Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente

Sigamos construyendo juntos!!!

COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSE DE MAIPO

REPORTE 1° TRIMESTRE 2018 DE VIGILANCIA EVENTOS ADVERSOS EN EL CHSJM

	Nombre	Fechas	Cargo	Firma
Elaborado por	Nayarette Rubio Cofré	15 de Abril 2018	Jefe (S) de Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente	

HOSPITAL SANATORIO SAN JOSE OFICINA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE S.S.M.S.O.

COPIA NO ORIGINAL

INDICE

1. FUNDAMENTO..... 3
2. DESARROLLO DE TASAS DE EVENTOS ADVERSOS..... 3
OBJETIVOS DE LA REPORTABILIDAD..... 3
3. ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS..... 4
4. EVENTOS ADVERSOS..... 5
5. EVENTO CENTINELA..... 6
6. INDICADORES DE SEGURIDAD..... 7
Tasa de caídas en pacientes hospitalizados..... 7
Tasa de Ulceras o lesión por presión en nuestro Hospital..... 8
- Prevención de UPP en el CHSJM..... 9
- Prevención de UPP con 2 medidas de Prevención..... 9
Tasa de Error en la Administración de Medicamentos..... 10
7. CONCLUSIÓN..... 11

COPIA NO ORIGINAL

1. FUNDAMENTO

El siguiente informe, evidencia el comienzo de un sistema de calidad que consiste en la vigilancia de los procesos asistenciales que se realizan por profesionales para garantizar la seguridad del paciente.

Con esta metodología de control, no se lograra eliminar un 100% del riesgo de eventos adversos, pero se intenta buscar la disminución de la probabilidad de ocurrencia.

Presentaremos a continuación los resultados correspondientes al primer trimestrales de nuestros principales indicadores de calidad, que evidencian el riesgo de los pacientes de experimentar eventos adversos en su proceso de hospitalización, tales como: caídas, ulceras por presión o errores de medicación, entre otros, como aquellos de notificación ampliada. Frente a estos resultados nos comparamos con valores de referencia internacionales y/o de Chile, además de nuestros propios valores institucionales que nos ayudan a demostrar nuestro control de los procesos.

Este ya es el segundo análisis que se realiza por esta Unidad, por lo cual nos compararemos además de los valores referenciales, también de forma interna, para proyectar nuestro avance en control de medidas de seguridad del paciente.

2. DESARROLLO DE TASAS DE EVENTOS ADVERSOS

OBJETIVOS DE LA REPORTABILIDAD

Reducir la prevalencia de ocurrencia de Eventos Adversos en nuestro hospital, a través del control de los procesos.

COPIA NO ORIGINAL

3. ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS Y CENTINELAS

Durante el primer trimestre del 2018 (Enero a Marzo) se notificaron a través de nuestro sistema de vigilancia pasivo llamado SINEAV 3.0, un total de 32 casos entre ellos; 31 eventos corresponden a Eventos Adversos y 1 caso como Evento Centinela.

En nuestra institución, mantenemos un control relacionado con los procesos que pueden llegar a producir un Evento Adverso o Centinela en:

- Administración Segura de Medicamentos.
- Caídas.
- Ulceras por Presión.
- Notificación Ampliada.

Como se puede observar, la muestra de comparación resalta bastante entre un periodo y otro, ya que la periodicidad de control ha cambiado de semestral durante el 2017 a un control trimestral durante el 2018.

Si bien la periodicidad ha cambiado, podemos darnos cuenta que la notificación de Eventos Adversos ha aumentado durante el primer trimestre del año 2018, incluso hasta alcanzar las notificadas durante los primeros 6 meses del año 2017.

