

LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, ERRORES Y EVENTOS ADVERSOS

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

La reducción de accidentes y errores médicos resulta vital para mejorar la calidad y disminuir los costos en la atención de la salud. Si bien todavía se discuten los números de muertes anuales por eventos adversos prevenibles en los Estados Unidos (entre 44.000 a 98.000 por año)¹, hay consenso general acerca de la gravedad del problema. Los costos de las lesiones evitables en dicho país rondarían los 9 mil millones de dólares. En la Argentina el tema tiene la entidad suficiente como para que la Academia Nacional de Medicina, a través del Centro de Investigaciones Epidemiológicas haya creado un Comité de Error Médico destinado a la difusión de conocimientos, experiencias y actividades relacionadas con el error, la seguridad de los pacientes y la calidad médica². Se busca crear una red de personas interesadas en reducir la frecuencia y magnitud de los errores en la atención de los pacientes. Para desarrollar una estrategia preventiva debemos tener una acabada comprensión del tipo de accidentes y de sus causas y resulta evidente que la notificación de los mismos y de los errores serios que no causaron ningún daño debe ser una parte central de dicha estrategia.

En la práctica habitual los errores médicos son revelados retrospectivamente en los ateneos de morbilidad. El enfoque generalmente es individual y las lecciones aprendidas son compartidas por pocos (he presenciado muchos que terminaban en disputas prácticamente personales). Los juicios por mala praxis tienen también un rol, aunque limitado, para conocer más acerca de este tipo de eventos. Los más importantes estudios acerca del error médico utilizaron como método el análisis retrospectivo de las historias clínicas para cuantificar índices de eventos adversos. Si bien la recolección de datos en esta forma puede brindarnos importante información epidemiológica, la misma es muy costosa y generalmente no captura información acerca de las causas del error y sus circunstancias. Muchos errores importantes que no produjeron lesiones pueden pasar inadvertidos por este método

Otras actividades complejas y de alto riesgo fuera del ámbito de la salud han desarrollado esquemas de notificación de accidentes y cuasiaccidentes que funcionan desde hace muchos años, entre ellos: la industria aeronáutica, las petroquímicas, la ingeniería nuclear, la producción de acero y las operaciones militares.³

La seguridad es una prioridad tanto para los dirigentes como para los trabajadores y se encuentra institucionalizada. ¿Por qué no hacerlo en medicina?

Algunas Definiciones

⁴ Error :	<i>Es la falla para completar una acción tal como fue planeada, o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. La acumulación de errores lleva a accidentes. No todos los errores producen daño o lesión.</i>
⁵ Evento Adverso :	<i>Injuria o complicación no intencional consecuencia del cuidado de la salud y no de la enfermedad misma del paciente. En los estudios epidemiológicos publicados sobre el tema se describen como significativos sólo aquellos que producen prolongación de la estadia durante la internación, necesidad de reinternación, secuela transitoria o definitiva o muerte.</i>
Incidente:	<i>Evento no deseado en la operativa de la institución o en el cuidado del paciente. Las compañías de seguros de responsabilidad profesionales suelen definirlo como "cualquier hecho o circunstancia que pueda derivar en un reclamo"</i>
⁶ Accidente :	<i>Evento que produce un daño a un sistema definido y que altera los resultados en curso o futuros del sistema.</i>
⁷ Cuasiaccidente :	<i>Evento o situación que pudo haber terminado en un accidente, pero en donde una intervención a tiempo (planificada o no) o la casualidad evitó que se produjera el</i>

¿A quién notificar?

Una vez identificado el incidente, la notificación puede ser dirigida a personas o entidades con objetivos que pueden ser distintos pero que resultan complementarios:

A. NOTIFICACIÓN INTERNA

Es la destinada a las autoridades médicas y administrativas de la institución, preocupadas principalmente por la seguridad y calidad en la atención de sus pacientes y por los costos que el incidente puede generar (mayores gastos de internación y medicamentos, posibles acciones legales, etc).

