

Análisis de Datos Hospitalarios: Cómo Analizar Mejor los Datos que los Hospitales Recopilan Internamente

2024 MedPro Puerto Rico Symposium

Diana Saavedra, MD, MBA, MCQSL, HCQM, CPHRM

Myka Whitman, MHL, BSN, RN, CPHRM, CPPS, CPHQ

Marie Carmen Muntaner, ESQ, LLM

Disclosure

MedPro Group receives no commercial support from any ineligible company/commercial interest.

It is the policy of MedPro Group to require that all parties in a position to influence the content of this activity disclose the existence of any relevant financial relationship with any ineligible company/commercial interest.

When there are relevant financial relationships mitigation steps are taken. Additionally, the individual(s) will be listed by name, along with the name of the commercial interest with which the person has a relationship and the nature of the relationship.

Today's faculty, as well as CE planners, content developers, reviewers, editors, and Patient Safety & Risk Solutions staff at MedPro Group have reported that they have no relevant financial relationships with any commercial interests.

Revisión de datos

Los errores de diagnóstico representan un riesgo frecuente, grave y costoso.

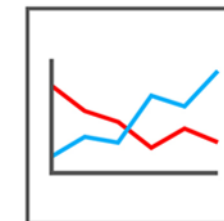
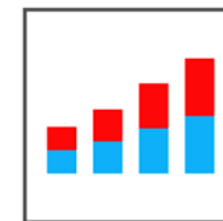
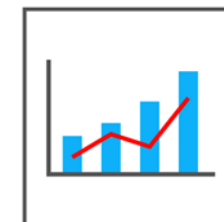
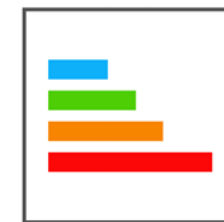
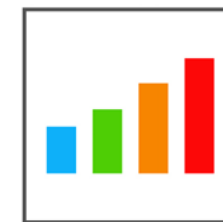
Representan casi una cuarta parte de todos los casos de negligencia y un tercio del total de dólares pagados (gastos más indemnización).

Los casos relacionados con el diagnóstico se encuentran entre los que tienen más probabilidades de cerrarse con el pago de una indemnización

Las lesiones de los pacientes en casos relacionados con el diagnóstico suelen ser más graves que en otros tipos de casos de negligencia.

Cada especialidad contribuye al volumen de casos relacionados con el diagnóstico. Para muchas especialidades, las acusaciones relacionadas con el diagnóstico representan más de la mitad o cerca de la mitad de sus casos de negligencia.

El cáncer sigue siendo el diagnóstico principal citado en los casos relacionados con el diagnóstico en el consultorio o la clínica.