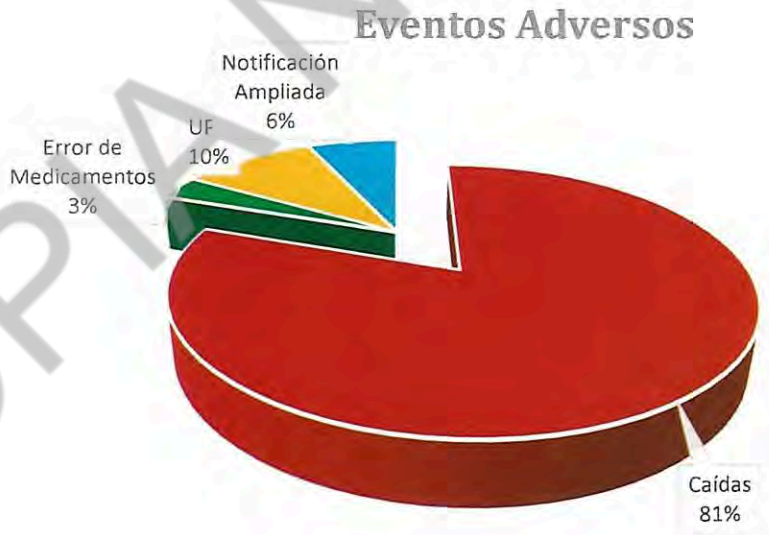
COPIA NO ORIGINAL

4. EVENTOS ADVERSOS

Durante este periodo se han detectado 32 Eventos notificados, los cuales un 16.6% corresponden a Eventos Adversos, transparentados en 4 casos. Los demás 20 casos tras realizar la correspondiente evaluación son notificaciones que corresponden a Incidentes, aquellos que para nuestro análisis no son considerados. Debemos aclarar que como Incidente se entiende aquellos eventos o circunstancia que sucede en la atención clínica de un paciente que "NO" le genera daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas en los procesos de atención.

De los Eventos Adversos estos corresponden a error de medicación, ulceras por presión grado I, II, III, caídas con lesiones leves y moderadas y notificación ampliada. Estas notificaciones de Eventos Adversos se traducen en 3 ámbitos, se detalla de la siguiente forma:

Tipo de Eventos Adversos.	Porcentaje.	Número de Casos.
Caídas	81%	25
Error de medicación	3%	1
Ulceras por Presión	10%	3
Notificación Ampliada	6%	2

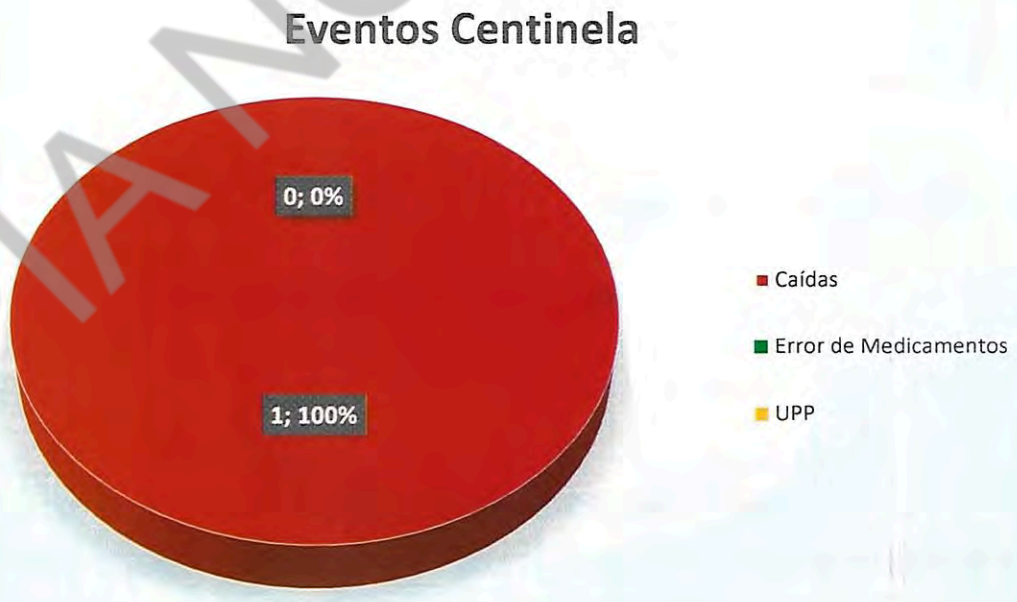


COPIA NO ORIGINAL

5. EVENTO CENTINELA

En el mismo periodo, se han notificado 32 Eventos, de los cuales solo 1 corresponde a Evento Centinela, transparentado a un 3.1%. El único Evento Centinela notificado corresponde a caída con potencial riesgo de producir serias secuelas.