Un buen sistema de notificación interna en los hospitales y centros de salud asegura que todas las partes responsables sean conscientes de los peligros mayores. La detección precoz de eventos adversos hace posible la pronta investigación e intervención destinada a reducir los daños asociados con dicho evento. La recolección de los informes en forma de base de datos ayuda al desarrollo de un cuerpo de conocimientos para identificar tendencias sobre las cuales desarrollar estrategias preventivas. El objetivo buscado es el aprendizaje a través de la experiencia

Clásicamente se notifican (a través de formularios simples desarrollados a tal propósito) eventos tales como errores de medicación, caídas, error de sitio quirúrgico o de paciente, fallas de equipos, etc. Idealmente debe notificar el personal que estuvo involucrado o que vio el evento en cuestión.

En el apéndice 1 encontrará un modelo genérico de formulario de notificación interna de incidentes.

Si no se quiere implementar un formulario, pueden utilizarse mecanismos más informales como la comunicación franca y frecuente con el personal médico y de enfermería clave en la búsqueda de estos eventos. Más allá de cuál sea el mecanismo de recolección de datos, lo importante es que los mismos se centralicen e idealmente se codifiquen para poder generar una base de datos que permita valorar tendencias.

No es necesario que se haya producido un daño para notificar. De hecho la denuncia de los cuasiaccidentes (errores que no determinaron ningún daño) debe ser estimulada. Su frecuencia es hasta 300 veces mayor que la de los eventos adversos⁸ (donde sí hay daño), hay menos barreras psicológicas para la notificación y no se corren mayores riesgos médico-legales.

Idealmente, una vez notificado el evento adverso o el error a la administración del hospital, se desencadena una investigación para descubrir las causas sistémicas y se implementan los cambios necesarios para prevenir recurrencias.

B. NOTIFICACIÓN A LA ASEGURADORA DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

La mayoría de las pólizas de responsabilidad profesional médica requieren la denuncia de cualquier hecho y/o circunstancia que pueda derivar en un reclamo. Se suele instruir a los profesionales e instituciones aseguradas aportándoles un listado de incidentes que han demostrado en la práctica ser las principales fuentes de demandas (ej: paro cardiorrespiratorio anestésico, complicaciones quirúrgicas graves, muertes inesperadas, daño neurológico al recién nacido, etc). A diferencia de la notificación interna, en la cual el daño no es el aspecto central, sólo se suelen denunciar a las compañías aquellos incidentes en los que se produjo algún daño al paciente.

La denuncia precoz a la compañía permite a sus peritos y abogados la evaluación del incidente cuando los hechos todavía están frescos y los testigos son abordables. Se puede de esta manera elaborar en conjunto con el asegurado la mejor estrategia de manejo médico-legal del caso puntual con el objetivo de minimizar el impacto financiero del mismo.

En el apéndice 2 encontrará el Formulario de denuncia de incidentes y siniestros NOBLE y un listado de incidentes a denunciar a la compañía.

C. NOTIFICACIÓN EXTERNA

Los resultados de las investigaciones de los hospitales y centros pueden a su vez ser notificados a cuerpos independientes externos, quienes reúnen y analizan datos provenientes de otras instituciones y difunden a su vez la información y las recomendaciones en forma más amplia.

La notificación externa permite, al concentrar información de distintas fuentes, la detección precoz de un nuevo peligro aún con pocas notificaciones (por ejemplo complicaciones de una nueva droga). El análisis central de la información ayuda a identificar tendencias que serían muy difíciles de detectar individualmente en los hospitales y a desarrollar recomendaciones generales para todos. La vigilancia epidemiológica del error se vuelve de esta manera un objetivo de salud pública tendiente a garantizar la seguridad de los pacientes

La notificación de incidentes en Medicina ha tomado diversas formas. Desde 1975 la FDA de los EE.UU obliga a denunciar las principales reacciones adversas a las transfusiones sanguíneas, focalizándose en muertes prevenibles y lesiones graves⁹. Existen en la actualidad en los Estados Unidos cuatro grandes sistemas nacionales de notificación voluntaria de incidentes¹⁰. Solamente uno, el programa de Eventos Centinela de la Comisión de Acreditación de Organizaciones de Salud (JCAHO) aborda una gama amplia de eventos adversos serios.

En el apéndice 3 figuran los principales "eventos centinela" a denunciar a la Comisión.

