

# Gestión del riesgo en salud

**Lucia Elizabeth Navarrete Carvajal**

Enfermera

Especialista en gerencia de instituciones de salud



# Relación de la seguridad del paciente con gestión del riesgo en salud

**Se entrelazan conjuntamente para minimizar los riesgos y mejorar la calidad y seguridad de la atención en salud. Esta interconexión se da en:**

- Identificar y analizar riesgos.
- Gestión de incidentes y eventos adversos.
- Medidas de control y prevención.
- Evaluación continua y mejora de la calidad.
- Participación del paciente.
- Tecnología y sistemas de información, entre otros.

# Bases teóricas de la gestión del riesgo

ISO 9001: 2015 apartado 6.1, se centra en la gestión del riesgo como requisito obligatorio.

No es solo corregir fallas (correctivo), sino preventivo a través de las barreras de seguridad.





# Evolución de las vigilancias



Presente y futuro

PREDICTIVA

Tecnología y Big Data

2015

PROACTIVA

Anticiparse

2011

VIGILANCIA ACTIVA

Reactiva

2009

VIGILANCIA PASIVA

Espontánea y voluntaria



# Sistemas de Gestión del Riesgo Clínico (SGRC)

Examinan los puntos en los cuales se presentan fallas durante las actividades de cuidado.

Permiten rediseñar los procesos de atención o desarrollar estrategias de mejoramiento para reducir o eliminar el potencial de que un evento adverso se presente en el futuro.



# Tipos de SGRC basados en análisis de procesos

(HPE)

Herramientas  
a prueba de  
error.

(AMFE)

Análisis de  
modo de fallas  
y efectos.

(ACR)

Análisis de  
causas - raíz.

# Tipos de SGRC basados en análisis de procesos

(PL)

Protocolo de  
Londres.

(MMCC)

Métodos de  
mejoramiento continuo  
de la calidad.

(ERP)

Evaluación del  
riesgo  
probabilístico.

## Comparaciones de la efectividad de los SGRC

CONCEPTOS EMPLEADOS SGRC IDEAL	AMFE	HPE	PL	EP	MMCC	ACR	ERP
Formación de un equipo	X		X	X	X	X	
Diagramación del proceso	X	X	X	X	X	X	X
Identificación de fallas y causas	X		X	X	X		X
Factores contributivos	X		X		X	X	
Definiciones de severidad y probabilidad	X	X	X				
Definición de detectabilidad	X						
Personas responsables y plan de acción	X		X	X	X	X	X

# Sistema recomendado en el contexto colombiano



Dentro de los procesos institucionales seguros como eje conductor del programa de seguridad del paciente la matriz de riesgos AMEF.



# Origen del AMEF

## Análisis modo falla y efecto

AMFE

---

Connotación en español.

AMEF

---

Creación en la industria militar 1949.

HFMA

---

Siglas en inglés centrado en salud.

# ¿Qué es AMEF?

## A - análisis

Se refiere a la acción de examinar, evaluar o estudiar un proceso, producto o sistema en busca de posibles problemas o fallas.

01

03

## E - efecto

Consecuencias o impactos que pueden surgir como resultado de una falla en el proceso, producto o sistema.

02

## M - modo

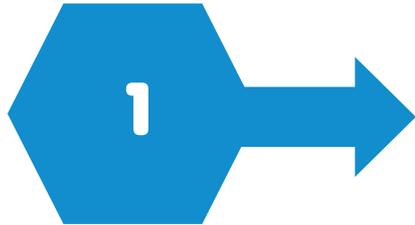
Diferentes formas o maneras en las que un proceso, producto o sistema podría experimentar una falla o un problema.

## F - falla

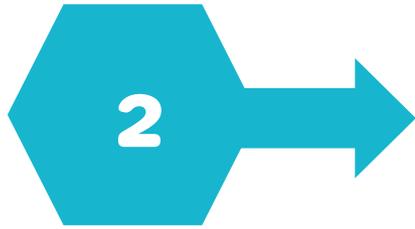
Cualquier evento no deseado o situación en la que un proceso, producto o sistema no funciona como se espera.

04

## ¿Ventajas del AMEF?



Herramienta de prevención de incidentes/eventos adversos.



Identifica fallas de procesos, organización o sistemas, no se enfoca en individuos.



Priorización de riesgos y optimización de recursos.



Mejora la calidad en los procesos de atención.

# Clasificación AMEF según la actuación

**Proactivo:**

Medidas  
preventivas.

**Reactivo:**

Respuesta ante  
un evento.

# AMEF para procesos de alto riesgo



## REINGENIERIA DE PROCESO

Cambia de manera radical un proceso.



## REDISEÑO DE PROCESO

En una parte del proceso se agregan o eliminan actividades (agregando barreras de seguridad).

# Procesos de alto riesgo

## ¿Qué es proceso de alto riesgo?

Actividades, procedimientos o situaciones en el entorno de atención médica que tienen un mayor potencial de causar daño o perjuicio a los pacientes.

## ¿Cuáles son procesos de alto riesgo?

- Administración medicamentos.
- Transfusiones.
- Procedimientos quirúrgicos.
- Ayudas diagnósticas.
- Etc.





# Para analizar es necesario conocer estos conceptos

01

## RIESGO

Probabilidad que se presente un daño.

Se redacta en futuro.

02

## PROBLEMA

Evento que afecta a la organización o el paciente.

Se redacta en presente o pasado.

03

## PELIGRO

Mala práctica que está sucediendo.

Se redacta en presente.

