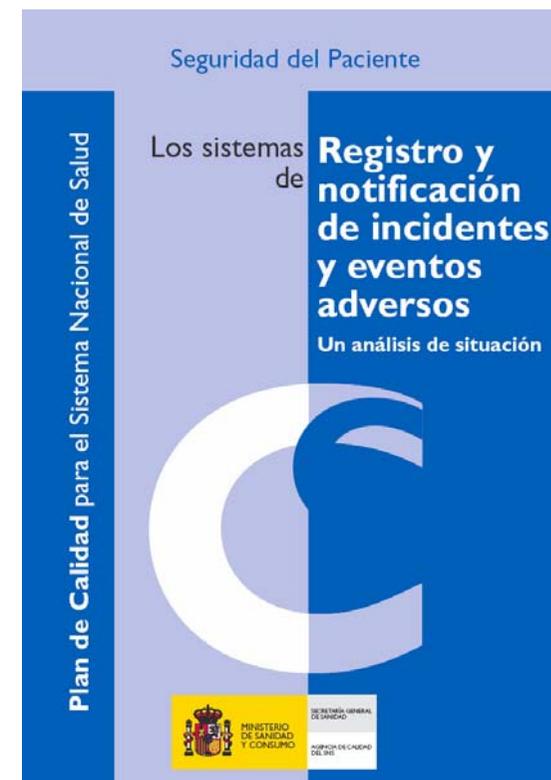


LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS.

Un análisis de situación



Joaquim Bañeres
Fundación Avedis Donabedian

Madrid, 11 Mayo 2006

ÍNDICE

1. Introducción.
2. ¿Qué es un sistema de registro y notificación de eventos adversos?
3. Características de los sistemas
4. Experiencia internacional
5. Conclusiones



1. INTRODUCCIÓN

LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES



ALGUNAS DEFINICIONES

Evento adverso: una lesión relacionada con la asistencia sanitaria, más que con las complicaciones de la enfermedad del paciente. Incluye todos los aspectos de la atención tales como diagnóstico y tratamiento así como los sistemas y equipamientos utilizados

- **Eventos adversos graves** (por ejemplo muerte o pérdida de función)
- **Eventos adversos leve** (por ejemplo fiebre o prolongación de la estancia)

Incidente (“near miss”): Acción u omisión que podría haber dañado al paciente, pero no lo dañó como consecuencia del azar, la prevención o la mitigación de la misma.

PIRÂMIDE DE HEINRICH



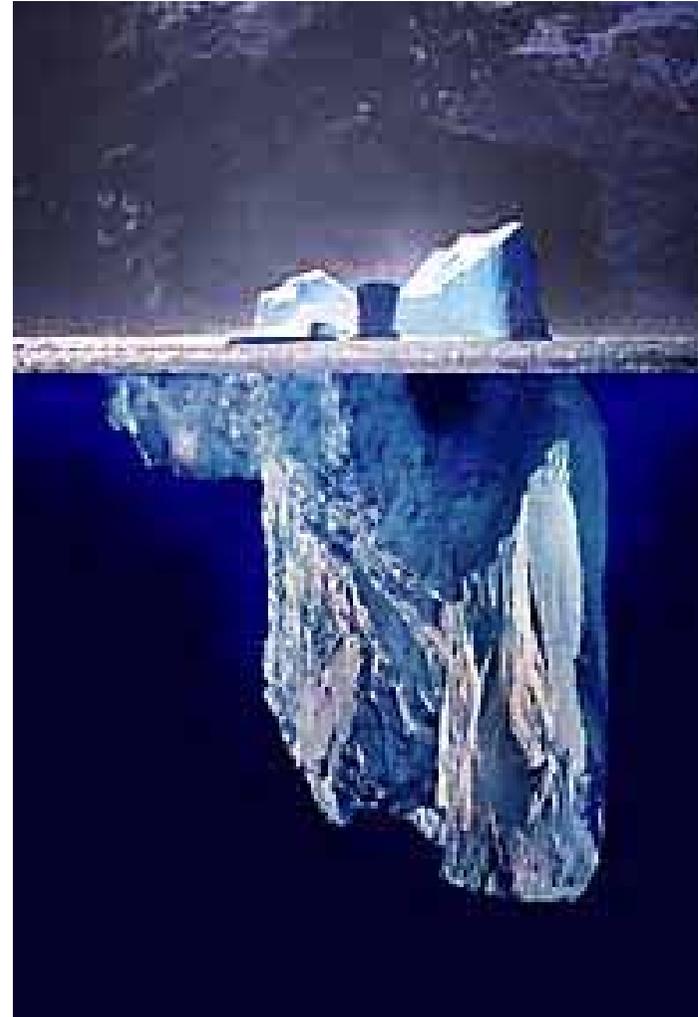
¿CON QUÉ FRECUENCIA APARECEN LOS E.A?

| Alcance de los problemas de seguridad | Año | |
|--|------------|------|
| Nueva York MPS | '91 | 3.7% |
| Colorado/Utah MPS | '99 | 3.3% |
| Australia | '94 | 13% |
| Estudio piloto Inglaterra | '00 | 11% |
| Nueva Zelanda | '01 | 13% |
| Alemania | '01 | 9% |
| Canada | '04 | 7.5% |

| Muertes prevenibles | /1000 | Total |
|----------------------------|--------------|--------------|
| EEUU | 3 | 98,000 |
| Australia | 3 | 8,400 |
| Estudio piloto Inglaterra | 4 | 34,000 |
| Nueva Zelanda | 2 | 1,300 |
| Alemania | 3 | 3,080 |
| Canada | 7 | 16,650 |

INFRANOTIFICACIÓN

Sólo se notifican
el **5%** de los
eventos
adversos que se
producen



¿CUÁLES SON LAS CAUSAS?

- **Factores humanos:** ratio de profesionales pacientes, turnos, fatiga, formación. .
- **Factores del proceso:** fallos organizativos y operativos en los diferentes pasos del proceso.
- **Equipamiento:** mantenimiento reactivo y proactivo, obsolescencia.
- **Factores ambientales:** ruido, espacio, mobiliario, por ejemplo.
- **Gestión de la información:** comunicación intra y extra equipo
- **Liderazgo:** cultura de la organización con respecto a la seguridad
- **Supervisión inadecuada**

