



PRINCIPALES INCIDENTES ADVERSOS

Ponente: Q.F.B. Llara O. CEBALLOS CRUZ

2do. Congreso Internacional para la Acreditación en el Sector Salud

OBJETIVO



- **Comprender la relación que tienen los incidentes adversos con la seguridad del paciente.**
- **Proporcionar un panorama general acerca de los principales eventos adversos.**

DEFINICIÓN



INCIDENTE: Es un suceso o circunstancia no deseado e imprevisto que ocurre en la atención de un paciente que puede o no generarle daño, pero que en su ocurrencia se incorporan fallas o tienen consecuencias en los procesos de atención.



ENTONCES...



Cuando un suceso o circunstancia ha podido ocasionar un daño innecesario al paciente, se habla de un **INCIDENTE** relacionado con la seguridad del paciente.



Si el incidente produce **DAÑO** al paciente hablamos de un evento adverso

En general son **inevitables**

En el caso de aquellos que se pueden prevenir pero ocurren se habla de:

Evitables o **prevenibles**

ESTOS INCIDENTES SE DEBEN A:



**ERRORES
O
DEFICIENCIAS
DEL SISTEMA**

**Se debe
conocer y
aprender de
los errores**
FINALIDAD:
**Enfocarse
en la
seguridad en
la atención
al paciente**



**Es deseable
proporcionar
el servicio
exento de
peligro, daño
o riesgo
inaceptable
o
innecesario**

PARTE DE LA GESTIÓN DE RIESGO IMPLICA



Estudiar los INCIDENTES ADVERSOS asociados a la atención al paciente



Identificación de los incidentes o eventos adversos



Evaluación y análisis de la frecuencia y gravedad del riesgo



Acciones de mejora para prevenir el riesgo, eliminándolo de ser posible o reduciéndolo

CAUSAS DE LOS INCIDENTES ADVERSOS



1

**SISTEMAS
PROCESOS Y ESTRUCTURA**



INCIDENTES ADVERSOS



ORGANIZACIONAL

TÉCNICA

ORGANIZACIONAL



Incidentes relacionados con:



- **Administración**
- **Cultura organizacional**
- **Protocolos/procesos**

FALLAS OCASIONAN

- **Errores en el diseño**
- **Organización**
- **Formación de personal**
- **Mantenimiento de la competencia**
- **Comunicación**

TÉCNICA



Incidentes relacionados con:



- **Instalaciones (Equipos y materiales)**
- **Externos (Fallas técnicas)**

FALLAS OCASIONAN

- **Fallas técnicas fuera de control de la organización**
- **Inadecuado diseño de instalaciones**
- **Mal funcionamiento de equipos**
- **Obsolescencia de equipos**
- **Disponibilidad de equipos y materiales**

CAUSAS DE LOS INCIDENTES ADVERSOS



2

FACTORES HUMANOS



INCIDENTES ADVERSOS



**PERSONAL TÉCNICO Y
MÉDICO**

USUARIOS

FACTORES HUMANO



Incidentes relacionados con:

- **Inherentes al paciente**
- **Habilidades del personal técnico y médico**
- **Fracaso en la ejecución de instrucciones**
- **Fallas humanas más allá del control y responsabilidad de la organización**
 - **Negligencia**
 - **Imprudencia**
 - **Incumplimiento a reglamentos, etc.**
- **Limitación de recursos (tiempo)**
- **Conocimiento incompleto**

MEDIDAS CORRECTIVAS O PREVENTIVAS



Identificación correcta del paciente



**Por desapego a
políticas y
procedimientos**

Mejorar la comunicación personal - paciente

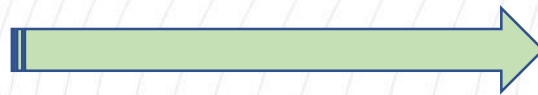
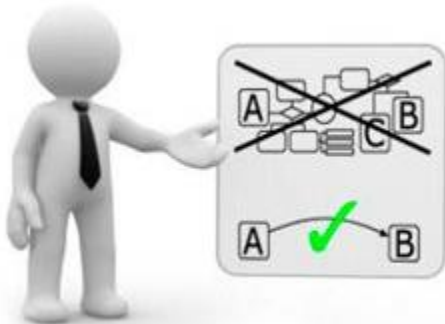


