



## ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO

GESTION DE CALIDAD

MANUAL GESTION DEL RIESGO

Código PE-GC-M-04


Versión 02

Página 1 de 18

### MANUAL DE GESTION DEL RIESGO

GESTION DE CALIDAD

ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>	
	GESTION DE CALIDAD	
	MANUAL GESTION DEL RIESGO	Código <b>PE-GC-M-04</b>
		Versión 02
	Página	2 de 18

## INDICE

	<b>Pág.</b>
1. INTRODUCCION .....	3
2. JUSTIFICACION.....	3
3. OBJETIVOS:.....	4
4. POBLACION OBJETO .....	4
5. ALCANCE.....	4
6. EVALUACION COSTO BENEFICIO .....	4
7. ACTUALIZACION .....	4
8. MONITORIZACION.....	5
9. DEFINICIONES RELACIONADAS CON LA ESTRATEGIA DE LA SEGURIDAD .....	5
10. JUSTIFICACION.....	5
11. METODOLOGÍA EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD DE LA ESEHRC DESTACAMOS LOS SIGUIENTES COMPONENTES Y ACTIVIDADES:.....	6
12. INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS.....	16

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>	
	GESTION DE CALIDAD	
	MANUAL GESTION DEL RIESGO	Código <b>PE-GC-M-04</b>
	Versión	02
	Página	3 de 18

## 1. INTRODUCCION

La palabra riesgo viene del italiano RISICAR que significa desafiar, retar, enfrentar, atreverse. En el diccionario español latino etimológico se define como peligro, prueba, tentativa, exponerse a un peligro, poner en peligro a uno, suscitarle algún peligro, lanzarse, arrojarse al peligro.

Decreto 1011 de 2006 el cual establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la Resolución 1446 por la cual se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud, encontramos que riesgo es “toda posibilidad de ocurrencia de aquella situación que pueda entorpecer el desarrollo normal de las funciones de la entidad y le impidan el logro de sus objetivos”, y cuya materialización en el ámbito de la prestación de servicios de salud, generaría una atención insegura que puede provocar una lesión o daño no intencional a un paciente mientras se le atiende.

Basados en todo lo anterior, la administración del riesgo en forma integral cuenta las situaciones relacionados con los recursos humanos, físicos, financieros, tangibles e intangibles, al igual que las fuentes que generan valor, las internas y las externas relacionadas con los proveedores, socios, usuarios, entre otros.

Aunque existen diversos instrumentos, que puedan acercarse a esa finalidad, la técnica conocida como **Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE)** es, probablemente, el instrumento más extendido para analizar los riesgos asistenciales de un modo prospectivo, por lo que la ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO ha decidido utilizarla como herramienta de seguridad en las Ips que conforman la ESEHRC.

## 2. JUSTIFICACION

Alcanzar la seguridad máxima en la atención al paciente es una causa altamente justificativa para desarrollar modelos de actuación tipo AMFE. Esta es, por definición, una metodología orientada a maximizar la satisfacción del cliente mediante la reducción o eliminación de los problemas potenciales o conocidos, que puedan afectarle. Para ello, incluso, el AMFE se debe comenzar tan pronto como sea posible, incluso cuando aún no se disponga de toda la información.

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>	
	GESTION DE CALIDAD	
	MANUAL GESTION DEL RIESGO	Código <b>PE-GC-M-04</b>
	Versión	02
	Página	4 de 18

### **3. OBJETIVOS:**

#### Objetivo general:

- Elaborar un Mapa de Riesgo de la actividad en la ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO.
- Identificar aquellos que son más frecuentes y los que tienen mayor gravedad.
- Elaborar planes de actuación en función de los riesgos detectados para su corrección.
- Implicar a los profesionales de la ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO en la cultura de la seguridad.
- Implicar a los usuarios en una cultura de la seguridad participando activamente en la misma.

#### Objetivos específicos:

El objetivo específico de este AMFE, para la ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO, es potenciar el Plan de Seguridad en la institución para mejorar la Calidad de nuestra asistencia mediante la realización de una Práctica más Segura, identificando los puntos de mayor riesgo de nuestra

### **4. POBLACION OBJETO**

Todo aquel paciente que demande servicios en cualquiera de las IPS adscritas de la ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO.

### **5. ALCANCE**

Sera aplicado por todos los funcionarios de salud que trabajen en la ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO

### **6. EVALUACION COSTO BENEFICIO**

Se pretende que con el presente procedimiento que el personal de salud del Puesto de salud de Gramalote adquiera conocimiento respecto a su adopción, orientando y aconsejando al personal a entregar una atención humanizada, amable y segura.

### **7. ACTUALIZACION**

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>	
	GESTION DE CALIDAD	
	MANUAL GESTION DEL RIESGO	Código <b>PE-GC-M-04</b>
	Versión	02
	Página	5 de 18

La actualización del procedimiento se realizará en forma ordinaria cada tres años o de acuerdo a las necesidades del servicio; y estará será definida por el comité de calidad, Coordinación del área y Coordinación Administrativa del Puesto de salud de Gramalote.

## 8. MONITORIZACION

Se realizaran evaluaciones y análisis de resultados en todos los servicios

## 9. DEFINICIONES RELACIONADAS CON LA ESTRATEGIA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL SOGCS

**Evento Adverso:** Daño no intencional causado al paciente como un resultado clínico no esperado durante el cuidado asistencial y puede o no estar asociado a error.

