

“SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PABELLON Y ANESTESIA” IMPLEMENTACION PRACTICAS SEGURAS



DR. CRISTIAN ROCCO M

Comisión Seguridad en Anestesia SACH

Magister Gestión Seguridad del Paciente y Calidad Atención

Socio Cooperador SENSAR España, Coordinador proyecto SENSAR Latinoamérica

Instructor Simulación Clínica EUSIM

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

EN EL MUNDO

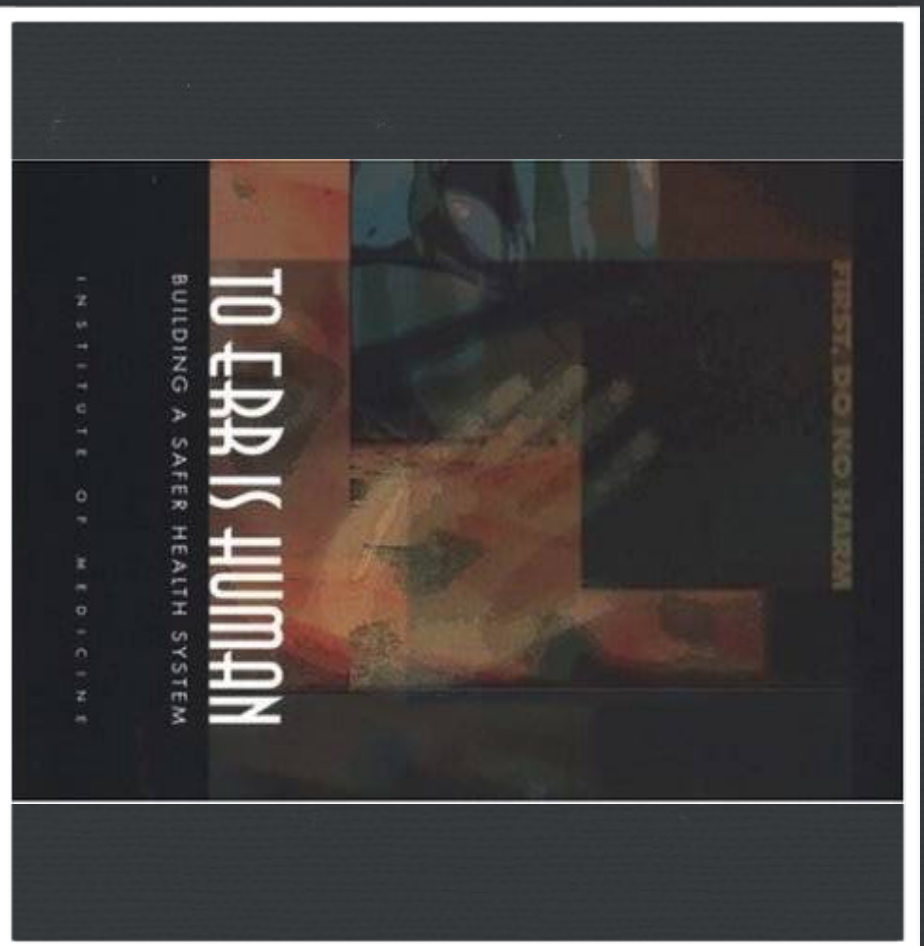
- 234 mill. Intervenciones quirúrgicas/año
- 1/25 habitantes
- Mortalidad PO 0,4-0,8%
- Complicaciones PO graves 3-17 %
- Hospitalizados: 3-16% EA. 50% quirúrgicos. 50% prevenibles

Problema médico, social y económico

ANESTESIA

- ☐ Antes del 1980: tasa mortalidad relacionada Anestesia:
1:2.500 a 1:5.000
- ☐ Actualidad: 1,35 a 4,7 : 100.000
- ☐ Morbilidad relacionada: 15%-20%

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)



Alianza Mundial para la Seguridad de los Pacientes (2004)

