



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA



SESIÓN SENSAR

Análisis de la literatura en relación con incidentes reportados.

Dra. Lorena Muñoz

Dra. Alba Montagud (MIR 4)

**Servicio de Anestesia Reanimación y Tratamiento del Dolor
Consorcio Hospital General Universitario de Valencia**



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 19 de Junio de 2017**

FILOSOFÍA SENSAR

- 1 • Fomenta la cultura de la seguridad en Anestesia
- 2 • Sistema no punitivo, anónimo, confidencial y autónomo
- 3 • Busca los fallos presentes en el sistema
- 4 • No hay culpable individual. Aporta recomendaciones
- 5 • Retroalimentación : Alertas, boletines, sesiones



OBJETIVOS SENSAR

**Mejorar la
comunicación**

**Fomentar
búsqueda de
soluciones**

**Aumentar la
seguridad
del paciente**



Informar un Incidente

ANESTIC

C.H.G.U. de Valencia

SENSAR

INICIO COMUNICACIÓN DE INCIDENTES ANÁLISIS DE INCIDENTES INFORMES UTILIDADES SALIR

ANESTIC

Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación

**Claves de acceso genéricas
comunes al Servicio**
USUARIO: Anestesia0513
CONTRASEÑA: chguv



CÓMO COMUNICAR UN INCIDENTE EN PITELO



Herramienta de comunicación y análisis de incidentes de SENSAR



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 19 de Junio de 2017

PITELO nuevas funciones en Análisis

- Mejora en seguridad: Doble comprobación
- Módulo de Alertas hospitalarias
 - Diferentes ámbitos de aplicación: Coordinadores regionales.
- Módulo de análisis de Incidentes
 - Permite adjuntar documentos e imágenes
 - Incidentes sugeridos según tipo de incidente
 - Incidentes agregados
 - Seguimiento de medidas con responsable y envío de emails recordatorios
- Módulo de informes (Pendiente)
 - Informes predefinidos.
 - Diseñador de informes.
- Módulo de administración
 - Gestión de usuarios mejorada.
 - Gestión de hospitales mejorada.
 - Gestión de traducciones.



SENSAR.org

SENSAR

Sistema Español de Notificación
en Seguridad en Anestesia y Reanimación

[SOBRE SENSAR](#)

[PITELO](#)

[ESCUELASENSAR](#)

[SUSCRIPCIÓN](#)

[CONTACTO](#)



**Comunique un
incidente**

[Formulario de
comunicación](#)



**Analizar un
incidente**

[Formulario de
análisis](#)



Home Page - PITELO x Daniel

Es seguro https://www.pitelo.org

PITELO Inicio Acerca de Contacto

PORTAL DE COMUNICACIÓN DE INCIDENTES

Introduzca su usuario y su clave:

Usuario:

Contraseña:

Entrar Portal

¿QUÉ DESEA HACER?


COMUNICAR UN INCIDENTE ANALIZAR UN INCIDENTE



Datos Generales

Descripción del Incidente

Descripción del Incidente

Progreso: 

Breve descripción del evento:

¿Cuál era el procedimiento al que se estaba sometiendo o la situación del paciente?:

¿Dónde ocurrió el incidente?:

Franja Horaria:

SE HA PROCEDIDO A ABRIR LA NOTIFICACIÓN ×

La notificación ha sido correctamente generada y puede continuar detallando la misma en las siguientes secciones.

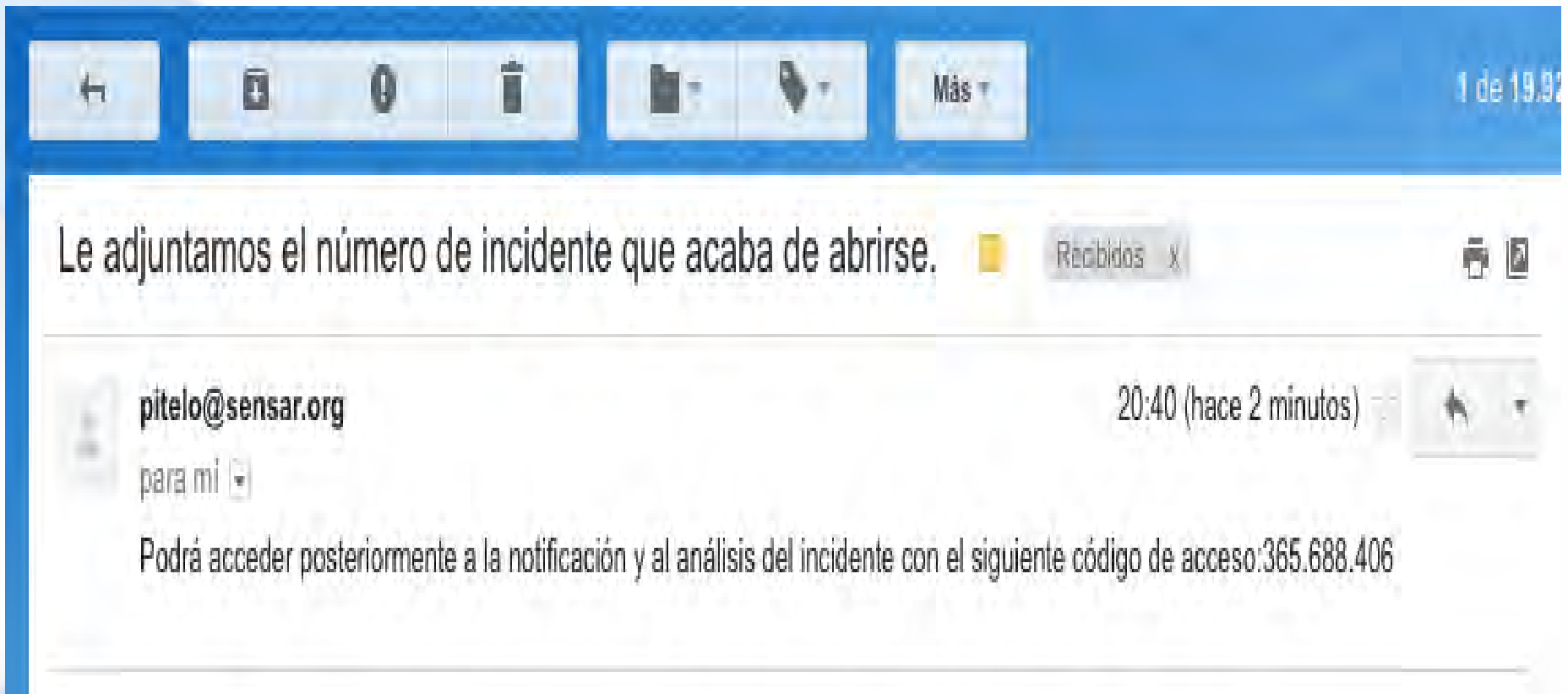
Le adjuntamos el número de incidente que acaba de abrirse. Podrá acceder posteriormente a la notificación y al análisis del incidente con el siguiente código de acceso: **365.688.406**