A note about MedPro Group data

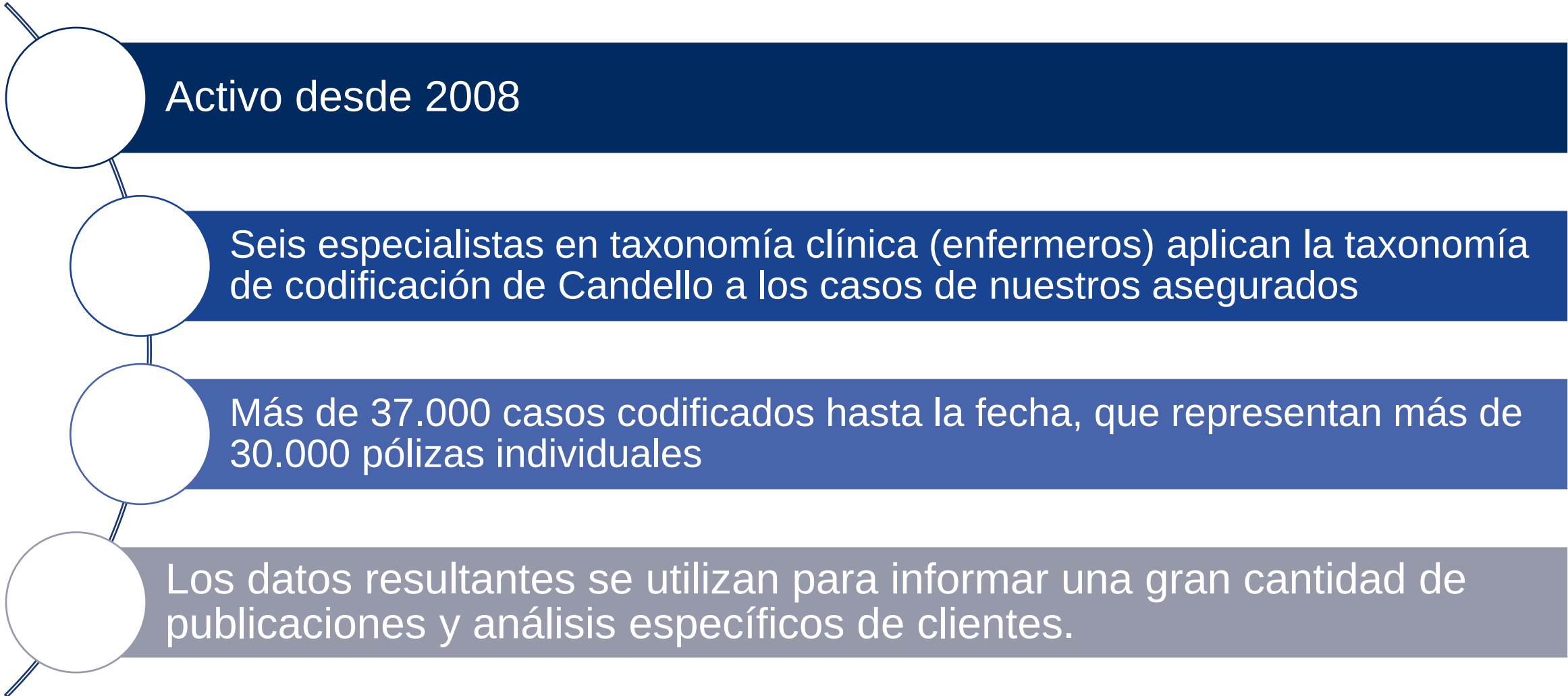
- MedPro está asociado con Candello, una división nacional de datos sobre negligencia médica y colaboración de CRICO, la aseguradora de negligencia médica para las instituciones médicas afiliadas a Harvard.
- Derivado de la esencia de la palabra candela, una unidad de intensidad luminosa que emite una dirección clara, la taxonomía, los datos y las herramientas de Candello, los mejores en su clase, brindan información única sobre los riesgos clínicos y financieros que conducen a daños y pérdidas.
- Al utilizar la sofisticada taxonomía de codificación de Candello para codificar datos de reclamaciones, MedPro puede identificar mejor áreas clínicas de vulnerabilidad al riesgo. Todos los datos de este informe representan la experiencia de MedPro con alegaciones de diagnóstico, incluido un análisis de los factores de riesgo que impulsan estas afirmaciones.



¿Quién es Candello?

- Los datos nacionales sobre negligencia médica colaboran con aproximadamente un tercio de todos los casos de negligencia médica abiertos en los EE. UU.
- Ofrece "...un enfoque basado en datos para reducir los errores médicos mediante el análisis clínico de reclamaciones por negligencia"
- Acceso del cliente a las mejores herramientas analíticas y de taxonomía de codificación clínica de su clase
- Las publicaciones incluyen informes de evaluación comparativa, un blog, investigaciones publicadas y boletines informativos.

Asociación de MedPro con Candello



Activo desde 2008

Seis especialistas en taxonomía clínica (enfermeros) aplican la taxonomía de codificación de Candello a los casos de nuestros asegurados

Más de 37.000 casos codificados hasta la fecha, que representan más de 30.000 pólizas individuales

Los datos resultantes se utilizan para informar una gran cantidad de publicaciones y análisis específicos de clientes.

