

# IDENTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE RIESGOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD



Dra. Mariana Flichman

Especialista en medicina interna y medicina legal

Gerente de Riesgo y Calidad Médica de SMG

Directora del Programa Nacional Colaborativo de Seguridad del Paciente

Coordinadora del Programa de Reporte y Gestión de Incidentes en Anestesia. AAARBA

Directora del Posgrado en Gestión de Riesgos de USAL



**RIESGO...**

**CONTINGENCIA O  
PROXIMIDAD DE UN  
DAÑO**

**FÍSICOS**

**PATRIMONIALES**

**FINANCIEROS**

**LABORALES**

**IMAGEN**



**COMETER ERRORES Y  
FALLAS EN LOS  
PROCESOS DE  
ATENCIÓN**

**GENERAR DAÑO**

**RECLAMOS  
JUDICIALES**

**INEFICIENCIA**



## Confirman denuncias sobre contagio con bacterias y hongos en Hospital Pediátrico

Con la denuncia hecha por seis madres de niños internados en el Hospital Pediátrico del Centro Médico de Río...

### Agreden a médico residente por avisar la muerte de un paciente a familiares

sucesos, titulares

4 julio, 2018

Luisandra Barboza / foto: CaraotaDigital / 4 jul 2018.- Un médico residente fue agredido en Barcelona, Anzoátegui luego de avisar la muerte de un paciente a sus familiares.

SALUD EMBARAZO

### Violencia obstétrica: hay una denuncia cada 4 días

Con mujeres que fueron atendidas en clínicas, hospitales o centros de salud por embarazo, parto o puerperio.

Facebook Twitter

Cada cuatro días una mujer denuncia haber sido víctima de violencia obstétrica en alguna clínica, hospital o centro de salud de Argentina al que concurre durante el embarazo, parto y puerperio, según las últimas...



### Paciente de hospital neuquino se cayó al vacío y se fracturó el cráneo

La mujer, con problemas de drogadicción, fue derivada de inmediato al hospital Castro Rendón de Neuquén, donde permanece internada y evoluciona.

Accidente??







Conjunto de Procesos sistematizados de identificación, análisis y tratamiento de aquellas situaciones, hechos y fallas activas o latentes que pongan en riesgo **la seguridad del paciente, la responsabilidad institucional y de los profesionales, así como el patrimonio de ambos.**

**Diseña y ejecuta acciones destinadas a prevenir el daño evitable, disminuir la frecuencia de incidentes y eventos adversos, y finalmente, si aun así ocurriesen, minimiza el impacto de los mismos.**

# LEY DE MURPHY



“Si algo puede salir mal...  
tarde o temprano va a salir mal...  
es cuestión de probabilidad estadística”

## Ernest Amory Codman (Boston, 1869 – 1940)



- Graduado cum laude en Harvard Medical School. Hizo contribuciones a la anestesiología, radiología, cirugía de úlcera duodenal, oncología, cirugía de hombro y en el estudio de los resultados médicos.
- Trabajó en el Massachusetts General Hospital y en el Boston Children's Hospital; y también creó su propio hospital, el Codman Hospital.
- Autor prolífico, más de 100 artículos y libros. Funda la American Society of Clinical Surgery (1903) después conocida como Society of Clinical Surgery.
- Intentó desde el principio crear estándares hospitalarios, sistemas de registro y estaba preocupado por conocer el resultado final de todos los procesos.

De 1911 a 1916 registró 123 errores y midió el resultados final para todos estos pacientes Agrupó los errores por tipo. Definió errores por falta de conocimiento o habilidad, cirugía juicio, falta de cuidado o equipo, y falta de diagnóstico o habilidad. Además de los errores, hubo cuatro "calamidades de cirugía o esos accidentes y complicaciones sobre los cuales no se tiene control".

***La diferencia entre el hospital de Codman y su organización es que admitió sus errores en público. Todos están descritos en el informe anual de su hospital***

1911!!