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

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 uso en quirófano		
Antes de la inducción de la anestesia (Con el enfermero y el anestesta, como mínimo)	Antes de la incisión quirúrgica (Con el enfermero, el anestesta y el cirujano)	Antes de que el paciente salga del quirófano (Con el enfermero, el anestesta y el cirujano)
☐ ¿Ha confirmado el paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? ☐ SI ☐ ¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? ☐ SI ☐ No procede ☐ ¿Se ha completado la comprobación de los aparatos de anestesia y la monitorización anestésica? ☐ SI ☐ ¿Se ha informado al personal sobre el paciente y la anestesia? ☐ SI ¿Tiempo del paciente... ☐ ...Alargas conocidos? ☐ No ☐ SI ... Via aérea eficaz / tiempo de aspiración? ☐ No ☐ SI, y hay monitorio y equipo / ayuda disponible ... Riego de hemorragia > 500 ml (7 ml/kg en niños)? ☐ No ☐ SI, y se ha garantizado la disponibilidad de líquidos y del talitv o catéteres	☐ 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 en los últimos 5 minutos ☐ ¿Se ha administrado profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos? ☐ SI ☐ No procede Prevención de eventos quirúrgicos ☐ Quirófano: ☐ ¿Cuáles son los puntos críticos o no optimizados? ☐ ¿Cuál es el nivel de la operación? ☐ ¿Cuál es la gestión de sangre prevenida? Anestesia: ☐ ¿Presencia del paciente algún problema respiratorio? Equipo de enfermería: ☐ ¿Se ha confirmado la rentabilidad (con monitorio de los indicadores)? ☐ ¿Hay datos o problemas relacionados con el monitorio y los equipos? ¿Pueden ver al cirujano los miembros deponéticos anestésicos? ☐ SI ☐ No procede	El enfermero confirma verbalmente: ☐ El nombre del procedimiento ☐ El tiempo de anestesia, gases y líquidos ☐ El riego de la muestra (sección de la cirugía) ☐ Si se ha incluido el nombre del paciente en el monitorio y los equipos Quirófano, anestesia y enfermería: ☐ ¿Cuáles son los puntos críticos de la recuperación y el tratamiento del paciente?

PAUTA DE GOTEJO

MANUAL DE ATENCIÓN CERRADA



ACREDITACION Y ANESTESIA

- | | |
|---|--|
| ☐ Profesional idóneo (registro). | ☐ Uso de antisépticos y desinfectantes. |
| ☐ Consentimiento informado. | ☐ Protocolo Reanimación Cardiopulmonar. |
| ☐ Evaluación preanestésica. | ☐ Transfusion. |
| ☐ Calidad Registros. | ☐ Riesgo exposiciones (RX). |
| ☐ Docencia pre y postgrado. | ☐ Identificación Paciente. |
| ☐ Administración medicamentos. | ☐ Error medicación. |
| ☐ Accesos venosos periféricos y centrales. | ☐ Ulceras por presión. |
| ☐ Manejo dolor agudo. | ☐ cirugía lado equivocado. |
| ☐ Presencio INFECCIO HO. | ☐ Manutención de Equipos. |
| | ☐ Sistemas de comunicación EA. |

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



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.