Candello's Taxonomy

Acusaciones

Servicios
responsables

Factores de
riesgo
contribuyentes

Descripción
clínica

Gravedad de la
lesión clínica

Tipo de
reclamante

Ubicación

Diagnósticos

Lesiones

Dispositivos

Medicamentos

Procedimientos
quirúrgicos y
médicos

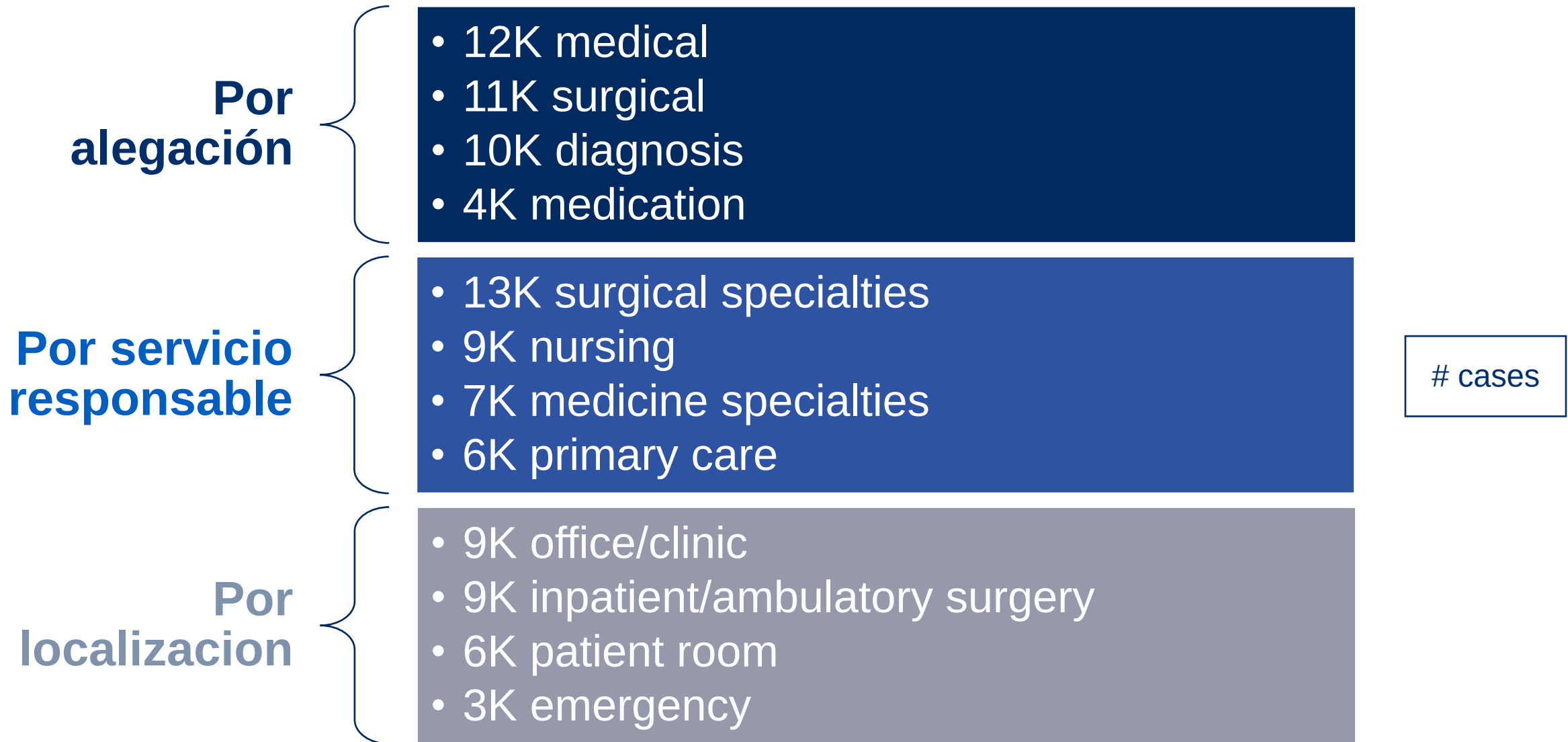
Nuestros especialistas en taxonomía clínica