Es muy recomendable que lo anote, en caso de error podrá recuperar la notificación donde la dejó. Si lo desea, puede introducir una dirección de correo electrónico con el único fin de que le sea enviado dicho código. El sistema NUNCA almacenará su email, lo que garantiza el mantenimiento del anonimato en la comunicación.

Email: 

Envío de código al mail

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 19 de Junio de 2017



Mensaje recibido en mail



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 19 de Junio de 2017

COMUNICA PARA APRENDER :: Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación


- **SISTEMA NO PUNITIVO:** nuestro objetivo es mejorar la seguridad del paciente, nunca emprender medidas disciplinarias. Errar es humano, y queremos aprender del error. Los gestores de SENSAR tenemos el compromiso de mantener independencia frente a decisiones administrativas.
- **QUÉ COMUNICAR:** un incidente, cualquier circunstancia que haya dañado o pudiera haber dañado innecesariamente a un paciente.
- **QUIÉN COMUNICA:** dependiendo del centro, cualquier miembro del Servicio de Anestesiología o Cuidados Críticos: facultativos, residentes, enfermeras, auxiliares, celadores; en función de su integración en el proceso de retroalimentación. Recomendamos que el personal en primer año de formación, comunique tutelado.
- **TIEMPO EMPLEADO:** te llevará entre 5 y 10 min. Es recomendable hacerlo lo más próximo en el tiempo al evento, para recordar los detalles.
- **CAMPOS DE LA COMUNICACIÓN:** pon especial interés en el texto libre o "descripción narrativa" para ayudarnos a entender qué sucedió y proponer medidas de mejora.
- **ANONIMATO:** no introduzcas datos (nombres, fechas...) que te identifiquen a ti, al paciente ni a otros profesionales.
- **CÓDIGO DE ACCESO:** al finalizar, obtén y guarda el código de acceso a la comunicación para poder realizar modificaciones o consultar el estado de análisis.

Si dispone del código de un incidente y desea ver los comentarios y medidas tomadas, por favor introduzcalo a continuación y pulse en el botón **Buscar Incidente**

* Código de acceso:*

Buscar Incidente

Si desea dar comunicar un nuevo incidente pulse:

 **Nueva comunicación**



Datos Generales

Descripción del Incidente

Causas y Factores

Repercusión y Prevención

Documentos

Riesgo Potencial

Datos Generales del Incidente

Progreso:

Datos Paciente

Edad Paciente:

Sexo Paciente:

ASA:

Datos del comunicante

Actividad profesional:*

Seleccione un valor

Relación con el incidente:

Siguiente ▶



SENSAR

© 2017 - PITELO. Desarrollado por SENSAR en colaboración con : PHILIPS



Datos generales: Integra paciente y comunicador

ABTD - HGUU Sesión de Formación Continuada

Valencia 19 de Junio de 2017



Modificar Comunicación

Descripcion Evento: Error de dosis de midazolam

Fecha Comunicación: 24/05/2017 20:38:53

Datos Paciente

Edad Paciente: 33

Sexo Paciente: Mujer

ASA: II

Datos del comunicante

Actividad Profesional: Médico especialista

Relación con el incidente: Responsable

Hospital: H.U.F. Alcorcón (Madrid)

Descripción del Incidente

¿Cuál era le procedimiento al que se estaba sometiendo o la situación del paciente?: Cirugía electiva con ingreso

¿Dónde ocurrió el incidente?: Zona de Preanestesia

Franja Horaria: 8 - 15

Tipo de anestesia administrada: Anestesia general

Especialidad médico-quirúrgica: Cirugía General y Digestiva

¿Qué ocurrió?: Le pedi a la enfermera de espera de camas que le pusiese midazolam a mi paciente (2 ml) y seguí con mi conversación a primera hora. Había mucho ruido. Al cabo del rato nos avisan porque el paciente no responde y está roncando. Le ponemos un pulsioxímetro y está en 85% de SpO2. No responde a la llamada. Procedo a rescatar con bolsa-mascarilla.

Reviso las ampollas de la basura y resulta que son de 15mg/ml, con lo que el paciente había recibido 10 mg...

Causas y Factores

Acción insegura inmediata:

Explicación acción insegura inmediata:

Factores Contribuyentes relacionados con el paciente

Factor Contribuyente Paciente	Explicación



Lectura de incidente previo

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 19 de Junio de 2017



Datos Generales

Descripción del Incidente

Causas y Factores

Repercusión y Prevención

Documentos

Riesgo Potencial

Causas **Paciente** Individuo Tarea Equipo Humano Lugar Organización Contexto Institucional

Factores Contribuyentes Paciente

Ayuda

Progreso: 

Factores Seleccionados	Factor Contribuyente	Explicación
<input checked="" type="checkbox"/>	Patología	El paciente era un SAOS
<input type="checkbox"/>	Lenguaje y comunicación	
<input type="checkbox"/>	Personalidad y factores sociales	
<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)	

Factores Contribuyentes Seleccionados

Paciente:
 Individuo:
 Tarea:
 Equipo Humano:
 Lugar:
 Organización:
 Contexto Institucional:

Anterior

Siguiente

Factores Contribuyentes: Protocolo Londres

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
 Valencia 19 de Junio de 2017



Datos Generales

Descripción del Incidente

Causas y Factores

Repercusión y Prevención

Documentos

Riesgo Potencial

Causas

Paciente

Individuo

Tarea

Equipo Humano

Lugar

Organización

Contexto Institucional

Factores Contribuyentes Individuo

? Ayuda

Progreso:

Factores Seleccionados	Factor Contribuyente	Explicación
<input type="checkbox"/>	Conocimientos y habilidades	
<input type="checkbox"/>	Competencia o cualificación	
<input type="checkbox"/>	Salud física y mental	
<input type="checkbox"/>	Prisa	
<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)	

Factores Contribuyentes Seleccionados

Paciente: Patología

Individuo:

Tarea:

Equipo Humano:

Lugar:

Organización:

Contexto Institucional:

Anterior

Siguiete

Se guardan los FC previamente seleccionados



Datos Generales

Descripción del Incidente

Causas y Factores


Repercusión y Prevención

Documentos

Riesgo Potencial

Causas Paciente Individuo **Tarea** Equipo Humano Lugar Organización Contexto Institucional

Factores Contribuyentes Tarea

 Ayuda

Progreso:



Factores Seleccionados	Factor Contribuyente	Explicación
<input type="checkbox"/>	Diseño	
<input type="checkbox"/>	Protocolos	
<input type="checkbox"/>	Pruebas	
<input type="checkbox"/>	Ayuda para toma de decisiones	
<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)	

Factores Contribuyentes Seleccionados

Paciente: Patología

Individuo:

Tarea:

Equipo Humano:

Lugar:

Organización:

Contexto Institucional:

Anterior

Barra de progreso

Siguiente



Datos Generales

Descripción del incidente

Causas y Factores

Repercusión y Prevención


Documentos

Riesgo Potencial

Causas Paciente Individuo Tarea **Equipo Humano** Lugar Organización Contexto Institucional

Factores Contribuyentes Equipo Humano

? Ayuda

Progreso: 

Factores Seleccionados	Factor Contribuyente	Explicación
<input type="checkbox"/>	No factores de equipo humano	
<input checked="" type="checkbox"/>	Comunicación verbal	En espera de camas habitualmente damos las ordenes verbalmente y no siempre siguiendo las recomendaciones
<input type="checkbox"/>	Comunicación escrita	
<input type="checkbox"/>	Supervisión y búsqueda de ayuda	
<input type="checkbox"/>	Estructura	
<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)	

Factores Contribuyentes Seleccionados

Paciente: Patología

Individuo:

Tarea:

Equipo Humano:

Lugar:

Organización:

Contexto Institucional:

Anterior **Cada FC seleccionado se explica** Siguiete ▶

SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 19 de Junio de 2017



Datos Generales

Descripción del Incidente

Causas y Factores

Repercusión y Prevención

Documentos

Riesgo Potencial

Causas Paciente Individuo Tarea Equipo Humano Lugar Organización Contexto Institucional

Factores Contribuyentes Lugar

Ayuda

Progreso:

Factores Seleccionados	Factor Contribuyente	Explicación
<input type="checkbox"/>	Dotación de personal de distintas categorías	
<input type="checkbox"/>	Turnos, carga de trabajo	
<input checked="" type="checkbox"/>	Equipamiento, material, medicación	Midazolam con una concentración no habitual en el cajetín de medicación
<input type="checkbox"/>	Problemas administrativos o de gestión	
<input type="checkbox"/>	Ambiente	
<input type="checkbox"/>	Físico	
<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)	

Factores Contribuyentes Seleccionados

Paciente: Patología
 Individuo:
 Tarea:
 Equipo Humano: Comunicación verbal
 Lugar:
 Organización:
 Contexto Institucional:

Se pueden seleccionar varios de cada tipo



Datos Generales

Descripción del Incidente

Causas y Factores

Repercusión y Prevención

Documentos

Riesgo Potencial

Causas Paciente Individuo Tarea Equipo Humano Lugar

Organización

Contexto Institucional

Factores Contribuyentes Organización y Gestión

Ayuda

Progreso:



Factores Seleccionados	Factor Contribuyente	Explicación
<input type="checkbox"/>	Financiación	
<input type="checkbox"/>	Estructura organizativa	
<input type="checkbox"/>	Políticas, normas u objetivos	
<input type="checkbox"/>	Fallo en cultura de seguridad y prioridades	
<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)	

Factores Contribuyentes Seleccionados

Paciente: Patología
 Individuo:
 Tarea:
 Equipo Humano: Comunicación verbal
 Lugar: Equipamiento, material, medicación
 Organización:
 Contexto Institucional:

Anterior

Siguiente

Son pestañas voluntarias y se puede navegar por botones o pestañas



Datos Generales

Descripción del Incidente

Causas y Factores

Repercusión y Prevención

Documentos

Riesgo Potencial

Causas

Paciente

Individuo

Tarea

Equipo Humano

Lugar

Organización

Contexto Institucional

Factores Contribuyentes Contexto Institucional

Ayuda

Progreso:

Factores Seleccionados	Factor Contribuyente	Explicación
<input type="checkbox"/>	Contexto económico y regulatorio o normativo	
<input type="checkbox"/>	Sistema nacional de salud o Consejería de sanidad	
<input type="checkbox"/>	Organismos reguladores externos	
<input type="checkbox"/>	Otros (Especificar)	

Factores Contribuyentes Seleccionados

Paciente: Patología

Individuo:

Tarea:

Equipo Humano: Comunicación verbal

Lugar: Equipamiento, material, medicación

Organización:

Contexto Institucional:

Anterior

Siguiente

Nuevo FC: Contexto institucional



Datos Generales

Descripción del Incidente

Causas y Factores

Repercusión y Prevención

Documentos

Riesgo Potencial

Repercusión y Prevención

Progreso:



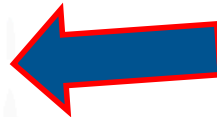
¿Produjo daño al paciente?: *

Seleccione una opción

Sí

No

No sé



SENSAR

© 2017 - PITELo. Desarrollado por SENSAR en colaboración con: PHILIPS

La repercusión varía según la selección inicial



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 19 de Junio de 2017

Datos Generales

Descripción del Incidente

Causas y Factores

Repercusión y Prevención

Documentos

Riesgo Potencial

Repercusión y Prevención

Progreso:

¿Produjo daño al paciente?: Sí No

Severidad de la lesión (Real):

Tipo de lesión producida al paciente
Puede seleccionar varios:

- Físico
- Psicológico
- Social

Sistema principal afectado:

Comentarios Sistema Principal Afectado:

¿Se prolongó la estancia hospitalaria?:

Sugerencias para evitar la repetición del incidente:

Anterior

Siguiente

Cuando se ha producido daño



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 19 de Junio de 2017



Datos Generales

Descripción del Incidente

Causas y Factores

Repercusión y Prevención

Documentos

Riesgo Potencial

Repercusión y Prevención

Progreso:

¿Produjo daño al paciente?:

¿Hubo alguna acción que minimizase el impacto del incidente sobre el paciente?:

Describe qué minimizó el efecto:

Sugerencias para evitar la repetición del incidente:*

Anterior

Siguiente

Cuando No se ha producido daño



Datos Generales

Descripción del incidente

Causas y Factores

Repercusión y Prevención

Documentos

Riesgo Potencial

Repercusión y Prevención

Progreso:

¿Produjo daño al paciente?:

Severidad de la lesión (Real):

Tipo de lesión producida al paciente
Puede seleccionar varios:

- Físico
- Psicológico
- Social

Sistema principal afectado:

Comentarios Sistema Principal Afectado: ¿Se prolongó la estancia hospitalaria?: Sugerencias para evitar la repetición del incidente: [Anterior](#)[Siguiete](#)

Importante la sugerencia para evitarlo



Añada la Documentación que considere necesaria

Progreso:



Añada los ficheros que considere importantes

1º Descripción fichero:

2º Arrastre el fichero aquí

Documentos anexados al incidente:

#	Descripción fichero anexado
Sin datos para mostrar	

2º Seleccione el fichero que quiera subir...

Puede adjuntar ficheros .jpg, .jpeg, .gif, .png, .pdf.

El tamaño máximo permitido es de 10 MB.

La función muestra de arrastrar el sitio web necesita de un navegador que soporte la tecnología HTML5 o funcione a través de un navegador que soporte HTML5 como Internet Explorer 10+, Firefox 14+, Google Chrome, and Opera 12+.

Posibilidad de subir documentos y fotos



Datos Generales

Descripción del Incidente

Causas y Factores

Repercusión y Prevención

Documentos

Riesgo Potencial

Riesgo Potencial

Ayuda

Progreso:

Por favor, defina el **Riesgo Potencial** en base a la probabilidad de que vuelva a suceder y sus posibles consecuencias si ocurre.

Probabilidad de que vuelva a suceder:*

Posible

Morbilidad potencial en caso de repetición del incidente:*

Muerte

Probabilidad	Riesgo Potencial				
	No Datos	Morbilidad Menor	Morbilidad Intermedia	Morbilidad Mayor	Muerte
Casi cierto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo
Probable	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo
Possible	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo
Improbable	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Extremo
Raro	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Alto

Anterior

Terminar comunicación

Nueva matriz de RIESGO



Riesgo Potencial

Riesgo Potencial

Progreso:



Probabilidad de que vuelva a suceder:*

Morbilidad potencial en caso de repetición:

GRACIAS POR COMUNICAR UN INCIDENTE DE SEGURIDAD ×

La notificación ha sido correctamente generada y guardada.
Le adjuntamos el número de incidente que acaba de generar. Podrá acceder posteriormente al análisis del incidente con el siguiente código de acceso: **365.688.406**

Si lo desea, puede introducir una dirección de correo electrónico con el único fin de que le sea enviado dicho código. El sistema NUNCA almacenará su email, lo que garantiza el mantenimiento del anonimato en la comunicación.

Email:

Enviar

NO enviar y cerrar

Probabilidad					
	Riesgo Alto				
	Riesgo Moderado				
	Riesgo Bajo				
	Riesgo Alto	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Extremo
	Riesgo Bajo	Riesgo Baja	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Alto

Confirmación final (aunque se ha ido guardando)



desarrollo.pitelo@sensar.org

Consulta de incidencias técnicas



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 19 de Junio de 2017**

INCIDENTES



**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continuada
Valencia 19 de Junio de 2017**

CASO 1:

IDENTIFICACIÓN INCORRECTA DE GASOMETRÍA

Se realiza una gasometría a un paciente que se encuentra en la URPQ, pero se identifica mal. Se identifica con los datos de otro paciente ingresado también en la URPQ.

Acción insegura: DISTRACCIÓN. Falta de atención

Morbilidad real: NO DAÑO



CASO 1:

FACTOR CONTRIBUYENTE

- **EQUIPO:** Historias en papel
- **FÍSICO:** Espacio reducido, con mucho volumen de pacientes:



CONSIDERACIONES DE SEGURIDAD:



Se debe confirmar la identificación del pacientes las veces que sea necesario y por parte de todo el personal.



RIESGO POTENCIAL DEL EVENTO

— Riesgo Potencial —

Probabilidad	Riesgo Potencial				
	No Daño	Menor daño Menor	Menor daño Intermedia	Menor daño Mayor	Muerte
Catastrófica	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo
Parcial	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo
Leve	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo
Intermedia	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Extremo
Baja	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Alto



CASO 2:

DEPRESIÓN RESPIRATORIA EN URPQ

Paciente con diagnóstico de neoplasia vesical, llevaba ingresado seis días por hematuria anemizante, con necesidad de varios concentrados de hematíes, por lo que se programa para **RTU** por la mañana. Se realiza el segundo del parte, iniciándose la anestesia a las 14.00h. Dado antecedente de sangrado importante se realiza anestesia general con mascarilla laríngea. A las 15.00h entra el relevo del anesthesiólogo. Se adminitran 0,15 mg de fentanest dado semiología de dolor. Se extuba sin incidencias. Mantenía la ventilación espontánea adecuadamente. Llegada a URPQ a las 16,30h. A las 17.30h presenta **parada respiratoria** (se procede a IOT). Se administra 1 mg atropina, 2 mg neostigmina y 0,2 mg naloxona, con lo que empieza a estar más reactivo. A las 18.00h se extuba. Se da de alta a la mañana siguiente (escala de aldrete 10). A las 36 horas ingresa en reanimación con una **sepsis secundaria a perforación** vesical (IOT, necesidad de DVA, SDRA). Presenta mal pronóstico



CASO 2:

FACTORES CONTRIBUYENTES

- **Patología asociada a insuficiencia renal.**
- **Inicio en el parte de mañana de un paciente que se sabe de antemano que acabará más tarde de la franja horaria prevista**
- **Cambio anesthesiólogo titular por cambio de turno**

MEDIDAS A TOMAR:

- 1. Administración cautelosa de fentanilo en pacientes con insuficiencia renal**
- 2. No iniciar intervención si se sabe que se prolongará hasta más allá de la franja horaria establecida**
- 3. Tiempo de estancia en URPQ adecuado.**
- 4. Minimizar los cambios del anesthesiólogo durante una cirugía, especialmente en pacientes complejos**
- 5. Estandarizar pase intraoperatorio de pacientes con hoja de comprobación**



CASO 2: DEPRESIÓN RESPIRATORIA EN URPQ

TIPO DE MEDIDA

- Comunicación a urología de la necesidad de optimizar a los pacientes complejos.