PROTOSCOLOS DE MANEJO

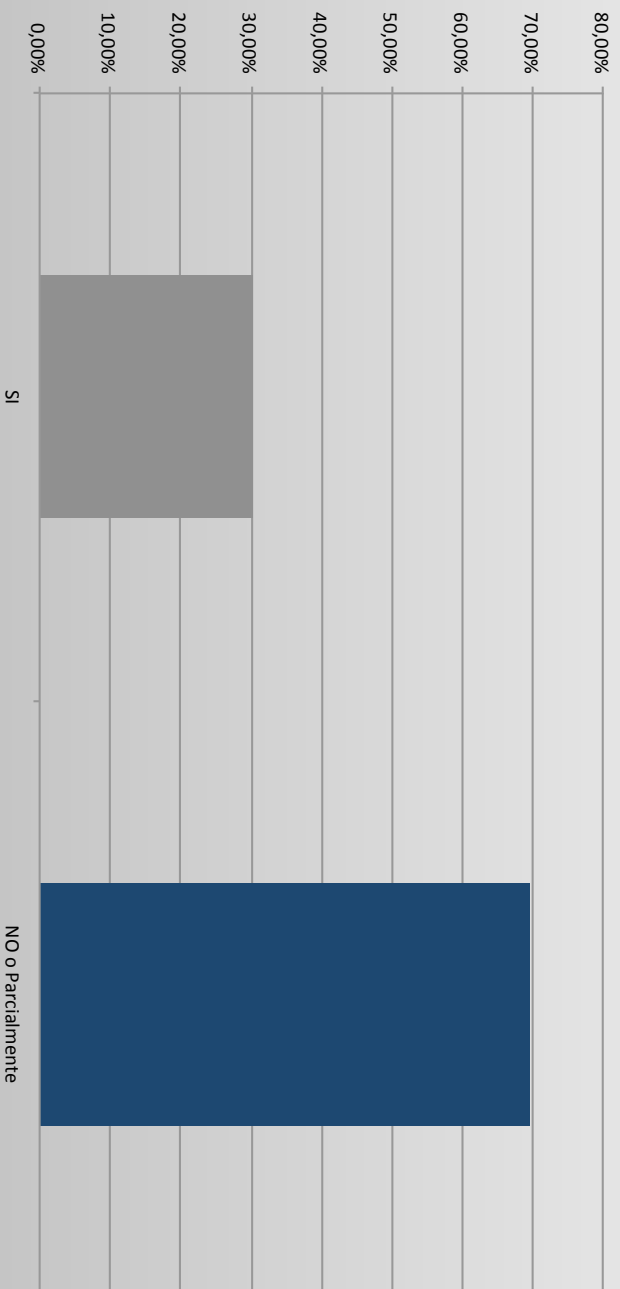
- a. Controlar equipos y fármacos.
- b. Valoración y preparación preoperatoria
- c. Etiquetado de jeringas.
- d. Intubación difícil/fallida.
- e. Hipertermia maligna.
- f. Anafilaxia.
- g. Toxicidad por anestésicos locales.
- h. Hemorragia masiva.
- i. Control de infecciones.
- j. Cuidados peroperatorios,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

2012 CLASA

- 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.
- También confirma la necesidad de entrenar y educar a los anestesiólogos en **SEGURIDAD DEL PACIENTE**, (habilidades técnicas y no técnicas, manejo de crisis, comunicación, trabajo en equipo etc)
- **Sistemas de comunicación de incidentes críticos.**