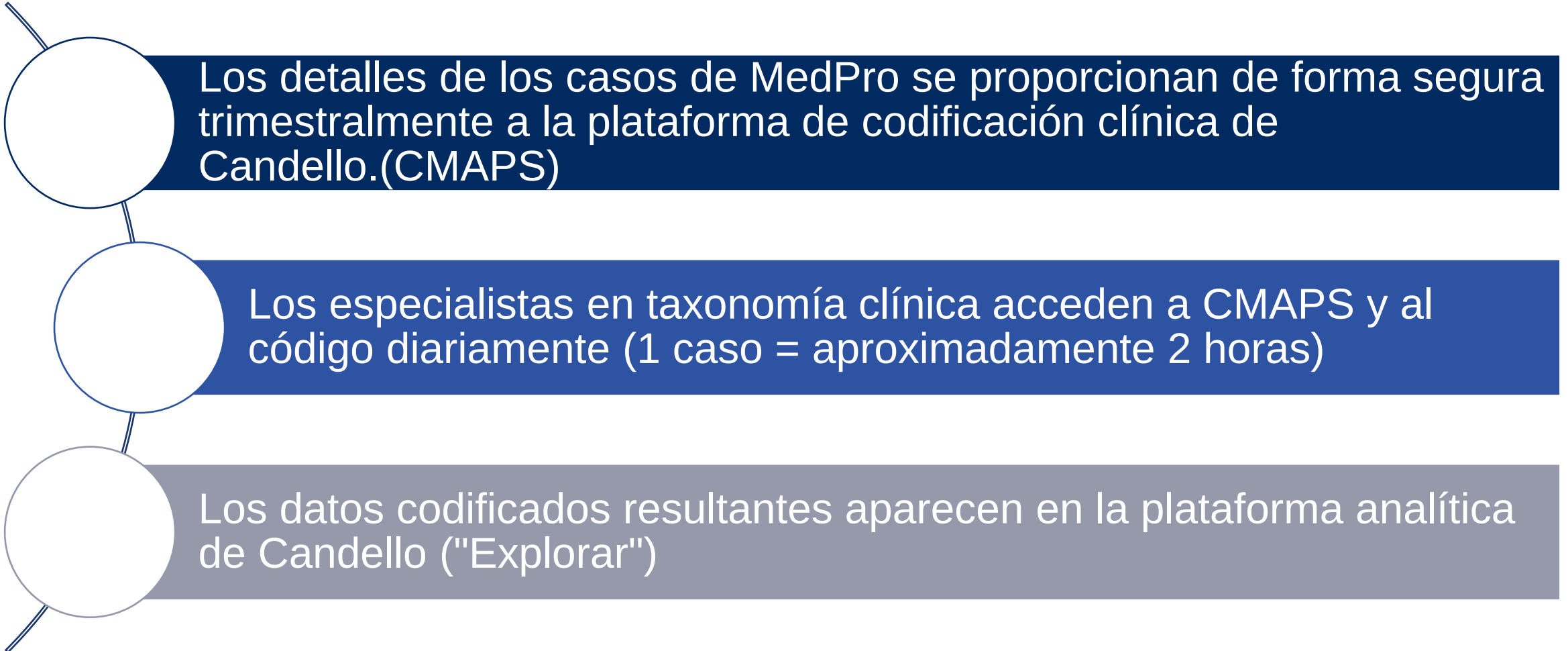
Leen/analizan archivos de reclamaciones y registros médicos, identifican cuestiones clave de gestión de riesgos clínicos, aplican la taxonomía de codificación y crean una narrativa clínica integral.