**Complicación:** Resultado clínico adverso de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

**Incidente:** Falla en el proceso asistencial que no alcanza a causar un evento adverso o complicación.

**Error Asistencial:** Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que hace parte del proceso asistencial y que lleva a la ocurrencia de un evento adverso; puede generarse desde la planeación de la atención bien sea por acción y/o por omisión.

**Riesgo Asistencial:** Factor que puede o no estar asociado a la atención en salud, que aumenta la probabilidad de obtener un resultado clínico no deseable.

**Práctica Segura:** Intervención tecnológica y científica o administrativa en el proceso asistencial en salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

**Seguridad:** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

## 10. JUSTIFICACION

Dado que el Sistema único de habilitación busca controlar el riesgo asociado a la prestación de servicios de salud y controlar las condiciones en que se ofrecen los servicios, es fundamental no solo establecer las condiciones mínimas de estructura, sino poder entender como estas deben contribuir a mejorar el resultado en la atención. Por esta razón, es importante identificar una serie de indicadores de seguimiento a

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>	
	GESTION DE CALIDAD	
	MANUAL GESTION DEL RIESGO	Código <b>PE-GC-M-04</b>
	Versión	02
	Página	6 de 18

riesgo. Dichos indicadores deben servir de herramienta objetiva de medición y análisis del desempeño de cada uno de los servicios, los cuales deben ser punto de partida para el mejoramiento.

La verificación de la realización de algunas de las actividades normales de la prestación del servicio de salud permite controlar el riesgo asociado a la misma y controlar las condiciones en que se ofrecen los servicios, es fundamental no solo establecer las condiciones mínimas de estructura, sino poder entender como estas deben contribuir a mejorar el resultado en la atención. Por esta razón, se lista una serie de indicadores de seguimiento a riesgo. Dichos indicadores deben servir de herramienta objetiva de medición y análisis del desempeño de cada uno de los servicios, los cuales deben ser punto de partida para el mejoramiento.

### **11. METODOLOGÍA EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SEGURIDAD DE LA ESEHRC DESTACAMOS LOS SIGUIENTES COMPONENTES Y ACTIVIDADES:**

- 1.- Creación de una Comisión de Seguridad, que entre otras funciones analice las causas raíz de sucesos centinelas y desarrolle y difunda el mapa de riesgo de la institución.
- 2.- Parcelar la actividad de la ESHRC, conforme a su estructura y funciones (consultas, hospitalización, urgencias, odontología, promoción y prevención, consulta prioritaria.
- 3.- Identificando, en cada una de las Ips, los riesgos y eventos que les sean propias y para construir, en cada una, el Mapa de Riesgo correspondiente.
- 4.- Analizar los problemas de seguridad mediante la Técnica AMFE.

**Concepto de AMFE. Definiciones** El origen del AMFE está en la ingeniería y es una técnica utilizada, con frecuencia, en sectores en los que la seguridad es un componente crítico de su buen funcionamiento. Su aplicación en sanidad es más reciente, pero se ha mostrado muy eficaz en reducir riesgos en técnicas diagnósticas, procesos, aparataje, procedimiento asistencial, protocolos, vías clínicas etc. bien en la fase de **"diseño"** - antes de poner en funcionamiento-, bien en la fase de **"proceso"** – cuando ya están funcionando, pero se considera que su rendimiento no es óptimo. El AMFE, se utiliza como una herramienta para identificar y evaluar los posibles fallos de los procesos, sus causas, así como los posibles efectos. Se pueden ordenar estos fallos según el riesgo, la probabilidad de ocurrencia y las posibilidades de detección y así poder establecer acciones correctoras...

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>	
	GESTION DE CALIDAD	
	MANUAL GESTION DEL RIESGO	Código <b>PE-GC-M-04</b>
	Versión	02
	Página	7 de 18

**Beneficios. Objetivos** El principal interés del AMFE es el de resaltar los puntos críticos con el fin de eliminarlos o establecer un sistema preventivo (medidas correctoras) para evitar su aparición o minimizar sus consecuencias, con lo que se puede convertir en un riguroso procedimiento de detección de defectos potenciales, si se aplica de manera sistemática. Con ello se promueve el trabajo en equipo, se mejora la fiabilidad, costes económicos o sociales y finalmente la satisfacción del cliente...

**Tipos de AMFE** Adaptándolo a la Actividad sanitaria podemos destacar tres tipos de AMFE: – AMFE de DISEÑO (producto/servicio): cuando se comienza en desarrollo de un nuevo producto o servicio.– AMFE de PROCESO: ante un proceso/práctica asistencial existente en el que se desea introducir un método a prueba de fallos.– AMFE de MEDIOS: ante la adquisición de una nueva tecnología o equipo y se intentan prevenir los posibles fallos del aparato.

**Metología del AMFE** Un AMFE debe aplicarse siguiendo unos pasos o etapas:

a.- Definir el área objeto de análisis: Por ejemplo las que tienen riesgo, presenta problemas o fallos reiterados.

b.- Elegir el equipo: Constituidos por profesionales que conocen el proceso que se analiza.

c.- Determinar los fallos potenciales, causas y efectos de los mismos: Siempre referidos a los que tienen relación directa y exclusiva con el tema que se analiza (por ejemplo seguridad del paciente)

d.- Analizar el índice de riesgo de cada uno de los fallos: Para cada uno se debe determinar la gravedad (G), la probabilidad ó frecuencia (F) de que ocurra y la posibilidad de ser detectada (D) precozmente.

e.- Aplicar mejoras. Debe considerar la acción más importante, pues debe conducir a la solución o evitación de los problemas

