

P1

Título de la iniciativa

Implementación de un sistema informático para el reporte de eventos adversos

P2

7. Prácticas para el abordaje de eventos adversos

Categoría de la iniciativa Seleccione por favor la categoría principal identificada.

P3

Institución ejecutora

Hospital Ángel Cruz Padilla

P4

Servicio donde se ejecuta la iniciativa

Todos los servicios del hospital

P5

Tucumán

Provincia

P6

Ciudad(es)

San Miguel de Tucumán

P7

Localidad(es)

San Miguel de Tucumán

P8

Nombre de la persona a cargo (coordinador)

María Florencia Koch

P9

Nombres de integrantes del equipo

Claudia Decima, María Jiménez, Gerardo Andrade, Saúl Mendoza, Gabriel Mendoza

P10

Mails de contacto Proporcione al menos un correo electrónico para poder contactarnos

Mail 1

calidadpadilla@gmail.com

Mail 2

florkoch@gmail.com

P11

Teléfono de contacto

-

Página 3: Descripción de la iniciativa

P12

Inicio de implementación de la iniciativa

Especifique la fecha de inicio **01/04/2022**
de implementación de la
iniciativa

P13

Finalización de implementación de la iniciativa

El encuestado omitió esta pregunta

P14

¿La iniciativa se encuentra en curso actualmente?

Sí

P15

Fundamentos de la iniciativa¿Cómo surgió la iniciativa? ¿Qué buscaba la iniciativa? Extensión máxima 500 palabras. Requisito excluyente.

Desde el comienzo del movimiento para mejorar la Seguridad de los Pacientes en los hospitales, los sistemas de reporte de eventos adversos han probado ser una herramienta útil para la mejora de los procesos asistenciales y para fomentar la cultura institucional en el tema. Los eventos adversos son frecuentes en nuestros sistemas actuales de atención médica, calculándose que 1 de cada 10 pacientes hospitalizados sufrirá de algún daño asociado al cuidado, de los cuales, el 50% será prevenible. Para lograr reducir al máximo el riesgo de los pacientes, es necesario conocer los defectos de los procesos asistenciales y uno de los modos de gestionar mejor estos riesgos es través de la implementación de sistemas de reporte de incidentes. Estos sistemas deben garantizar la recolección de los datos relacionados a eventos con y sin daño (eventos adversos y casi eventos) de manera estructurada y seguir pautas que permitan su codificación, el análisis de los elementos vulnerables del sistema y la diseminación de la información a los profesionales

P16

Objetivos de la iniciativaExtensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

Diseñar e implementar un sistema de reporte de incidentes de seguridad de pacientes informatizado, de manera de identificar, analizar y minimizar riesgos reales o latentes de los procesos hospitalarios

P17

Destinatarios de la iniciativa¿Quiénes fueron los beneficiarios? ¿Qué cobertura se logró?Extensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

El proyecto está dirigido a todo el personal del hospital asistencial y no asistencial.

P18

Descripción de la iniciativa ¿En qué consiste la iniciativa? Principales actividades? Extensión máxima: 1000 palabras. Requisito excluyente.

El hospital Padilla cuenta con un Comité de Calidad y Seguridad de pacientes desde 2014. Desde 2016 se comenzó la implementación de un sistema de reporte de incidentes en un par de sectores asistenciales por medio de urnas y formularios en papel. Con la pandemia este sistema fue suspendido y es así que a comienzos de 2022 se decidió diseñar un sistema informático para el reporte, aprovechando una nueva intranet creada por el equipo de informáticos del hospital. Se realizaron reuniones con el equipo de informática quienes crearon de novo un sistema tanto para el reporte del personal, como un sistema de recepción de los mismos en el área de calidad.

El sistema para las personas que reportan se encuentra como un ícono en la intranet a la que accede todo el personal del hospital que tiene clave de acceso. Una vez que se accede, se procede a completar un formulario con los siguientes campos: fecha del incidente, servicio o área donde ocurrió el problema, datos del paciente, profesión de la persona que reporta, si hubo o no daño y el grado de daño (basado en la clasificación de daño de la OMS). Luego la persona que reporta debe clasificar el incidente de acuerdo a cuál fue el problema (ejemplo: uso de medicamentos, identificación de pacientes, procedimientos quirúrgicos, etc) y luego tiene un espacio para poder explicar lo ocurrido en texto libre. Una vez completado el formulario se envía y el reporte se envía a la División de Calidad. El sistema realiza un aviso al celular de las encargadas de esta área vía telegram, y queda registrado en el sistema de recepción de incidentes. En este sistema, el personal de calidad puede ver los datos reportados y realizar el análisis del problema. Luego irá registrando el grado de avances en el tratamiento posterior de los mismos. Dependiendo del tipo de incidentes reportados, el equipo decide si se realizará o no un análisis de causa raíz o si pueden generarse acciones directas. El sistema permite también decidir si el evento reportado es o no pertinente. Los status de avances son: pendientes o finalizados.

Para la implementación de este sistema fue necesario realizar múltiples capacitaciones tanto en aula como presenciales para lograr sensibilizar al personal. De manera trimestral se realizan reportes a la Dirección del Hospital, para informar sobre los avances del programa.

P19

Resultados de la iniciativa ¿Cuáles fueron los resultados más importantes? ¿Qué evidencias avalan los resultados? Extensión máxima: 1000 palabras. Requisito excluyente.

