



Pesquisa de eventos adversos a través de una vigilancia activa y selectiva de pacientes

Erika Rojas V.
Enf. Unidad de Calidad



Red de Salud
UC • CHRISTUS





Clínica de alta complejidad

- 101 Camas Totales
 - 48 Normales Adulto y Maternidad
 - 16 Críticas Adulto ,22 Pediatría, 15 Psiquiatría
 - Promedio días de estada 3.5
 - 23.172 días camas año 2016



Lucian Leape , 1984.
Universidad de Harvard

“Cada año fallecen entre 44.000-98.000 pacientes por errores médicos”

Media Room

Directory

Meetings and Events

Videos

Member Login



INSTITUTE OF MEDICINE

OF THE NATIONAL ACADEMIES

Advising the Nation. Improving Health.

ABOUT THE IOM

REPORTS

ACTIVITIES

Explore by Topic

Keyword Search

Browse History

Sign up for E-mail Updates

RSS

Report

Bookmark this

Print

E-mail

Share This

Page



To Err is Human: Building a Safer Health System

Released: November 1, 1999

Type: Consensus Report

Topics: Health Services, Coverage, and Access, Quality and Patient Safety

Activity: The Quality of Health Care in America

Board: Board on Health Care Services

This report lays out a comprehensive strategy by which government, health care providers, industry, and consumers can reduce preventable medical errors. Concluding that the know-how already exists to prevent many of these mistakes, the report sets as a minimum goal a 50 percent reduction in errors over the next five years.

In its recommendations for reaching this goal, the committee strikes a balance between regulatory and market-based initiatives, and between the roles of professionals and organizations.

Report at a Glance

Report at a Glance

Get This Report

Purchase this report in a variety of formats

Select a Format:

PDF BOOK - \$27.00

Purchase Report

Read Report Online for Free

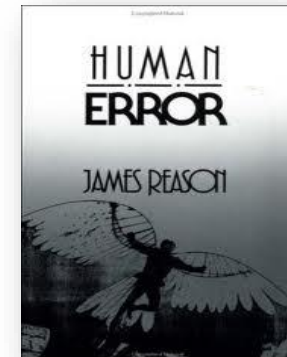
If you are a member, login to receive this report

Would you like to reprint this report? click here to obtain permission

Stay up to date!

Receive regular emails about the IOM's work.

Sign Up Now



James Reason 1999
IOM, Report Medical errors

● Sistemas de vigilancia de EA

- Voluntaria, baja sensibilidad, detección 10% de los eventos

Notificación voluntaria



- Detección > 70% de los eventos

Revisión de fichas



- Baja sensibilidad

Cortes transversales



- Métodos prospectivos detectan más casos prevenibles

Revisiones prospectivas/retrospectivas



- Efectivas y no demandan gran carga de trabajo

Herramientas informáticas



● OBJETIVO

- Determinar el impacto de la implementación de un sistema de pesquisa de eventos adversos (EA) a través de una vigilancia epidemiológica activa y selectiva (SVEAS) en pacientes de alto riesgo de presentar EA y compararlo con el sistema de notificación pasiva



Sistemas de vigilancia de EA en CSC



- Vigilancia pasiva : Reporte de incidentes, notificación voluntaria y espontánea de los funcionarios en sistema informático

- Notificación desde Servicio al Cliente
- Directo a unidad de Calidad: Obligatorio para los centinelas

Metodología vigilancia activa

Frecuencia

- Visitas bisemanales , realizadas por profesional de la unidad de calidad

Criterios de inclusión

- Pacientes hospitalizados más de 24 hrs en unidades críticas.
- Pacientes con estadía superior a 7 días en cualquier otra unidad.

Fuentes de información

- Revisión de registros clínicos
- Entrevistas al personal de turno

● Metodología vigilancia activa

Eventos vigilados

- Reintervenciones quirúrgicas
- Daño tegumentos
- Desplazamientos dispositivos
- Caídas
- Errores de medicación
- Errores de identificación
- Eventos centinela definidos por la institución