Otros dos programas se focalizan exclusivamente en los errores de medicación. El restante es dirigido por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) y se denomina Encuesta Nacional de Infecciones Nosocomiales. Dicho programa utiliza personal entrenado en control de infecciones para notificar infecciones intrahospitalarias. Sobre la base de estas notificaciones, el CDC establece pautas nacionales y determina los índices de infección ajustados a servicios específicos en los establecimientos participantes¹¹. Se reciben aproximadamente 40.000 informes por año, un número significativamente mayor que la cantidad de eventos centinela de la JCAHO (no más de 500 notificaciones anuales). La evidencia del efecto de estos sistemas voluntarios de notificación es mayormente anecdótica. El reporte de los eventos centinela habría derivado en medidas concretas como la remoción de las ampollas de cloruro de potasio de las unidades de enfermería¹², y los informes acerca de errores en la medicación habrían motorizado cambios en la industria farmacéutica (etiquetas, envases)¹³ y en la identificación de las drogas con mayores problemas (insulina, heparina y warfarina)¹⁴. El único programa con efectos demostrados sobre la seguridad de los pacientes mediante estudios controlados es el del CDC: los índices de infección intranosocomial son 32% más bajos en los hospitales que implementan el programa completo¹⁵.

Sistemas similares al norteamericano son aplicados por el Servicio Nacional de Salud Británico¹⁶ y por la Fundación para la Seguridad de los Pacientes de Australia¹⁷.

Barreras para la Notificación

Los datos son contundentes: con la excepción mencionada de la notificación de infecciones intrahospitalarias, la mayoría de los sistemas aplicados fallan en sus objetivos y el subregistro de efectos adversos, tanto interno como externo es un mal generalizado.

Dicho subregistro ha sido calculado entre un 50% a un 96% anual¹⁸. La mayoría de los sistemas de reportes de incidentes hospitalarios no captan la mayoría de errores y cuasiaccidentes. Los estudios de algunos servicios sugieren que sólo el 1,5% de todos los eventos adversos son notificados¹⁹ y que sólo el 6% de eventos adversos por medicación son identificados²⁰. El Colegio Norteamericano de Cirugía estima que las notificaciones de incidentes sólo reflejan entre un 5 a un 30% de los eventos adversos²¹. Más aún: un estudio sugiere que menos del 20% de las complicaciones de un servicio quirúrgico serían discutidos en ateneos de morbilidad²².

¿Cuáles son las probables barreras?²³

La cultura de la seguridad aún no ha sido introducida en la práctica médica, a diferencia por ejemplo de la actividad aeronáutica en donde se reciben más de 30.000 notificaciones de incidentes y cuasiaccidentes por año. La naturaleza de la práctica médica habitual, con su énfasis en la autonomía profesional, la colegiación y la autorregulación no estimula el informe de los errores. El clima legal actual, con el aumento alarmante de la litigiosidad tampoco ayuda y es lógico el temor de notificar eventos que luego puedan derivar en un juicio millonario. Es impensable que un tipo de sistema así pueda funcionar sin algún tipo de protección legal, como sucede en Australia y en Nueva Zelanda²⁴. Para poder implementar un programa exitoso es necesario primero resolver los dilemas morales, científicos, legales y prácticos de los accidentes médicos.

Características de un sistema de notificación exitoso²⁵

<i>No Punitivo</i>	<i>Quienes notifican no deben temer consecuencias o castigo como resultado del informe</i>
<i>Confidencial</i>	<i>Las identidades del paciente, el informante y de la institución nunca son revelados a terceras partes</i>
<i>Independiente</i>	<i>El programa es independiente de cualquier autoridad con poder de castigo sobre el informante o la organización</i>
<i>Análisis Experto</i>	<i>Las notificaciones son evaluadas por expertos que comprenden las circunstancias clínicas del evento y que son entrenados para reconocer las causales sistémicas del error</i>

Características de un sistema de notificación exitoso

<i>Rapidez</i>	<i>Las notificaciones son analizadas rápidamente y las recomendaciones son diseminadas oportunamente a quienes necesitan saber, especialmente cuando se han identificado peligros serios</i>
<i>Orientado a los sistemas</i>	<i>Las recomendaciones se concentran en los cambios necesarios en los sistemas, procesos o productos más que en el desempeño individual</i>
<i>Participativo</i>	<i>La agencia que recibe la notificación debe poder dar recomendaciones y las organizaciones participantes deben estar de acuerdo en implementar las mismas siempre que sea posible</i>

¿Obligatorio y personalizado o Voluntario y anónimo?