Quizás el hospital de Codman tuvo muchos errores porque sus cirujanos no eran muy buenos?? Codman fue co fundador de la American College of Surgeons junto con colegas como George W Crile (fundador de la Clínica Cleveland) y Mallon (en su biografía de Codman lo llama "uno de los cirujanos más importantes del siglo XX").

También Fue cirujano de su hospital su compañero de clase de la escuela de medicina Harvey Cushing, generalmente conocido como el fundador de la neurocirugía. En las memorias podemos ver cómo también Cushing cometió un error diagnóstico.

# Bases de la Gestión CLÍNICA de Calidad

Registro escrito de lo  
pensado y actuado en el  
paciente



**HISTORIA CLÍNICA**

Manual de  
procedimientos



**PROTOCOLOS Y GUÍAS  
DE PRÁCTICA CLÍNICA**

Seguimiento hasta el final



**CONTINUIDAD DEL  
CUIDADO**

Bases de la Gestión CLÍNICA de Calidad  
Según Codman 1911

Adecuados registros

Estandarización  
de los procesos de atención

Gestión transversal y personalizada

*“La Seguridad del Paciente , o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica”*



Nuestros sistemas ponen muchas veces el caballo atrás del carro!!!

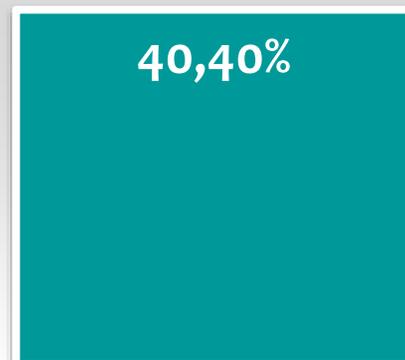
# IDENTIFICACIÓN DE LOS RIESGOS

1. Riesgos Físicos
2. Matriz de Riesgos (procesos)
3. AMFE
4. Programas de reporte de incidentes
5. ACR
6. Evaluación retrospectiva
7. Gestión de quejas
8. Gestión clínica
9. Marco Regulatorio

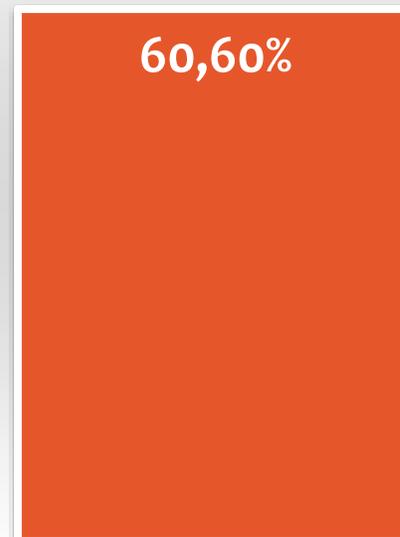


# Encuesta ARGENTINA 2017

Ha sufrido un incidente GRAVE en los últimos dos años?



NO



SI

# Programas de Reporte de Incidentes

## Reporte Voluntario

- ✓ Permite gestionar el caso
- ✓ Acompañar al equipo de Salud
- ✓ Cuidar los aspectos legales
- ✓ Genera cultura



