

PROGRAMA GENERAL Y OBJETIVOS

Curso SENSAR de Seguridad del Paciente Quirúrgico 3ª Edición (Chile) (CSSPQ Ch3)

100 horas lectivas (10 horas presencial, 90 horas e-learning)

Fechas

- Comienzo curso Online: **22 Octubre 2018 al 23 Diciembre 2018.**
- Día presencial : **Jueves 8 Noviembre 2018.**
- LUGAR: **Hotel Sheraton Miramar Viña del Mar Chile.**

Cupos

50 cupos (Cupos limitados)

Precio:

- **Médicos : 525.000 pesos Chilenos.**
- **Enfermeras/os, Becados: 375.000 pesos Chilenos.**

Directores del curso:

Dr. Cristian Rocco Chile.

Médico Anestesiólogo

Vicepresidente SACH

Magister Gestión de Seguridad del Paciente

Socio Cooperador SENSAR

Coordinador Proyecto SENSAR Latinoamérica

cristian.rocco@sensar.org

Dr. Alejandro Garrido España.

Adjunto Servicio Anestesiología y Reanimación HGUG Marañón. Madrid

Miembro GTSA (Grupo de Trabajo en Seguridad en Anestesia) HGUG Marañón.

Miembro UFGRS (Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios) HGUG Marañón.

Vicepresidente de SENSAR (Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia Y Reanimación).

alejandrogarrido@sensar.org

Docentes:

Dr. Cristian Rocco (Chile)

Dr. Alejandro Garrido (España)

DUE. Alejandro Martínez (España)

EU. Melissa Bush (Chile)

EU. Andrea Fernández (Chile)

INTRODUCCION

En EEUU, en 1984, el Harvard Medical Practice Study (HMPS), estimó una incidencia de EA de 3,7%. En el 70% de estos pacientes el suceso adverso condujo a discapacidades leves o transitorias, pero en el 3% de casos las discapacidades fueron permanentes y en el 14% de los pacientes contribuyeron a la muerte. En 1992, utilizando métodos similares a los del HMPS¹³, un estudio en los estados de Utah y Colorado encontró una incidencia anual de sucesos adversos del 2,9% en las 15.000 historias revisadas.

En España, en 2005, el ENEAS estimó la incidencia de pacientes con EA relacionados directamente con la asistencia hospitalaria (excluidos los de atención primaria, consultas externas y ocasionadas en otro hospital) en un 8,4% (IC95%:7,7%-9,1%). La incidencia de pacientes con EA relacionados con la asistencia sanitaria fue un 9,3% (IC95%:8,6%-10,1%). La densidad de incidencia fue de 14 EA por cada 1000 días de estancia-paciente (IC95%:13-15). La densidad de incidencia de EA moderados o graves fue de 7,3 EA por cada 1.000 días de estancia (IC95%:6,5-8,1). El 42,8% de los EA se consideró evitable.

En América Latina, en 2010, el proyecto IBEAS incluyó 58 centros de 5 países de América Latina, llegando a analizar un total de 11.555 pacientes hospitalizados. La prevalencia encontrada de pacientes con al menos un EA fue de 10,5%. En conjunto el 6,7% de los eventos adversos estuvieron relacionados o fueron la causa directa de la muerte de los pacientes. En general, alrededor de un 60% de los EA se consideraron evitables. Definiendo como eventos graves aquellos que provocaron la muerte o incapacidad permanente, el 19,8% de los EA fueron considerados graves.

Los EA identificados en América Latina en especialidades quirúrgicas o en las UTI fueron más graves que los detectados en las médicas. A pesar de que sólo suponían el 43,4% de los pacientes estudiados, en los servicios quirúrgicos se identificaron más EA que en los médicos y estos tendieron a ser más graves, de forma que el 57,9% de los eventos adversos graves se produjeron en el contexto de la cirugía o los cuidados críticos.

CURSO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE QUIRURGICO SENSAR-SACH CHILE.

El III Curso sobre Seguridad del Paciente Quirúrgico es un proyecto del Sistema Español de Notificación en Seguridad en Anestesia y Reanimación (SENSAR) y la Sociedad de Anestesiología de Chile.