# NPR - Número Prioritario de Riesgo



**Gravedad (S):** se conoce como severidad o impacto.



**Ocurrencia (O):** se conoce como probabilidad.



**Detectabilidad (D):** se centra en controles.

Este se calcula multiplicando estos tres valores:

$NPR = S \times O \times D. (5 \times 5 \times 5).$

El resultado es un número que proporciona una medida relativa del riesgo asociado. Se priorizan los puntajes  $>32$ .

# Severidad (S)

CALIFICACIÓN	CATEGORÍA	CRITERIO
1	Inocua	<b>Sin afectación al Resultado</b> Sin efecto perceptible, sin afectación al resultado o al paciente
2	Menor	<b>Perdida de oportunidad de emisión del Resultado.</b> Sin afectación al paciente, pero con pérdida de oportunidad en la emisión del resultado o pérdida de reactivo.
3	Moderada	<b>Resultados no validados (Reprocesos)</b> Repetición de pruebas, daño moderado al paciente; no prescripción de tratamiento requerido; tratamiento inapropiado; diagnóstico incorrecto.
4	Importante	<b>Resultados erróneos validados</b> Entrega de resultados falsos positivos o falsos negativos que fueron identificados por el medico tratante.
5	Severa	<b>Resultado que afecta el diagnostico o tratamiento del paciente</b> Entrega de resultados falsos positivos o falsos negativos que fueron identificados por el medico tratante, con un daño que requiera una intervención quirúrgica, daño en una función o estructura corporal o necesita una hospitalización o prolongación de la hospitalización, transfusión de producto biológico no adecuado

Calificación de los modos de falla, severidad del efecto de la falla sobre el paciente.

# Frecuencia de ocurrencia (O)

CALIFICACIÓN	CATEGORÍA	CRITERIO
1	Remota	<b>Casi nunca ocurre.</b> La falla es improbable o es eliminada a través de controles menor o igual a una falla en (N° <u>xxxx</u> de pruebas realizadas)
2	Baja	<b>Ocurre raramente</b> Existen relativamente pocas fallas, 2 fallas en N° <u>xxxxx</u> de pruebas realizadas
3	Moderada	<b>Ocurre poco frecuentemente</b> Fallas ocasionales, con poca frecuencia 3 fallas en N° <u>xxxx</u> de pruebas realizadas
4	Alta	<b>Ocurren frecuentemente</b> Fallas frecuentes, 4 fallas en N° <u>xxxx</u> de pruebas realizadas
5	Muy alta	<b>Casi siempre ocurren</b> Fallas persistentes, más de 4 fallas en N° <u>xxxx</u> de pruebas realizadas

Calificación de los modos de falla, probabilidad de la ocurrencia de la falla.

# Detectabilidad (D)

CALIFICACIÓN	CATEGORÍA	CRITERIO
1	Muy alta	<b>La falla será siempre detectada</b> Detectado antes del análisis, controles seguros y adecuados para detectar la falla (95-100%)
2	Alta	<b>La falla será frecuentemente detectada</b> Detectado durante el análisis, controles eficaces a la hora de detectar la falla (75-94%)
3	Moderado	<b>La falla no será detectada frecuentemente</b> Detectado después del análisis (40-74%), se han establecido controles que tienen una buena oportunidad para detectar la falla
4	Baja	<b>La falla raramente será detectada</b> Detectado durante la validación, el control es logrado con doble inspección (6-39%)
5	Remota	<b>La detección no será posible en ningún punto de los procesos.</b> Detectado después que el resultados ha salido del laboratorio, no se puede detectar o no se verifica ( 0-5%).

Calificación de los modos de falla, detectabilidad la falla sobre el paciente.



## Ejemplo de un análisis bajo la Matriz de Riesgo AMEF

Actividades Críticas del Proceso que produce el servicio evaluado	Servicio	Descripción del riesgo, problema o peligro	Modo de Fallo (Falla activa o acción inseguras por error)	Efecto (Incidente o Evento Adverso)	Causas de errores o fallas en la atención (Factores contributivos)	Métodos de detección que existen en la Institución (Barreras actuales)	Gravedad (impacto)	Ocurrencia (probabilidad)	Detectabilidad	NPR inicial	Acciones recomendadas. (barreras de seguridad)
Traslado de pacientes en hospitalización	Hospitalización	<p>Riesgo de caída de paciente durante el traslado de hospitalización a cirugía. (riesgo)</p> <p>Caída de paciente. (problema)</p> <p>Traslado de pacientes sin barandas arriba (peligro)</p>	<p>*Identificación inadecuada del riesgo de caída del paciente.</p> <p>*Inmovilización Inadecuada.</p> <p>*Movilización inapropiada del paciente.</p> <p>*Falta de acompañamiento y monitoreo al paciente.</p>	<p>*Aumento de la estancia hospitalaria.</p> <p>*Lesiones en piel.</p> <p>*Traumatismos.</p> <p>*Sobrecosto de la atención.</p> <p>*Lesiones osteomusculares.</p> <p>*Quejas e inconformidades</p> <p>*Aumento de la morbimortalidad por el trauma según la severidad de éste.</p>	<p>*Ausencia de programas de inducción y reinducción a todo el personal.</p> <p>*Falta de experiencia del personal que realiza el procedimiento.</p> <p>*Inadecuada implementación de la herramienta de valoración del riesgo de caídas.</p> <p>*Pacientes mayores de 60 años y menores de 5 años</p>	Actualmente se cuenta con protocolos de prevención de caídas	3	5	5	75	<p>*Aplicación del instrumento de valoración del riesgo de caídas.</p> <p>*Vigilancia activa a través de rondas de seguridad.</p> <p>*Fortalecer el contenido y aplicación de programas de inducción y reinducción al personal encargado de realizar las valoraciones.</p> <p>*Actualizar y hacer seguimiento al protocolo.</p>

**Muchas  
gracias**