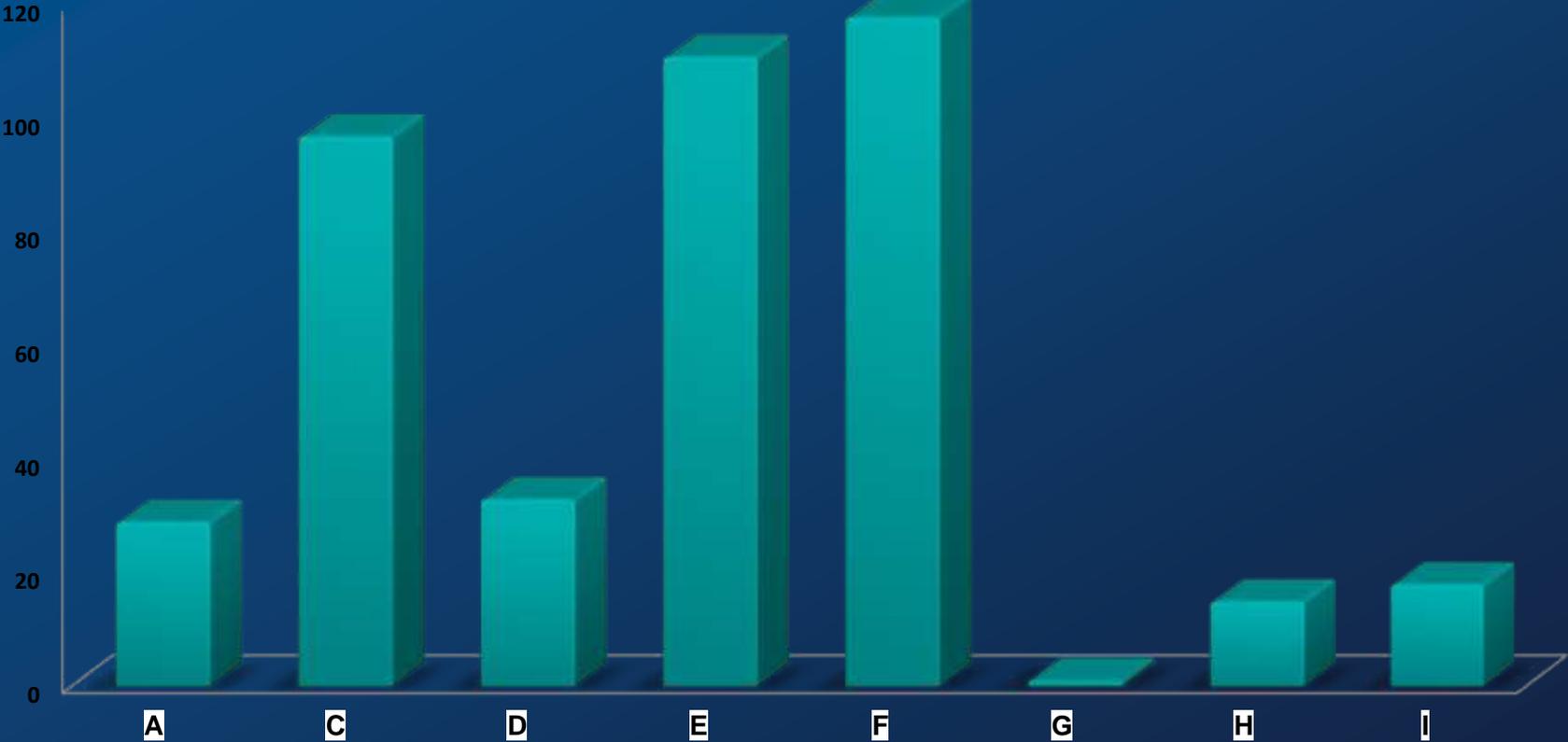
## Global Trigger Tools

- ✓ Metodología estandarizada
- ✓ Obtiene Indicadores Internacionalmente aceptados
- ✓ Permite comparar en el tiempo y con otros