Vigilancia activa de eventos adversos



Unidad de Paciente Crítico
Adulto

28
AUGUSTO

Seguridad de Atención

Días desde la última infección asociada a ventilación mecánica
134

Días desde la última infección asociada a catéter venoso central
83

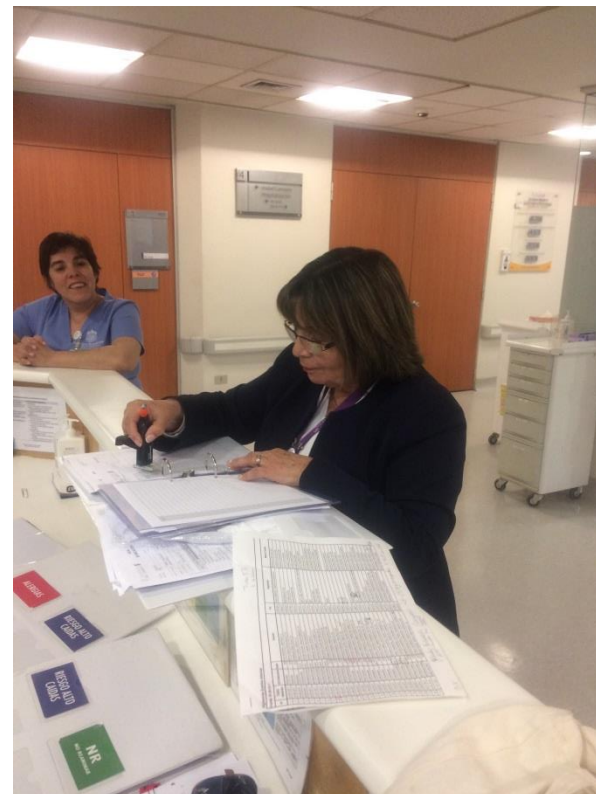
Días desde la última infección asociada a catéter urinario permanente
105

Días desde la última extubación no planificada
190

Días desde la última caída
114

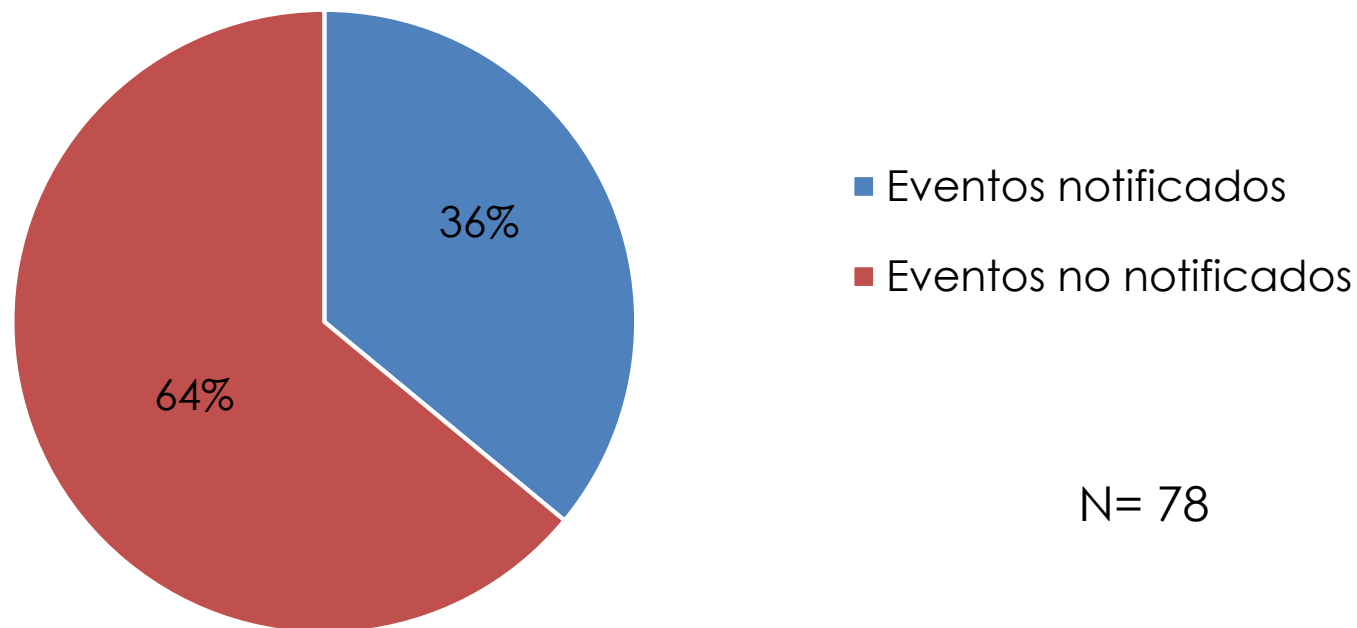
Días desde la última úlcera por presión
12