## **Aplicación a la ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO**

**A/ Definición del área objeto de análisis (identificación de la cuestión a analizar)**

**B/ Elección del equipo de trabajo** El equipo de trabajo debe estar integrado por los profesionales involucrados que conozcan el proceso objeto de análisis (especialmente médicos y enfermeros, sin descartar otros). Conviene contar con

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>		
	GESTION DE CALIDAD		
	MANUAL GESTION DEL RIESGO	Código	<b>PE-GC-M-04</b>
		Versión	02
	Página	8 de 18	

profesionales que conozcan la metodología y la dinámica de grupos, así como por un coordinador Nuestro grupo se ha compuesto de: YAMID TORRADO (Medico coordinador). TERESA JEREZ (Enfermera Coordinadora de PYP). FANNY MUÑOZ GUARIN (Control Interno). SONIA ROCIO FLOREZ GAMBOA (Auditora de Calidad), DAYANA SERRANO (BACTERIOLOGA, Moderador)

**C/ Descripción gráfica de las fases del proceso (Tabla I)** En esta etapa se esquematizan, gráficamente, las **Secuencias y las Etapas** del proceso. Se puede emplear un simple diagrama de flujo en el que, inicialmente, establecemos los límites del AMFE (principio y final) y después se señalan las etapas intermedias (pueden definirse y analizarse tantas etapas como se necesite, incluso un sola si su trascendencia es significativa.

**Tabla I: Etapas del proceso:** Definimos las Etapas/Actividades conforme al propio guión de funcionamiento de la DP: indicación, manejo material, actividad de infusión, drenaje, medicamentos, etc. todas ellas posibles causantes de alteraciones varias en el Proceso de DP, pero especialmente incidentes en la seguridad de la técnica.

Tabla I. Estructura gráfica de Etapas de un proceso AMFE			
ETAPAS DEL PROCESO	FALLOS	CAUSAS	EFECTOS
Indicación de Diálisis Peritoneal			
Cuidados del Acceso Peritoneal			
Adecuar Conector y Prolongador			
Infundir líquido intraperitoneal			
Drenar contenido peritoneal			
Administrar medicación intraperitoneal, cuando proceda			

**D/ Determinación de los fallos potenciales, causas y efectos (Tabla II) Fallos:**

- **Fallo**, se puede definir como aquella forma en que una pieza, producto ó actuación, puede alterar potencialmente el propósito, el rendimiento o la expectativa esperada. Los modos de fallo potencial se deben describir en términos "físicos" o técnicos, no como síntoma detectable por el cliente.

- **Causas del modo de fallo:** La causa, o causas potenciales, del modo de fallo están en el origen del mismo y constituyen el indicio de una debilidad del diseño cuya consecuencia es el propio modo de fallo. Es necesario relacionar con la mayor amplitud posible todas las causas de fallo concebibles que pueda asignarse a cada modo de fallo.

- **Efectos:** Normalmente es el síntoma detectado por el cliente/ usuario del modo de fallo, es decir si ocurre el fallo potencial, como lo percibe el cliente, pero también como repercute en el sistema. Se trata de describir las consecuencias, no deseadas, del fallo que se puede observar o detectar y siempre deberían indicarse en términos de rendimiento o eficacia del producto/proceso. Es decir, hay que describir los síntomas tal como lo haría el propio usuario.





## ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO

### GESTION DE CALIDAD

MANUAL GESTION DEL RIESGO

Código **PE-GC-M-04**

Versión 02

Página 9 de 18

A efectos prácticos se suele hacer enmarcando dichos fallos potenciales al lado de cada actividad del proceso. Siempre hay que pensar en los fallos que produzcan sólo efectos sobre el tema que se pretende mejorar (en nuestro caso, la seguridad del paciente). Naturalmente cada IPS podría valorar, mediante AMFE, los fallos definidos en esa IPD.

**E/ Analizar el índice de riesgo de cada uno de los fallos** Cada modo de Fallo, puede expresarse en diferentes modos o maneras, que pueden repercutir también, en el efecto, de un modo distinto. Las expresiones claves son la Gravedad o severidad del hecho; la Frecuencia con que se produce y la Detectabilidad (facilidad de detección) del mismo.

**Tabla II: Determinar los fallos potenciales y las causas y efectos consecuentes.**

En DP hemos ubicado los "Fallos" en la correspondiente Etapa. Posteriormente hemos identificado las "Causas" o razones del Fallo. Finalmente que "Efectos" podemos detectar, consecuentes al fallo y su expresión sobre la seguridad del proceso

Tabla II: Secuencia de relación entre Fallos , Causas y Efectos			
ETAPAS DEL PROCESO	FALLOS	CAUSAS	EFFECTOS
Indicación de Diálisis Peritoneal	Mal inicio general Ignorar alergias	Ignorar contraindicaciones Ignorar historia	Problemas Funcionales Peritonitis química Alergia cutánea
Cuidados Acceso Peritoneal	Mal Funcionamiento	Implantación/cuidados Incorrecta/s	Necesidad de cambio. Infección
Adecuar Conector y Prolongador	Mal ajuste Contaminación	Elección inadecuada del dispositivo Desinfección inadecuada No seguir protocolo	Fuga Contaminación Peritonitis
Infundir líquido intraperitoneal	Neumoperitoneo	No cebado línea Técnica inadecuada	Dolor abdominal
Drenar contenido peritoneal	Drenaje Insuficiente	Prisas. Peso incorrecto Ignorar historia	Dolor abdominal Sobre hidratación
Administrar medicación intraperitoneal, cuando proceda	Contaminación Ignorar alergias Dosis inadecuada de medicación	Falta de asepsia No seguir protocolo Ignorar historia Ignorar prescripción Hacer mal los cálculos	Peritonitis Reacción anafiláctica Alergia cutánea Falta de eficacia (infradosis) Efecto adverso (sobredosis)

