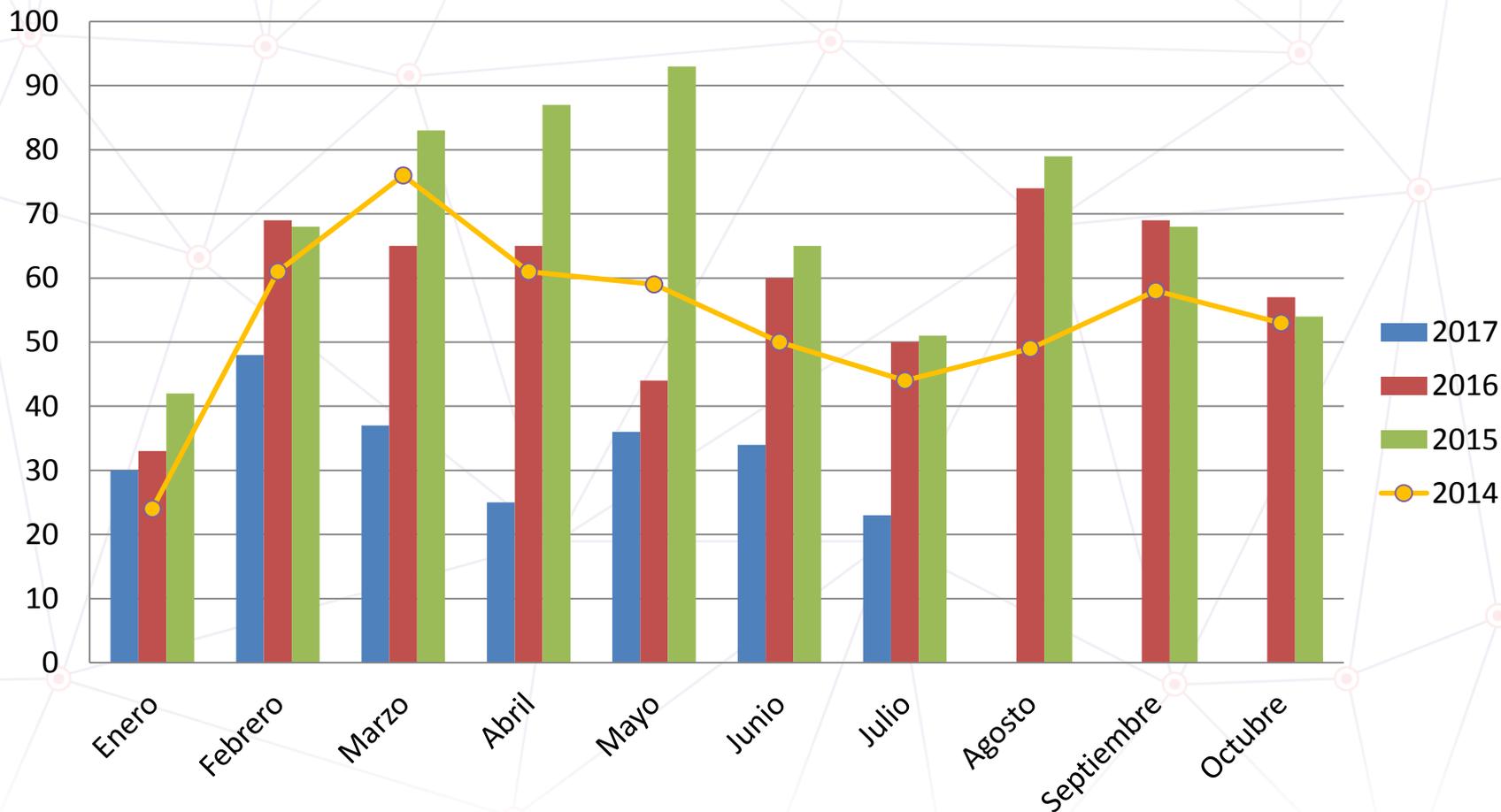


Instalación:
Febrero 2014



RESULTADOS OBTENIDOS DE LA NOTIFICACIÓN

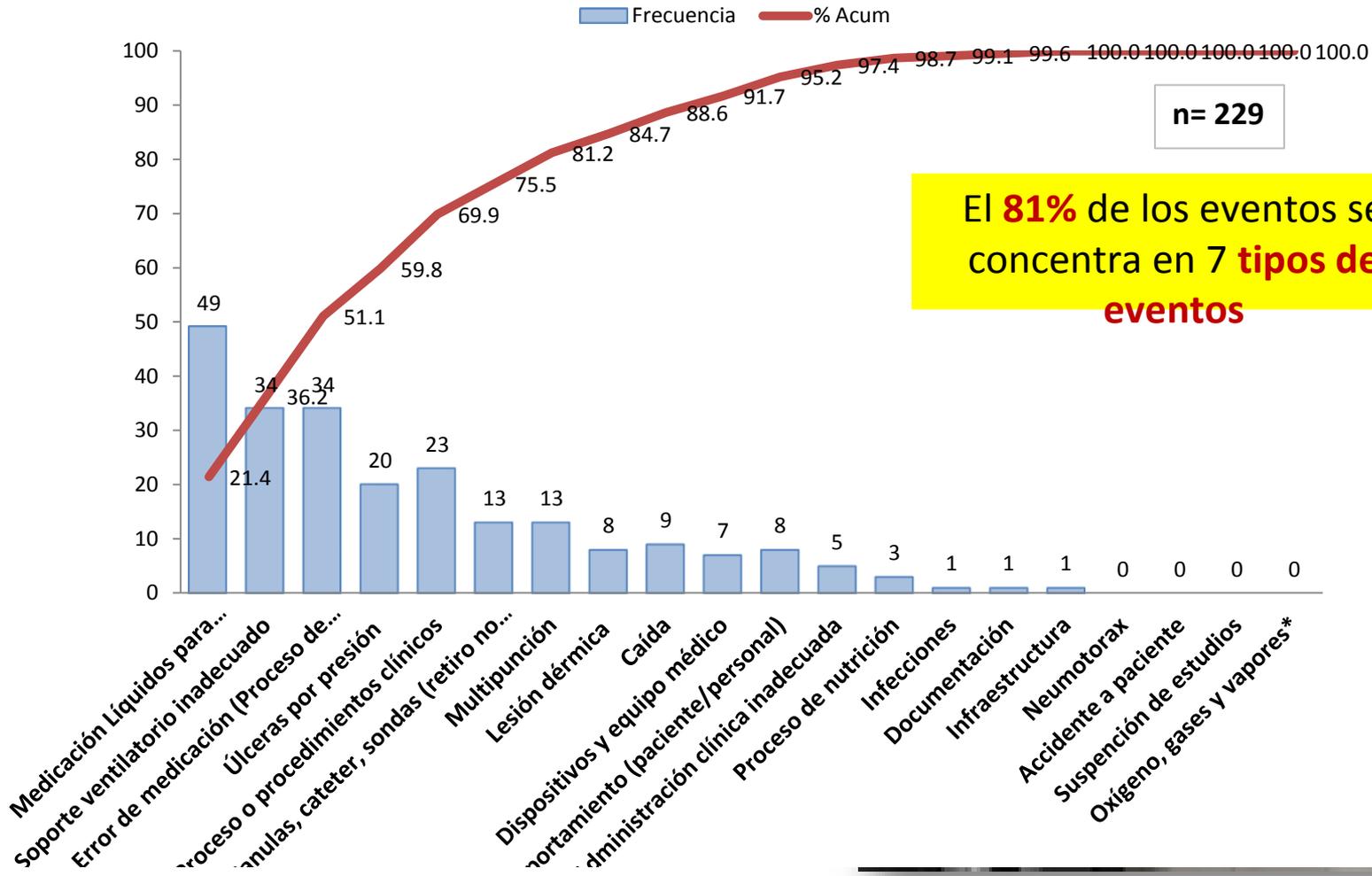
Gráfica comparativa 2014-2017





RESULTADOS OBTENIDOS DE LA NOTIFICACIÓN

Pareto de Eventos Adversos del periodo Enero a Julio 2017



El **81%** de los eventos se concentra en **7 tipos de eventos**



Acciones realizadas por el Subcomité de Riesgos y Eventos Adversos



- * Mejores prácticas
- * Capacitación
- * Difusión (material didáctico)