Ambos tipos de notificaciones son necesarias y cada una carga con sus beneficios y limitaciones. La mayoría de los sistemas obligatorios están designados para identificar a los "malos" profesionales o centros con el objetivo de penalizar a los implicados a fines de que esos hechos no se repitan. El énfasis está puesto en el error en sí mismo y no en su corrección y el feedback que reciben los que cometieron el error es escaso²⁶. Evidentemente, esto actúa como freno a los informes y explica por qué la JCAHO tiene tan pocos "eventos centinela" denunciados. Un beneficio indudable de este tipo de sistemas es que facilita el establecimiento de responsabilidades.

Los sistemas obligatorios tampoco suelen capturar la información de los cuasiaccidentes, ya que en general cuando no hay daño no hay obligación de denunciar. La información cualitativa contenida en estos informes suele ser muy pobre, porque la principal motivación cuando hay que cumplir con un requerimiento es el cumplimiento de la norma y la autoprotección.

El análisis de los sistemas utilizados en otras actividades sugiere la conveniencia de que las notificaciones, hasta cierto punto, sean voluntarias y que haya algún tipo de protección para quienes reportan. La forma más obvia de asegurar la confidencialidad es hacer que las notificaciones sean anónimas.

Por ejemplo, extractos de los sistemas de notificación de errores de la industria aeronáutica se publican semanalmente en una revista, con una honesta descripción de acciones que llevaron a situaciones peligrosas. Los críticos puntualizan, sin embargo, que el anonimato no siempre es posible ni deseable²⁷. Los analistas del evento adverso o del error no pueden contactar en estos casos a quienes notificaron para requerir mayor información. Las notificaciones pierden de esta forma confiabilidad y en determinadas situaciones (culpa grave, hechos dolosos) es imposible garantizar el anonimato. El anonimato también ha sido criticado por su amenaza al sentido de responsabilidad y transparencia que debe primar en la atención de la salud. Queda entonces claro que ambos sistemas deberían ser complementarios.

Conclusión

Si se quiere reducir el índice de errores en la actividad médica es fundamental estimular su notificación para su mejor comprensión y el establecimiento de medidas correctivas. Sin embargo, antes de aplicar un programa se deben remover las barreras culturales que impiden el desarrollo de estos sistemas. Los programas exitosos en otras actividades se basan en la protección de quienes notifican, la simpleza (una sola carilla suele bastar) y en el resultado práctico que tuvo el haber notificado (análisis, recomendaciones, etc). El reporte de incidentes es tan sólo una herramienta de las muchas que existen para mejorar la seguridad de las prestaciones. El éxito de los sistemas de notificación dependerá de que las Instituciones los utilicen para mejorar la calidad más que para medir el desempeño individual.

Eventos centinela:

Alertas publicadas por la JCAHO

(Comisión conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud) ²⁸
de los EE.UU luego del análisis de las notificaciones de incidentes

- Errores de Medicación. Prevención: Cloruro de Potasio
- Error de sitio Quirúrgico: Lecciones aprendidas
- Suicidio de pacientes internados. Recomendaciones para su prevención
- Prevención de muertes por contención de pacientes.
- Robo de recién nacidos: Previniendo futuras ocurrencias
- Medicaciones de alto riesgo: Alerta y seguridad de los pacientes
- Complicaciones operatorias y postoperatorias: Lecciones para el futuro
- Caídas fatales: Lecciones para el futuro
- Bombas de infusión: previniendo eventos adversos futuros
- Lecciones aprendidas: Incendios en establecimientos de cuidados crónicos
- Kernicterus: Una amenaza en recién nacidos sanos

APÉNDICE 1

Formulario de Notificación Interna de Incidentes

Dr. Fabián Vítole
NOBLE S. A. ®

REPORTE DE OCURRENCIA E INCIDENTES

El reporte de ocurrencias e incidencias sirve como una herramienta de control de pérdidas y de actividades de administración de riesgos. La persona mas directamente involucrada o la persona que descubre el incidente o la ocurrencia debería completar el formulario lo antes posible.