ENCUESTA SACH HELSINKI

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



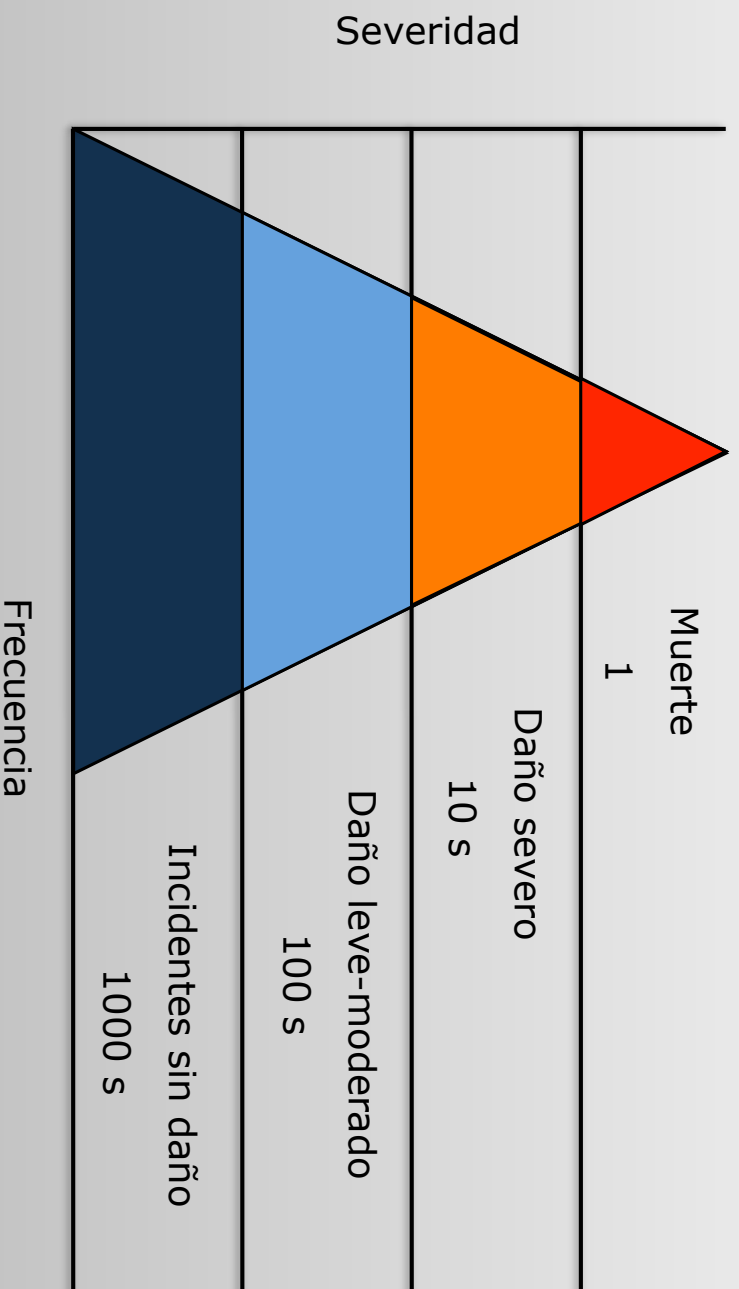
ENCUESTA SACH HELSINKI

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%

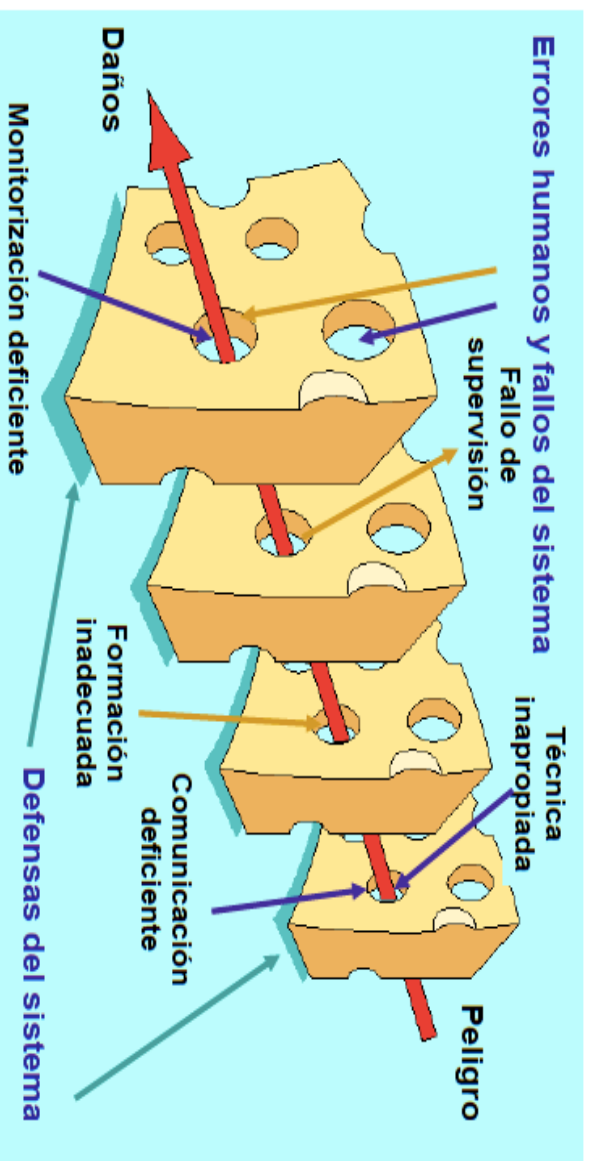
