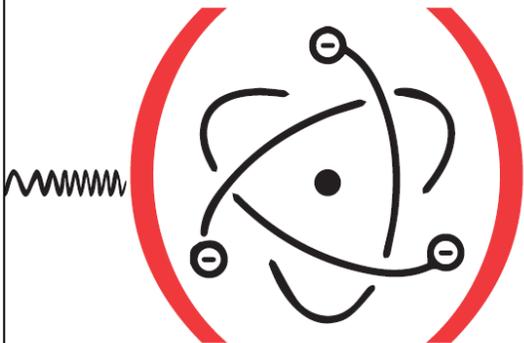


SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL USO DE

# RADIACIONES IONIZANTES



Toledo, 19 abril 2018

Organizado por:



## ***Notificación de incidentes asociados al uso de radiaciones ionizantes en el SiNASP***

*Yolanda Agra*

*Jefe de Área. Seguridad del paciente  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e  
Igualdad*

**Errar es humano**

**Encubrir el error es imperdonable**

**Negarse a aprender es inexcusable**



Sir Liam Donaldson speaking at the launch of the World Alliance for Patient Safety in Washington DC on 27 October 2004.

Fuente: World Health Organization:<http://www.who.int/patientsafety/about/en/>

# Sistemas de Notificación de Incidentes en Seguridad del Paciente

Sistemas que permiten informar de las circunstancias inesperadas relacionadas con la atención sanitaria, que afectan la SP, para evitar su repetición.

¿Qué son?

¿Qué persiguen?

Mejorar la seguridad del paciente a través del **aprendizaje** de los incidentes asociados a la atención sanitaria

## Ventajas

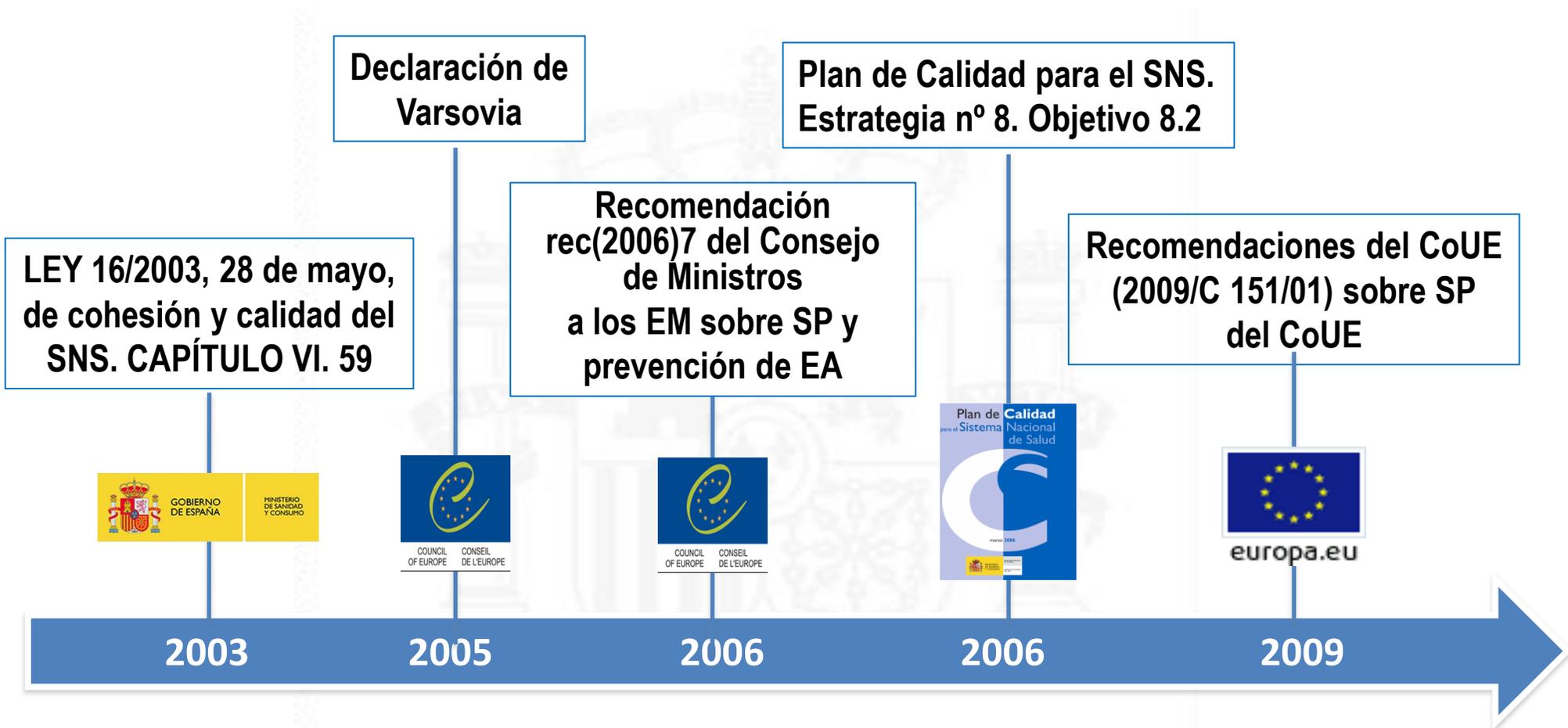
- Fomenta la **cultura** de seguridad
- Promueve el **aprendizaje** sobre Los errores
- Información detallada sobre el **contexto** en el que ocurrió el incidente
- Promueve la **información abierta** al paciente