- Relevo de anestesiólogo puede suponer un problema en pacientes complejos.

- Programación de pacientes clínicamente inestables a primera hora de la mañana para asegurar continuidad por mismo equipo.



PITELO

Detalle Expediente

Describe que minimizó el efecto:
Sugerencia para evitar la repetición del incidente:

Riesgo Potencial

Probabilidad	Riesgo Potencial				
	No Daño	Morbilidad Menor	Morbilidad Intermedia	Morbilidad Mayor	Muerte
Casi cierto	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo
Probable	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo
Posible	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Extremo	Riesgo Extremo
Improbable	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Extremo
Raro	Riesgo Bajo	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Riesgo Alto

Ficheros Asociados

No hay ficheros adjuntos a esta Comunicación.

INFORMACIÓN ANÁLISIS

Descripción del Evento

Introduzca el texto a buscar

Exp Núm	Núm Análisis
7024	1300144
7002	1300121
5940	118790
5941	118980
5942	120350
5981	118980
5935	118330

7024 1300144

7002 1300121

5940 118790

5941 118980

5942 120350

5981 118980

5935 118330

FUNCIONAMIENTO DE

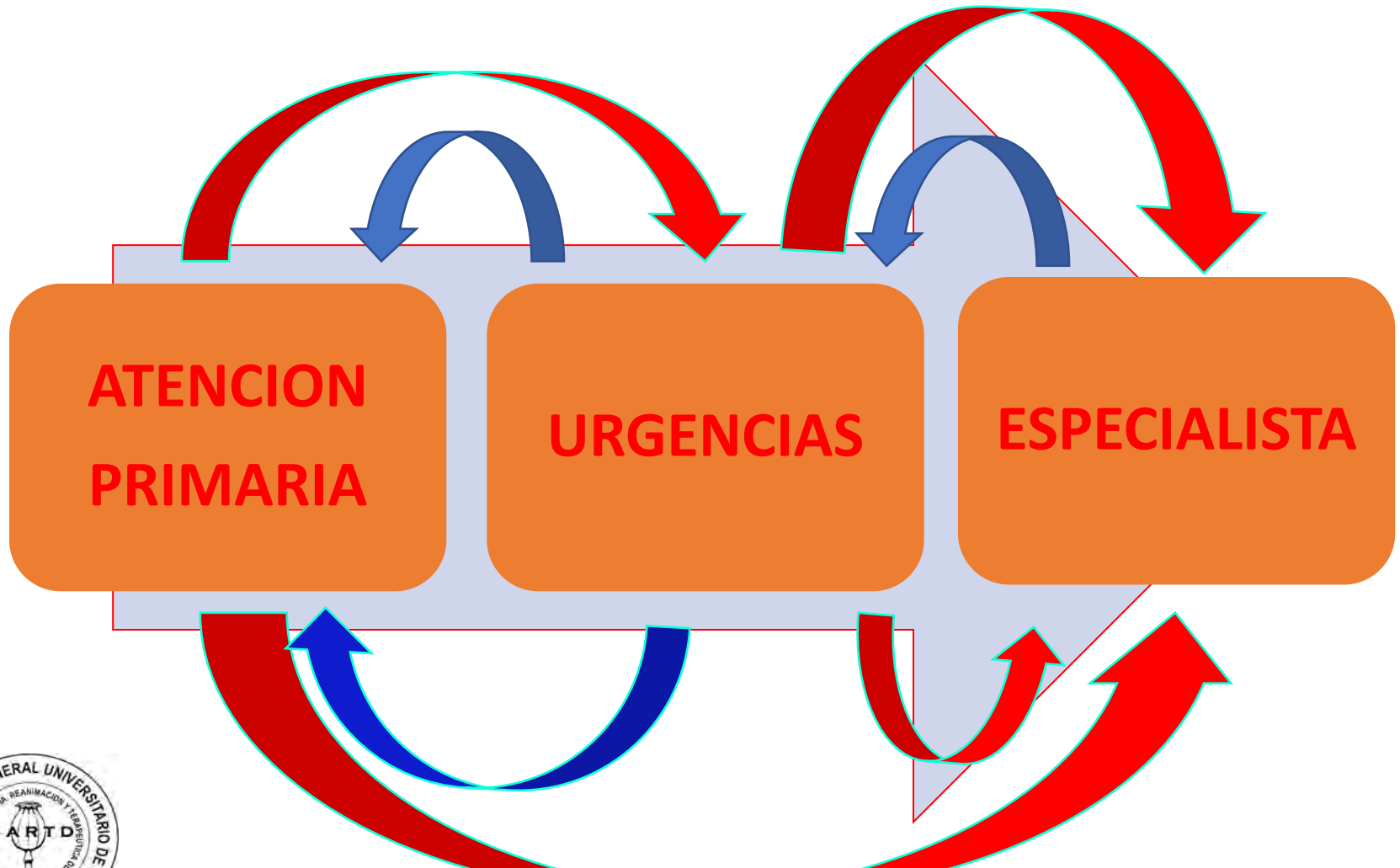


COMMUNICATION DURING PATIENT HAND-OVERS

1. AUMENTO INTERÉS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
2. FACTOR HUMANO, PSICOLÓGICO, FISIOLÓGICO, AMBIENTAL
3. COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES y EQUIPOS PUEDE SER INSUFICIENTE O PUEDE SER MALENTENDIDA
4. PUEDE PROVOCAR DISCONTINUIDAD EN EL TRATAMIENTO, ERRORES INCLUSO DAÑAR AL PACIENTE.