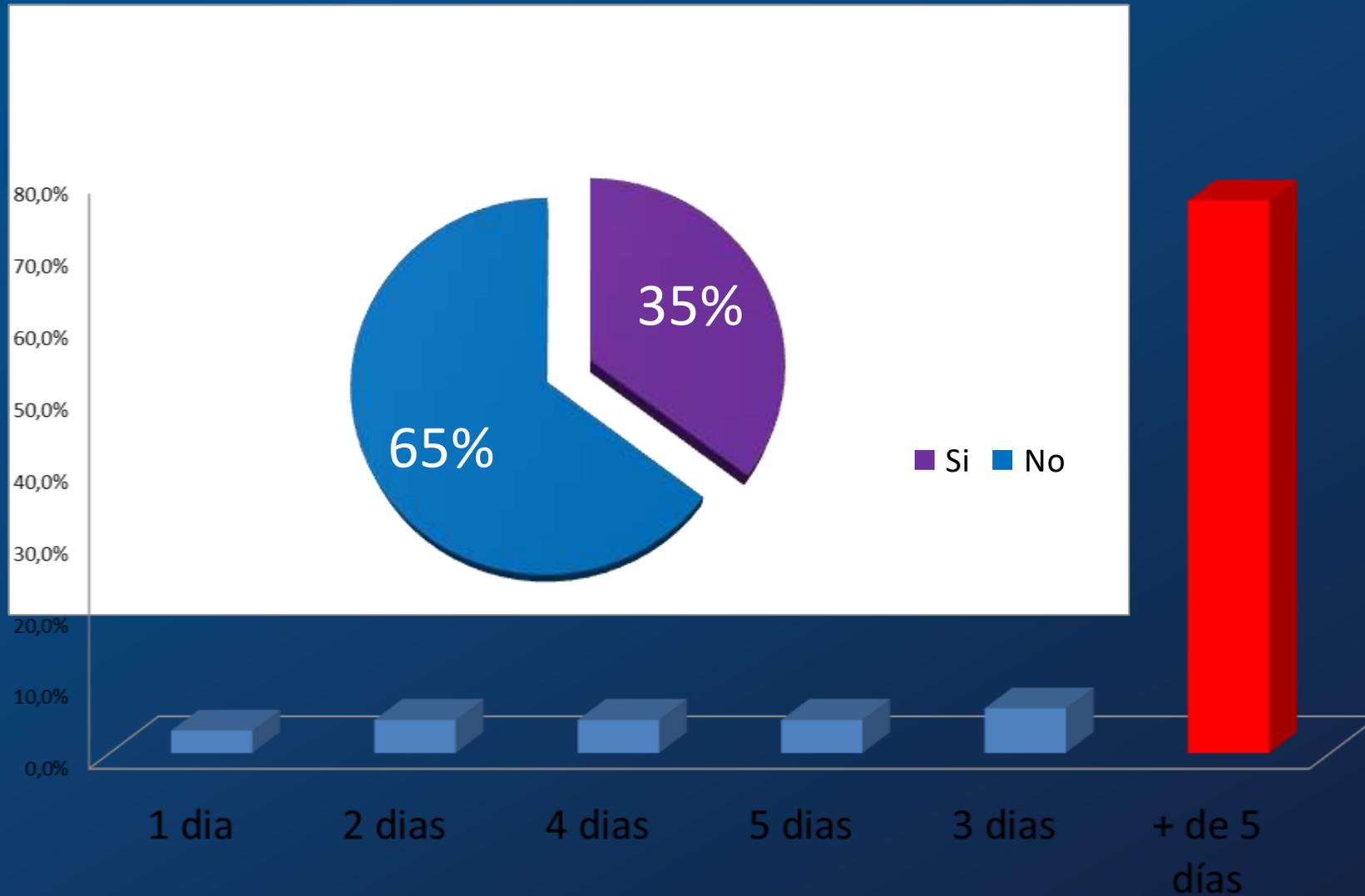


**EVENTOS  
CENTINELA**

# Clasificación del daño



# Prolongación de la Internación

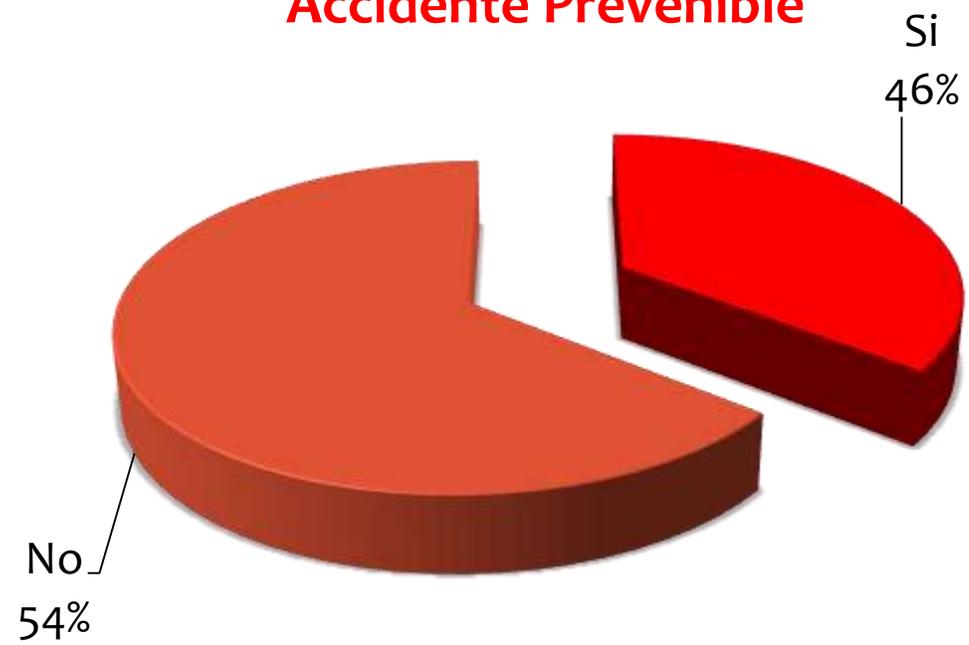


# Test de Reason

## Tipo de acto inseguro



## Accidente Prevenible



## GLOBAL TRIGGER TOOLS

Indicador	2011	2012	2013	2014	2015	2016
% admisiones con eventos adversos	14,17	12,93	10,83	10,44	10,53	10,48
N° eventos por 100 admisiones	15,23	14,79	13,16	14,3	13,19	13,92
N° eventos por mil días cama	38	32,46	26,87	26	30,1	27,36

# Protocolo de Londres

El protocolo de Londres es una versión revisada y actualizada de un documento previo conocido como **“Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”**

