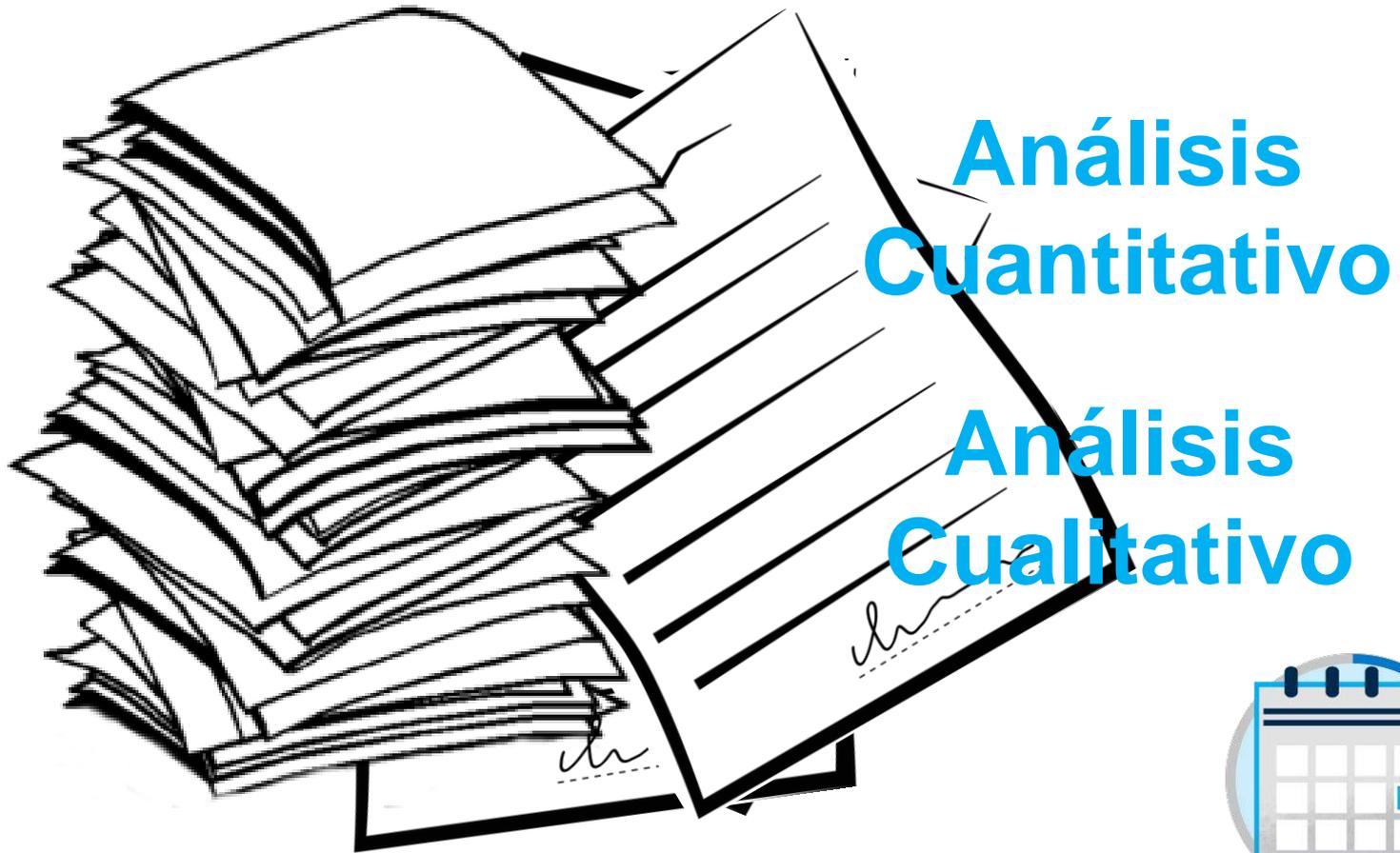


“Eventos Adversos Asociados a Errores u Omisiones en Informes Radiológicos”

Víctor Alvear, Tecnólogo Médico Jefe, Clínica Bupa Antofagasta.