Está destinado a grupos multidisciplinares de profesionales médicos y de enfermería que estén interesados en mejorar la cultura de seguridad en sus centros utilizando los incidentes críticos como fuente de aprendizaje para la propuesta de medidas de mejora. Metodología y objetivos CSSPQ Ch3

Metodología pedagógica

El presente curso se ha diseñado con la intención de que los alumnos y alumnas controlen su proceso de aprendizaje, en el sentido de que pueden trabajar a su ritmo, elegir los contenidos o tareas que les resulten más estimulantes, colaborar con otros alumnos y alumnas en la construcción de una experiencia colectiva de conocimiento; asumiendo un papel activo en lugar de una adquisición pasiva de los contenidos.

Los alumnos tienen en primer lugar acceso a una selección de documentación relevante agrupada en lecciones diferenciadas a la que pueden ir accediendo y profundizando en función de su interés y curiosidad. En cada una de estas lecciones, se proponen una serie de temas de discusión y casos prácticos en los que los alumnos están invitados a participar para enriquecer y construir colectivamente el conocimiento en la materia. Los profesores ejercen una tarea de facilitadores de las discusiones, conscientes de estar tratando con adultos profesionales interesados en la materia.

Como herramientas se usarán Foros para la consulta diferida de dudas y actividades a realizar, chat para la consulta de dudas en tiempo real (pudiéndose concertar sesiones de chat a demanda con los profesores) y un cuestionario previo (tipo test de múltiples respuestas) y otro posterior al desarrollo del mismo para la evaluación de los conocimientos adquiridos y consiguiente acreditación.

OBJETIVOS DOCENTES:

Objetivo general:

- a) Aportar una visión integral, con los factores de sistema y los componentes humano y de trabajo en equipo, en la aproximación a situaciones que ponen en peligro la seguridad del paciente.

Objetivos específicos:

1. Reconocer la importancia de la seguridad del paciente en el periodo peri operatorio.
 2. Adquirir los conocimientos básicos de las distintas herramientas de seguridad y tener una visión integral de las mismas en su aplicación clínica.
 3. Conocer las ventajas y limitaciones de los sistemas de comunicación de incidentes. Experiencia de SENSAR.
 4. Conocer la metodología de análisis de sistema utilizada para la aproximación a los incidentes críticos utilizada por SENSAR
 5. Entender la necesidad de una aproximación sistemática y global para el aprendizaje de los errores.
 6. Entrenar a aplicar el cambio en función de las medidas propuestas tras un análisis.
 7. Reconocer la importancia de la retroalimentación al colectivo de comunicadores de los sistemas de aprendizaje de los errores.
 8. Planificar la implantación de una estrategia de cambio de cultura de seguridad en una institución.
 9. Reflexionar acerca del manejo del evento adverso grave.
- El objetivo al término del curso de seguridad es seguir trabajando, desde el comité de seguridad creado en la sociedad de anestesiología de Chile, con los profesionales formados y ayudarlos a implementar en sus lugares de trabajo, grupos de seguridad tendientes a mejorar la cultura de seguridad y la notificación de incidentes por medio de la plataforma PITELO, realizar análisis de incidentes e implementar mejoras, estos grupos de seguridad conformados tendrán directa comunicación y retroalimentación con el comité quien se encargará de mantener al día la plataforma generar alertas si corresponde y mantener actualizado a los grupos de seguridad conformados.

1. SECCION PRESENCIAL (10 HORAS LECTIVAS).

Objetivo general

Fomentar el aprendizaje a partir de los errores en el entorno Peri operatorio a partir de un enfoque de sistema para poner en Marcha un sistema de registro de incidentes críticos compatible Con la metodología y la taxonomía utilizada por SENSAR practicar el uso del sistema de registro de incidentes críticos como herramienta para:

- Detectar factores latentes a partir de barreras de seguridad defectuosas:
 - **Paciente**
 - **Individuo**
 - **Tarea**
 - **Equipo humano**
 - **Lugar físico**
 - **Organización**
 - **Contexto institucional**
- Proponer medidas de mejora
- Aprovechar la potencia de los incidentes agregados

Metodología

- la video simulación y el debriefing en grupos pequeños permitirá trabajar sobre casos reales de incidentes comunicados para aplicar el análisis de sistema
- Técnicas de “problem based learning”

Programa presencial

- Cultura de seguridad
- Herramientas para la seguridad del paciente
- Experiencia sensar
- Ventajas y barreras para la comunicación de incidentes
- Prácticas 1,2,3
- Conclusiones.