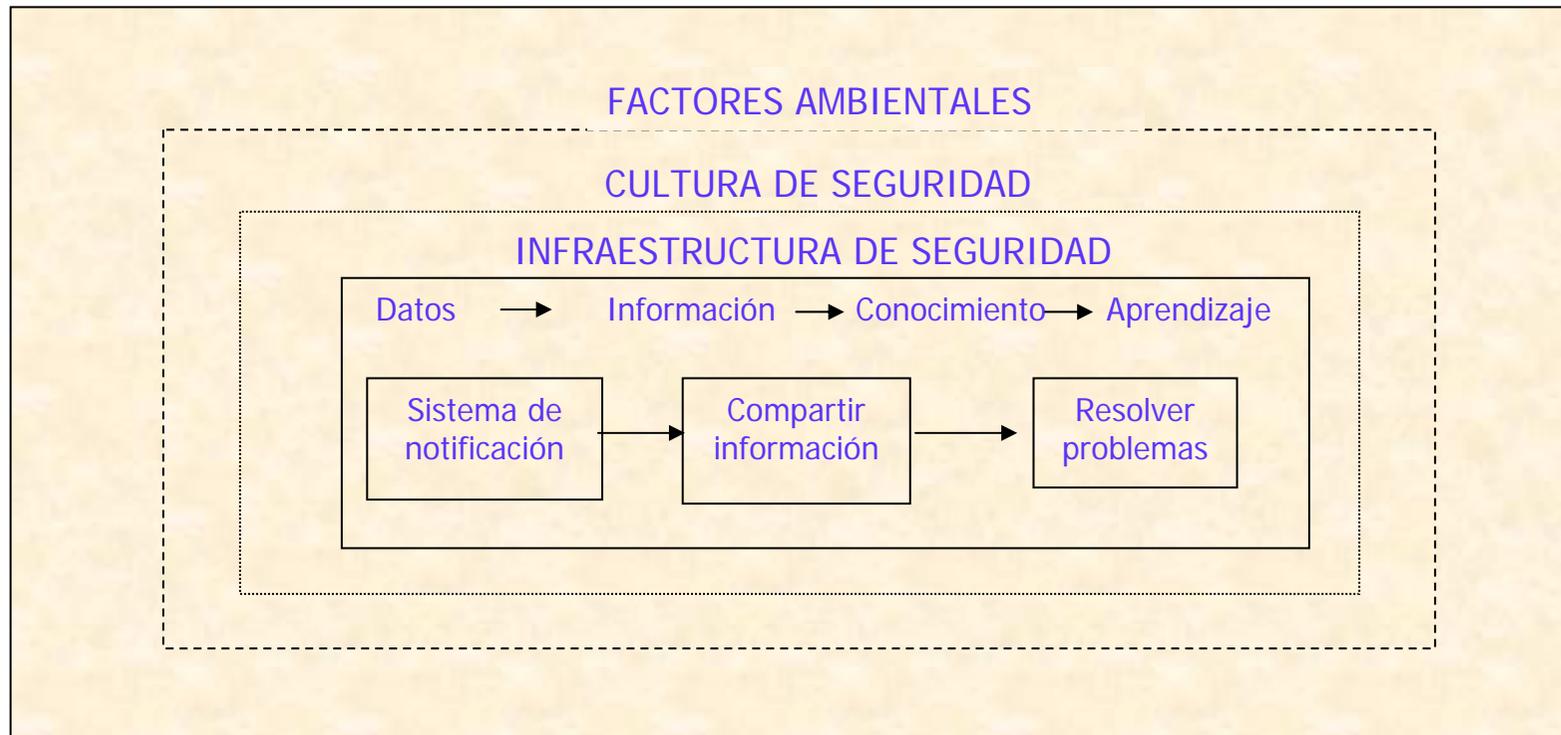


2. ¿QUÉ ES UN SISTEMA DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN?

DEFINICIÓN DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN

- Estrategia que permite la **recolección de datos** sobre eventos adversos producidos en el ámbito sanitario, a partir de los cuales se puede **mejorar la seguridad** de los pacientes.
- Son una parte de la “**cultura de seguridad**” donde se entienden los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar.

MARCO CONCEPTUAL DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN



Sirio CA, Keyser DJ, Norman H, Weber RJ, Muto CA. Shared learning and drive to improve patient safety: lessons learned from the Pittsburgh regional healthcare initiative. *Advances in Patient Safety*. Vol: 3. 2005

OBJETIVOS DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN

- **Aprender** de las experiencias.
- Contribuir a la mejora del **clima de seguridad** dentro del ámbito de trabajo.
- **No** es una herramienta útil para **monitorizar** los progresos en la prevención de los eventos adversos.

CIRCUITO DE NOTIFICACIÓN

Aparición,
registro y
notificación del
evento



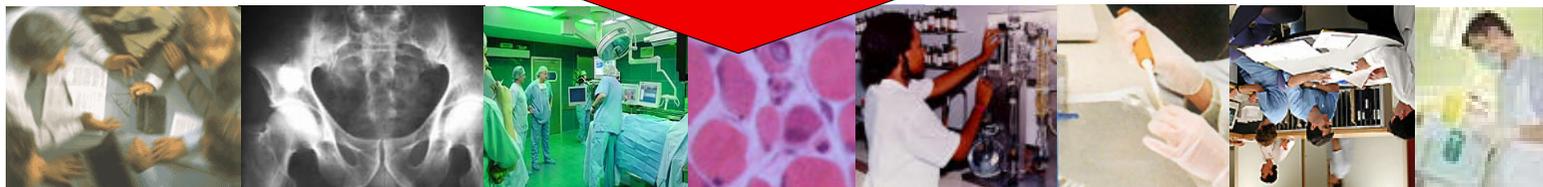
Proceso de
agregación y
análisis



Resultados del
proceso

- Alertas
- Publicaciones
- Estudios de investigación

- Bases de datos
- Banco de lecciones aprendidas





3. CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS

Voluntario vs. obligatorio

Voluntario

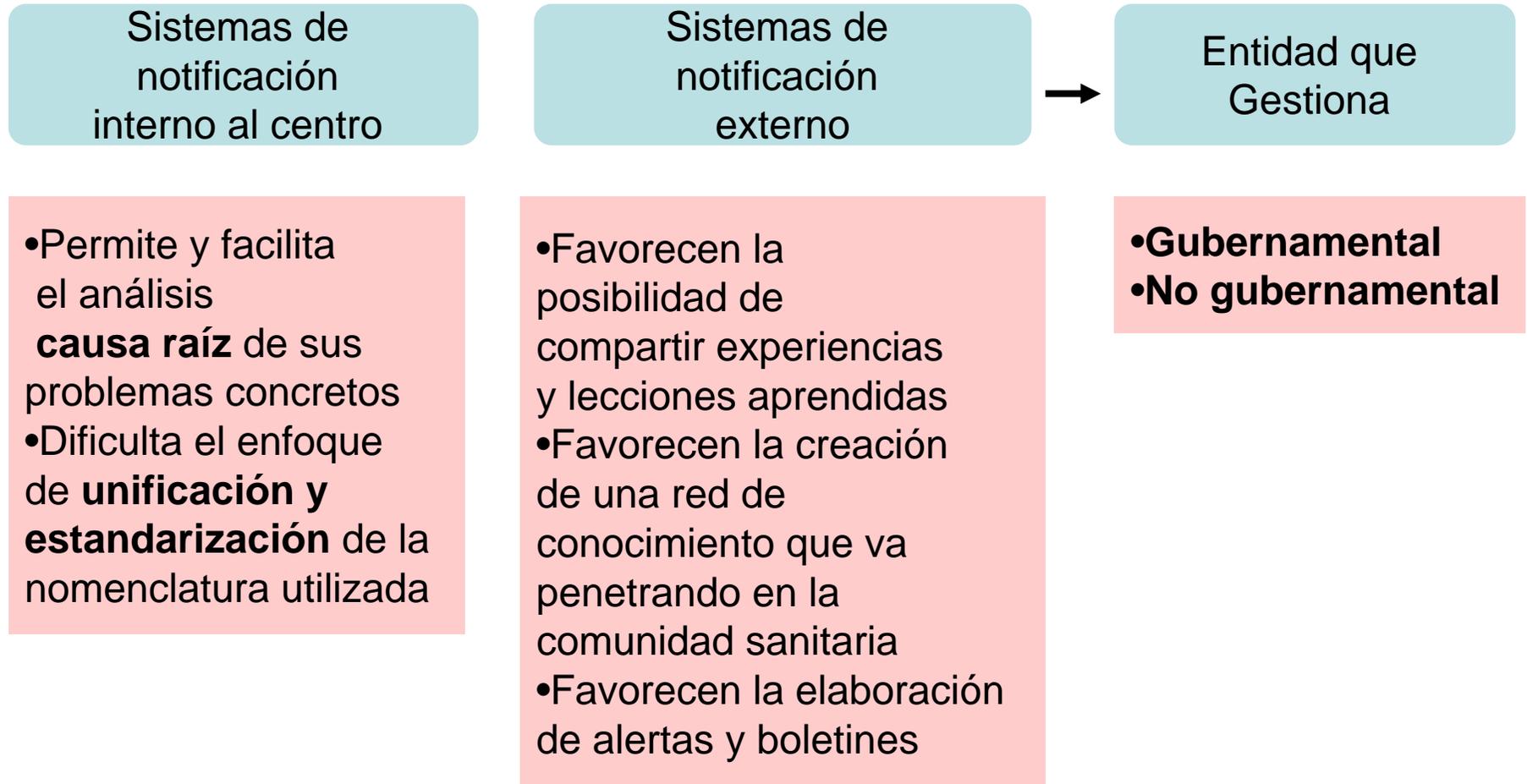
- Orientados hacia la **mejora** de la seguridad
- Se emplean en la notificación de los **incidentes** potenciales y de **mayor gravedad**.
- Tienen como objetivo la **identificación de áreas vulnerables** del sistema antes o después de que se produzca el daño.
- Permiten la identificación de **causas**
- Contribuir a la **formación** de los profesionales con datos.