La nueva versión se desarrolló teniendo en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias que han avanzado enormemente en su prevención. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa.

## MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE SUCESOS ADVERSOS



# ACR

**Es una metodología reactiva, de investigación sistemática, de causas aparentes y latentes de los incidentes.**

El objetivo principal del ACR es un plan de acción con las estrategias que implementará la organización para reducir el riesgo de incidentes similares en el futuro.

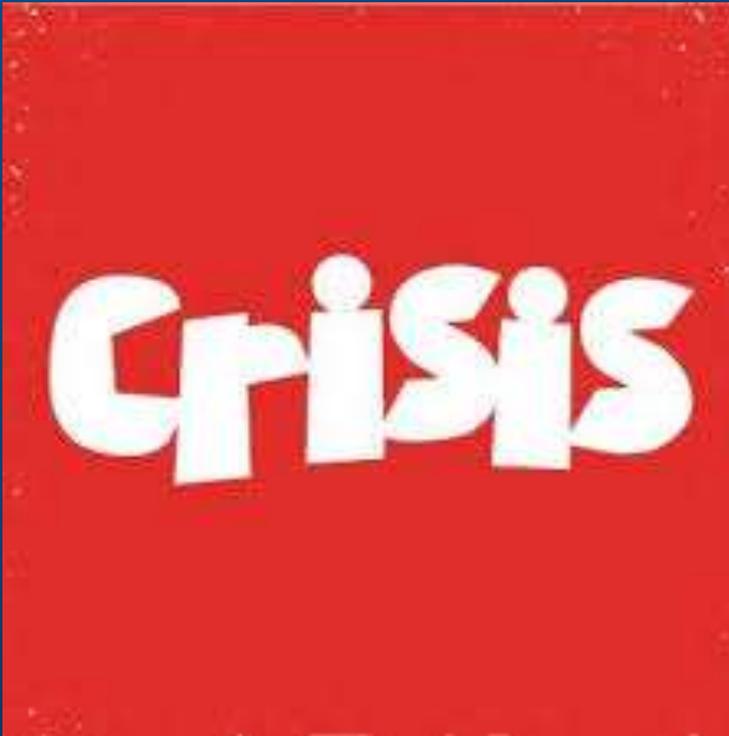
En el plan se deben definir las acciones concretas que se realizarán, los responsables y los plazos de implementación.