PROGRAMA JORNADA PRESENCIAL JUEVES 8 DE NOVIEMBRE 2018

HORA INICIO	DURACION minutos	PROFESOR	TITULO CHARLA
8:30	30	Secretaría EU Andrea Fernández	RECEPCIÓN Y RECOGIDA MATERIAL
9:00	20	Alejandro Garrido	BIENVENIDA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
9:20	30	Alejandro Garrido	CULTURA DE SEGURIDAD
9:50	20	Alejandro Garrido	HERRAMIENTAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
10:10	20	Cristian Rocco	VENTAJAS Y LIMITACIONES DE LA COMUNICACIÓN DE IC
10:30	15		DESCANSO
10:45	60	Todos Aula A: AG+MB-AF Aula B: AM+CR	PRÁCTICA 1 ANÁLISIS DE SISTEMA: Factores Latentes
11:45	15	Andrea Fdez-Melissa Bush	ANÁLISIS DE SISTEMA: FACTORES LATENTES
12:00	20	Alejandro Garrido	IDENTIFICA IC EN CADA FACTOR LATENTE
12:20	15	Andrea Fdez-Melissa Bush	CÓMO ANALIZAR UN INCIDENTE PASO A PASO
12:35	60		COMIDA DE TRABAJO
13:40	60	Todos Aula A: AG+CR Aula B: AM+MB-AF	PRÁCTICA 2 CRM
14:40	15	Alex Martinez	FACTOR HUMANO Y CRM
14:55	60	Todos Aula A: AG+MB-AF Aula B: AM+CR	PRÁCTICA 3 FL + CRM
15:55	15		DESCANSO
16:15	30	Aula A: Alex Martínez Aula B: Alejandro Garrido	TALLER COMUNICACIÓN Y ANÁLISIS DE IC
16:30	15	Cristian Rocco	IMPLEMENTACIÓN DE UN SRIC EN CHILE
16:45	15	Alex Martinez	CÓMO SE GENERA UN CAMBIO DE LIDERAZGO
17:00	15	Cristian Rocco	¿CÓMO PASAR DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA?
17:15	10	Alejandro Garrido	EXPLICACIÓN DE LA PARTE ONLINE
17:25	30	Alejandro Garrido	CONCLUSIONES Y CIERRE
			INTERACTIVAS
			PRÁCTICAS
			TEÓRICAS

2. SECCION ONLINE E-LEARNING PLATAFORMA SENSAR ESPAÑA (90 HORAS LECTIVAS).

Programa online (Módulos 2 meses duración)

- 1.- CONCEPTOS GENERALES SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**
- 2.- COMUNICACIÓN DE INCIDENTES CRÍTICOS**
- 3.- ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE FACTORES LATENTES Y MEDIDAS DE MEJORA.**

A. Evaluación inicial

Primera actividad del curso. Una vez realizada, se liberarán los contenidos del curso

MODULO 1

1.- CONCEPTOS GENERALES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

1.1- Documentación básica

- Dimensión ética de la seguridad del paciente (REDAR 2011)
- Declaración de Helsinki (REDAR 2010)