Desde la implementación de la iniciativa se reportaron 87 eventos que ocurrieron a lo largo de estos meses. Se realizaron capacitaciones generales y en sitios asistenciales y no asistenciales (48).

Se analizan los reportes en equipo con los miembros de la División de Calidad y seguridad y los equipos que tengan relación con el evento y en los casos en que los eventos sean relevantes, realizando análisis de causa raíz. En algunos casos esto no es necesario pero sí quedan registrados y llegado el caso en que estos eventos poco relevantes sean muy frecuentes, también se realiza ACR

Se envían reportes trimestrales a los servicios, a los distintos departamentos y a la Dirección

P20

Indicadores y medios de verificación ¿Cómo se midió el éxito del cumplimiento de los objetivos? Extensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

Capacitaciones generales en anfiteatro: 1.

Capacitaciones in situ: 45.

Reportes de eventos adversos 87. (Sistema informatizado de REA)

Generación de claves para el sistema de reporte 550

Nº de personas con capacitación: 300

P21

Principales fortalezas de la iniciativa Extensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

El nuevo sistema permite el acceso de todo el personal asistencial y no asistencial al formulario de reporte de incidentes de pacientes. Permite al equipo de calidad acceder en tiempo real al reporte y gestionar las acciones de mejora de manera rápida y eficiente. Permite la detección y el análisis de las fallas en los sistemas de atención y las acciones de mejora realizadas. Fomenta la cultura institucional sobre la seguridad de los pacientes. El sistema también favorece que tanto la Alta Dirección como el personal conozca los riesgos del sistema y participe de las acciones tomadas para la mejora

P22

Obstáculos presentados durante la iniciativa Extensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

El sistema requiere que el personal del hospital se loguee con su usuario y contraseña y esto ha generado dificultades porque parte del personal no cuenta con estos permisos. Esto generó que el equipo de informática genere un link para otorgar estos permisos. También, pese a que es un sistema muy accesible, sigue existiendo en el personal la dificultad para el reporte escrito y muchos reportes se realizan verbalmente. El equipo de calidad entonces transcribe los mismos al sistema informático. Periódicamente es necesario realizar nuevas capacitaciones para fortalecer la cultura del reporte

P23

Técnico

Tipo de apoyo recibido

P24

En caso de haber recibido algún tipo de apoyo, ¿quién lo ha proporcionado?

El equipo de informáticos del Hospital

P25

Justificación de la Buena Práctica en Seguridad de Pacientes ¿Por qué considera que es una Buena Práctica en Seguridad de Pacientes? Extensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

Hoy en día es indiscutible que contar con sistemas hospitalarios de reporte de eventos adversos es una buena práctica para la seguridad de los pacientes. Existen numerosas publicaciones que demuestran que es una herramienta para la creación de cultura y la detección de falibilidad de los sistemas de atención. De esta manera se fortalece la seguridad a través de acciones de mejora de los procesos asistenciales. Estos sistemas crean cultura entre el personal quien se sensibiliza ante los riesgos de los sistemas para la seguridad de los pacientes. Nos ha ayudado mucho en crear conciencia en el personal de los riesgos a los que nuestros pacientes están expuestos. Además permite que trabajemos en la mejora continua de nuestros procesos hospitalarios

P26

Principales lecciones aprendidas Extensión máxima: 500 palabras. Requisito excluyente.

Como toda iniciativa de mejora de la seguridad de los pacientes, requiere de un esfuerzo multidisciplinario. La creación de herramienta de innovación tecnológica facilita la implementación, pero no garantizan el éxito si no hay una verdadera formación del recurso humano, sensibilizándolos en la importancia del reporte para la mejora. También es fundamental garantizar en la institución la cultura justa, para que el personal se sienta libre de reportar, sin miedo a consecuencias o represalias. Es importante también que la alta Dirección participe conociendo los reportes y acciones realizadas y que apoye este tipo de iniciativas.

P27

Recomendaciones para replicar la iniciativa Extensión máxima: 500 palabras.

Hoy en día existe la posibilidad de recursos informáticos libres y gratis que permiten que estos sistemas informáticos de reporte se puedan llevar a cabo. Sin embargo, una iniciativa como esta fracasa si el personal no conoce qué debe reportar ni para qué sirve el reporte. Es por esto que sugerimos fundamentalmente la capacitación permanente del personal y el refuerzo permanente del estímulo para que el sistema no fracase. También es fundamental devolver al personal la información sobre lo que se realizó con los reportes de manera que se sientan estimulados a continuar.

P28

Estoy de acuerdo con lo expresado

Consentimiento informado Al completar este formulario usted acepta los criterios que establece la OPS en el texto, da su conformidad y autoriza expresamente a la OPS a lo siguiente: (1) recolectar la información que proporcione a través del formulario, (2) almacenar dicha información, (3) procesar y utilizar dicha información en los términos indicados. De igual forma, usted certifica que, según su leal saber y entender, la información facilitada en el formulario y en la documentación que proporcione es exacta y veraz, así como que dispone de los permisos necesarios para usar, divulgar y transferir esta información a la OPS. Asimismo, certifica que el uso de esta información por parte de la OPS no infringe ningún derecho de terceros. La OPS se reserva el derecho de modificar las condiciones de esta propuesta.