Obligatorio

- Más orientados hacia la **responsabilidad** (Accountability)
- Utilizados por organizaciones sanitarias para garantizar **mínimos de protección** a los ciudadanos.
- Los sistemas obligatorios de notificación se centran en los eventos adversos que producen **lesiones graves o muerte**.
- Pueden exigir a las organizaciones inversiones en **recursos** para la seguridad del paciente.
- En Estados Unidos, **veinte estados** presentaban en 2001 un sistema de notificación obligatorio.

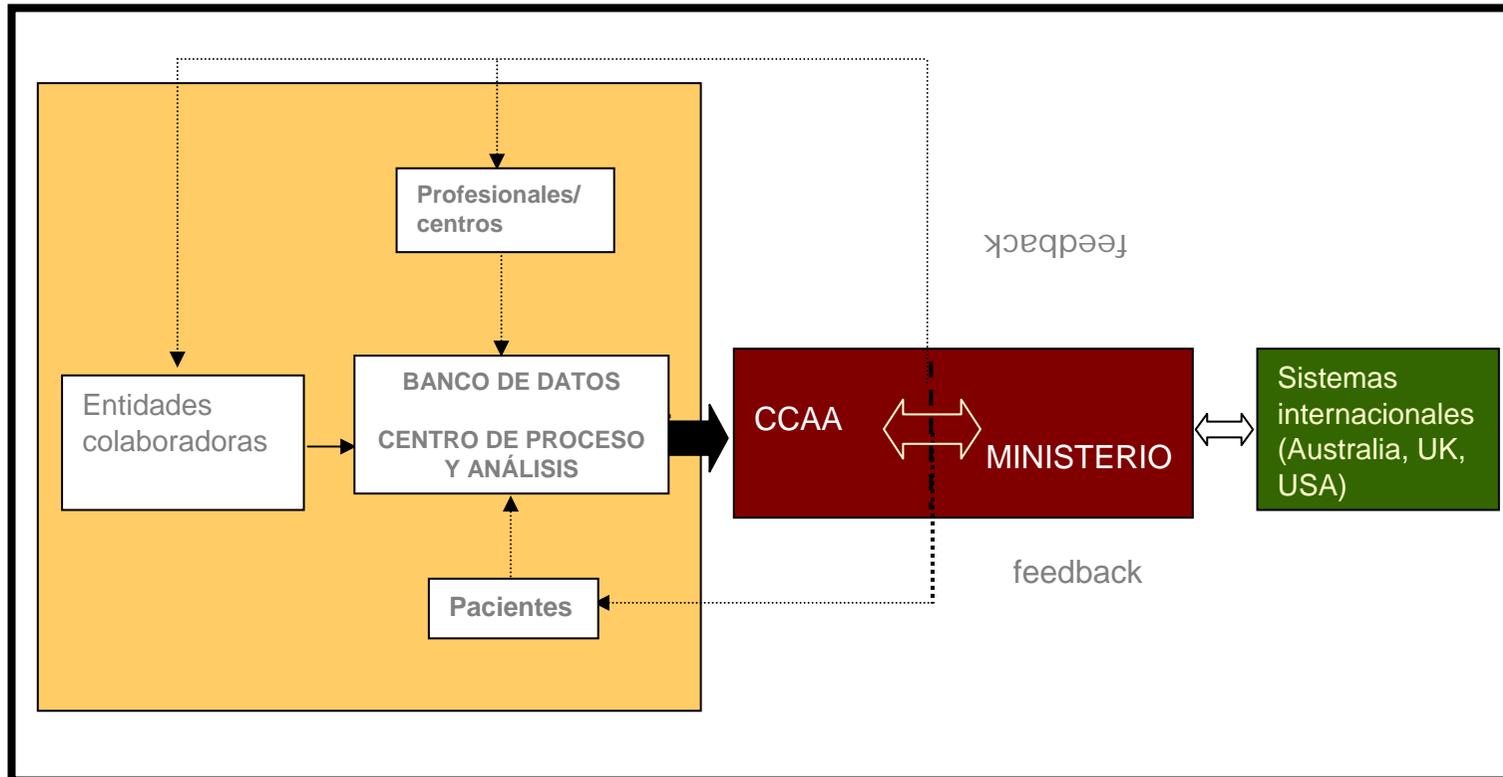
*No son sistemas antagónicos,
pueden ser complementarios*

Tipo de organización que gestiona el registro

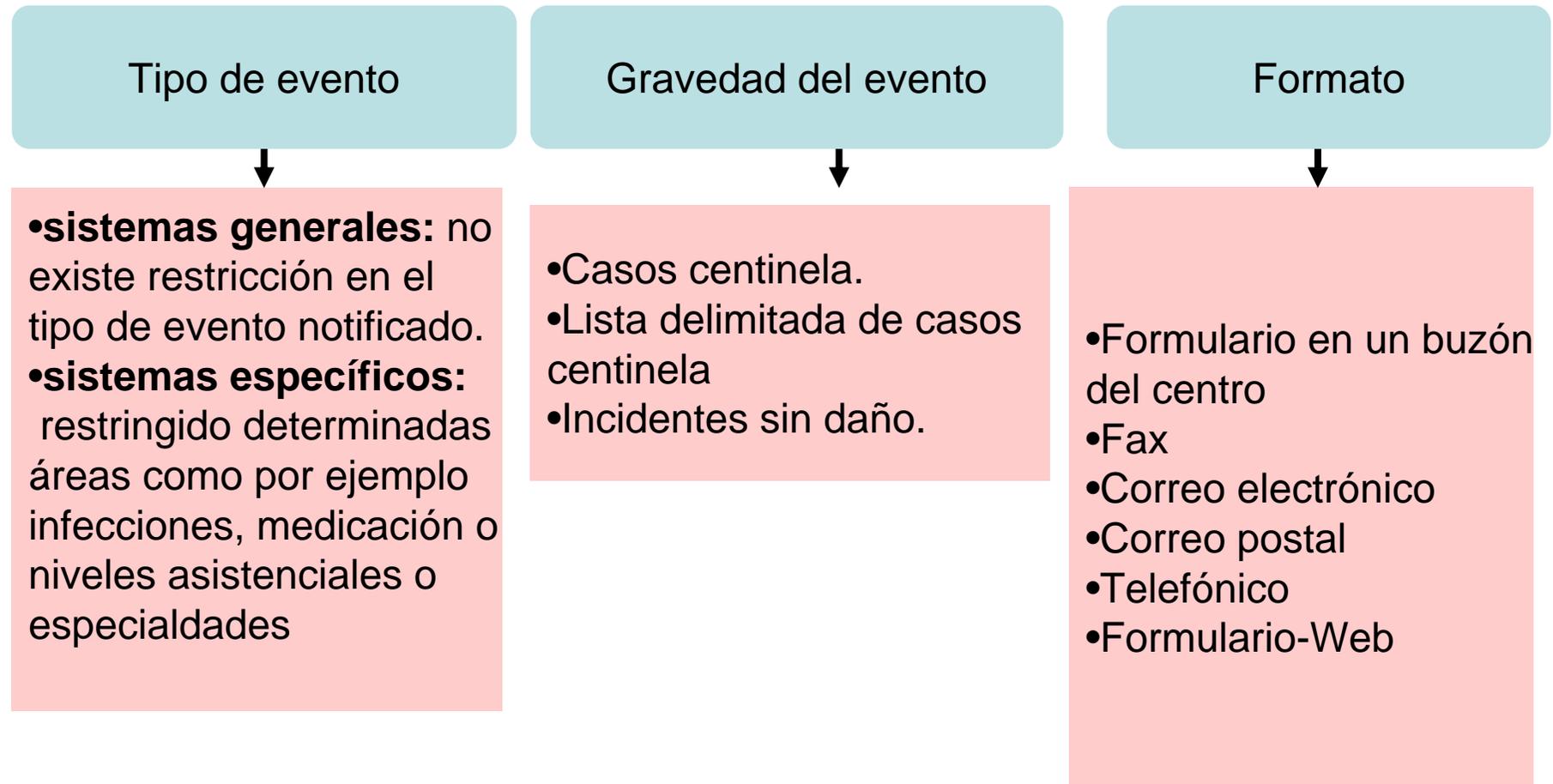


Tampoco son sistemas antagónicos, pueden ser complementarios

GESTIÓN Y CIRCUITO DEL SISTEMA



Tipo de evento que se comunica, gravedad de evento, formato



Seguridad de los sistemas

Garantizar la confidencialidad y la protección de los datos.