!!!**CALIDAD!!!!**

Errores u Omisiones en Informes Radiológicos



**Análisis
Cuantitativo**

**Análisis
Cualitativo**



Errores u Omisiones en Informes Radiológicos

TIPOS DE ERROR:

- Por sub-lectura
- Por satisfacción de búsqueda
- Por deficiencia técnica
- Por tipo de estudio
- Cognitivos
 - De razonamiento
 - Aliterativo
 - Por falta de conocimiento
 - Por falta de antecedentes
 - Por falta de comunicación



Publicaciones Recientes

- Los errores clínicamente significativos varían entre un 2 a 20% dependiendo de la investigación.
- Estadísticas chilenas confrontadas a estudios internacionales concluyen que un promedio de 4-5% de estudios imagenológicos puede contener un error.
- Los errores diagnósticos son los errores que producen mayores daños, principalmente los diagnósticos omitidos tanto como los diagnósticos incorrectos o tardíos, con frecuencia de hasta un 10-15%. Los falsos negativos se estiman en un 25% y los falsos positivos en un 5%.
- Cerca del 75% de las demandas a médicos radiólogos, son por errores diagnósticos.



Fuente: Error en el informe radiológico: La paradoja del elefante en la habitación y otros tropiezos. (Revista chilena de radiología. vol.23 no.2 .2017) *Marcelo Gálvez M., Carlos Montoya M.*



Objetivos:

- Incentivar al estamento médico externo, a acoplarse en las políticas institucionales de calidad y seguridad.

-Lograr disminuir los eventos adversos asociados a errores u omisiones, en los informes radiológicos.



Intervención y Planes de Mejora

1.- Diagnóstico de la Unidad:

2014 : 1,143% →

108

2.- Estrategias:

Reunión de trabajo con involucrados:

- Nominación de responsable
- Análisis causa- raíz
- Acciones de mitigación
- Evaluación periódica
- Gestión de cambio: cuidados y revisión.



Intervención y Planes de Mejora

❑ Elaborar Normas y Procedimientos:

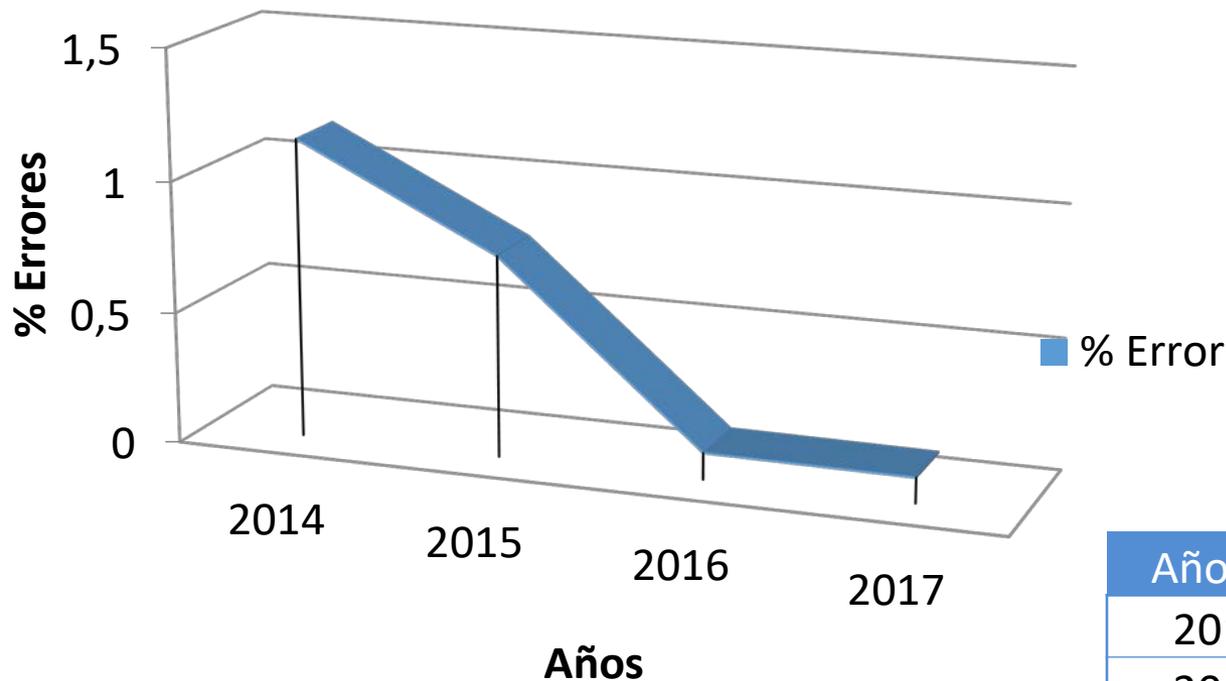
- Cuando agregar un apéndice con una “Fé de erratas” (addendum).
- Cuando re-hacer un informe íntegro.
- Flujos de notificación.