**E.1.- Gravedad (Tabla III).** Mide el daño normalmente esperado que provoca el fallo en cuestión. Determina la importancia o severidad del efecto del modo de fallo potencial para el cliente. También cabe considerar el daño máximo esperado, el cual iría asociado también a su probabilidad de generación. - **Índice de Gravedad (G):** Indica la trascendencia del Fallo. Se mide con una escala del 1 al 10, conforme a la mayor o menor insatisfacción del receptor o cliente o por la degradación de la función o prestaciones. (Tabla III)

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>	
	GESTION DE CALIDAD	
	MANUAL GESTION DEL RIESGO	Código <b>PE-GC-M-04</b>
	Versión	02
	Página	10 de 18

VALORACIÓN DEL NIVEL DE GRAVEDAD		
GRAVEDAD	CRITERIO	VALOR
Muy baja. Repercusiones imperceptibles	No es razonable esperar que este fallo de pequeña importancia origine efecto real alguno sobre el rendimiento del sistema. Probablemente, el cliente ni se daría cuenta del fallo	1
Baja. Repercusiones irrelevantes apenas perceptibles	El tipo de fallo originaría un ligero inconveniente al cliente. Probablemente, este observaría un pequeño deterioro del rendimiento del sistema sin importancia. Es fácilmente subsanable	2 a 3
Moderada. Defectos de relativa importancia	El fallo produce cierto disgusto e insatisfacción en el cliente. El cliente observaría deterioro en el rendimiento del sistema	4 a 6
Alta. Fallos presentes con frecuencia	El fallo puede ser crítico y verse inutilizable el sistema. Produce un grado de insatisfacción elevado	7 a 8
Muy alta. Fallo casi seguro	Modalidad de fallo potencial muy crítica que afecta el funcionamiento de seguridad del producto o proceso y/o involucra seriamente el incumplimiento de normas reglamentarias. Si tales incumplimientos son graves corresponde un 10	9 a 10

**E.2. Frecuencia/ ocurrencia (Tabla IV).** Es la Probabilidad de que una causa potencial de fallo (causa específica) se produzca y dé lugar al modo de fallo. Se trata de una evaluación subjetiva, con lo que se recomienda, si se dispone de información, utilizar datos históricos o estadísticos. - **Índice de Ocurrencia (O):** Evalúa la probabilidad de que se produzca el Modo de Fallo por cada una de las Causas Potenciales, en una escala del 1 al 10. (Tabla IV)

VALORACIÓN DE LA PROBABILIDAD DE FRECUENCIA		
FRECUENCIA	CRITERIO	VALOR
Muy baja. Improbable	Ningún fallo se asocia a procesos casi idénticos, ni se ha dado en el pasado, pero es concebible	1 ( $<1/1500000$ )
Baja	Fallos aislados en procesos similares o casi idénticos. Es razonablemente esperable en la vida del sistema, aunque es poco probable que suceda	2 ( $1/150000$ ) 3 ( $1/15000$ )
Moderada	Defecto aparecido ocasionalmente en procesos similares o previos al actual. Probablemente aparecerá algunas veces en la vida del componente /sistema	4 ( $1/2000$ ) 5 ( $1/400$ )
Alta	El fallo se ha presentado con cierta frecuencia en el pasado en procesos similares o previos procesos que han fallado	6 ( $1/80$ ) 7 ( $1/20$ ) 8 ( $1/4$ )
Muy alta	Fallo casi inevitable. Es seguro que el fallo se producirá frecuentemente	9 ( $1/3$ ) 10 ( $1/2$ )

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>	
	GESTIÓN DE CALIDAD	
	MANUAL GESTION DEL RIESGO	Código <b>PE-GC-M-04</b>
	Versión	02
	Página	11 de 18

**E.3. Detectabilidad (Tabla V).** Es esencial en el AMFE. Indica la probabilidad de que la causa y/o modo de fallo, supuestamente aparecido, sea detectado con antelación suficiente para evitar daños, a través de los "controles actuales" existentes a tal fin. Es decir, la capacidad de detectar el fallo antes de que llegue al cliente final. Cuanto más difícil sea detectar el fallo existente y más se tarde en detectarlo más importantes pueden ser las consecuencias del mismo. - **Índice de Detección (D):** Evalúa, para cada Causa, la probabilidad de Detectar dicha Causa, y el Modo de Fallo resultante, antes de llegar al cliente en una escala del 1 al 10. (Tabla V)

VALORACIÓN DE LA PROBABILIDAD DE DETECCIÓN		
DETECTABILIDAD	CRITERIO	VALOR
Muy alta	El defecto es obvio. Resulta muy improbable que no sea detectado por los controles existentes.	1
Alta	El defecto aunque es obvio y fácilmente detectable, podría en alguna ocasión escapar a un primer control, aunque sería detectado con toda seguridad a posteriori	2 a 3
Mediana	El defecto es detectable y posiblemente no llegue al cliente. Posiblemente se detecta en los últimos estadios de producción	4 a 6
Pequeña	El defecto es de tal naturaleza que resulta difícil detectarlo con los procedimientos establecidos hasta el momento	7 a 8
Improbable	El defecto es de tal naturaleza que resulta difícil detectarlo con los procedimientos establecidos hasta el momento	9 a 10