# Cómo se realiza un ACR?

- Relato del reporte
- Análisis de la documentación
- Entrevistas a todos los que participaron. Si es posible, debe incluir al paciente y la familia
- Trazar una línea de tiempo que comienza con el primer contacto entre el paciente y el equipo de salud
- Analizar cada paso
- Ponderar el resultado
- Elaborar un listado de fallas y otro de propuesta de mejora
- Devolución a los participantes incluida la familia



Qué nos pasa ante una situación de crisis?

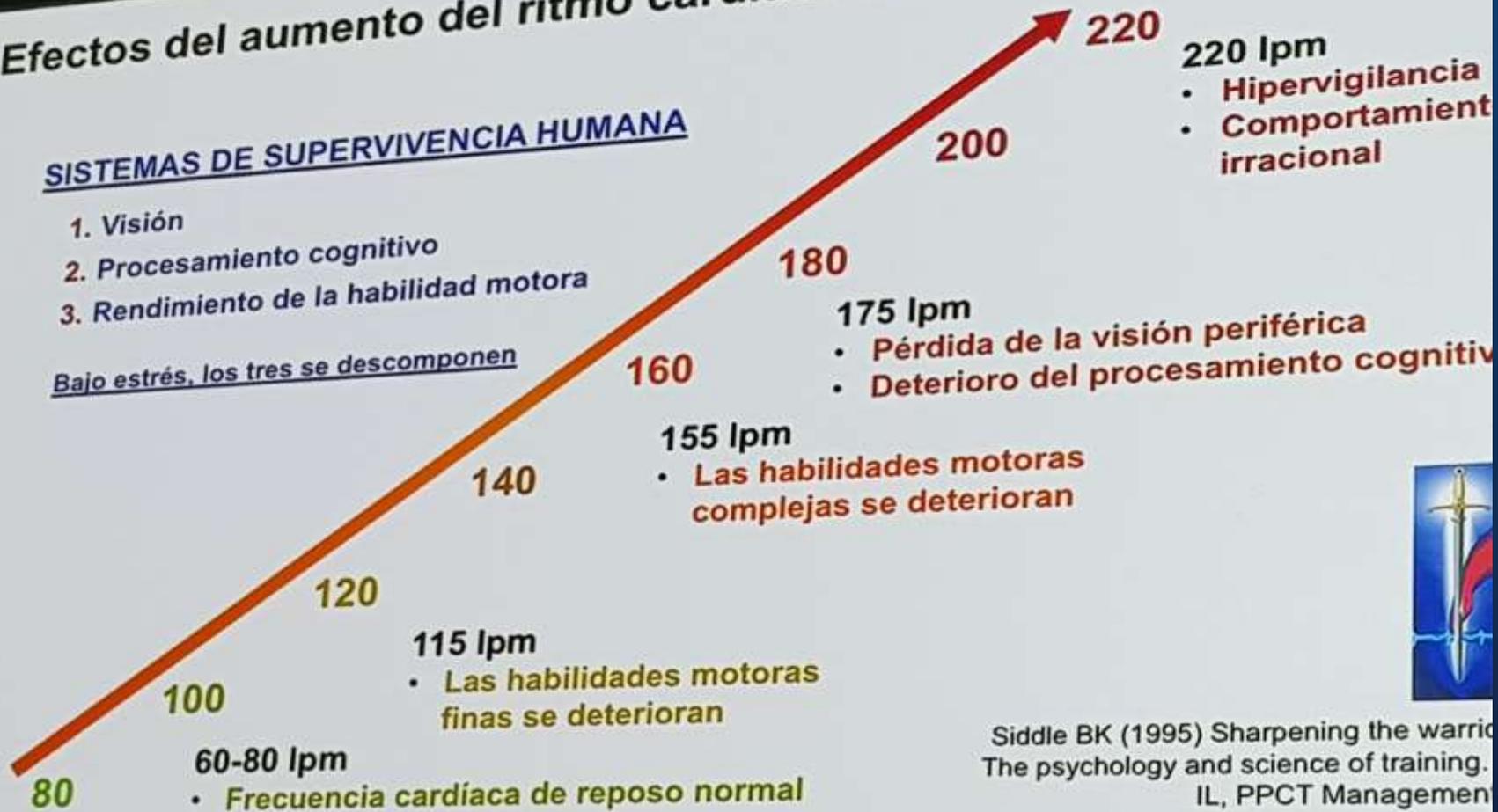


# Efectos del aumento del ritmo cardiaco inducido hormonalmente

## SISTEMAS DE SUPERVIVENCIA HUMANA

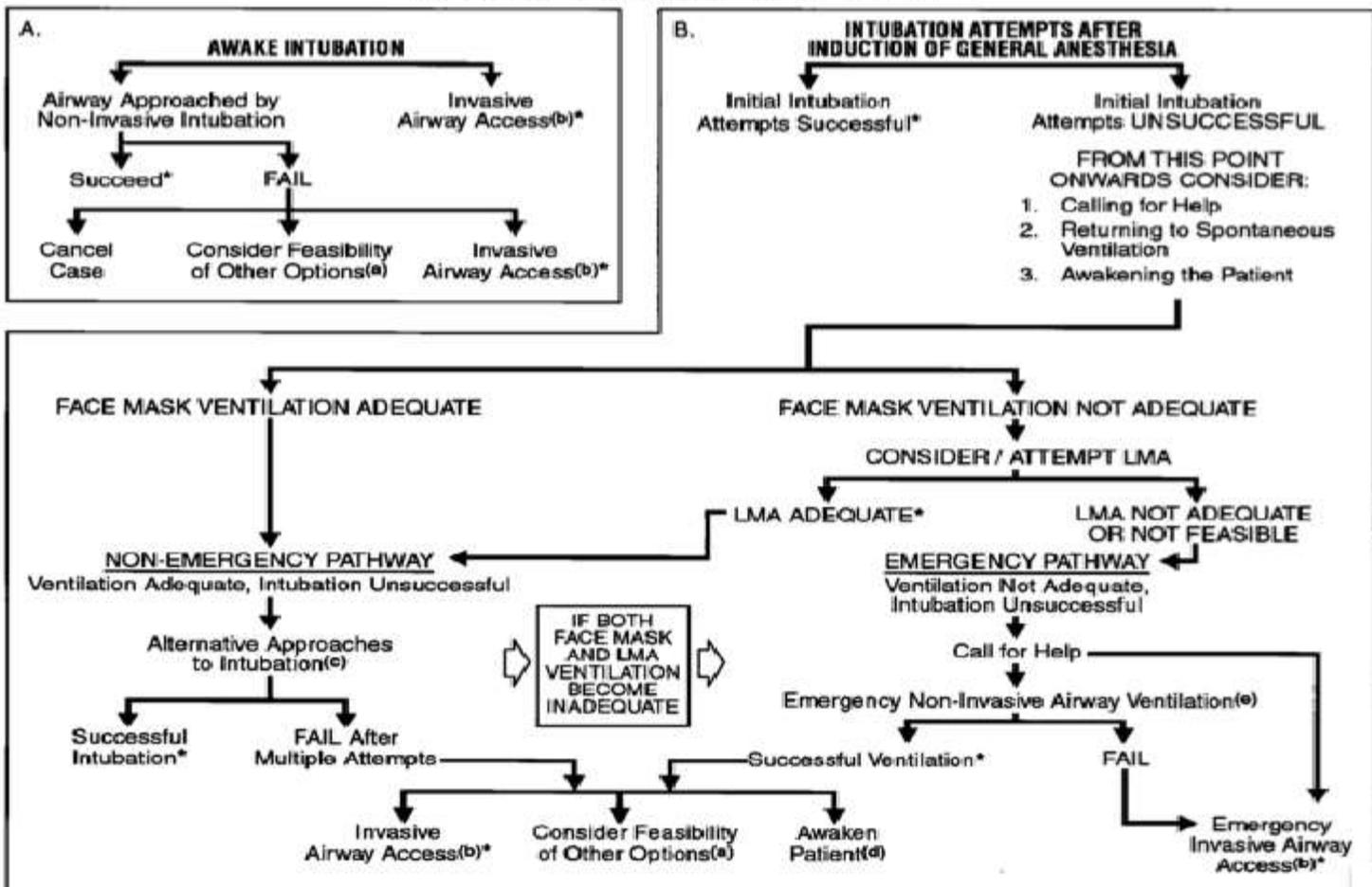
1. Visión
2. Procesamiento cognitivo
3. Rendimiento de la habilidad motora