Edad : Horario del Incidente/Ocurrencia :

Sexo : Fecha del Incidente/Ocurrencia :

Fecha del Ingreso : Historia Clínica N° :

A. Identificación

Internado Pac. Externo Guardia Visitante Empleado

B. Turno

Mañana Tarde Noche

C. Código de Localización

D. Tipo de Incidente/Ocurrencia : (Identifique el tipo de Incidente/Ocurrencia de acuerdo a la codificación suministrada en el reverso)

E. Breve Descripción Objetiva : (Debe remitirse exclusivamente al hecho, sin componentes subjetivos, incluye signos vitales, cuidados posteriores, Rx, laboratorios, etc.) _____

F. Naturaleza de la lesión : - -

- | | | |
|--|--|-------------------------------|
| 01 Abrasión, Contusión <input type="checkbox"/> | 12 Shock eléctrico <input type="checkbox"/> | 23 Pinchazo |
| 02 Agravam. Cond. Preexist. | 13 Fractura <input type="checkbox"/> | 24 Embolia pulmonar |
| 03 Reacción alérgica <input type="checkbox"/> | 14 Hemorragia | 25 Depresión Respiratoria |
| 04 Amputación | 15 Infección/Enf. contagiosa | 26 Torcedura-Luxación |
| 05 Dolor dorsal o lumbar <input type="checkbox"/> | 16 Infiltración <input type="checkbox"/> | 27 Irritación de piel-Eritema |
| 06 Quemadura | 17 Lesión por inyecciones | 28 Compromiso Vascular |
| 07 Concusión <input type="checkbox"/> | 18 Lesiones internas | 29 Trastornos Visuales |
| 08 Reacción/Toxicidad a drog. <input type="checkbox"/> | 19 Laceración | 30 Disrupción de Herida |
| 09 Sobredosis <input type="checkbox"/> | 20 Infarto de Miocardio <input type="checkbox"/> | 31 Otras |
| 10 Ulcera por decúbito | 21 Foco Neurológico | 32 Imposible de determinar |
| 11 Deterioro del sensorio <input type="checkbox"/> | 22 Flebitis | 33 Ninguna - No aplicable |

G. Severidad de la lesión : - -

- 1) Sin lesión aparente (No se nota daño de ningún tipo)
- 2) Menor (La lesión es transitoria no trae consecuencias futuras) Ej. Abrasión
- 3) Mayor (La lesión es seria, causando disconfort considerable, requiriendo extensión o nuevo tratamiento, o bien se puso en peligro la vida del paciente.)
- 4) Muere (Si el paciente muere y la muerte puede ser atribuida directamente al incidente/ocurrencia)
- 5) No Aplicable
- 6) Imposible de determinar (Si es imposible determinar la extensión del daño relacionado con el incidente/ocurrencia)

APÉNDICE 1

Formulario de Notificación Interna de Incidentes

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

H. Instalaciones, Equipos y Suministros afectados :

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| 01 No Involucra | 07 Piso | 13 Oxígeno/Gases |
| 02 Baño | 08 Sala de espera | 14 Estacionamiento |
| 03 Camilla | 09 Equipo/suministro laborat. | 15 Suministro farmacia |
| 04 Silla/Silla de rueda/ Andador | 10 Iluminación | 16 Barandas |
| 05 Equipo eléctrico | 11 Hoja de enfermería | 17 Ducha |
| 06 Mesa de Examen | 12 Plan de cuidados de enfermería | 18 Otros |

I. Equipo de Seguridad

1) No Aplicable 2) No Utilizado 3) No Disponible 4) No Funcionó

Si el incidente involucra equipamiento, por favor escriba el número de indentificación del mismo y la localización actual.