Tipo de Eventos Adversos.	Porcentaje.	Número de Casos.
Caídas	100%	1
Error de medicación	0%	0
Ulceras por Presión	0%	0
Notificación Ampliada	0%	0



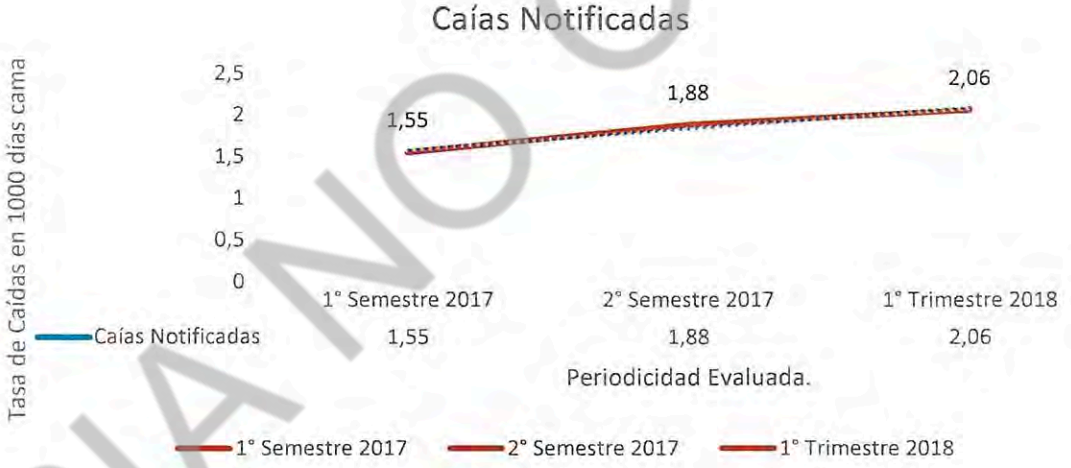
COPIA NO ORIGINAL

6. INDICADORES DE SEGURIDAD

Tasa de caídas en pacientes hospitalizados.

Todos los pacientes que ingresan a nuestro Hospital, son evaluados a través de una herramienta llamada Escala Dowton, la cual clasifica su nivel de riesgo de tener una caída. Estos pueden ser riesgo alto, medio o bajo. Según el riesgo estimado, se aplican medidas específicas para medir caídas (barandas en alto, asistencia al levantarse, entre otras).
Este primer monitoreo y levantamiento de datos en terreno, nos ha ayudado a evidenciar nuestra realidad local, para así, implementar mejoras en nuestro Hospital.

Hemos considerado los datos del primer semestre como punto de comparación.