- **Encriptación** de la procedencia de la información (sistemas electrónicos)
- **Compromiso de confidencialidad** (organizaciones con formato papel o entidades privadas como JCAHO o MER)
- Notificación de forma **anónima** (MedMARx)
- Sistema de "**de-identificación**"

Aspectos legales

Aspectos a considerar

- **No** tener orientación **punitiva**
- Sería contradictorio un sistema abierto a la penalización con el objetivo principal de estos sistemas: **el autoaprendizaje**.
- **La mayoría** de eventos adversos atribuibles a la atención sanitaria **no deberían ser tributarios de acciones legales**, puesto que no se puede identificar intencionalidad.
- Existencia de una **legislación que proteja** a los profesionales y centros notificantes puede ser muy conveniente

Análisis de los datos

Modalidades de análisis

- **Agregación de los datos** que permite identificar información que no se consigue de forma individual
- **Análisis por expertos:** sistema de análisis dirigido por expertos que conocen las circunstancias clínicas y reconocen las causas del sistema
- **Análisis a tiempo:** los informes analizados en un periodo corto de tiempo y las recomendaciones rápidamente difundidas (especialmente en riesgos graves)
- **Análisis causa-raíz** de los eventos notificados que permite obtener un mayor conocimiento sobre la seguridad.

Difusión de los datos

Características



- Oportuna en el tiempo
- Específica
- Con enfoque práctico

Formato



- Elaboración de informes agregados
- Alertas y recopilación de consejos y de prácticas seguras.
- Noticias
- Boletines informativos
- Foros de discusión

DIFUSIÓN DATOS

Sentinel Event Alert

<http://www.jcipatientsafety.org/>

The screenshot shows the website's navigation menu with links for News/Upcoming Events, Facts/FAQs, Sign Up, About the Center, Sponsors/Collaborators/Partners, Contact Us, Career Opportunities, and Copyright. The main navigation bar includes categories: Patients & Families, Health Care Professionals & Providers, Government & Business Leaders, Patient Safety Goals, Sentinel Event Alerts & Solutions, and PATIENT PRACTICE. A search box is located on the right. A left sidebar contains a list of Sentinel Event Alerts from 1998 to 2006. The main content area features a breadcrumb trail: Patient Safety Home > Sentinel Event Alerts & Solutions > Sentinel Event Alerts > Sentinel Event Alerts - 2006 > Issue 35 - Using medication reconciliation to prevent errors. The title of the alert is "Issue 35 - Using medication reconciliation to prevent errors" with a large, stylized "Sentinel Event ALERT" graphic below it. The date is "Issue 35 - January 25, 2006". The sub-heading is "Using medication reconciliation to prevent errors". The text describes medication reconciliation as the process of comparing a patient's medication orders to all of the medications that the patient is taking to avoid errors such as omissions, duplications, dosing errors, or drug interactions. It states that this process is done at every transition of care and comprises five steps: 1) develop a list of current medications; 2) develop a list of medications to be prescribed; 3) compare the medications on the two lists; 4) make clinical decisions; and 5) communicate the results.

News/Upcoming Events Facts/FAQs Sign Up About the Center Sponsors/Collaborators/Partners Contact Us Career Opportunities Copyright

Joint Commission International Center For Patient Safety

Patients & Families Health Care Professionals & Providers Government & Business Leaders Patient Safety Goals Sentinel Event Alerts & Solutions PATIENT PRACTICE

Search

- Home
- Sentinel Event Alerts - 2006
- Sentinel Event Alerts - 2005
- Sentinel Event Alerts - 2004
- Sentinel Event Alerts - 2003
- Sentinel Event Alerts - 2002
- Sentinel Event Alerts - 2001
- Sentinel Event Alerts - 2000
- Sentinel Event Alerts - 1999
- Sentinel Event Alerts - 1998

Patient Safety Home > Sentinel Event Alerts & Solutions > Sentinel Event Alerts > Sentinel Event Alerts - 2006 > Issue 35 - Using medication reconciliation to prevent errors