Su experiencia clínica, combinada con la sólida taxonomía de Candello, garantiza la profundidad, precisión y coherencia de la codificación en los miles de casos codificados cada año.

Descripción general de nuestros más de 37 000 casos codificados



Recopilación y codificación de datos: todo seguro



Case Example (Ejemplo)

SETTLED
\$950,000

CONTRIBUTING FACTORS

Clinical judgment

Inadequate patient assessment
– premature discharge

Choice of practice setting

Failure to appreciate/reconcile
relevant signs/symptoms/test
results

Communication

Suboptimal communication
among providers and with the
patient/family regarding patient
condition

Documentation

Delay in documenting

Technical skill

Poor recognition/management
of known complication

IMPROPER PERFORMANCE OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENT WITH A HISTORY OF GASTRIC BYPASS RESULTING IN DEATH

- A female patient in her early 60s, with a history of gastric bypass, developed acute cholecystitis. After evaluation by a General Surgeon (surgeon), she opted to undergo a laparoscopic cholecystectomy. **During surgery, a bowel perforation occurred, which was timely recognized and repaired by the surgeon.** A drain was also placed and the patient was discharged the same day.
- **Prior to discharge, arrangements were not made for home health care to assist with the drain.** The patient called the surgeon's office on post-operative day one, **expressing concerns regarding the functionality of the drain, but did not receive a return call.** On post-op day two, she called again, complaining of significant pain, but **was reassured by staff after they spoke with the surgeon that post-operative pain was normal.** On day three, the **patient was taken by ambulance to hospital and was rushed into emergency surgery.**
- **The drain was found to have been placed into the abdominal wall muscle rather than the abdominal cavity.** The patient's entire small intestine appeared ischemic. A partial resection was performed, but she required a **second surgery the following day due to her worsening condition;** total ischemia and necrosis was discovered. She was transferred to another hospital where surgeons removed her small intestine and half of her colon. **The patient died six days after the cholecystectomy.**
- Documentation in the **medical record revealed that there had been two post-operative telephone calls suggesting a benign post-operative course, but these were written after the patient's death.**



Identificación, análisis y presentación de datos de gestión de riesgos

Identificación de datos de gestión de riesgos

Los datos significativos presentados en contexto pueden:

- Revelar oportunidades de mejora.
- Ayude a contar historias impactantes al personal y al liderazgo.
- Impulsar medidas de acción específicas con el objetivo de mejorar los resultados.

Ejemplos de fuentes de datos

Informes de eventos adversos

Near-miss reportes

Análisis de raíz de la causa

Quejas del paciente/familia

Resultados de la encuesta de satisfacción del paciente

Casos de negligencia clínicamente codificados

Análisis de datos de gestión de riesgos

¿Qué datos desea rastrear y POR QUÉ?

¿Quién es el "dueño" de los datos?

¿Qué sistema alberga los datos?

¿Para qué período de tiempo desea realizar un seguimiento de los datos?

¿Quién es tu audiencia?