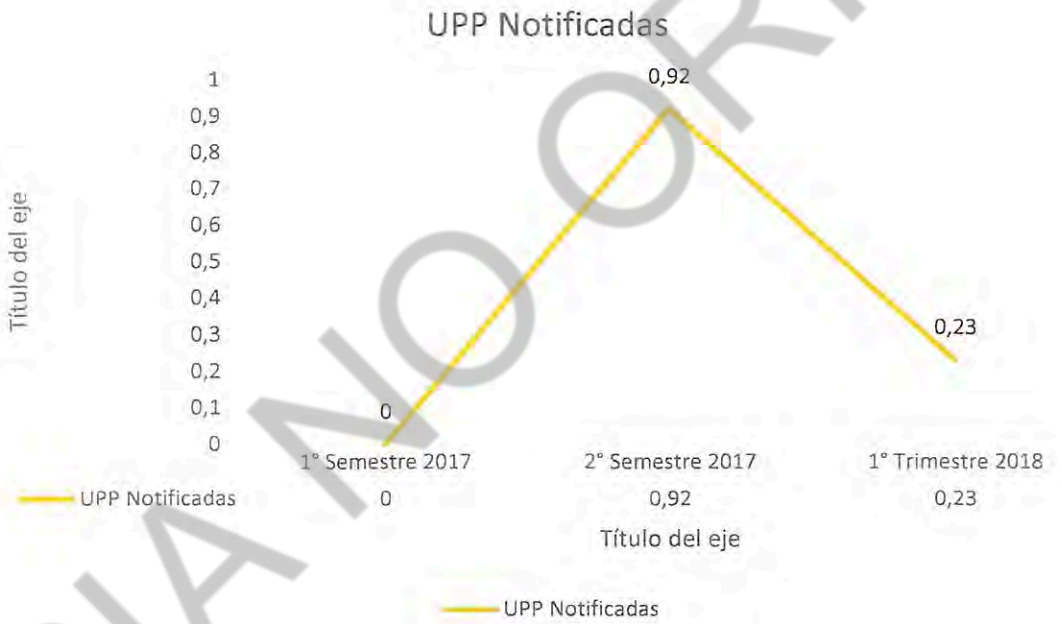


La tasa se calcula como el número de caídos sufridos por 1000 días cama ocupados. Los datos que tenemos actualmente son los del primer y segundo semestre, agregando el 1 Trimestre 2018 en nuestra plataforma de vigilancia pasiva SINEAV. De acuerdo a estos resultados, nos hemos dado cuenta que la notificación se ha ido ampliando en diferentes áreas de hospitalización, gracias a un gran trabajo de promoción de la notificación.

COPIA NO ORIGINAL

Tasa de Ulceras o lesión por presión en nuestro Hospital.

Las Ulceras por presión (UPP) constituyen una complicación de la hospitalización que puede producirse especialmente en pacientes postrados o con déficit nutricional, que pueden ser evitados por intervenciones de enfermería.
Al momento de ingresar, nuestros pacientes son evaluados con la escala Braden, escala que define el riesgo de generación de UPP.
Nuestro hospital realiza un seguimiento para comenzar un control de UPP grado IV como control de centinela y ulceras grado I, II y III se establecen como Eventos Adversos.



La tasa se calcula como el número de ulceras que ocurren por cada 1000 días cama ocupados. Los datos que tenemos actualmente son los del primer y segundo semestre, agregando el 1 Trimestre 2018 en nuestra plataforma de vigilancia pasiva SINEAV. De acuerdo a estos resultados, encontramos que los eventos encontrados han disminuido, y según nuestro seguimiento caso a caso, se han implementado medidas estándar de prevención de UPP en todos los pacientes con Riesgo Alto en escala de evaluación al ingreso a nuestra Institución.

COPIA NO ORIGINAL

Al mismo tiempo tenemos indicadores de evaluación ministerial de procesos. Estos son vigilados a través de dos indicadores:

- **Prevención de UPP en el CHSJM**

  Un **100%** de nuestros pacientes son evaluados al momento de ingresar por el cuerpo de Enfermería sobre el riesgo que tienen de generar UPP por las condiciones evaluadas al momento de ingresar. Este indicador se ha mantenido desde el 2° semestre del 2017, lo que nos indica que el proceso de evaluar ya es un instaurado en el ingreso del paciente hospitalizado al CHSJM.