## Inconvenientes

### • Infranotificación

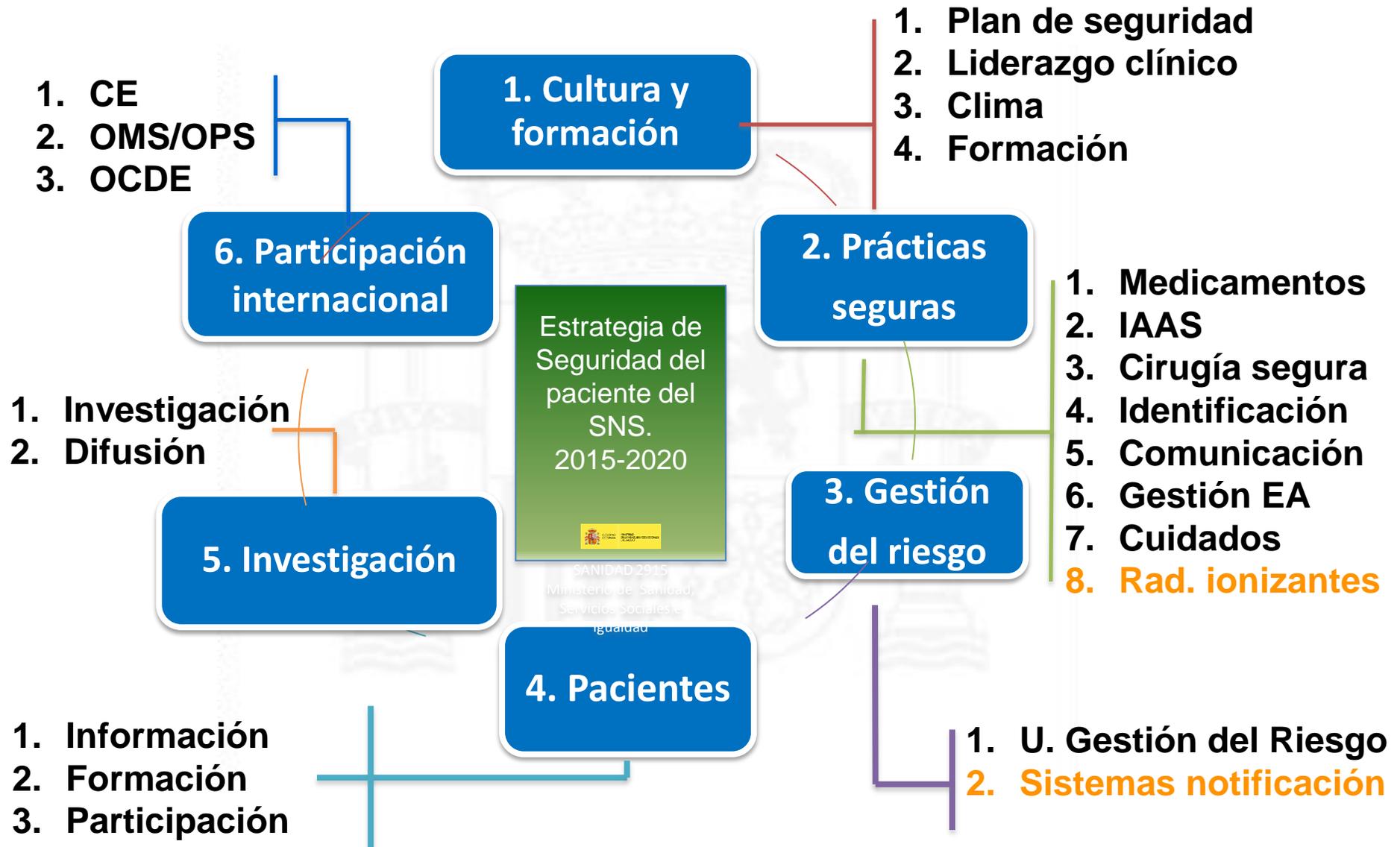
- No sirve para monitorizar incidentes
- Baja sensibilidad para detectar incidentes con daño
- Recursos para análisis y respuesta a tiempo
- Completar con otras fuentes de datos