Issue 35 - Using medication reconciliation to prevent errors

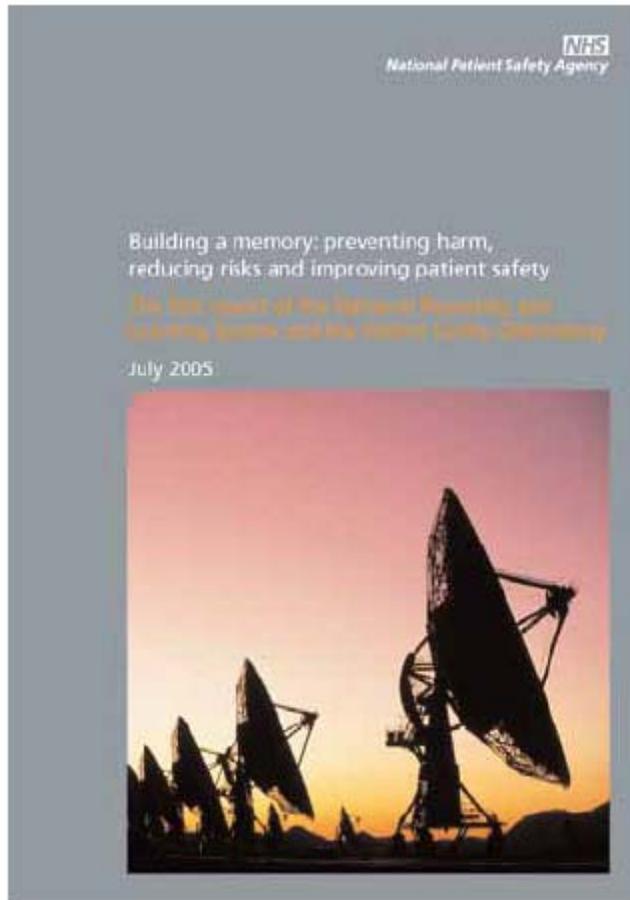
Sentinel Event **ALERT**

Issue 35 - January 25, 2006

Using medication reconciliation to prevent errors

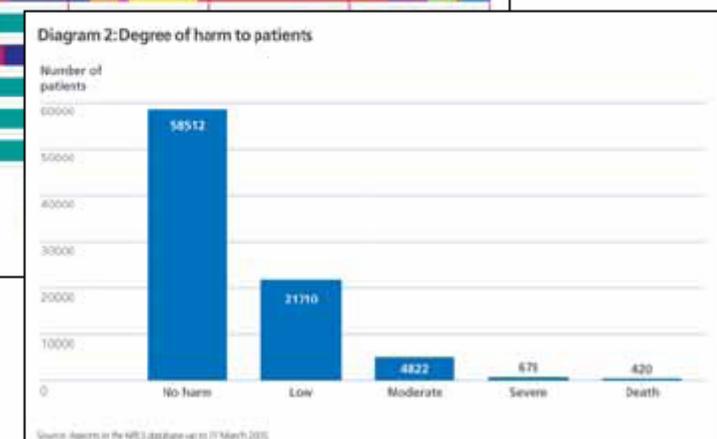
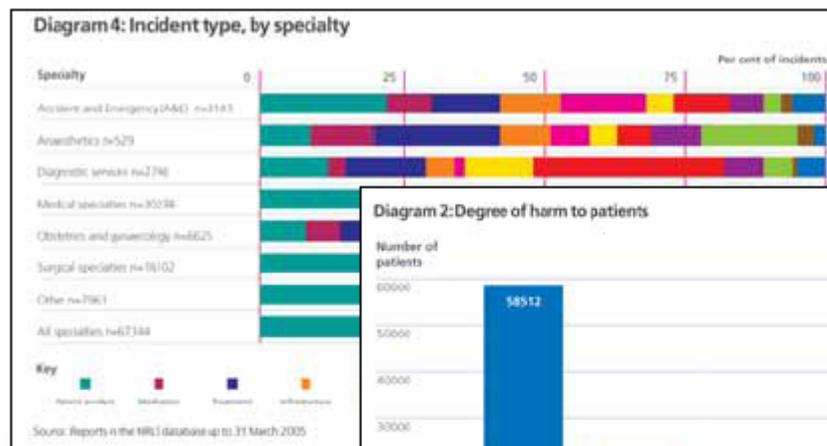
Medication reconciliation is the process of comparing a patient's medication orders to all of the medications that the patient is taking. This reconciliation is done to avoid medication errors such as omissions, duplications, dosing errors, or drug interactions. This process is done at every transition of care in which new medications are ordered or existing orders are rewritten. Transitions in care include changes in setting, service, practitioner or level of care. This process comprises five steps: 1) develop a list of current medications; 2) develop a list of medications to be prescribed; 3) compare the medications on the two lists; 4) make clinical decisions; and 5) communicate the results.

DIFUSIÓN DATOS



GB: NPSA

Building a memory: Preventing harm, reducing risks and improving patient safety



DIFUSIÓN DATOS

National Patient Safety Agency_NHS

<http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/>

The screenshot shows the cover of the 'Safety Matters' newsletter, issue 3, Spring 2006. The cover features the NHS logo and the title 'Safety Matters' in large white text on a red background. Below the title, it says 'The latest news from the National Patient Safety Agency' and 'Spring 2006'. The cover is divided into four columns, each representing a page of the newsletter. The first column lists 'Latest news from the NPSA' and 'Please ask about healthcare'. The second column lists 'Training to reduce infusion device errors', 'Designing for safety', 'NCAS birthday celebration', 'Research ethics consultation', and 'Assessing safety culture'. The third column lists 'Frontline staff share their straplines', 'Feeding back', and 'Safety in numbers'. The fourth column lists 'Patient Safety 2006', 'Wristbands vital for matching care', and 'RCN Congress'. At the bottom, there is a section titled 'Latest news from the NPSA' and a large graphic with the text 'Please ask' and 'FREE!'.

NHS
National Patient Safety Agency

Safety Matters

3

The latest news from the National Patient Safety Agency **Spring 2006**

- Latest news from the NPSA
- *Please ask* about healthcare
- Training to reduce infusion device errors
- Designing for safety
- NCAS birthday celebration
- Research ethics consultation
- Assessing safety culture
- Frontline staff share their straplines
- Feeding back
- Safety in numbers
- *Patient Safety 2006*
- Wristbands vital for matching care
- RCN Congress

Page 1 Page 2 Page 3 Page 4

Latest news from the NPSA

Please ask

FREE!

THE QUESTIONS YOU ASK YOUR

210 x 297 mm 1 de 4

DIFUSIÓN DATOS

ISMP España

Marcadores
Firmas
Capas
Páginas

1 / 1

Recomendaciones para la prevención de errores de medicación

ISMP-España

Boletín nº 22 (Abril 2006)

Los contenidos de este boletín de recomendaciones se elaboran a partir de las comunicaciones enviadas por profesionales sanitarios al Programa Nacional de Notificación de Errores de Medicación que mantiene el ISMP-España en colaboración con la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Consideramos que la difusión de esta información puede ser de gran utilidad para que los profesionales sanitarios conozcan los incidentes que han ocurrido en otros centros y tomen medidas para prevenir que el mismo tipo de incidentes vuelvan a producirse.

1. Errores por etiquetado inapropiado o incompleto

* **VENOFUSÍN® 8,4% (Bicarbonato sódico):**

Problema: En el etiquetado de los frascos de la especialidad Venofusín® 250 mL, el contenido en bicarbonato sódico únicamente se expresa como porcentaje (8,4%) y no se indica la molaridad (Bicarbonato sódico 1M) que es la forma habitual

2. Errores por etiquetado o envasado similar

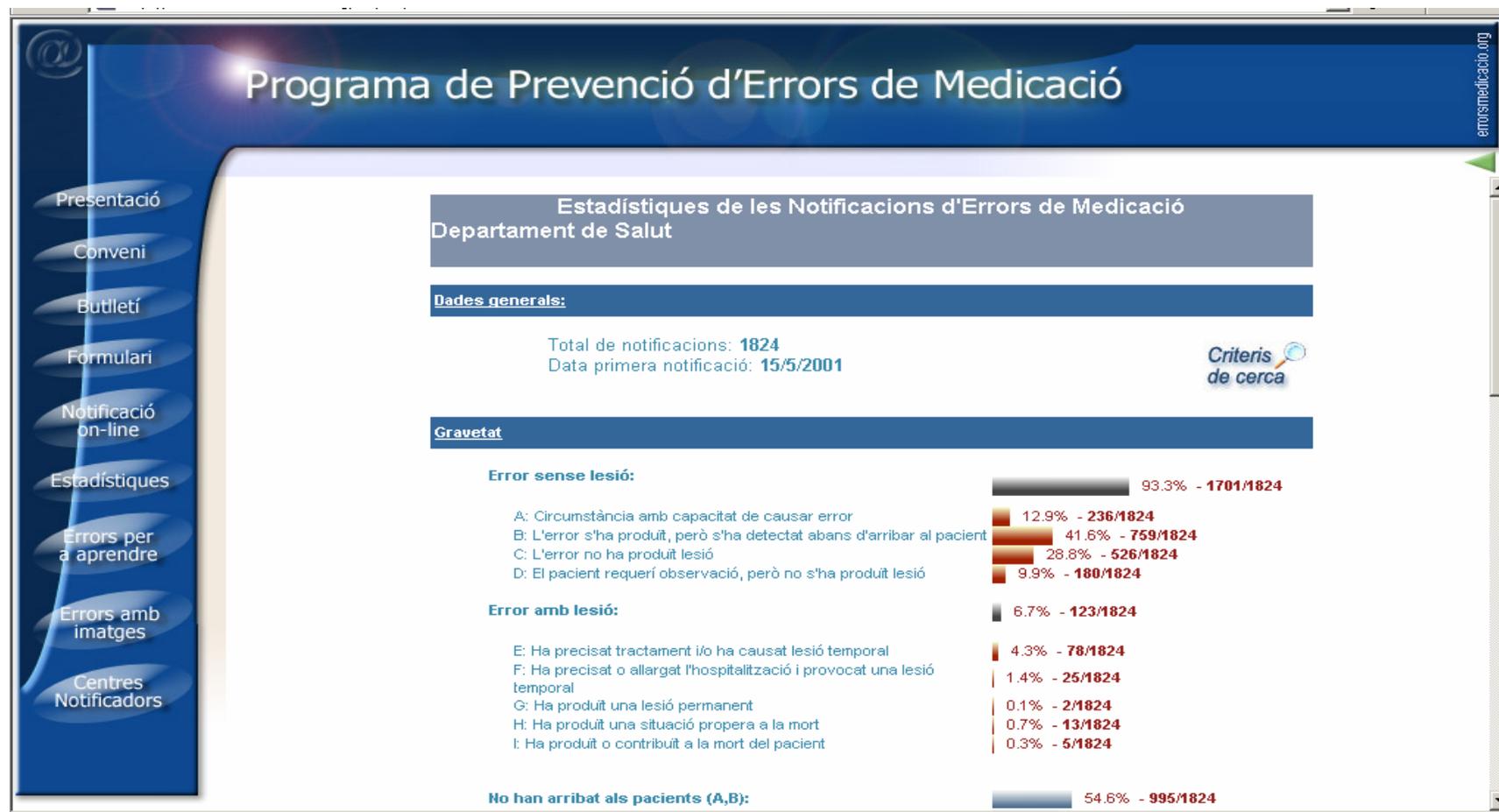
* **FENTANEST® (Fentanilo) y DOLANTINA® (Petidina):**