- **Prevención de UPP con 2 medidas de Prevención**

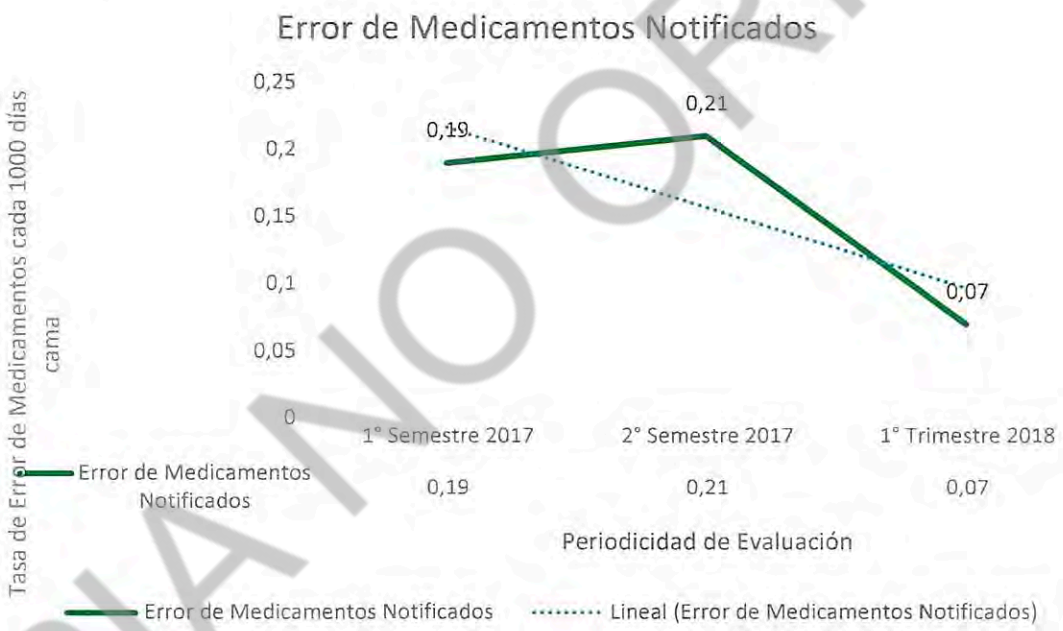
  Un **63.07%** de nuestros pacientes cumplen con las medidas de prevención de UPP.
  Este porcentaje aumenta desde el 2° Semestre del 2017, por considerar tras análisis de los resultados anteriores, que el Colchón Antiescara junto con los cambios de posición programados, son la base de cualquier riesgo.
  Hemos aumentado en un **19.07%** la cobertura de prevención en nuestros pacientes hospitalizados, gracias a un trabajo colaborativo con el Estamento de Enfermería.

COPIA NO ORIGINAL

Tasa de Error en la Administración de Medicamentos.

La administración segura de medicamentos, es un proceso que va desde la indicación médica hasta la administración del medicamento al paciente.

Este proceso es evitable, gracias a la constante supervisión, y generación de procesos claros y definidos.
En nuestro hospital, todos los errores de medicamentos, son notificados como Eventos Adversos, para comenzar con nuestro control institucional.



La tasa se calcula como el número de errores de medicamentos que ocurren por cada 1000 días cama ocupados. Los datos que tenemos actualmente son los del primer y segundo semestre, agregando el 1 Trimestre 2018 en nuestra plataforma de vigilancia pasiva SINEAV. De acuerdo a estos resultados, los errores de medicamentos han disminuido en relación con su notificación, y de acuerdo a las evaluaciones realizadas se están considerando formas de mitigación para la prevención de estos Eventos a través de la constante supervisión.

COPIA NO ORIGINAL

7. CONCLUSIÓN

El siguiente informe que evidencia el comienzo de un sistema de calidad que consiste en la vigilancia de los procesos asistenciales que se realizan por profesionales para garantizar la seguridad del paciente.

Se realiza desde el Ministerio de Salud, un cambio relacionado con la periodicidad establecida para su evaluación, cambiando de Semestral del 2017 a Trimestral desde Enero del año 2018.

Existe un total de 32 eventos notificados durante el primer trimestre del año 2018, de los cuales 4 corresponden a Eventos Adversos (16.6%), 1 a Eventos Centinela (3.1%).

Comenzamos como Institución a ocupar el termino de INCIDENTE, lo cual es todo evento que no causa daño al paciente ni aumento en los días de hospitalización, aunque siempre se observa un error en los procedimientos clínicos.

El Edificio que posee mayor cantidad de notificaciones es Roosevelt, por ser uno de los Edificios con mayor cantidad de pacientes, pacientes con mayor riesgo y mayor rotación de pacientes.

Nuestro personal comienza desde poco a considerar la notificación de Eventos Adversos, debido al comienzo de promoción de notificación y que esto no está asociado a una situación punitiva.

Ya siendo la segunda recolección de datos a través de una prevalencia en terreno, hemos decidido como Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente, seguir con las directrices establecidas en la Norma N° 120, donde establece que se realizara prevalencia de situaciones en cada oportunidad que no se encuentren las medidas de prevención aplicadas, ni justificadas de forma correspondiente por un profesional. Esto fue resultado de la constante prevalencia que se estaba llevando de forma mensual.

COPIA NO ORIGINAL

COPIA NO ORIGINAL