SISTEMAS DE NOTIFICACION DE INCIDENTES

- 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.

¿PORQUE ESTUDIAR INCIDENTES?



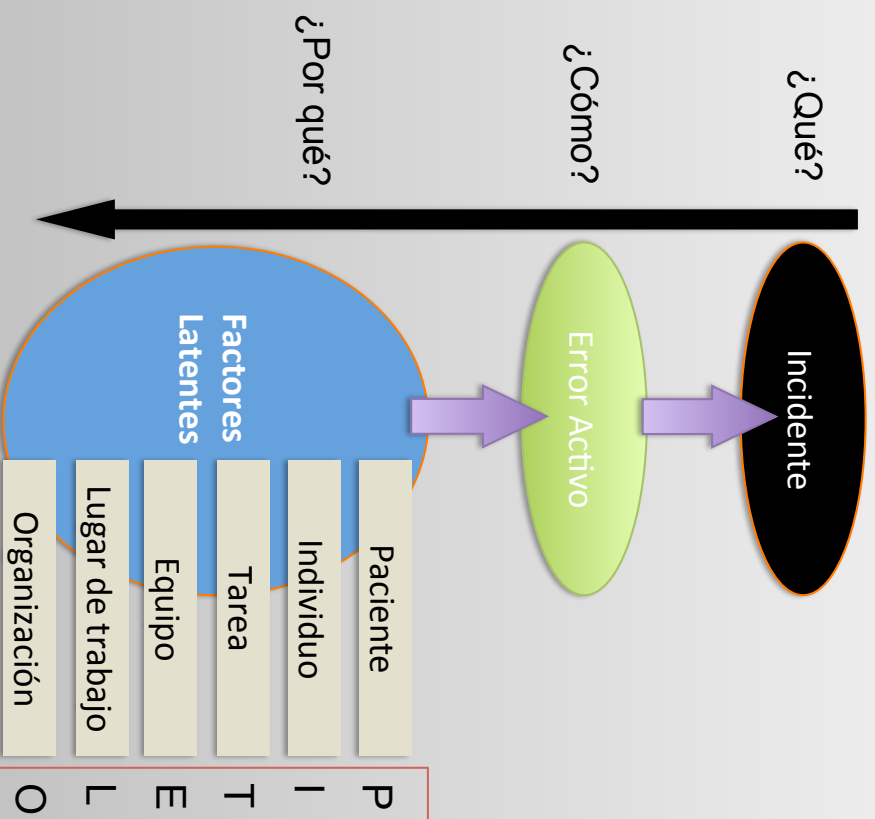
Modelo de Reason: el modelo del queso suizo en la producción del daño