Problema: Se han recibido en el ISMP-España varias notificaciones de errores de almacenamiento y de dispensación que se han producido por la

210 x 297 mm

DIFUSIÓN DATOS

Programa de Prevenció d'Errors de Medicació Gencat



DIFUSIÓN DATOS



Presentación

*Presentamos aquí la primera **Alerta de Seguridad** del Centro de Investigación para la Seguridad Clínica de los Pacientes (CISP) promovido por la Fundación Avedis Donabedian y la Fundación MAFRE medicina. El CISP tiene como misión mejorar la seguridad de los pacientes mediante la prevención de accidentes asistenciales. Además pretende contribuir al diálogo entre ciudadanos, profesionales, centros y administración introduciendo métodos de análisis de accidentes y errores, formación e investigación para su prevención y sensibilización para que la sociedad pueda abordar el tema de forma positiva.*

Las Alertas que empezamos con esta publicación son instrumentos para recomendar prácticas seguras en los Centros Sanitarios españoles y se basan en publicaciones y experiencias de efectividad contrastada. Para más información o, participar en las actividades del CISP, pueden dirigirse a www.fadq.org

Alerta Nº 1: INADECUADA IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

SISTEMA IDEAL DE REGISTRO Y NOTIFICACIÓN

- **NO PUNITIVO**
- **Confidencial**
- **Independiente**
- **Análisis por expertos**
- **Análisis a tiempo**
- **Orientación sistémica**
- **Capacidad de respuesta**



IDEAL

BARRERAS PARA LA NOTIFICACIÓN

- La falta de conciencia de que un error ha ocurrido
- La falta de conocimiento de qué se debe documentar y porqué.
- La percepción de que el paciente puede ser 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 una notificación.



4. EXPERIENCIA INTERNACIONAL

4. EXPERIENCIA INTERNACIONAL (sectores no sanitarios)

Desde hace décadas los sistemas de notificación están implantados en industrias de alto riesgo:

- **Aviación**
- **Industrias petroquímicas**
- **Energía nuclear**

4. EXPERIENCIA INTERNACIONAL (sectores no sanitarios)

| INDUSTRIA | SISTEMA DE NOTIFICACIÓN |
|-----------|--|
| Aviación | <p>Aviation safety reporting system (ASRS)</p> <p>Aviation Safety airways program (ASAP)</p> <p>Air altitude awareness program</p> <p>Canadian aviation safety reporting system (CASRS)</p> <p>British airways safety information system (BASIS)</p> <p>Air safety report (ASR)</p> <p>Confidential human factors reporting program (CHFRP)</p> <p>Special event search and masters analysis (SESMA)</p> <p>Human factors failure analysis classification system (HFACS)</p> <p>Israeli air force near-miss reporting system</p> <p>National aeronautics and space administration (NASA) safety reporting system</p> |

4. EXPERIENCIA INTERNACIONAL (sectores no sanitarios)

| INDUSTRIA | SISTEMA DE NOTIFICACIÓN |
|--------------|---|
| Petroquímica | Prevention and recovery information system for monitoring and analysis (PRISMA) |
| Nuclear | Licensing event reports (LER) Human performance information systems (HIPS) Human factors information systems (HFIS) Nuclear regulatory commission allegations system process (NRCAS) Diagnostic misadministration reports regulatory information distribution system (RIDS) |

Barach P, Small SD: Reporting and preventing medical mishaps: Lessons and safety in clinical medicine. BMJ 320: 759-763,2000

4. EXPERIENCIA INTERNACIONAL (sectores no sanitarios)

Aviation Safety Reporting System (ASRS)

- ASRS es un sistema voluntario creado en 1976 para la notificación de incidentes.
- Personal que notifica: pilotos, asistentes de vuelo, mecánicos, ingenieros y controladores aéreos
- Notificación confidencial
- Es administrado por una entidad independiente de la Federal Aviation Administration (FAA)

4. EXPERIENCIA INTERNACIONAL (sectores no sanitarios)

Características del ASRS.

Diseñado y aceptado por todas las partes

Voluntario

Confidencial

No punitivo

Análisis y administración independiente del sistema regulador

Respuesta a tiempo a todos los grupos de interés

Anima a la narración completa

Acepta informes de todas las partes

Avanzar en la seguridad de los pacientes: una lección de la aviación

"Una razón por la que el sistema de notificación de incidentes funcionó en aviación...fue que toda la comunidad del sector aeronáutico- esencialmente todos los afectados, incluidos los pasajeros- se implicaron en el proceso desde el principio y se convirtieron en defensores del sistema de notificación (y en críticos severos, pero constructivos)."

Charles E. Billings, MD, Editorial
Arch Pathol Lab Med 1998, 121:214-215

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DEL SECTOR SANITARIO

GB, DINAMARCA, HOLANDA,
SUECIA, ESPAÑA, REP.
CHECA, ESLOVENIA,
IRLANDA,

EEUU
CANADÁ



JAPÓN

AUSTRALIA
NZ

Estudio de **8 países** y **22** sistemas de registro y notificación

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN INTERNACIONALES



ESTADOS UNIDOS

- **Medication Error Reporting Program (MER)**
- **MedMARx**
- **MedWatch**
- **ISMP**
- **Department of Veterans Affairs: PSRP**
- **National Nosocomial Infection Survey**
- **Sistemas de registro estatal Sentinel Events Reporting Program (JCAHO)**