Unidad de Calidad y Seguridad Asistencial



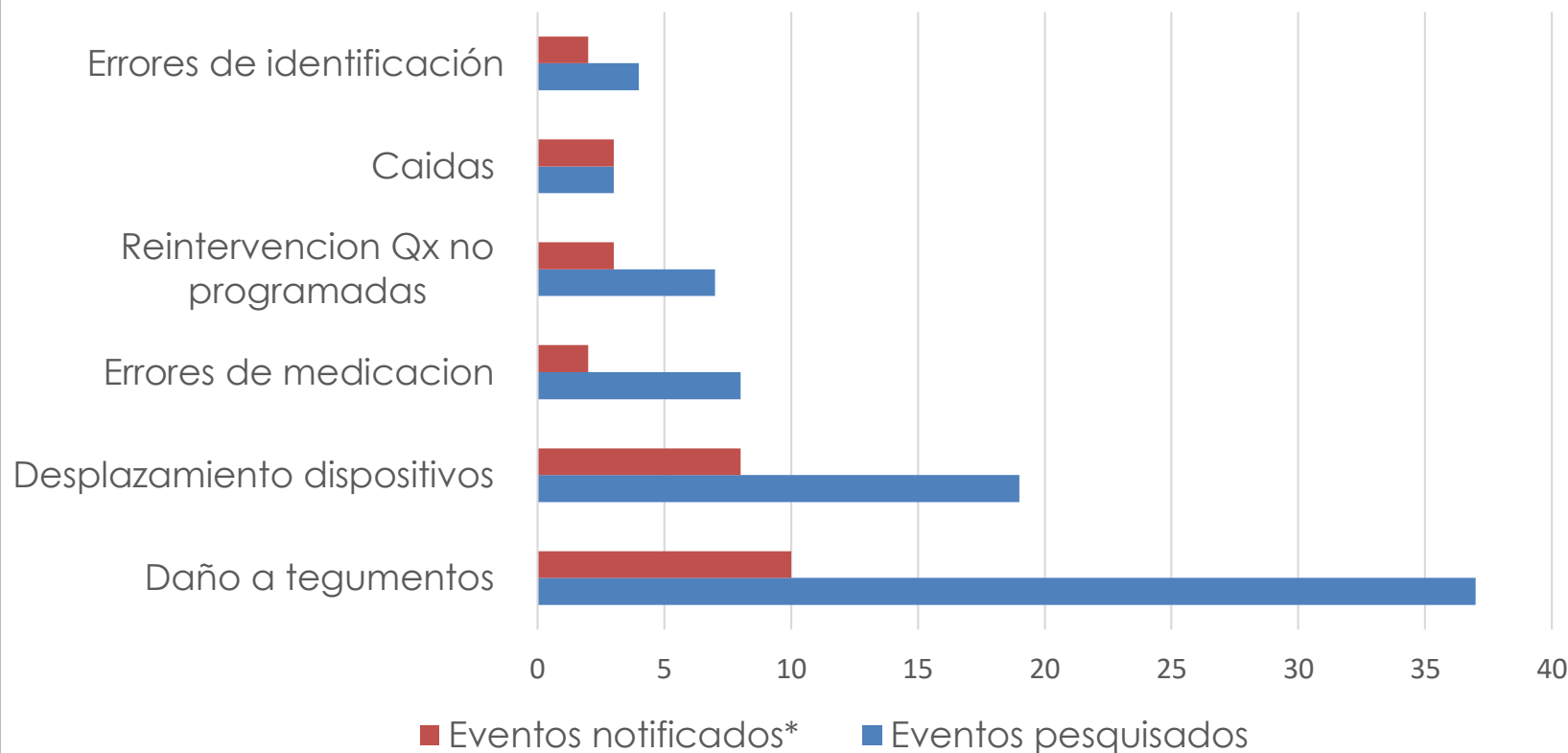
Resultados

Eventos adversos detectados en vigilancia activa
Julio 2016 a junio 2017



Resultados

Distribución eventos adversos detectados en vigilancia activa Julio 2016 a junio 2017



● Conclusiones

En nuestra institución existe una alta proporción (64%) de EA no notificados, sin embargo esta cifra es inferior a lo publicado que alcanza a 80 - 85%

El número de errores de medicación pesquisados por vigilancia activa fue muy bajo e inferior a lo reportado en forma espontánea.

SEVAS

Si bien los resultados de la SEVAS no representa la totalidad de los EA de la institución, si permiten una buena estimación de lo que ocurre con los EA vigilados.

Permite identificar áreas de mejora, y sensibilizar a los equipos en la importancia de notificar incidentes y EA

Gracias