J. Factores relacionados con el Paciente/Empleado

- | | | |
|--|---|--------------------------------|
| 01 Afásico | 10 Incapacidad Motriz | 19 Buscando atención |
| 02 Trast. Esfinteriano | 11 Calzado Inapropiado | 20 Visitante/cuidador del pac. |
| 03 Ciego | 12 Incapaz e seguir órdenes | 21 Movimiento inesperado |
| 04 Confuso/Desorientado | 13 Barrera Idiomática | 22 No Aplicable |
| 05 No usó uz o timbre de llamada | 14 Condición Méd./Quirúrgico | 23 Otro |
| 06 No ocurre a la cita | 15 Status Mental | |
| 07 El empleado no siguió Norma y proced. | 16 Medicación en las últimas 4 hs. | |
| 08 Hipoacúsico | 17 El paciente dio información incorrecta | |
| 09 Comportamiento alborotado | 18 Se negó a cumplir órdenes | |

K. ¿Hechos del Incidente/Ocurrencia registrados en la Historia Clínica? SI NO No Aplicable

L. Referido para tratamiento :

SI NO Se Negó No Aplicable Otro

Tratamiento brindado por :

1) Médico 2) Dto. Emergencias 3) Medicina Laboral

Persona que completa el reporte : Testigo :

Médico de Cabecera : Fecha y Hora de la Notificación :

Supervisores : El Departamento de Calidad y Administración de riesgo debe ser notificado inmediatamente, (o dentro del próximo día hábil) ante cualquier incidente u ocurrencia que involucre un daño.

CONFIDENCIAL. NO FORMA PARTE DE LA HISTORIA CLÍNICA

APÉNDICE 2

Listado de Incidentes a Denunciar a NOBLE y Formulario de Denuncia

ANEXO 2

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS / INCIDENCIAS

1 / 2

DATOS DEL ASEGURADO:

Institución / Profesional

- Médico:
- Póliza Nro.: Vigencia: Franquicia:
- Persona de Contacto:
- Teléfono: e-mail:

DATOS DEL PACIENTE:

- Apellido: Nombre:
- Documento Nro.: Sexo: M - F
- Fecha de Nacimiento: Estado Civil:
- Dirección: Nro.:
- Ciudad: Provincia:
- Código Postal: Teléfono:
- Nro. Historia Clínica: (envío de la misma).

DESCRIPCION DETALLADA DEL SINIESTRO / INCIDENCIA

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-



EN CASO DE RECLAMO COMUNICARSE CON NOBLE

24hs. (011) 155-452-1617 " (011) 155-249-3287 " (011) 155-429-6441
Días hábiles de 10 a 18 hs. (011) 5239-2030 " siniestros@noble-arp.com

APÉNDICE 2

Listado de Incidentes a Denunciar a NOBLE y Formulario de Denuncia

ANEXO 2

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS / INCIDENCIAS

2 / 2

EQUIPO MEDICO ACTUANTE:

Nombre: Especialidad:

Nombre: Especialidad:

Nombre: Especialidad:

PROFESIONAL A CARGO:

RECLAMOS:

¿Recibió algún tipo de reclamos por parte del paciente y/o familiares? SI NO

¿De qué tipo?

Oral Escrita Administrativa (tachar lo que no corresponda)

¿Recibió Ud. Citación Policial? SI NO

¿Recibió Ud. Cédula de Notificación? SI NO

Remitir copia de:

" Reclamo

" Intimación

" Carta

" Escrito

" Proceso

" Notificación

" Citación judicial

" Cualquier otro escrito relacionado con el reclamo

" Historia Clínica y toda otra documentación médica en poder del Asegurado relacionada con el hecho cuestionado

Lugar y Fecha: Firma:



EN CASO DE RECLAMO, RESPONDIENDO POR EL SERVIDOR NOBLE

24hs. (011) 155-452-1617 " (011) 155-249-3287 " (011) 155-429-6441

Días hábiles de 10 a 18 hs. (011) 5239-2030 " siniestros@noble-arp.com

APÉNDICE 3

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

Principales "Eventos Centinela" a denunciar a la JCAHO (Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud)

1. Suicidio de paciente
2. Error de sitio quirúrgico
3. Complicación operatoria/postoperatoria.
4. Error de medicación
5. Retraso en el tratamiento
6. Caída de paciente
7. Lesión o muerte vinculada a la inmovilización
8. Asalto/violación/homicidio
9. Muerte o pérdida de función perinatal
10. Error de transfusión
11. Evento relacionado con infecciones
12. Fuga de paciente
13. Incendio
14. Evento relacionado a la anestesia
15. Evento relacionado a falla de equipo
16. Muerte materna
17. Lesión o muerte vinculada a respiradores
18. Oblitos quirúrgicos
19. Robo de bebés. Entrega a familia equivocada