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN INTERNACIONALES



Sistemas de registro a nivel estatal: EEUU

California

Colorado

Connecticut

Florida

Georgia

Illinois

Indiana

Kansas

Maine

Maryland

Massachusetts

Minnesota

New Jersey

Nevada

New York

Ohio

Oregon

Pennsylvania

Rhode Island

South Carolina

South Dakota

Tennessee

Texas

Utah

Washington

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN INTERNACIONALES



AUSTRALIA

**Australian Incident Monitoring System
(AIMS)**

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN INTERNACIONALES



GRAN BRETAÑA

**National Reporting and Learning System
(NRLS)**

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN NACIONALES



ESPAÑA

EPINE

ISMP-España

**Sistema Español de Farmacovigilancia
(SEFV)**

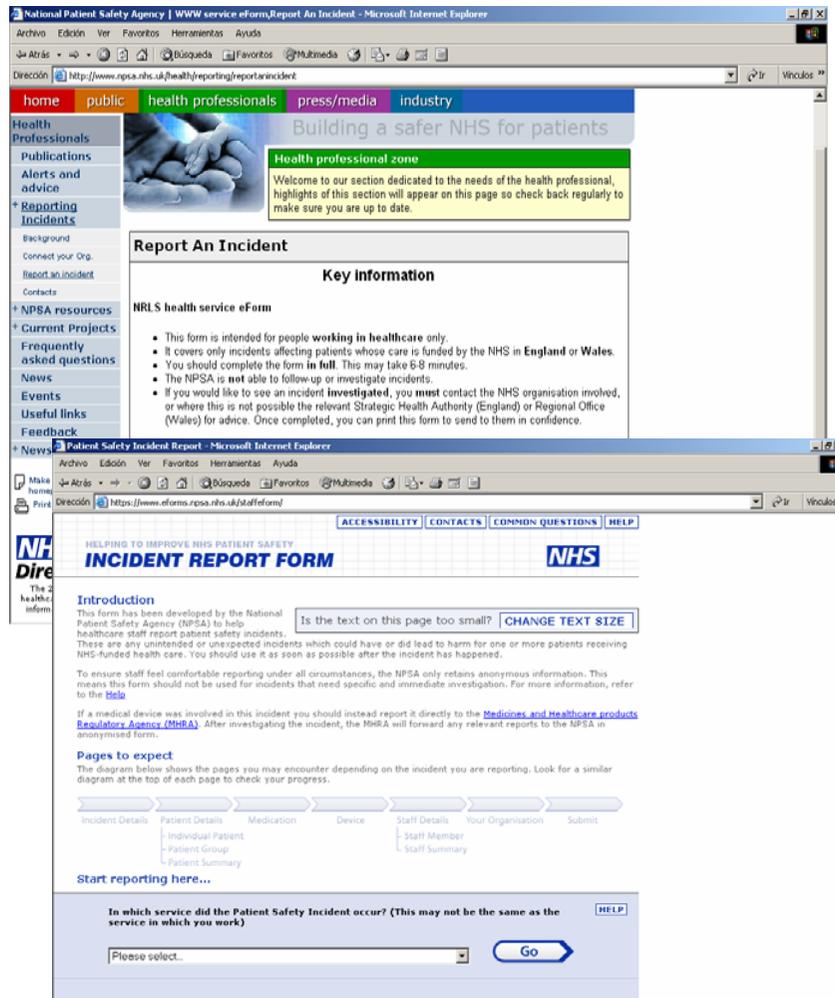
Programa d'Errors de Medicació- Gencat

**Registros en centros concretos: p. e.:
sistema de comunicación y análisis de
incidentes críticos de la Fundación Hospital
Alcorcón**

CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN ESTUDIADOS (22 SISTEMAS)

| SISTEMA NOTIFICACIÓN | PAIS | OBJETIVOS | CARAC. SIST | TIPO EVENTO | TIPO NOTIF. | FORMATO | QUIEN NOTIFICA | ANÁLISIS DATOS | DIFUSION RESULT |
|---|------|--|---|--|--------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Sentinel Events reporting program (JCAHO) | USA | Identificación y aprendizaje entre organizaciones | Confidencial, no gubernamental | Eventos centinela | Voluntario | Vía mail, fax (papel) | Hospitales | Análisis causa-raíz | Elaboración de alertas |
| MedWatch (FDA) | USA | Incrementar la conciencia sobre la notificación de reacciones graves | Confidencial, gubernamental, no anónimo | Eventos relacionados con fármacos | Voluntario o obligatorio | Papel o por web | Profesionales sanitarios y pacientes | Elaboración de informes por categorías | |
| Department of Veterans Affairs | USA | Mejorar la calidad y seguridad de los pacientes | Anónimo, confidencial no punitivo | EA relacionados con la medicación, centinela | Voluntario | Papel | Profesionales sanitarios | Por un grupo de expertos | Boletines informativos trimestrales |

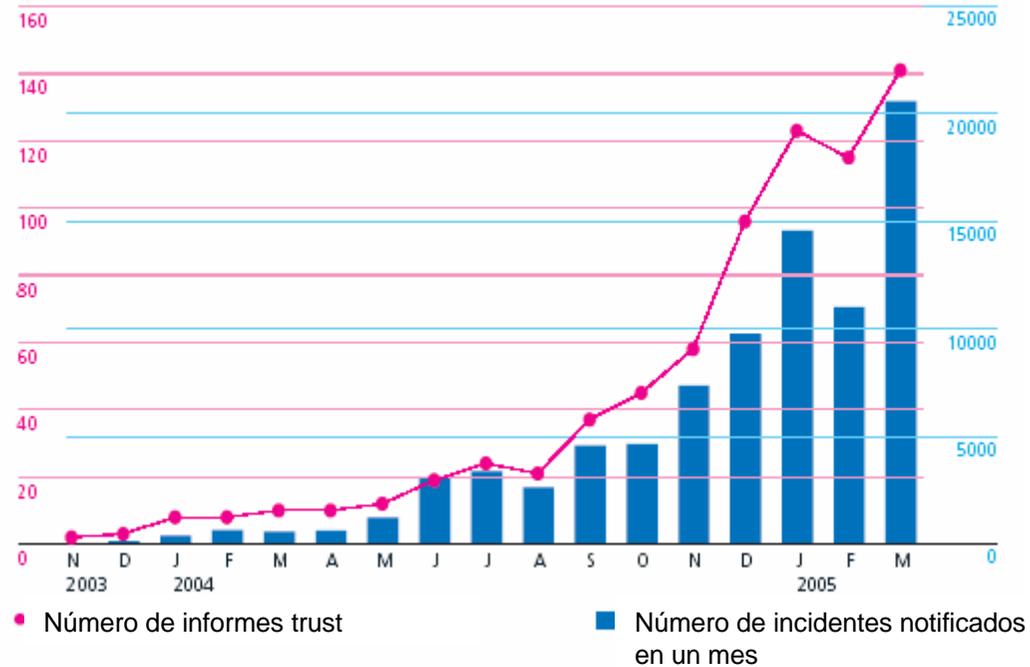
National Patient Safety Agency (GB)



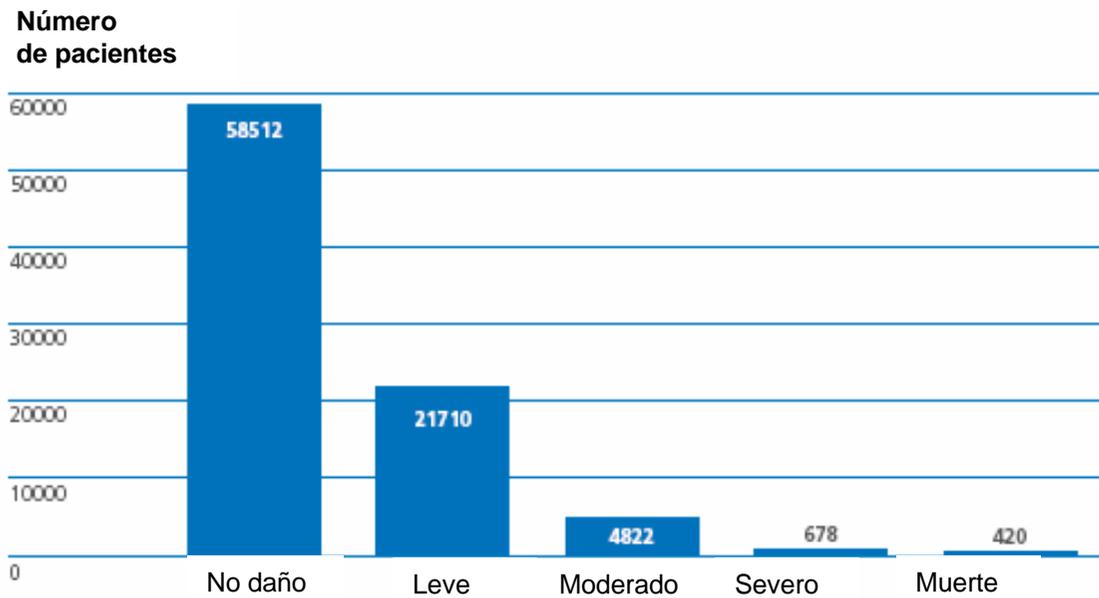
- National Learning Reporting System (NRLS)
- Características del sistema: anónimo y confidencial
- Notificación de eventos adversos e incidentes
- Voluntario
- Formato electrónico
- Notificación de pacientes
- Análisis descriptivo por un grupo de expertos
- Elaboración y publicación de informes

National Patient Safety Agency (GB)

Diagram 1: Roll out of the NRLS: reported incidents and number of reporting trusts, by month



National Patient Safety Agency (GB)



ISMP España

The screenshot displays the ISMP España website interface. At the top, the header reads "Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos" and "Delegación Española del Institute for Safe Medication Practices". Below this, a navigation menu lists various sections such as "Objetivos del ISMP-España", "Error de Medicación", "Notificación de errores al ISMP-España", "Errores comunes y recomendaciones", "Publicaciones", "Programa de adopción de errores en hospitales", "Información al paciente", "Direcciones de contacto", and "Resultados del programa de notificación".