**Fallos relacionados
con características del
paciente – Crear y
utilizar un proceso de
verificación para
asegurar que el
paciente comprenda la
información**

MEDIDAS CORRECTIVAS O PREVENTIVAS



Eliminar un procedimiento equivocado



**Por Falta de
revisión técnica y
controles**

Mejorar la eficacia de los sistemas de alarma



**Asegurar / cumplir
que se activen los
protocolos
apropiados
necesarios**

PROYECTO		Cod:
Reporte de Incidente/Accidente		Fecha:
		Ver.:
<input type="checkbox"/> Incidente	<input type="checkbox"/> Accidente	
<input type="checkbox"/> Incidente Material	<input type="checkbox"/> Incidente Ambiental	<input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto
Fecha		
Hora		
Posición Geográfica		
Nombre y Apellido		
Supervisor Inmediato		
Nombre de la Compañía		
Departamento		
Descripción breve del evento		
Descripción de la Pérdida		
Causas Inmediatas		
Causas Básicas		
Acciones Correctivas Inmediatas		
Sugerencias basadas en Información Preliminar		
Registro fotográfico del Evento		

Reportado Por:

Fecha: / /



FORMATO

REGISTRO DE INCIDENTES			
CÓDIGO ...			
versión #.#			
PROYECTO:			
GERENTE:			
PREPARADO POR:		FECHA	
REVISADO POR:		FECHA	
NÚMERO:			
DENOMINACIÓN DEL INCIDENTE:			
1. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE			
<small>(Qué fue lo ocurrido, cuáles fueron las causas, quienes participaron, reacciones y efectos inmediatos)</small>			
2. IMPACTO QUE PODRÍA GENERAR EL INCIDENTE			
<small>(Cómo afecta el incidente ocurrido a los objetivos del proyecto)</small>			
3. ROLES INVOLUCRADOS EN EL INCIDENTE			
<small>(Interesados en el proyecto que participaron en el incidente)</small>			
Nombres y apellidos	Rol	Organización	
4. ACCIONES TOMADAS PARA RESOLVER EL INCIDENTE			
<small>(Estrategias, actividades o coordinaciones, entre otras, realizadas para resolver el incidente)</small>			
5. ACUERDOS TOMADOS PARA RESOLVER EL INCIDENTE			
<small>(Acuerdos, compromisos, etc., tomados entre las partes, formales y oficiales para resolver y superar el incidente)</small>			
6. FACILITADOR DEL INCIDENTE			
<small>(Nombres, apellidos, rol e información de contacto—si corresponde—de la persona que actuó como facilitador)</small>			
7. RECOMENDACIONES PARA FUTUROS PROYECTOS			
<small>(Pautas que deberían considerarse a futuro para evitar o minimizar que ocurran incidentes similares)</small>			

DGP-v0912/eW/frRY/aDE



CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE GESTIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS

- **Insatisfacción del paciente**
- **Posible daño innecesario**
- **Estancamiento y retroceso en el desarrollo organizacional**
- **Insatisfacción del personal**
- **Elevar el costo operativo**



ENFOQUE EN CALIDAD Y GESTIÓN DE INCIDENTES ADVERSOS



- **Trabajar con este enfoque es lo menos que se merecen los pacientes y colaboradores de cualquier organización que presta servicios de salud**
- **No es un gasto innecesario... es una inversión que resulta en la eficiencia de los recursos**
- **Impacta directamente en el servicio que prestamos y en el bienestar de los pacientes**



“ Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia”

**Santiago Ramón y Cajal (1852-1934)
Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1906**

***Ponente: Q.F.B. Llara O. CEBALLOS
CRUZ***

***correos: llaraceballos@hotmail.com
llaraceballos@yahoo.com***