Bajo estrés, los tres se descomponen



Siddle BK (1995) Sharpening the warrior  
The psychology and science of training.  
IL, PPCT Management

## DIFFICULT AIRWAY ALGORITHM



# BJA

British Journal of Anaesthesia

Volume 110, Number 2, February 2013

*British Journal of Anaesthesia* 110 (2): 167-9 (2013)  
doi:10.1093/bja/aes473

## EDITORIAL I

### 'Sixth sense' for patient safety

A. F. Smith<sup>1,2\*</sup> and K. Arfanis<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Anaesthesia and <sup>2</sup>Patient Safety Research Unit, Royal Lancaster Infirmary, Ashton Road, Lancaster LA1 4RP, UK

\* E-mail: andrew.f.smith@mbht.nhs.uk



## Entrenamiento de habilidades no técnicas

El “sexto sentido” se debe entrenar, NO es innato

No es como una luz que puede ser encendida o apagada, debe entrenarse y sostenerse en el tiempo

# CONCIENCIA SITUACIONAL



- Adecuada PERCEPCIÓN DINÁMICA de la situación
- COMPRENDER el impacto de los cambios
- PROYECTAR las CONSECUENCIAS FUTURAS de lo que está sucediendo y actuar en consecuencia
- PARA LOGRARLO DEBEN ENTRENARSE DIFERENTES MECANISMOS COGNITIVOS

# NAP 4

“La fijación a la tarea (imposibilidad de aceptar que se deben abandonar los intentos de una intubación traqueal), la reticencia al diagnóstico de no poder ventilar y no poder intubar (CICV) y la implementación tardía de técnicas de rescate, se ha documentado con frecuencia en los casos de CICV.”

# MATRIZ DE RIESGOS

Un Mapa de Riesgos es un instrumento de diagnóstico de los riesgos y de los daños potenciales en un ámbito determinado.

Tiene un carácter dinámico, necesario para medir el impacto de las intervenciones realizadas sobre los riesgos detectados a lo largo del período de gestión.

Es una herramienta preventiva y de control de gestión.

Indicador: ÍNDICE DE PROBABILIDAD DE RIESGO

# INDICE DE PROBABILIDAD DE RIESGO

## Matriz de Evaluación de Riesgo

TRASCENDENCIA  
IMPACTO/GRAVEDAD DE LAS CONSECUENCIAS

	Insignificante	Tolerable	Moderado	Importante	Catastrófico
PROBABILIDAD					
Frecuente	**	**	**	*****	*****
Probable	**	**	**	***	***
Ocasional	*	**	**	**	***
Infrecuente	*	*	**	**	***
Raro	*	*	**	**	**

\*\*\*\*\* Riesgo intolerable

\*\* Riesgo moderado

\*\*\* Riesgo importante

\* Riesgo bajo

# Elaboración de una Matriz de Riesgo Institucional

- Tipo de Institución
- Actividad principal
- Características Generales
- Evaluación de los Riesgos
- Recomendaciones



# Trabajo Práctico

## MATRIZ DE RIESGO

1. Hacer un listado de Riesgos del propio lugar de trabajo: Institución, Servicio, Obra social...
2. Ponderar los riesgos detectados
3. Establecer prioridades