EN CASO DE RECLAMO COMUNICARSE CON NOBLE

☎☎☎☎☎24hs. (011) 155-452-1617 ☎☎☎☎☎(011) 155-249-3287 ☎☎☎☎☎(011) 155-429-6441
☎☎☎☎☎Días hábiles de 10 a 18 hs. (011) 5239-2030 " ☎☎☎☎☎sinistros@noble-arp.com☎☎☎☎☎

Bibliografía

Dr. Fabián Vítolo
NOBLE S. A. ®

- 1- Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. To err is human: building a safer health system. Washington D.C. National Academy Press, 2000
- 2- Error en medicina y seguridad del paciente Academia Nacional de Medicina. Centro de Investigaciones epidemiológicas, 2004. website: www.errorenmedicina.anm.edu.ar
- 3- Barach, P, Small SD. Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. BMJ Vol 320. 759-763 March 2000
- 4- Error en medicina y seguridad del paciente Academia Nacional de Medicina. Centro de Investigaciones epidemiológicas, 2004. Glosario. Pág Web: www.errorenmedicina.anm.edu.ar
- 5- Idem ref 4.
- 6- Idem ref 4 y 5
- 7- Hemoplus. Análisis de Seguridad en Sistemas médicos. Pág. Web: www.hemoplus.com -Glosario-
- 8- Battles J, Kaplan H, Van der Schaaf T, Shea C The attributes of medical event-reporting systems. Arch Pathol Lab Med 1998; 122:231-238
- 9- Food and Drug Administration: Biological products; reporting of errors and accidents in manufacturing. Federal Register 1997;62:49642-49648
- 10- Leape, LL. Reporting of Adverse Events N Engl J Med, Vol 347, N°20 1633-1638, November 2002
- 11- About NNIS. Atlanta: Centres for Disease Control and Prevention, 2001. www.cdc.gov
- 12- Results of JCAHO sentinel events reporting. Oakbrook Terrace, Ill. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2000
- 13- Cohen MR. Why error reporting systems should be voluntary. BMJ 2000; 320: 728-729 (18 March)
- 14- Summary of the 1999 information submitted to Med MARx: a national data base for hospital medication error reporting: Rockville, Md: Pharmacopeia, 2000
- 15- Haley RW, Culver DH, White JW, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol 1985; 121: 182-205
- 16- An organisation with a memory. Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. Chaired by the Chief Medical Officer. U.K Department of Health. (Stationery Office, 2000)
- 17- Webb R, Currie M Morgan C et al. The Australian Incident Monitoring Study: an analysis of 2000 incident reports. Anaesth Intens Care 1993;21:520-528
- 18- Idem ref 3
- 19- O'Neil A, Petersen L, Cook E Bates D, Lee T, Brennan T Physician reporting compared with medical-record review to identify adverse medical events. Ann Intern Med 1993; 119:370-376
- 20- Cullen D, Bates D, Small S. Et al. The incident reporting system does not detect adverse events: a problem for quality improvement. Jt Comm J Qual Improv 1995; 21: 541-548
- 21- Data Sources and coordination In: Surgeons ACo, editor. Patient Safety Manual. Rockville, MD Bader & Associates, Inc 1985
- 22- Wanzel K, Jamieson C, Bohnen J. Complications on a general surgery service: incidence and reporting. CJS 2000; 43: 113-117
- 23- Lawton R, Parker D, Barriers to incident reporting in a healthcare system Qual Safe Care 2002; 11: 15-18
- 24- Harvard School of Public Health. Press Release July 10, 2001. No-Fault Compensation for Medical Injury proposed as incentive for Reporting and Correcting Hospital Error, Improving Patient Safety
- 25- Idem ref 11
- 26- Idem ref 14
- 27- Idem ref 3
- 28- Wald H, Shojania, Incident Reporting. Chapter 4. Making Health care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices. AHRQ. US Department of Health July 2001