# Sistemas de notificación de incidentes. Marco normativo



**Para promover el aprendizaje**

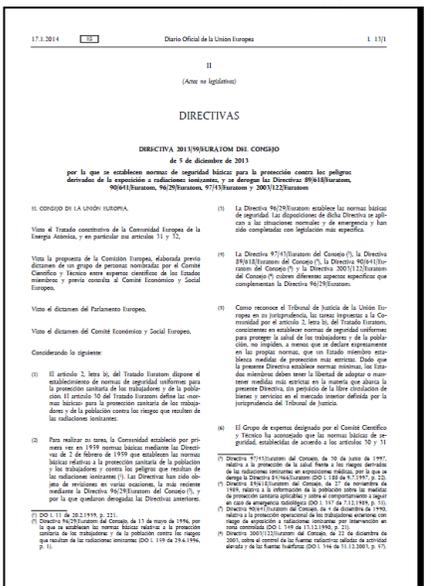
# Estrategia de Seguridad del paciente del SNS



# Registro de incidentes por radiaciones ionizantes

## 2013:Euratom

(30) Las **exposiciones médicas accidentales y no intencionadas** constituyen un motivo de preocupación constante. .... corresponde a la autoridad competente en materia de protección radiológica abordar la prevención de dichas exposiciones y las medidas consecutivas en caso de que se produzcan..... y en tales casos se debe exigir el **registro, la notificación, el análisis y las medidas correctoras.**



### Objetivo 2.8.3

Promover la **detección y prevención de los incidentes por radiaciones ionizantes**, especialmente en radioterapia y en los procedimientos radiológicos intervencionistas

Estrategia de Seguridad del paciente del SNS. 2015-2020

SANIDAD 2915  
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

# Sistemas de notificación



- Notificaciones recibidas: Total, AE, AP
- Tipo de incidentes con/sin daño
- Incidente por medicamentos
- **Incidente por RD ionizantes**

## SiNASP

Comunidad Autónoma	Hospitales dados de alta	Hospitales que utilizan el SiNASP*
1 Castilla la Mancha	15	9
2 Galicia	15	15
3 Murcia	11	11
4 Cantabria	4	3
5 Canarias	6	5
6 Aragón	11	9
7 Navarra	6	6
8 Extremadura	16	9
9 INGESA	2	2
10 Principado de Asturias	15	14
11 La Rioja	4	0
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>83</b>

# Incidentes por RD ionizante : 2016-2018 (n=47)

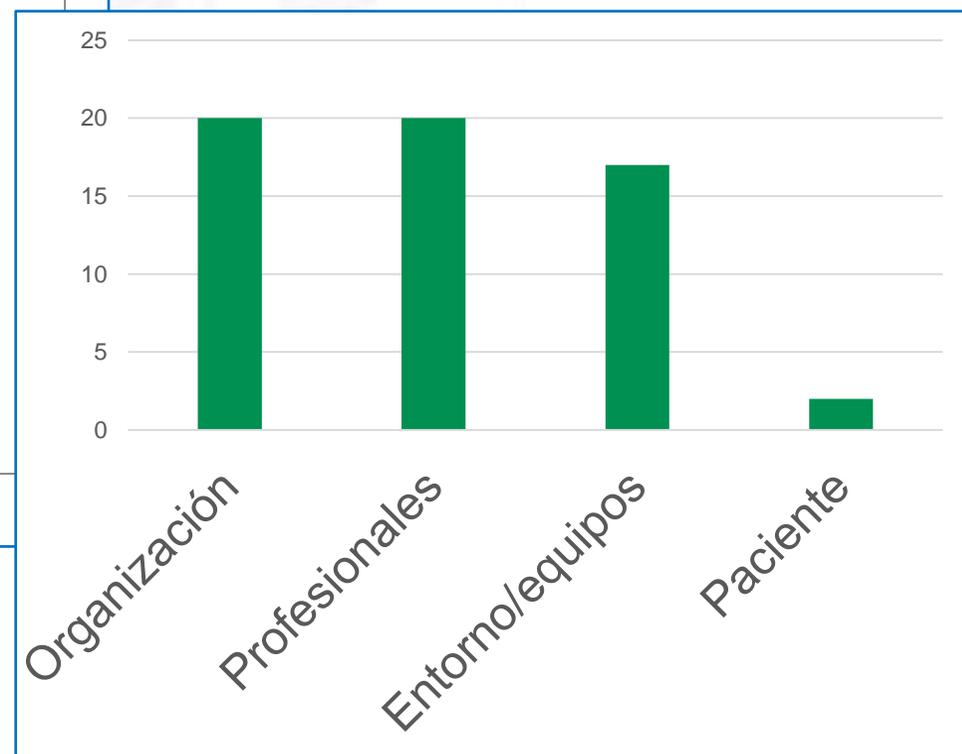
Profesión del notificante	Nº incidentes	%
Médico	16	34.04%
Enfermero	12	25.53%
Técnico en Imagen para el Diagnóstico	9	19.15%
Técnico en Radioterapia	3	6.38%
Otros profesionales sanitarios	2	4.26%
Otros	2	4.26%
Residente (MIR, EIR, FIR, PIR...)	2	4.26%
Estudiantes / personal en prácticas	1	2.13%
<b>TOTAL</b>	<b>47</b>	<b>100.00%</b>