COMMUNICATION DURING PATIENT HAND-OVERS



COMMUNICATION DURING PATIENT HAND-OVERS

- FALTA DE ENTRENAMIENTO EN COMUNICACIÓN
- AUTONOMIA E INDIVIDUALIDAD EN EL TRABAJO
- NECESIDAD DE UN LENGUAJE COMÚN PARA LA COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN CRÍTICA
- TÉCNICAS:
 1. BRIEFING
 2. SBAR (SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT and RECOMMENDATION)
 3. PREGUNTAR Y RESOLVER DUDAS
 4. READ-BACK: SE HA ENTENDIDO BIEN?



COMMUNICATION DURING PATIENT HAND-OVERS

- COMUNICACIÓN FAMILIA Y PACIENTE
- LENGUAJE COMPRENSIVO DE SU PROCESO
- EXPLICAR PASOS A SEGUIR
- INFORMARLE QUIÉN ES SU MÉDICO RESPONSABLE
- TRATAMIENTO A SEGUIR CUANDO SE DA EL ALTA



COMMUNICATION DURING PATIENT HAND-OVERS



DIFICULTADES

1. RESISTENCIA DE LOS PROFESIONALES A CAMBIAR SU FORMA DE TRABAJAR
2. ENTRENAMIENTO (TIEMPO, FINANCIACIÓN)
3. DIFERENCIAS CULTURALES Y DE LENGUAJE
4. INFRAESTRUCTURA TECNOLÓGICA



CALIDAD DEL REGISTRO ESCRITO

EVENTOS ADVERSOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN

- 20% INTERVENCION QUIRÚRGICA
- 42% EVITABLES

60%: FALTA DE COMUNICACIÓN



LA MEJORA DE LA COMUNICACIÓN REDUCE LA FRECUENCIA

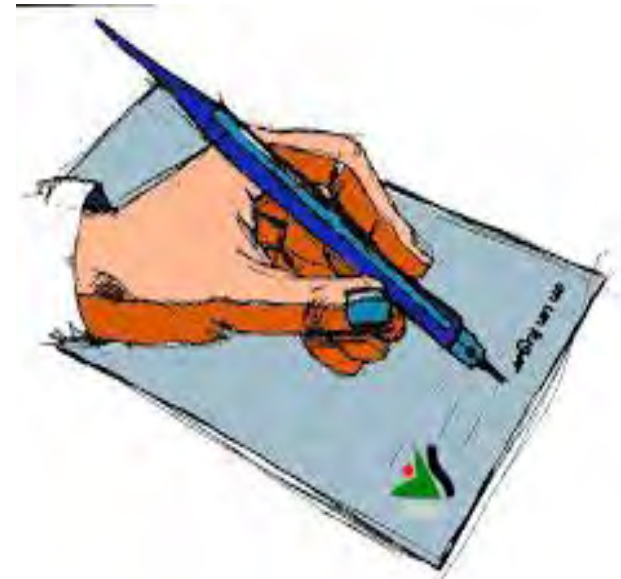


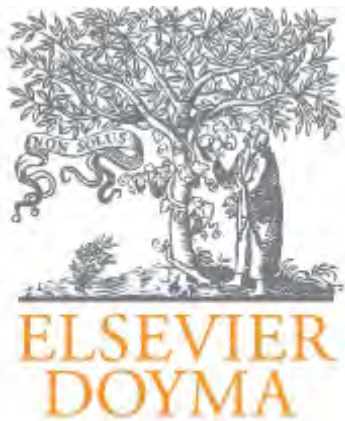
CALIDAD DEL REGISTRO ESCRITO

CALIDAD DE REGISTROS
ESCRITOS DE LOS MÉDICOS
ANESTESIÓLOGOS IMPLICADOS
EN LA TRANSFERENCIA
ASISTENCIAL DESDE EL
QUIRÓFANO A LA URPQ



NIVEL DE CALIDAD INTERMEDIO





Desarrollo de una herramienta de comunicación para la seguridad del paciente (Briefing). Experiencia en una unidad de cuidados intensivos de trauma y emergencias*

M. Chico Fernández, C. García Fuentes, M.A. Alonso Fernández, D. Toral Vázquez, S. Bermejo Aznárez, J.A. Sánchez-Izquierdo

SE RECOGIERON 942 INCIDENTES

(2,2 POR PACIENTE)

ESTABLECIERON CORRELACIONES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVAS

1. Turnos con mas pacientes
2. Presencia de ventilación mecánica
3. Terapias de reemplazo renal continuo
4. Periodo vacacional

DECÁLOGO DE LA HERRAMIENTA BRIEFING

Tabla 1 Decálogo de la herramienta *briefing*

1. Es una herramienta de trabajo, no un fin en sí misma. Deben tener una meta inmediata que es la creación de mejoras.
2. Los resultados no deben ser utilizados para comparar un servicio con otro.
3. Deben incorporarse a la rutina del trabajo.
4. Requiere el compromiso de los responsables de la unidad.
5. Deben ser constructivos. De naturaleza no punitiva. Se debe intentar realizar en un ambiente confortable
6. Los hallazgos deben ser presentados de manera abierta al personal implicado.
7. Duración entre 5 y 10 minutos, para reducir al mínimo los periodos fuera del «pie de cama». La información que surge durante las sesiones son confidenciales.
8. Se debe elegir al inicio el moderador o facilitador. A medida que la herramienta se practica debe variar el número de facilitadores.
9. El lenguaje a utilizar debe intentar ser objetivo y anónimo.
10. El contenido debe variar según las necesidades de la unidad.



DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN ...

ATENCIÓN SANITARIA

(MAYOR COMPLEJIDAD DE PROCESOS,
TECNOLOGIAS E INTERACCIONES
HUMANAS) :

- MAYOR RIESGO DE
ACONTECIMIENTOS ADVERSOS

- UCI MAS ACENTUADO



IV Sesión de For
alencia 19 de Jur

DECÁLOGO DE LA HERRAMIENTA BRIEFING

Tabla 2 Características de la población de estudio

Edad media	39,9 ± 17,5 años
Distribución por género	75,1% hombres
Tipo de trauma	Cerrado 89%
Mecanismo más frecuente	Accidentes de tráfico 20,3%
Inestabilidad hemodinámica al ingreso	34,2%
Ventilación mecánica	48,6%
Duración de la VM	7,4 ± 8,6 días
Monitorización de la PIC	12,7%
Duración de la monitorización de la PIC	7,2 ± 5,7 días
Infección nosocomial	16,5%
Coagulopatía al ingreso	32,9%

PIC: Presión intracraneal.