1.2- Bibliografía y recursos recomendados

- ¿Por qué es importante la Seguridad del Paciente? (Vídeo)
- Cultura de Seguridad en Anestesia (Inglés, REDAR 2011)
- Mortalidad y morbilidad. Riesgo en Anestesia (REDAR 2011)
- Clasificación para la Seguridad del Paciente: Conceptos claves y términos
- Recomendaciones para la Respuesta Institucional ante el Evento Adverso (REDAR 2015)
- Educación, enseñanza y formación en seguridad del paciente (REDAR 2011)
- Herramientas para la Seguridad del Paciente
- Estándares Internacionales para la práctica segura de anestesia (WFSA) (Inglés)
- La cirugía segura salva vidas (OMS)
- Uso del Listado de Verificación Quirúrgica en Emergencias (Vídeo)
- Análisis en Modo de Fallo y Efectos (ANFE) (Inglés)
- Auditoría Clínica: Qué es y cómo hacerla (Inglés)
- Análisis de Causas Raíz
- Protocolos de la Declaración de Helsinki (REDAR 2013)

1.3- Recursos extra de consulta

- La Evolución de la Seguridad del Paciente (Inglés)
- Recursos extra sobre conceptos generales
- Transparencia ante un evento adverso (Vídeo Inglés)
- Enlaces externos
- AHRQ Making Health Care Safer (2013)
- Errores de Medicación (SENSAR 2010)
- To err is human (1999)
- Análisis en Modo de Fallos y Efectos (ANFE)
- Protocolo de respuesta a incidentes relacionados con la seguridad del paciente durante la anestesia.

1.4-Actividades a realizar

- Conceptos de Seguridad del Paciente
- Glosario abierto a la incorporación de conceptos y herramientas de seguridad del paciente
- Análisis de Sistema e Incidentes
- Cómo aprender de los incidentes para que no se repitan
- Encuesta de implantación de la Declaración de Helsinki
- Declaración de Helsinki (Actividad obligatoria 1-1)
- Evento adverso (Actividad obligatoria 1-2)

MODULO 2

2.1- Documentación básica

- Sistemas de Comunicación de Incidentes en Anestesia (REDAR)
- Cómo Analizar 3 Incidentes (REDAR)

2.2- Bibliografía y recursos recomendados

- The Spanish Anaesthesia and Reanimation Incident Reporting System
- Sistemas Nacionales de Incidentes en Anestesia a nivel Europeo (BJA) (Inglés)
- Informe de SENSAR para el MSCPS
- Sesión interactiva: Análisis de incidente (Vídeo)
- Taxonomía de análisis SENSAR: PITELO
- Beneficios de un Sistema Nacional de Comunicación de Incidentes (Vídeo)
- Incidentes en Anestesiología Pediátrica (Vídeo)
- Comunicación de incidentes y aprendizaje (SENSAR)
- Entendiendo por qué las cosas pueden ir mal (Inglés)

2.3- Recursos extra de consulta

- Síndrome compartimental en una pierna tras cirugía abdominal prolongada en posición de litología. Caso SENSAR del trimestre

MODULO 3

3 - Implementando el cambio

- Administración de dosis equivocada de fenilefrina en Reanimación. Caso SENSAR del trimestre
- Problema inusual en la inserción de la mascarilla laríngea Supreme TM. Caso SENSAR del trimestre
- Fibrilación auricular inesperada al monitorizar en quirófano. Caso SENSAR del trimestre
- Actividades a realizar
- Comuniquen un incidente (Actividad obligatoria 2-1)
- Analicen un incidente (Actividad obligatoria 2-2)

3.1- Documentación básica

- Gestión de Calidad en Anestesiología
- Herramientas para la Gestión y Mejora de la Seguridad del Paciente

3.2- Bibliografía y recursos recomendados

- Los círculos de control de calidad en la mejora mantenida (Inglés)
- Resiliencia y Seguridad del Paciente II (Inglés)

3.2- Recursos extra de consulta

- An Organization with a Memory. NHS (Inglés)
- Safer Health Care (Vincent) (Inglés)
- Creando organizaciones de alta fiabilidad en medicina (Inglés)

Evaluación Final

- Progresos en Seguridad del Paciente (Inglés)
- La Seguridad del Paciente y el problema de las muchas manos (Inglés)

Actividades a realizar

- Implementar el cambio tras el aprendizaje (Actividad obligatoria 3-1)
- Implementar el cambio en la organización (Actividad obligatoria 3-2)

Encuesta de Satisfacción de la parte PRESENCIAL del Curso