❑ Configuración de sistema RIS-PACS

- Creación de plantillas de informes.
- Configuración de reconocimiento de voz.
- Extracción de reportes estadísticos.



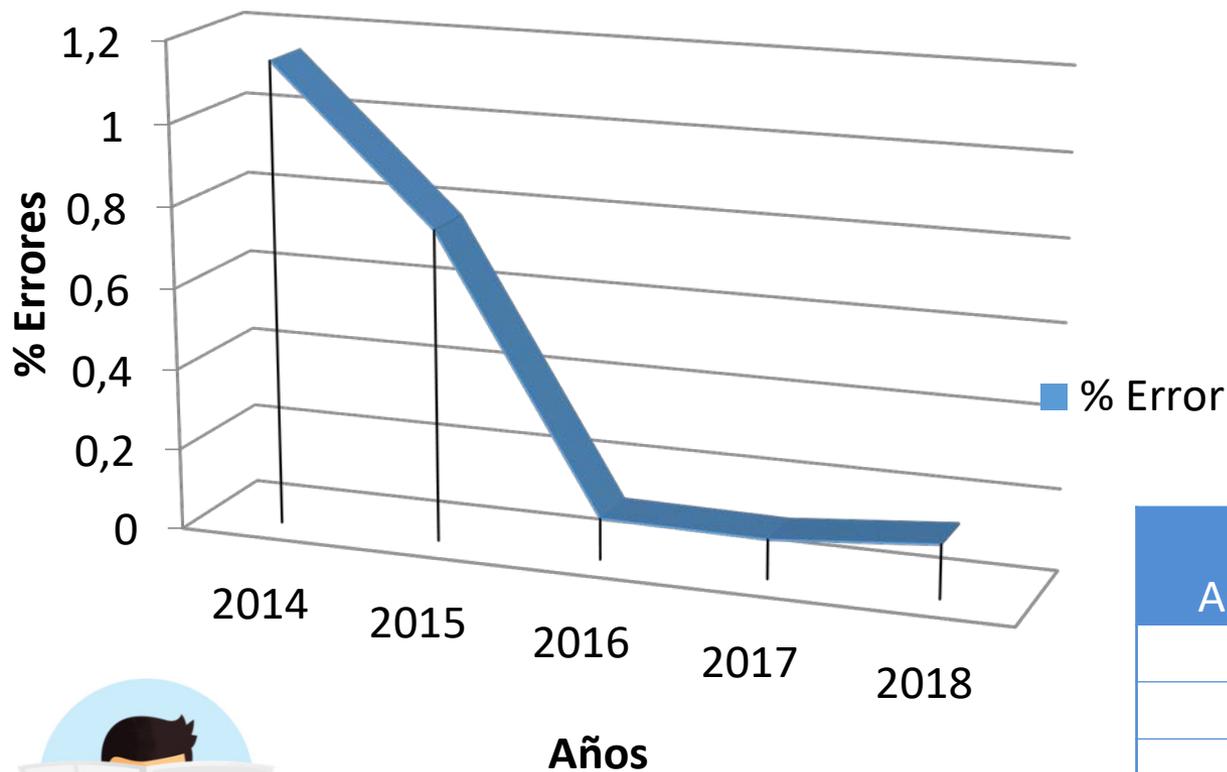
Evolución Post - Intervención



Año	% Error	N° Estudios
2014	1,143	108
2015	0,766	102
2016	0,101	73
2017	0,096	56