# Incidentes por RD ionizante : 2016-2018 (n=47)

según tipo

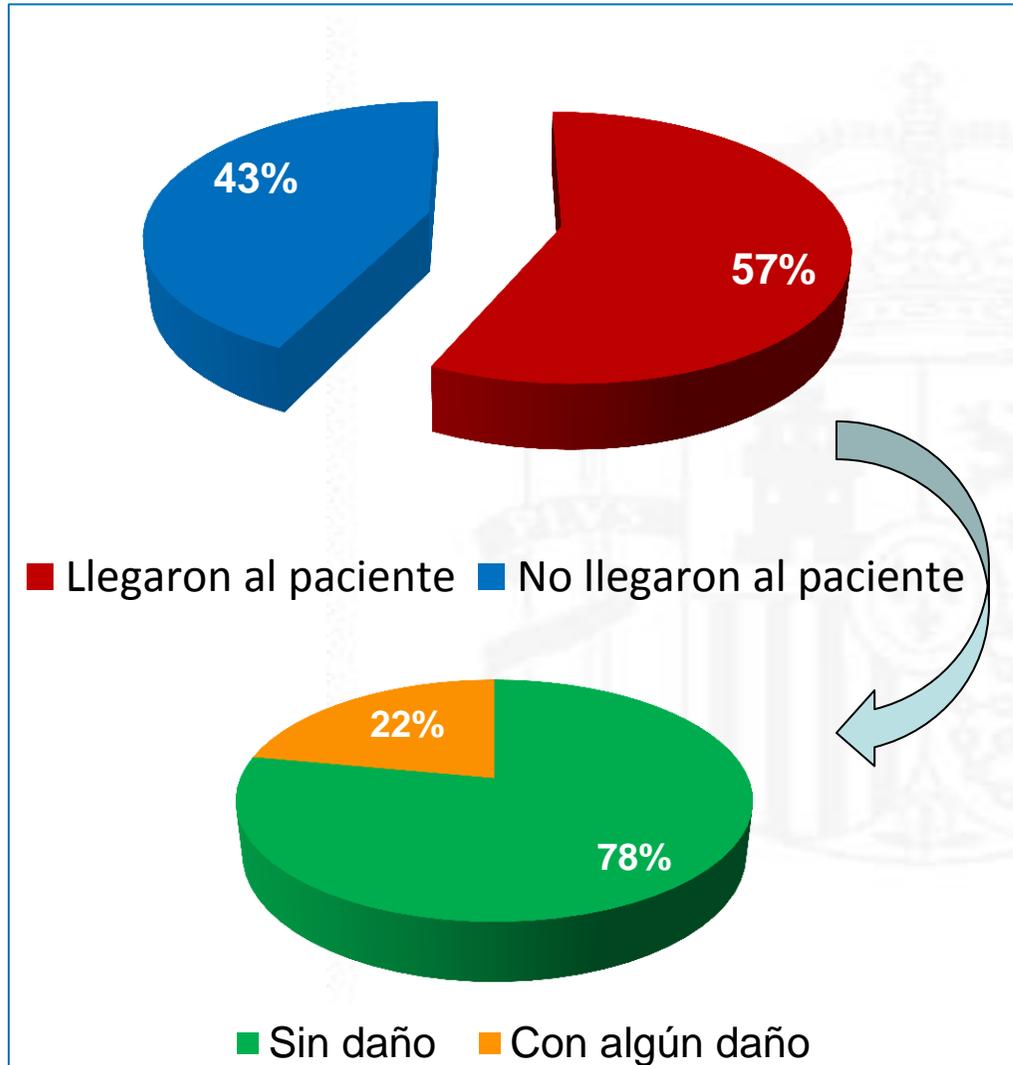


según factores contribuyentes

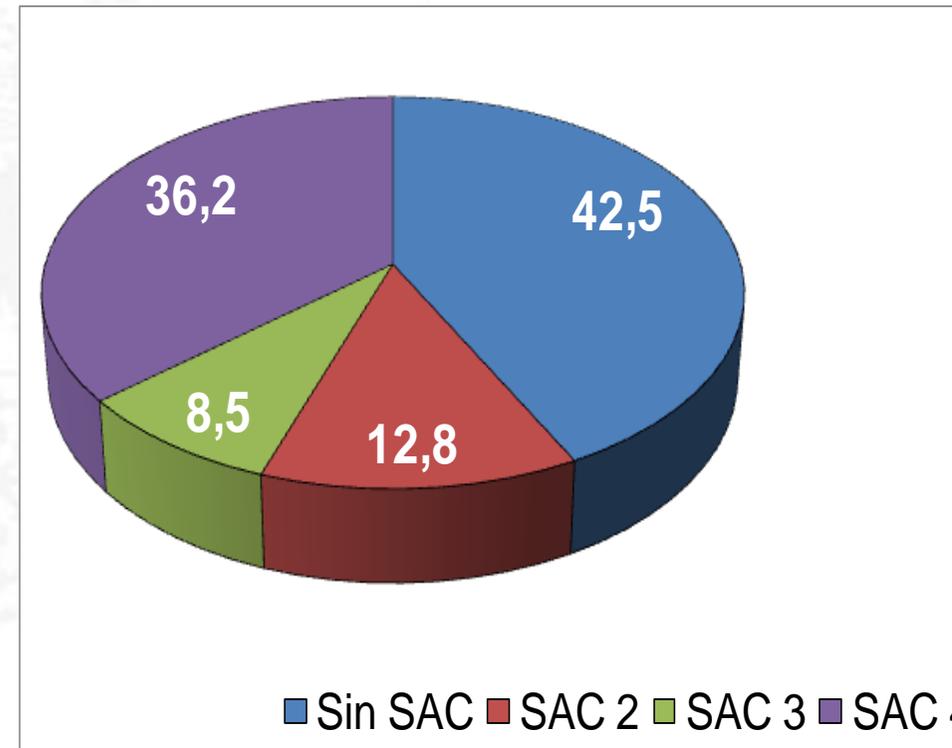


# Incidentes por RD ionizante : 2016-2018 (n=47)

## Llegaron al paciente



## según SAC



Ejemplos de incidentes	Posibles factores contribuyentes
Realización de TAC con contraste IV en lugar de TAC basal	Problemas de <b>comunicación</b> oral y escrita al servicio de radiología.
Paciente al que se le repite TAC por inadecuada preparación	Problemas de <b>supervisión</b> , durante los estudios de TAC; formación inadecuada
Se trata a paciente erróneo por fallo al descargar la historia clínica	Fallo en el sistema de <b>identificación de pacientes</b>
Realización de Rx a paciente erróneo	Fallo en el sistema de <b>identificación de pacientes</b>
Realización de TAC con contraste IV a paciente equivocado	Fallo en el sistema de <b>identificación de pacientes</b> y problemas de <b>supervisión</b>
Paciente al que se administra contraste para realizar TAC, a pesar de contraindicación médica	<b>Comunicación</b> , información, <b>formación</b> .

# STORIES FOR ROBOTS



[www.macboy.com](http://www.macboy.com)

© 2001 by William Levin

# Puntos clave

- ❑ Hay que cumplir la normativa, pero también cambiar la cultura:

*¿Qué ha sucedido? vs ¿Quién ha sido?*

- ❑ La formación es el primer paso para cambiar la cultura
- ❑ Notificar es clave para identificar riesgo y aprender de los errores
- ❑ Hay que revisar y mejorar los sistemas donde trabajan los profesionales
- ❑ El liderazgo de los gestores es crítico
- ❑ Los sistemas de notificación deberían estar protegidos de acciones disciplinarias o legales

Compromiso

Análisis

Formación

Liderazgo

Feed back

Plan de mejora



**¡Gracias!**