Cultura reactiva

- * Mesas de trabajo
- * Análisis de casos



- * Reporte incentivado
- * Supervisión y monitoreo

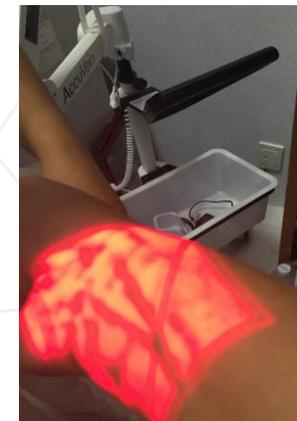
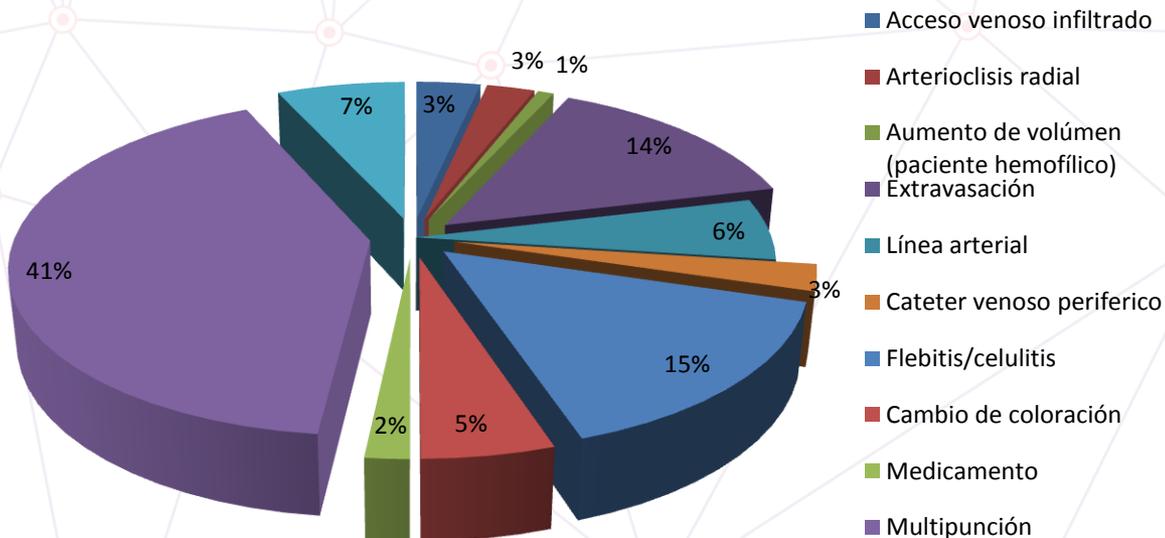


Cultura de prevención



VIII. ACCIONES DE MEJORA

Distribución de las lesiones asociadas a TI



Programa de cuidado arterial

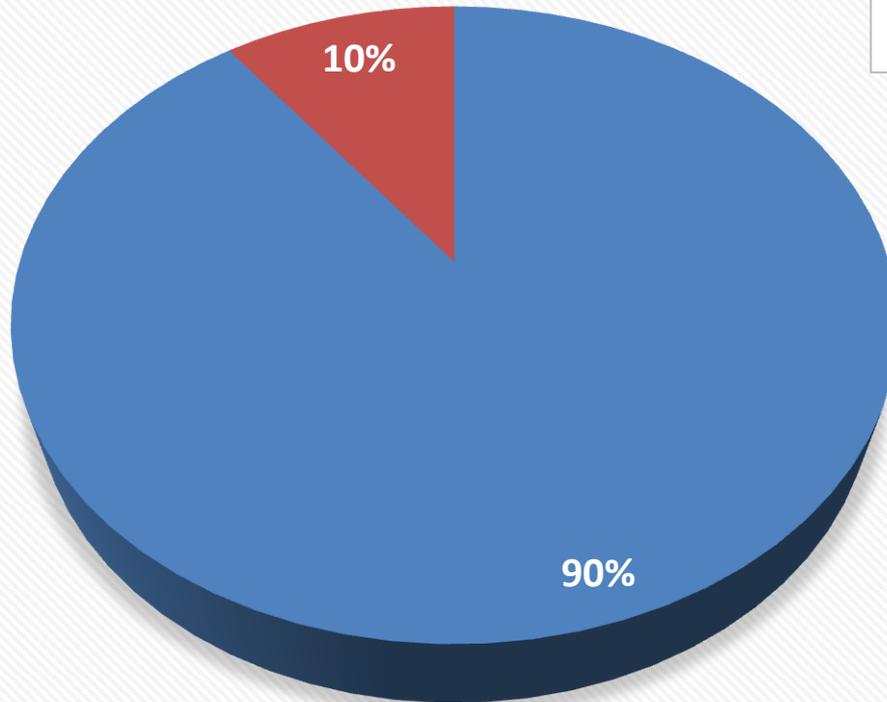
1. Elección de la arteria
2. Elección del catéter
3. Instalación con de la L.A
4. Fijación del catéter
5. Mantenimiento del catéter instalado
6. Retiro de la línea arterial





ACCIONES DE MEJORA

Soporte ventilatorio



n= 39

■ Extubación accidental ■ Inadecuado

1.- Gestión y compra de bigoterías

2.- Protocolo de transporte intrahospitalario del paciente crítico intubado.