Tabla 3 Porcentaje de presencia de los profesionales en las reuniones por turnos

Médicos adjuntos	Mañana: 70,99%	Tarde: 94,2%
Médicos residentes	Mañana: 84,7%	Tarde: 93,1%
Enfermeras	Total turnos: 84,1%	
Auxiliares	Total turnos: 74,1%	



Tabla 4 Tipos, números, gravedad y evitabilidad de los incidentes

Tipo de incidente	Número (%)	Con daño (%)	Sin daño (%)	Evitable (%)	Inevitable (%)
Medicación	195 (20,7)	26,59	73,4	94,65	5,34
Mantenimiento de dispositivos	175 (17,8)	54,91	45,08	54,06	45,93
Vía aérea y VM	169 (17,09)	34,93	65,06	69,27	30,72
Cuidados	115 (12,2)	69,56	30,43	87,82	12,17
Equipos	114 (12,1)	18,75	81,25	59,09	40,9
Traslados	79 (8,38)	31,57	68,42	85,95	14,03
Colocación de dispositivos	38 (4,03)	86,84	13,15	9,37	90,62
Otros	57 (6,05)	-	-	-	-

VM: ventilación mecánica.

Tabla 5 Mejoras significativas en la cultura de seguridad

Sección	Dominio	Significación
A: Área de trabajo/unidad del hospital	• Se trabaja de manera activa para mejorar en seguridad	(p = 0,002)
	• Pérdida de carácter punitivo del infractor	(p = 0,005)
	• Reducción de problemas en seguridad	(p = 0,046)
	• Existen buenos sistemas para prevenir	(p = 0,046)
D: Frecuencia de eventos notificados	• Notificación de errores detectados antes de producir daño	(p = 0,000)
	• Notificación de errores sin posibilidad de daño	(p = 0,000)
	• Notificación de errores que pueden causar daño	(p = 0,000)
G: Número de eventos notificados	• Número de eventos notificados en un año	(p = 0,024)

DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN

IMPLANTAR MEJORAS

- 1. Detección de material fungible con defectos**
- 2. Protocolo de mantenimiento del tubo oro-traqueal**
- 3. Control del tratamiento prescrito por turnos, etc**

CONCLUSIÓN:

HERRAMIENTA PARA LA RECOGIDA DE INCIDENTES,
SIMPLE, FÁCIL DE USAR, UTIL PARA IMPLANTAR
MEJORAS E INFLUIR EN LA CULTURA DE SEGURIDAD



S: Situación

Nombre paciente/ Edad/ Intervención quirúrgica

B: Antecedentes

a. Alergias

- b. Antecedentes médicos a destacar
- c. Tratamiento previo a destacar
- d. Resultados laboratorio preoperatorio a destacar
- e. Tipo de técnica anestésica
- f. ¿Problemas de vía aérea? (sí/no)
- g. Situación en quirófano:
 - a. Estado intraoperatorio (estable/inestable)
 - b. Incidentes a destacar
 - c. Sangrado importante (sí/no)
 - d. Resultados de laboratorio intraoperatorios
- e. Medicación administrada a destacar
- h. Líneas venosas periféricas (calibre y localización)
- i. CVC (sí: localización/no)
- j. Línea arterial (sí: localización/no)
- k. Catéter (sí: localización/no)
- l. Drenaje: localización y tipo



COMUNICACIÓN ESTRUCTURADA

A: Evaluación Assessment. Posibles cambios esperables

Hematológico/sangrado

- Cardiovascular
- Respiratorio
- Neurológico
- Genitourinario
- Gastrointestinal
- Metabólico
- Vía aérea
- Dolor

R: Recomendación

Medicación relevante pendiente de administrar

Pruebas complementarias pendientes o a realizar

Posibilidad de alta

Aclarar dudas

CVC: catéter venoso central; EVA: escala visual analógica.



Datos de la historia clínica

Identificación (iniciales)

Edad

Sexo

Fecha intervención quirúrgica

Tipo de intervención

Tipo de anestesia 0. General 1. Locorregional Otra (combinada, sedación, vigilancia anestésica monitorizada) No consta

Médico anesthesiólogo

Datos en hoja de evolución médica (0: no descrito; 1: descrito)

1	Datos identificación
2	Tipo intervención
3	Patología quirúrgica
4	Alergias
5	Antecedentes y/o ASA
6	Tratamiento previo
7	Tipo anestesia
8	Situación en quirófano
9	Información sobre dispositivos y/o equipos
10	Analgesia
11	Información familiar
12	Recomendaciones
	Total



COMUNICACIÓN EFECTOS ADVERSOS

ARTÍCULO ESPECIAL

Recomendaciones para la respuesta institucional a un evento adverso

Recommendations for institutional response to an adverse event

Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR)

Recibido 30 junio 2015, Aceptado 09 julio 2015



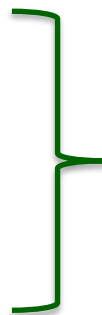
**SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 19 de Junio de 2017**

COMUNICACIÓN EFECTOS ADVERSOS

EA La respuesta institucional en las primeras horas determina

1. Recuperación del paciente
2. Restablecimiento de la confianza
3. Restablecimiento psicológico de los profesionales implicados

DAÑO INESPERADO



**Combinación diversos factores
Rara vez: Negligencia o incompetencia profesionales**

SOCIEDAD



ESPERA



Reparación del daño

Comunicación abierta y franca



COMUNICACIÓN DE UN EFECTO ADVERSO



Figura 1 Algoritmo de respuesta frente a un evento adverso.

COMUNICACIÓN DE UN EFECTO ADVERSO

Tabla 3 Listado de verificación de actuaciones inmediatas de respuesta frente al evento adverso

	Realizado	No procede
1. <i>Estabilizar la situación clínica del paciente</i>		
2. <i>Eliminar amenazas para la seguridad del paciente afectado u otros</i>		
3. <i>Evaluar la situación de los profesionales implicados (segundas víctimas)</i>		
¿Precisa apoyo psicológico o emocional?		
¿Precisa sustitución laboral?		
4. <i>Custodia del equipamiento y entorno del EA</i>		
5. <i>Comunicación al paciente y/o familia</i>		
Designación del interlocutor responsable		
Preparación de la entrevista		
Comunicación al paciente y/o familia		
Ofrecimiento del apoyo y soporte que sean precisos		
6. <i>Notificación del EA</i>		
Al médico responsable del paciente		
Al superior clínico o asistencial (jefe de servicio, supervisor de Enfermería, etc.)		
A la dirección clínica		
7. <i>Documentación del EA en la historia clínica</i>		
Hechos		
Plan terapéutico		
Intervenciones y respuesta clínica del paciente		
Registro de la entrevista con paciente y/o familia		

CASO 3: DESCONEXIÓN VIAS 3 PASOS

Desconexión con las llaves de 3 pasos que se dispone en el hospital tras asegurar el cierre de la vía periférica.