**E.4. Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) (Tabla VI)** Es el indicador final de la importancia del riesgo. Es el producto de los tres factores que lo determinan (**GxOxD**), ocurriendo cifras entre 1 a 1.000. Debe ser calculado para todas las causas de fallo. No se establece un criterio de clasificación de tal índice. No obstante un IPR inferior a 100 no requeriría intervención salvo que la mejora fuera fácil de introducir y contribuyera a mejorar aspectos de calidad del producto, proceso o trabajo. El ordenamiento numérico de las causas de modos de fallo, por tal índice, ofrece una primera aproximación de su importancia, pero es la reflexión detenida, ante los factores que las determinan, lo que ha de facilitar la toma de decisiones para la acción preventiva ó Medidas de Mejora. Como todo método cualitativo su principal aportación es precisamente el facilitar tal reflexión. (Tabla VI)

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>			
	GESTION DE CALIDAD			
	MANUAL GESTION DEL RIESGO		Código <b>PE-GC-M-04</b>	
			Versión <b>02</b>	
		Página <b>12 de 18</b>		

**Tabla VI. Índice de Prioridad de Riesgo (IPR).** Es el producto de los tres factores que lo determinan (GxOxD). Debe ser calculado para todas las causas de fallo.

Tabla VI. Valoración de los índices de riesgo y de prioridad del riesgo							
PASOS DEL PROCESO	FALLOS POSIBLES	CAUSAS POSIBLE	EFFECTOS POSIBLES	IG	IO	ID	IPR
Indicación de Diálisis Peritoneal	Mal inicio general	Ignorar contraindicaciones	Problemas Funcionales	8	2	4	64
	Ignorar alergias	Ignorar historia	Peritonitis química Alergia cutánea	7.5	1	4	32
Cuidados Acceso Peritoneal	Mal funcionamiento	Implantación. Cuidados Incorrectos	Necesidad de cambio. Infección	8	8	2	128
Adecuar Conector/Prolongador	Mal ajuste	Elección inadecuada del dispositivo	Fuga Contaminación	4	1	1	4
	Contaminación	Desinfección inadecuada No seguir protocolo	Peritonitis	7	5	5	175
Infundir líquido intraperitoneal	Neumoperitoneo	No cebado línea Técnica inadecuada	Dolor abdominal	1.7	2.7	9	40
Drenar contenido peritoneal	Drenaje Insuficiente	Prisas Peso incorrecto Ignorar historia	Dolor abdominal	3.3	7	5.6	132
Administración intraperitoneal medicamento	Contaminación	Falta de asepsia No seguir protocolo	Peritonitis	7	5.7	9	357
	Error de la selección del fármaco	Falta formación. Falta experiencia Falta protocolo	Iatrogenia, Efectos adversos Morbilidad, ¿mortalidad?	10	5	9	450
	Ignorar alergias	Ignorar historia	Reacción anafiláctica Alergia cutánea	8	1.7	9	120
	Dosis inadecuada de medicación	Ignorar prescripción Hacer mal los cálculos	Falta de eficacia (infradosis) Efecto adverso (sobredosis)	7	7	9	441

**F/ Evaluación de Resultados (Tabla VII)** Los Números de Índice de Prioridad de Riesgo (IPR) elevados, son los que deben marcar la celeridad para establecerse Acciones de Mejora, para reducirlos, como rediseño de circuitos, cambios en el entorno, mejoras en la capacitación, asignación precisa de tareas, etc. También debemos considerar, aquellos que tengan un Índice de Gravedad muy elevado, aunque el IPR esté en límites normales. A partir de la ordenación de los IPR, el grupo propone las medidas de mejora que han de ser controladas y evaluadas como fase final del método.(Tabla VII)

Tabla VII. Ordenación de Fallos por IPR							
PASOS DEL PROCESO	FALLOS POSIBLES	CAUSAS POSIBLE	EFFECTOS POSIBLES	IG	IO	ID	IPR
Administración intraperitoneal medicamento	Error de la selección del fármaco	Falta formación. Falta experiencia Falta protocolo	Iatrogenia, Efectos adversos Morbilidad, ¿mortalidad?	10	5	9	450
	Dosis inadecuada de medicación	Ignorar prescripción Error en el cálculo	Falta de eficacia (infradosis) Efecto adverso (sobredosis)	7	7	9	441
	Contaminación	Falta de asepsia No seguir protocolo	Peritonitis	7	5.7	9	357
Adecuar Conector/Prolongador	Contaminación	Desinfección inadecuada No seguir protocolo	Peritonitis	7	5	5	175
Drenar contenido peritoneal	Drenaje Insuficiente	Prisas Peso incorrecto Ignorar historia	Dolor abdominal	3.3	7	5.6	132

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>	
	GESTION DE CALIDAD	
	MANUAL GESTION DEL RIESGO	Código <b>PE-GC-M-04</b>
	Versión	02
	Página	13 de 18

**G/ Acción correctora (Tabla VIII)** Se describirá en este apartado la acción correctora propuesta. Generalmente el tipo de acción correctora que elegiremos seguirá los siguientes criterios, de ser posible: • Cambio en el diseño del proceso general. (Ejemplo: diseñar protocolo, sino existe)• Cambio en el proceso de actuación (ejemplo: mejorar formación: cursos, talleres. etc.)• Incremento del control o la inspección (ejemplo: revisión de cumplimiento Protocolo). Siempre hay que mirar por la eficiencia del proceso y la minimización de costes de todo tipo, generalmente es más económico reducir la probabilidad de ocurrencia de fallo que dedicar recursos a la detección de fallos. No obstante, si se llegara al caso de dos situaciones que tuvieran el mismo índice, la gravedad sería el factor diferencial que marcaría la prioridad. (Tabla VIII)