VIII. ACCIONES DE MEJORA DERIVADOS DE EC

Evento Centinela 1 Servicio TAMO	Evento Centinela 2 Servicio de Oncología
<ul style="list-style-type: none"> Pláticas de Medicación Segura (Conciliación, idoneidad y buenas prácticas en la prescripción) 	<ul style="list-style-type: none"> Elaboración del Protocolo para manejo y uso del Rituximab por parte del Servicio de Oncología
<ul style="list-style-type: none"> Rotación de Médicos Residentes de Medicina Crítica a la Unidad de Trasplante de Médula Ósea 	<p><u>Carro rojo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Estandarización del Manejo y uso del “carro rojo” y supervisión diaria por parte de las Enfermeras Jefas de Servicio en conjunto con el personal del Departamento de Calidad. Gestión de insumos en forma programada de los carros de paro
<ul style="list-style-type: none"> Plática de Políticas de Calidad, Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente y Prescripción Segura al Departamento de Nefrología. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de las trombas de aire por parte del Área de Mantenimiento. (Mantenimiento preventivo) Elaborar bitácora de mantenimiento.
<ul style="list-style-type: none"> Se reforzaron las buenas prácticas de prescripción segura (se prohíbe copiar y pegar) 	<ul style="list-style-type: none"> Vigilancia del mantenimiento preventivo de los monitores de signos vitales.
<ul style="list-style-type: none"> Se reforzó el apego a la política de la MISP 3 “Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo” 	





INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA COMITÉ DE RIESGOS Y EVENTOS ADVERSOS (CREA)

Por una *cultura justa* y no punitiva *la notificación de eventos adversos* se realiza de forma voluntaria y anónima.

¿QUÉ ES UN EVENTO ADVERSO?

Daño, lesión o incapacidad causada por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente, *por los profesionales* de la atención de salud, y que *no obedece a la propia enfermedad*.

PROCESO DE NOTIFICACIÓN DE CUASIFALLAS, EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELA



ERROR

Daño al PACIENTE

Los datos se ingresan a una base de datos para su análisis por el CREA y reporte al COCASEP para implementación de barreras de seguridad y mejoras en los procesos de atención

El formato lo puedes obtener físicamente en las centrales de enfermería o por internet en la dirección http://www.pediatria.gob.mx/formato_M-0-45.pdf

¡ TODOS PODEMOS NOTIFICAR !

Para mayor información comunicarse a la extensión 1642 y 1648



IX. RETOS

Vinculación Institucional

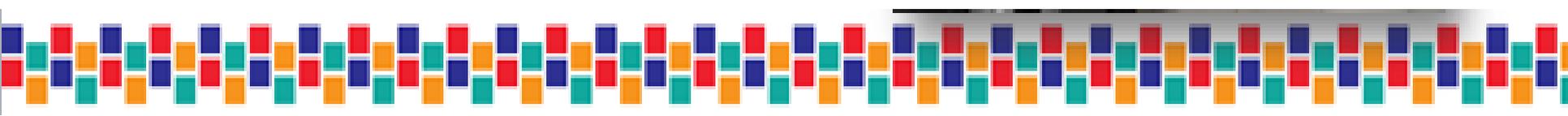
Vigilancia en conjunto con:

- Vigilancia Epidemiológica.
- Farmacia Hospitalaria.
- *Auditorías Internas de Calidad y Seguridad.*
- *Control de Calidad en Laboratorio*

IMPLEMENTACIÓN

Búsqueda intencionada

- Investigación bibliográfica.
- Alertas Centinela.
- Trigger Tool.
- Rastreadores Clínicos.
- Resultados clínicos de Procedimientos a ciegas.



*Un instituto Nacional de Salud
en movimiento*



PRIMERA
SESION ORDINARIA
DEL ORGANO DE GOBIERNO

GRACIAS