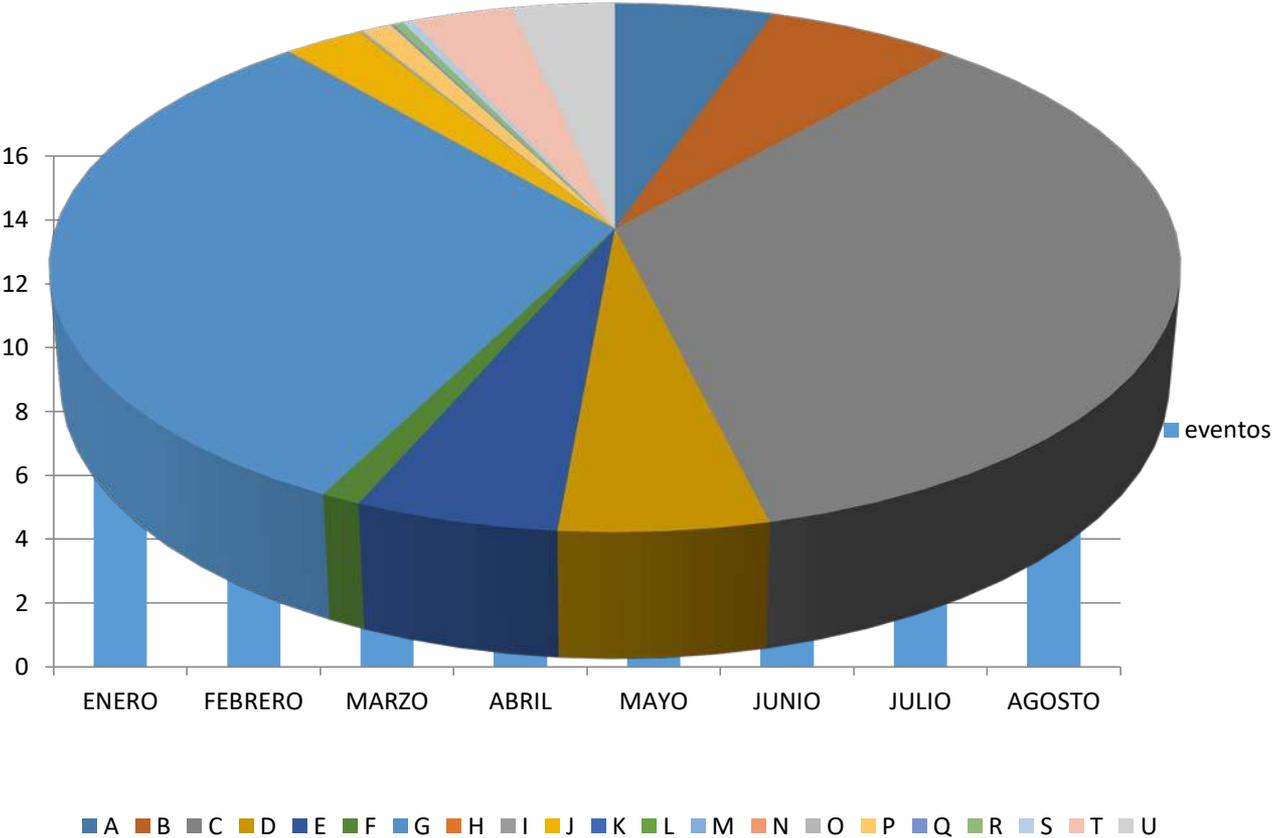


¿Que ha pasado este año?



Año	% Error	N° Estudios
2014	1,143	108
2015	0,766	102
2016	0,101	73
2017	0,096	56
2018	0,131	68



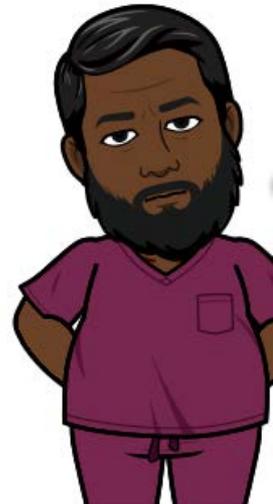


¿POR QUÉ?



INTERVENCIONES FOCALIZADAS:

- Capacitación y reforzamiento.
- Reuniones con todo el staff.
- Filtro de acceso a la sala de informes



Conclusión y Reflexión

- El staff médico se involucró y tomó conciencia de la importancia de asumir los “temas de calidad”, en su trabajo diario.
- Se ha logrado disminuir significativamente los EA asociados a ~~esta~~ ~~tipología~~ ~~de~~ ~~situaciones~~ como resultado final entregar a nuestros pacientes una atención de calidad, segura y confiable, por más difícil o mínima que parezca, tarde o temprano dará frutos. Perseverar y no temer a revisar nuestros errores: es la clave.





!!!GRACIAS !!!