Al mismo tiempo podemos hacer análisis puntual, e incluso acciones puntuales:

### **G.1. Acciones puntuales:**

**G.1.1. Reducir la Gravedad de los "Efectos del Modo de Fallo".** Es un objetivo de carácter preventivo que requiere la revisión del producto/servicio. Es la solución más deseable pero, en general, la más complicada. Cualquier punto donde G sea alto debe llevar consigo un análisis pormenorizado para asegurarse de que el impacto no llega al cliente o usuario.- **Alternativas o medidas para minimizar el valor de G son:**1) Correcciones de diseño, modificando los elementos causantes.

**G.1.2. Reducir la probabilidad de "Ocurrencia".** Es un objetivo de carácter preventivo que puede ser el resultado de cambios en el producto/servicio o bien en el proceso de producción o prestación. En el caso en que se produzca el Fallo, aunque éste no llegue al cliente o su Gravedad no sea alta, siempre se incurre en deficiencias que generan un aumento de costes de transformación.- **Las acciones de mejora para reducir F:**1) Incrementar o mejorar los sistemas de control para impedir que se produzca la causa de fallo.2) Cambiar el diseño de modo que se reduzca la probabilidad de aparición del fallo

**G.1.3. Aumentar la probabilidad de "Detección".** Es un objetivo de carácter correctivo y, en general, debe ser la última opción a desarrollar por el grupo de trabajo, ya que con ella no se atacan las causas del problema. Requieren la mejora del proceso de control existente.- **Para reducir este índice se puede:**1) Incrementar o mejorar los sistemas de control de calidad.2) Modificar el diseño.

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>		
	MANUAL GESTION DEL RIESGO	GESTION DE CALIDAD	
		Código	<b>PE-GC-M-04</b>
		Versión	02
	Página	14 de 18	

Tabla VIII. Propuesta de acciones correctoras			
FALLOS CRITICOS ORDENADOS	DONDE ACTUAR	TIPO DE ACCIÓN	SOLUCIONES POSIBLES
IPR:450 Error en la selección del fármaco	Capacitación Competencias Procedimientos	Evitar	Crear protocolo. Plan de formación
IPR:441 Administración intraperitoneal medicamento. Dosis inadecuada	Correcta dosificación Del medicamento	Hacer	Modificar el protocolo de administración
IPR:357 Administración intraperitoneal medicamento. Contaminación	Medidas de asepsia Protocolo	Cumplir	Formación Difusión de protocolo
IPR:175 Conector/ Prolongador. Contaminación	Medidas de asepsia Protocolo	Cumplir	Formación Difusión de protocolo
IPR:132 Drenaje insuficiente	Drenaje completo de abdomen	Cumplir	Evitar prisas Difusión de protocolo Taller

**H/ Responsable y evaluación de las acciones implantadas (Tabla IX)** Es conveniente asignar responsabilidades, recursos y tiempo, así como el planteamiento de unos criterios de evaluación de la efectividad de las acciones y el compromiso de los responsables institucionales. Como en cualquier planificación de acciones correctoras se deberá indicar quien es el responsable de cada acción y las fechas previstas de implantación. Se deben plantear unos criterios de evaluación de la efectividad de las acciones y el compromiso de los responsables institucionales.

Tabla IX. Definición de responsables y evaluación de las acciones correctoras				
DONDE ACTUAR	SOLUCIONES	FECHA	RESPONSABLE	TIPO EVALUACION
Capacitación Competencias Procedimientos	Protocolo. Plan de formación		Médico	Indicadores formación, revisión HC
Correcta dosificación Del medicamento	Modificar el protocolo de administración		Médico	Verificar
Medidas de asepsia Protocolo	Formación Difusión de protocolo		Enfermera	Evaluar formación
Medidas de asepsia Protocolo	Formación Difusión de protocolo		Enfermera	Evaluar formación
Drenaje completo de abdomen	Evitar prisas Difusión de protocolo Taller		Enfermera	Evaluar formación

**I/ Acciones implantadas** Este apartado es opcional, no siempre lo contienen los métodos AMFE, pero puede ser de gran utilidad recogerlo para facilitar el seguimiento y control de las soluciones adoptadas. Se deben reflejar las acciones realmente implantadas que a veces puede ser que no coincidan exactamente con las propuestas inicialmente. En tales situaciones habría que recalcularse el nuevo IPR para comprobar que está por debajo del nivel de actuación exigido.

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>		
	GESTION DE CALIDAD		
	MANUAL GESTION DEL RIESGO	Código	<b>PE-GC-M-04</b>
		Versión	02
	Página	15 de 18	

**J/ Tabla General de un AMFE** A título de ejemplo se muestra en la **Tabla X** una hoja para la recogida de informaciones y datos de un AMFE, de acuerdo al contenido de esta Nota Técnica de Prevención.