- Ser humano **fallible**
- Error humano es **consecuencia**

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

ANÁLISIS DE SISTEMA



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



Comunique un
incidente

Formulario de
comunicación



ALERTAS



PROTOCOLOS



BOLETINES



TUTORIALES

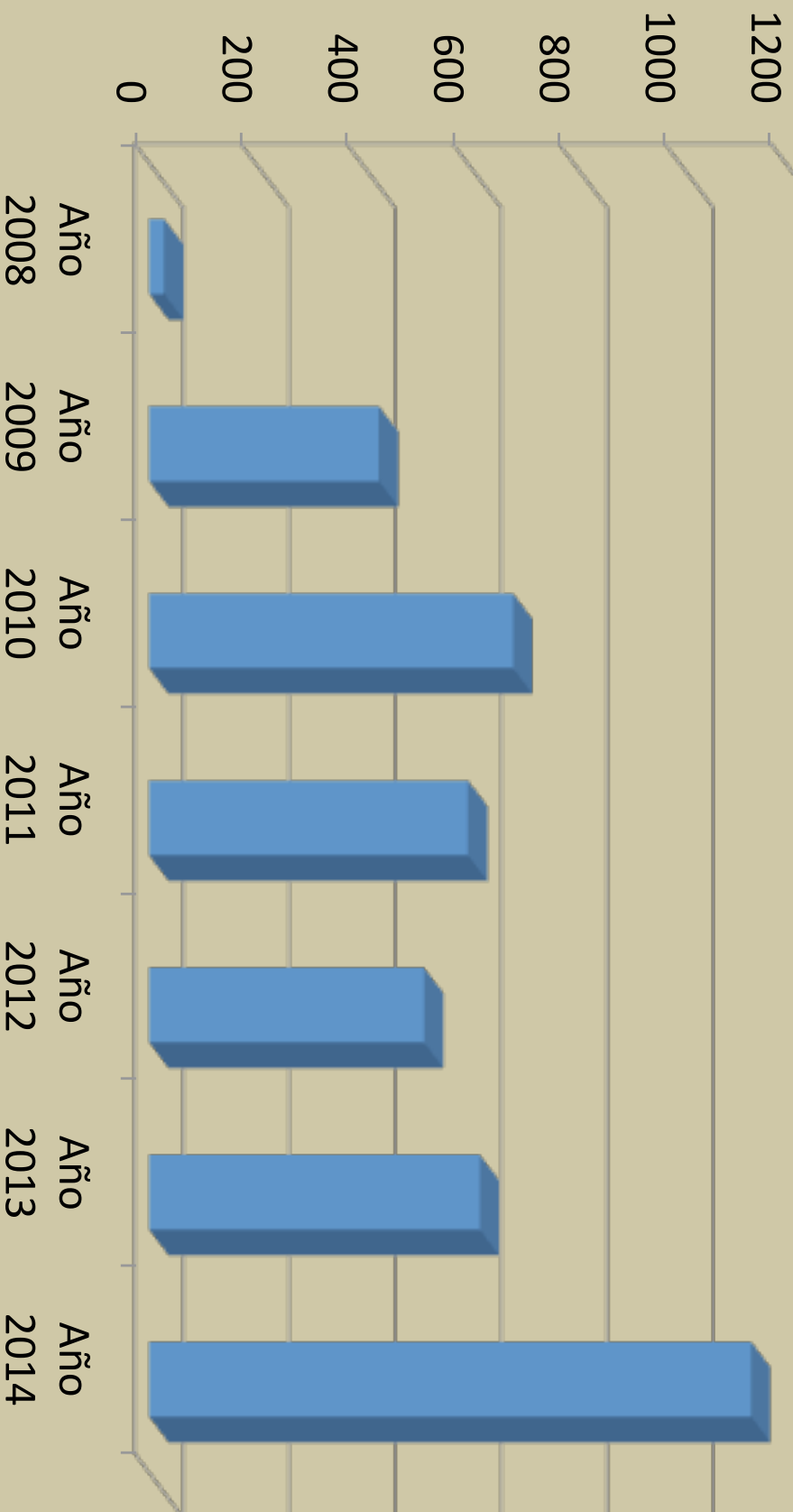


CASOS SENSOR



FAQ

INCIDENTES COMUNICADOS por año



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

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**

44° CONGRESO CHILENO DE ANESTESIOLOGÍA

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



INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES: WWW.CONGRESOCHILENODEANESTESIA.CL