IMPLICACIONES:

- Vertido de sangre, fluidos y tratamientos
- Pérdida de acceso
- Problema grave en cirugías prolongadas con dificultad de acceso a la vía

MEDIDAS

- Cambiar las llaves de tres pasos por otras que enrosquen mejor con los catéteres venosos periféricos



CASO 3: DESCONEXIÓN VIAS 3 PASOS

MEDIDAS

- Cambiar las llaves de tres pasos por otras que enrosquen mejor con los catéteres venosos periféricos



CASO 4: MALAS FORMAS HACIA PERSONAL ENFERMERÍA

INCIDENCIA COMUNICADA:

“ Desde hace algunos días se está permitiendo el acceso a Rea a familiares de algunos pacientes (no todos) fuera del horario establecido. Esto nos esta llevando a que entren cuando la mayoría de pacientes se encuentran desnudos por los aseos, quedando expuestos a las miradas sin pudor de estos familiares. También aparecen cuando se esta realizando técnicas médicas en las que se intenta tener la máxima asepsia posible. Además esto acarrea una función extra del personal de la Rea: la de porteros, ya que cada vez que un familiar quiere entrar en la Rea el celador de la entrada llama por teléfono para que sea el personal de la Rea quien abandone en ese instante lo que este haciendo y a sus pacientes para ir y abrir la puerta, llegando esto a producir amenazas y malas palabras por parte de los familiares por no abrirles. En ocasiones no se nos informa de la presencia de estos familiares.”

CASO 4: MALAS FORMAS HACIA PERSONAL ENFERMERÍA

FACTORES CONTRIBUYENTES:

- Falta de conocimiento de instauración protocolo humanización en UCI
- Falta de explicación a familia e implicados de medidas a tomar en caso de aseos, técnicas
- Falta de intimidad si no se preve de manera adecuada
- Falta de colaboración por parte de familia y personal de UCI implicado
 - Comunicación realizada verbal a parte del equipo implicado, pero no se ha dado difusión a todos.
- Redistribución de tareas necesarias tras la instauración del protocolo
- No se habla de la estructura organizativa. Probablemente hay que reestructurarlas

CASO 4: MALAS FORMAS HACIA PERSONAL ENFERMERÍA

MEDIDAS:

1. Se envía un email a todo el personal implicado explicando el protocolo de humanización “ HUCI” instaurado con las medidas a seguir
2. Se solicita colaboración y se sugiere el envío de medidas para mejorar la instauración del protocolo



HUMANIZACIÓN EN UCI

- **Flexibilidad de horarios supeditada a la dinámica de la sala y consensuada con familia responsable**
- **Se reflejará en la historia clínica del paciente si la familia tiene horario ampliado de visitas**
- **Habrà un familiar responsable de la visita**
- **El protocolo sólo se aplica a familias de pacientes con ingresos prolongados que por su mejoría del estado clínico se van a beneficiar de la entrada de familiares**
- **Utilización de parabanes para preservar la intimidad de los pacientes durante el aseo. Mantener medidas de asepsia.**

RESPUESTA REALIZADA AL PERSONAL



English



HUCI Humanizando
los Cuidados
Intensivos

INICIO CONOCE HUCI BLOG FORMACIÓN EVENTOS H-INSPIRATE CONTACTA Q BUSCA

NO HAY NADA MÁS PODEROSO QUE UN ALMA HUMANA EN LLAMAS

III Jornadas de Humanización de la Salud (#3JHUCI)



CONOCE HUCI
NUESTRA #BENDITA LOCURA



TENEMOS UN PLAN
EL QUÉ Y EL CÓMO DE UNA UCI CON 'H'



PARTICIPA
TOD@S TENEMOS UN PAPEL

HUMANIZACIÓN EN UCI

Aprendamos junt@s

Cursos online y presenciales para personal sanitario relacionados con la Humanización en el ámbito de la salud.

ARTICULOS RELACIONADOS

HUCI



Humaniza, que no es poco

7 Abril, 2017

"Los caminos que seguiréis todos vosotros ya se extienden quizás a vuestros pies, aunque no los veáis aún..." Galadriel a la Compañía del Anillo, "La Comunidad del Anillo". Julio de 1954 En los últimos [...]

[Seguir leyendo](#)



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 19 de Junio de 2017

ARTICULOS RELACIONADOS



Proyecto HU-CI estrena logo e imagen

21 Febrero, 2017

Todo empezó con una entrevista a Gabi Heras que leí. Yo había pasado por una experiencia muy dura en la UCI (una UCI a veces sin H, a veces con H, quizás las menos) y al [...]

Seguir leyendo



SARTD-CHGUV Sesión de Formación Continua
Valencia 19 de Junio de 2017

Intensive Care Med
DOI 10.1007/s00134-017-4705-4

WHAT'S NEW IN INTENSIVE CARE



A plan for improving the humanisation of intensive care units

Gabriel Heras La Calle^{1,2*}, Ángela Alonso Oviés^{1,3} and Vicente Gómez Tello^{1,4}

© 2017 Springer Verlag Berlin Heidelberg and ESCM

Un plan para mejorar la humanización de las UCI

15 Febrero, 2017

Hola a todos, mis queridos amigos. El 14 de Febrero de 2017 ha sido un día histórico para Proyecto HU-CI. Intensive Care Medicine, la revista de la Sociedad Europea de Cuidados Intensivos, ha publicado el [...]

Seguir leyendo



CONCLUSIONES

1. Importante fomentar la cultura de la seguridad
2. Comunicar y analizar
3. Importancia de la información estructurada
4. Saber comunicar un evento adverso
5. Humanización para "curación"



¡GRACIAS!