**Resultados de las Acciones:** El jefe del equipo de trabajo es el responsable de asegurar que se han ejecutado o tratado adecuadamente todas las acciones recomendadas. El AMFE es un documento vivo que debe ser actualizado cada vez que surjan cambios. Cada vez que del desarrollo del AMFE surja una acción preventiva es preciso definir el responsable de ejecutarla, y el plazo estimado para hacerlo. En el seguimiento sirve de ayuda representar el conjunto de los IPR en forma de histograma para tener una imagen global del estado de los IPR iniciales y resultantes y facilitar las mejoras posteriores.

**Seguimiento y explotación** El AMFE es un documento que debe permanecer asociado a su producto/proceso y evolucionar con el mismo. Por tanto, debe ser actualizado cada vez que surgen cambios, reflejando siempre el nivel de diseño más reciente, así como las acciones correspondientes más recientes, como se pone de manifiesto en las 5 últimas columnas de la Tabla X.

ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO																		
MATRIZ DE RIESGOS																		
RESPONSABLE AREA:										FECHA DE REVISIÓN								
RESPONSABLE AMFE										PAGINA								
PROGRAMA	N°	FUNCIÓN O COMPONENTE DEL SERVICIO	MODOS DE FALLOS	CAUSAS	EFFECTOS	G	F	D	IPR	ACCIONES PREVENTIVAS	OPCIONES DE MANEJO	PLAN DE ACCION	RESPONSABLE	G	F	D	IPR	
CRECIMIENTO Y DESARROLLO	2	NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS CON ALTERACIONES DE AGUDEZA VISUAL	No realizar el procedimiento de forma adecuada. Falta de elementos necesarios para la valoración	Falta de adherencia a la Resolución 412 de 2000	Problemas visuales en el paciente					Guía de atención alteraciones de agudeza visual	Asumir el riesgo	Socialización de la guía de atención de alteraciones visuales  Evaluación de la adherencia a la guía de atención	Auditora de calidad  Auditora de calidad					0

**Actividad:**

a.- Analizar minuciosamente los componentes estructurales de la UGC, seleccionando aquellas Áreas que pudieran representar efectos adversos potenciales y en los que sea posible evitar o mejorar.

	<b>ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO</b>	
	GESTION DE CALIDAD	
	MANUAL GESTION DEL RIESGO	Código <b>PE-GC-M-04</b>
	Versión	02
	Página	16 de 18

b.- Definir profesionales cualificados e implicarlos en la participación de estas actividades.

c.- Potenciar su formación en acciones preventivas

d.- Implicarlos en trabajo en equipo y manejo de protocolo

e.- Potenciar creación, manejo y revisión de bases de datos

g.- Creación de acciones de mejora, como este mismo AMFE

### Resultados:

El principal interés del AMFE es el de resaltar los puntos críticos con el fin de eliminarlos o establecer un sistema preventivo (medidas correctoras) para evitar su aparición o minimizar sus consecuencias, con lo que se puede convertir en un riguroso procedimiento de detección de defectos potenciales, si se aplica de manera sistemática. Con ello se promueve el trabajo en equipo, se mejora la fiabilidad, costes económicos o sociales y finalmente la satisfacción del cliente. En nuestro caso hemos abierto la puerta para otras actuaciones ó desarrollo de herramientas de seguridad en nuestra práctica.

## 12.INDICADORES DE SEGUIMIENTO A RIESGOS

SERVICIOS	RIESGOS INHERENTES AL TIPO DE SERVICIO QUE SE PRESTA	Nº	INDICADORES
<b>CRECIMIENTO Y DESARROLLO</b>	DETERMINAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LOS MENORES DE 10 AÑOS.	1	Nº DE NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS QUE PRESENTAN RELACION PESO-TALLA, EDAD INADECUADA
			Nº TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS ATENDIDOS EN EL PERIODO
		2	Nº DE NIÑOS CON VACUNACION ADECUADA
			Nº TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS ATENDIDOS EN EL PERIODO
		3	Nº DE NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS QUE PRESENTAN ALTERACIONES DE AUDICION
			Nº TOTAL DE NIÑOS MENORES DE 10 AÑOS ATENDIDOS EN EL PERIODO
<b>ATENCION PRENATAL</b>	DETERMINAR LOS RIESGOS DURANTE LA ATENCION PRESTADA A LAS GESTANTES	4	Nº MUERTES PERINATALES
			TOTAL GESTANTES POR PERIODO
<b>ATENCION JOVEN</b>	DETERMINAR LOS RIESGOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES DE LA ATENCION DEL JOVEN	5	Nº DE USUARIOS CON ALTERACIONES PSICOLÓGICAS INDIVIDUALES
			TOTAL DE USUARIOS ATENDIDOS PARA CONTROL DE JOVEN EN EL PERIODO
<b>DETECCION ALTERACIONES ADULTO MAYOR</b>	DETERMINAR LOS RIESGOS INHERENTES A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DEL ADULTO MAYOR	6	Nº DE USUARIOS CON PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS





## ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO

### GESTION DE CALIDAD

MANUAL GESTION DEL RIESGO

Código **PE-GC-M-04**

Versión 02

Página 17 de 18

			TOTAL DE USUARIOS ATENDIDOS EN CONTROL DEL ADULTO MAYOR EN EL PERIODO
<b>PROGRAMA PREVENCIÓN CA DE CUELLO DE UTERINO</b>	DETERMINAR LOS RIESGOS INHERENTES A LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ENCAMINADAS A PREVENIR EL CA DE CUELLO DE UTERO	7	Nº DE CITOLOGIAS POSITIVAS
			TOTAL DE CITOLOGIAS CERVICOUTERINAS TOMADAS EN EL PERIODO
<b>LABORATORIO CLINICO</b>	CONOCER EL PORCENTAJE DE COMPLICACIONES AL REALIZAR LA VENOPUNCION (HEMATOMA/LIPOTIMIA)	8	TOTAL DE COMPLICACIONES MENSUALES
	PORCENTAJE DE PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INTIMIDAD DEL PACIENTE POR FALLAS EN LA PRIVACIDAD DE LOS RESULTADOS Y REGISTROS.	9	TOTAL DE CASOS REPORTADOS POR PERDIDA DEL DERECHO A LA INTIMIDAD MENSUAL
			TOTAL DE PACIENTES MENSUALES QUE ASISTEN AL LABORATORIO
	Transcripción errónea de exámenes de laboratorio clínico	10	TOTAL DE RESULTADOS CON TRANSCRIPCIÓN ERRÓNEA ENTRE PACIENTES EN UN MES
			TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN UN MES
Entrega equivocada de reportes de laboratorio	11	TOTAL CASOS DE ENTREGA DE REPORTES EQUIVOCADOS DURANTE EL MES	
		TOTAL PACIENTES ATENDIDOS EN EL MES	
<b>CONSULTA EXTERNA</b>	IDENTIFICAR LOS CASOS DE CAIDA DE CAMILLAS EN PACIENTES ATENDIDOS	12	SUMATORIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON CAIDAS EN LA CAMILLA ATENDIDOS EN CONSULTA PRIORITARIA
	MEDIR LAS COMPLICACIONES GENERADAS POR EL USO DE MEDICAMENTOS.	13	SUMATORIA DEL NUMERO DE PACIENTES QUE PRESENTARON COMPLICACIONES GENERADAS POR EL USO DE MEDICAMENTOS
			NUMERO DE CONSULTA DE MEDICINA GENERAL REALIZADAS EN EL MES
Daño por actuaciones medicas sanitarias erróneas	14	NUMERO DE USUARIOS CON DAÑOS POR ACTUACIONES MEDICAS SANITARIAS ERRONEAS	
		NUMERO DE CONSULTAS DE MEDICINA GENERAL REALIZADAS EN EL MES	
<b>ODONTOLOGIA</b>	IDENTIFICAR EL NUMERO DE REACCIONES ADVERSAS PRODUCIDAS POR MEDICAMENTOS POR FALLAS EN LA PRESCRIPCIÓN, INADECUADA ADHERENCIA A LAS GUIAS DE MANEJO, REACCIONES ALERGICAS, NO CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES DADAS.	15	SUMATORIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON REACCION ADVERSA AL MEDICAMENTO DURANTE UN MES
	IDENTIFICAR E NUMERO DE REACCIONES ADVERSAS COMO: DIFICULTAD RESPIRATORIA,	16	SUMATORIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON REACCION ADVERSA A LA ADMINISTRACIÓN DEL ANESTESICO EN EL MES



## ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO

### GESTION DE CALIDAD

MANUAL GESTION DEL RIESGO

Código **PE-GC-M-04**

Versión 02

Página 18 de 18

	SINDROME HIPERVENTILATORIO, ASMA, SHOCK ANAFILACTICO, NAUSEAS, VÓMITO PRODUCIDAS POR INADECUADA ADMINISTRACIÓN DE ANESTESICO LOCAL		TOTAL DE USUARIOS QUE FUERON ANESTESIADOS EN EL MES
	IDENTIFICAR EL NUMERO DE REACCIONES ADVERSAS COMO: HEMATOMAS, LACERACION DE TEJIDOS Blandos, INFLAMACIÓN. ISQUEMIA, HEMORRAGIA, TRISMUS, PARESTESIA O DISESTESIA, LUXACION DE LA ATM PRODUCIDAS POR INADECUADA TÉCNICA ANESTESICA.	17	SUMATORIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON REACCION ADVERSA EN LA TECNICA DE APLICACIÓN DE ANESTESIA EN EL MES  NUMERO TOTAL DE PACIENTES QUE FUERON ANESTESIADOS DURANTE EL MES
	IDENTIFICAR EL NUMERO DE ERRORES EN EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS DE HISTORIA CLÍNICA Y RESPECTIVOS ANEXOS	18	SUMATORIA DE HISTORIAS CLINICAS CON MAL DILIGENCIAMIENTO DURANTE EL MES  NÚMERO TOTAL DE HISTORIAS CLINICAS DILIGENCIADAS DURANTE UN MES
	IDENTIFICAR EL NUMERO DE PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DURANTE LA PRESTACION DEL SERVICIO	19	SUMATORIA DE PACIENTES QUE PRESENTARON INFECCIONES DURANTE EL MES  NÚMERO TOTAL DE USUARIOS QUE ASISTIERON SERVICIO. DURANTE EL MES
<b>INGRESO A LA INSTITUCIÓN</b>	Agresión al personal de salud por parte de los usuarios	20	NUMERO DE USUARIOS CON AGRESION AL PERSONAL DE SALUD
			NUMERO TOTAL DE USUARIOS ATENDIDOS EN UN MES
<b>TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO</b>	Perdida de objetos personales de los usuarios	21	NUMERO DE USUARIOS CON PERDIDA DE OBJETOS DURANTE REMISION
			NUMERO TOTAL DE USUARIOS REMITIDOS DURANTE MES
	Daño causado en el transporte del paciente	22	NUMERO DE USUARIOS CON DAÑO CAUSADO DURANTE TRANSPORTE ASISTENCIAL BASICO  NUMERO TOTAL DE USUARIOS REMITIDOS DURANTE MES