The main content area is titled "PROGRAMA DE NOTIFICACIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN" and includes the text "Adherido al Programa Internacional de Notificación de Errores de Medicación" and "Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos". Below this, a section titled "PERSONA QUE NOTIFICA" contains a form with the following fields:

- Nombre y apellidos Necesario
- Dirección Necesario
- Localidad, código postal Necesario
- Teléfono de contacto Necesario

- Notificación de errores de medicación
- Confidencial
- Voluntario
- Formato electrónico o papel.
- Notificación por profesionales sanitarios
- Análisis descriptivo o causa raíz
- Elaboración de boletines informativos

Programa d'Errors de Medicació-Gencat

Dirección <http://www.errorsmedicacio.org/>

Programa de Prevenció d'Errors de Medicació

Presentació
Conveni
Butlletí
Formulari
Notificació on-line
Estadístiques
Errors per a aprendre
Errors amb imatges
Centres Notificadors

L'ERROR ÉS HUMÀ
ERRORS DE MEDICACIÓ
NOTIFICAR PER PREVENIR
www.errorsmedicacio.org

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

SOCIETAT CATALANA DE SOCIETAT FARMÀCIA CLÍNICA

Benvinguts al Programa de Prevenció d'Errors de Medicació

triptic prevenció d'errors de medicació per als usuaris

I JORNADA MONOGRÀFICA seguretat del pacient i medicaments dimecres, 1 de desembre de 2004

veure [programa](#)

- Notificación de errores de medicación.
- Confidencial
- Voluntario
- Formato electrónico
- Profesionales sanitarios
- Análisis descriptivo
- Información de los datos documentados agrupados en la página web

Fundación Hospital Alcorcón

Comunicación de incidentes críticos - [Toma de datos]

I. Relación con el incidente:

Comunicación de incidentes críticos - [Toma de datos]

II. Datos del paciente:

Comunicación de incidentes críticos - [Toma de datos]

III. Datos de la anestesia:

Comunicación de incidentes críticos - [Toma de datos]

IV. Datos del incidente:

Comunicación de incidentes críticos - [Toma de datos]

V. Resultado:

Severidad potencial: [dropdown]

Resultado (si se conoce):
Pronóstico no afectado por el incidente
Insatisfacción del paciente
Hospitalización prolongada
Hospitalización no prevista de un pac. Ambulante
Ingreso no previsto en Reanimación/Críticos
Morbilidad menor
Morbilidad mayor
Muerte

¿Puso en marcha el protocolo de respuesta a incidentes adversos?

¿Fue útil?

¿Qué factores condujeron al incidente? (pueden ser varios)

| Factores personales | Factores equipo humano | Factores de equipamiento | Factores ambientales | Factores de manejo |
|----------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------|
| Factores personales: | | | | |
| Fatiga | | | | |
| Piensa | | | | |
| Enfermedad del anestesista | | | | |
| Falta de conocimiento | | | | |
| Falta de habilidad técnica | | | | |

Vista Formulario

- Sistema de registro y notificación de incidentes relacionados con anestesia
- Voluntario
- Anónimo
- Formato electrónico
- Análisis por parte de un grupo de anestesistas
- Elaboración de boletines trimestrales, realización de sesiones bimensuales
- Instauración de medidas correctoras a partir del análisis de los incidentes notificados.



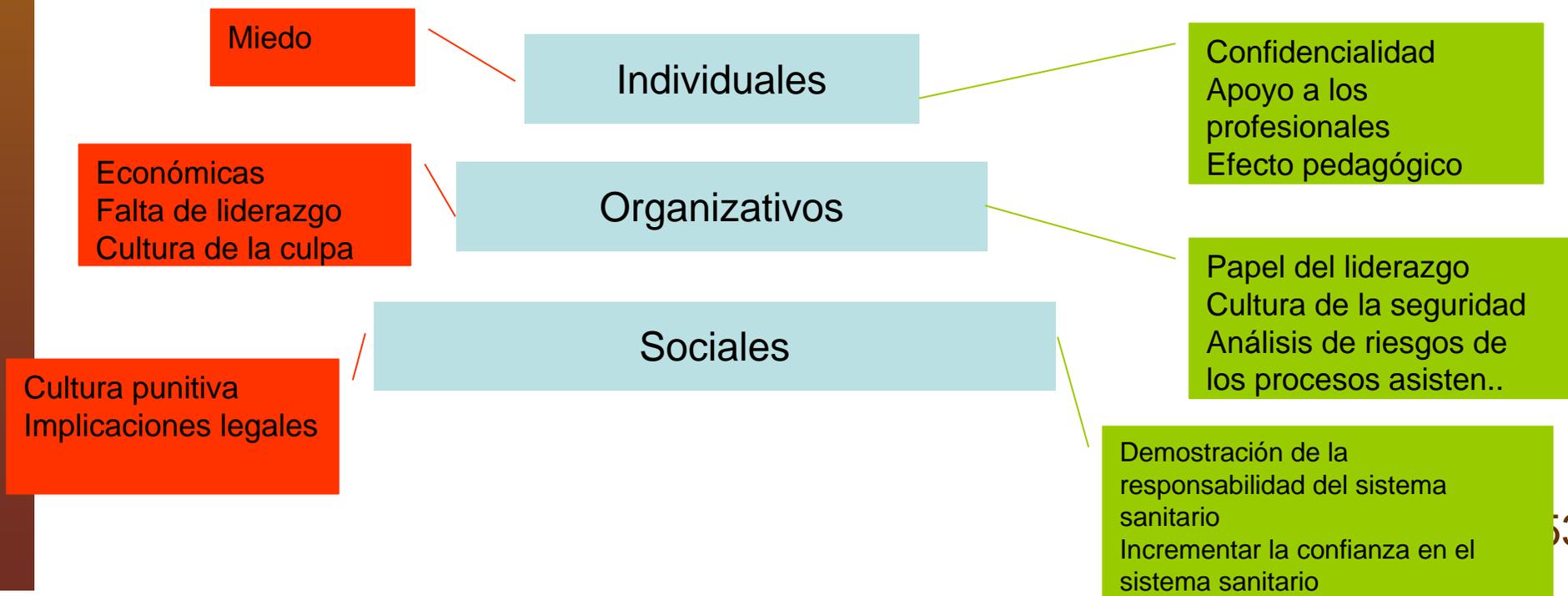
5. CONCLUSIONES

MEJORA DE LA SEGURIDAD:
Transformar la cultura de culpa y la resistencia a abordar los problemas de seguridad que existen actualmente

SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN:
Conocer cuáles son las limitaciones de la notificación y equilibrarlas con los estímulos

Limitaciones

Estímulos



Aspectos destacables de la experiencia de los sistema existentes

- Definición clara del **propósito y utilidad** que se pretende dar al sistema
- Utilizar estos sistemas con **finés de aprendizaje**
- Desarrollar una **nomenclatura estandarizada** para la notificación
- Análisis de casos realizados por **expertos**
- Inicialmente no se debe enfocar el éxito de estos sistemas en el **volumen de las notificaciones**
- Definir categorías que permitan identificar **factores humanos y de sistema** que favorecen la producción de eventos adversos.
- Desarrollar mecanismos efectivos de **retroalimentación**
- **Implantar medidas** derivadas del aprendizaje.
- **Difusión de resultados**

Aspectos destacables de la experiencia de los sistema existentes

- Debe ser **no punitivo** y estar basado en la confianza y el compromiso de mejora de todos los interesados.
- Se debería **consensuar** entre los diversos grupos de interés.
- Incluir eventos adversos **graves, leves e incidentes**
- Sistema **inicialmente voluntario** que pueda evolucionar en algunos aspectos hacia la obligatoriedad.
- Inicialmente **anónimo** (que evolucione en consonancia con la cultura de la seguridad)
- Sistemas basados en la notificación electrónica mediante una **Web** que pueda canalizar estrategias de difusión y promoción de prácticas seguras
- Incorporar la posibilidad de apoyo individual a los profesionales que lo requieran.