COMITÉ ORGANIZADOR:

DR. PAULINA LAGOS RODA
PRESIDENTE 44° CONGRESO
CHILENO DE ANESTESIOLOGÍA
DR. CHRISTIAN NIÑO SCHULTZ
PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD
DE ANESTESIOLOGÍA DE CHILE

COMITÉ CIENTÍFICO:

DR. ALEJANDRO BECCART
DR. GIAN PAOLO VOLPATO
DR. HECTOR LACASSE
DR. ANDRÉS STULZIN
DR. DAVID TORRES
DR. WALDO MERINO

INVITADOS INTERNACIONALES

DR. ERIK SLOTH
DR. CRISTIAN AZOZA
DR. JAMER ENRIQUE CUBILLOS
DR. LUC BARNAIS
DR. ANSGAR M. BRÄNNIK
DR. RODRIGO CALACANTI
GUILLERMINA FTA

MÓDULOS Y COORDINADORES:

CONTROVERSIAS EN ANESTESIA REGIONAL | DR. ROUS ATTON
¿PODEMOS MONITORIZAR LA CONCIENCIA? | DR. PABLO SEPULVEDA
DESAFÍOS ACTUALES EN ANESTESIA TORÁCICA | DR. RENATO CHACÓN
MEDICINA INTENSIVA DE TRAJUMA | DR. ALBERTO MUÑOZ
IMAGENOLOGÍA, ULTRASONIDO Y ANESTESIA | DR. WALDO MERINO
EVENTOS INFRECUENTES 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 MONTZABAL
MEJORANDO LA EDUCACIÓN DE RESIDENTES | DR. PAULINA LAGOS
PACIENTE CRÍTICO DESDE LA UCI | DR. PATRICIA AGUIAR
SEGURIDAD EN ANESTESIA, UNA PRIORIDAD | DR. CRISTIAN ROCCO
INTERVENCIONES CLÍNICAS EN GERIATRÍA | DR. JIMENA RODRÍGUEZ
ANESTESIA EN EL PACIENTE OBESO | DR. OSCAR REJMAN
ENFERMERÍA ESPECIAL DE PABELLÓN | DR. MARIANA SERRA

CURSO PRECONGRESO

- DEFINIENDO Y MINIMIZANDO RIESGOS EN ANESTESIA REGIONAL
- FATE: ¿US EN PACIENTE CRÍTICO
- ENTRENAMIENTO AVANZADO EN VÍA AÉREA
- ANESTESIA EN EL PACIENTE CARDIOPATA EN CIRUGÍA NO CARDÍACA, PUESTA AL DÍA

TALLERES

- US Y ANESTESIA REGIONAL
- REANIMACIÓN CARDIOPIUMONAR
- 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

1. **Fortalecer el aprendizaje** a partir de los errores en el entorno perioperatorio a partir de un análisis de sistema para poner en marcha un sistema de registro de incidentes críticos compatible con la metodología y la herramienta utilizada por SENSAR
2. **practicar el uso del sistema de registro de incidentes críticos** como herramienta para:
 - > detectar **factores latentes** a partir de barreras de seguridad deficiencias:
 - > paciente
 - > individuo
 - > tarea
 - > equipo humano
 - > lugar físico
 - > organización
3. **propiciar medidas de mejora**
4. **aprovechar la potencia de los incidentes agrupados**

METODOLOGÍA

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

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.

Está destinado a grupos multidisciplinarios 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**.

PROGRAMA

presencial 1 día 10 hrs.

- > cultura de seguridad
- > herramientas para la seguridad del paciente
- > seguridad surgen
- > ventajas y barreras para la comunicación de incidentes
- > prácticas U23
- > conclusiones

online 2 meses

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

JORNADA
PRESENCIAL
1 día
10 hrs.

+

CURSO
ONLINE
2 MESES



www.sensar.cl
www.sear.cl
www.sociedaddeanestesiologi.cl