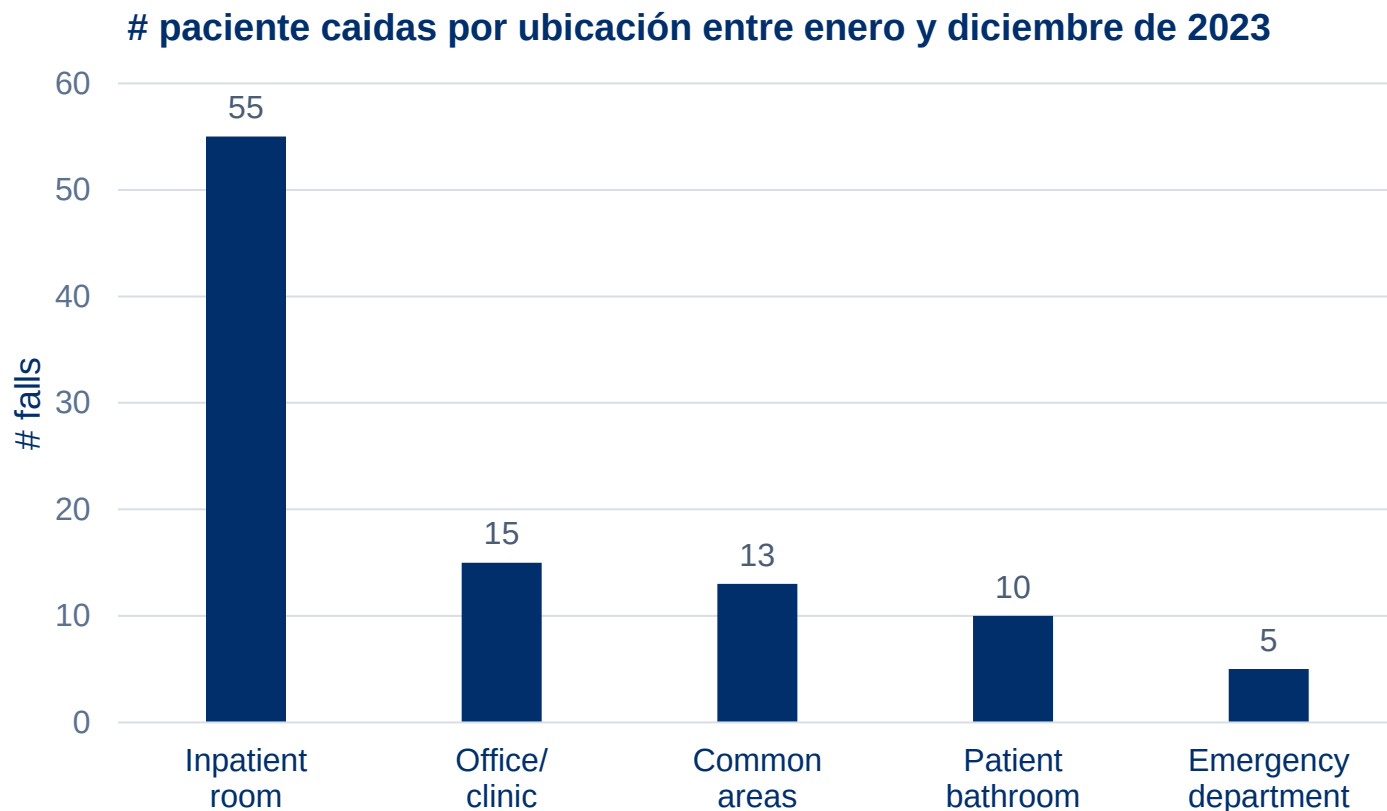
¿Qué mensaje quieres transmitir?

¿Cómo presentarás tu análisis?

¿Cuáles son las "conclusiones clave"/información práctica??

Presentación de datos de gestión de riesgos

Las visualizaciones de datos deben estar claramente definidas y etiquetadas. El uso de gráficos/cuadros puede ser más poderoso que las hojas de cálculo.



El contexto es fundamental. Aquí está claro que se presenta el número de caídas de pacientes durante el último año, por ubicación.

Los esfuerzos de riesgo requieren tiempo..... ¿Qué más?

Ahorro/rentable

Los sistemas clínicos implican notablemente pruebas de diagnóstico fallidas
Conocer los procesos de seguimiento y seguimiento de la atención al paciente.

Conciencia/
sospecha

Existen importantes oportunidades para reducir los errores cuando aprendemos de ellos.



Reconsideración

Al identificar y comprender mejor los factores y sesgos que contribuyen a los errores de diagnóstico y, posteriormente, evitar los casos de negligencia.

Consultas/pruebas

Evaluar los procedimientos para los trasposos y la coordinación de la atención, e identificar áreas de mejora.

Formalizar procedimientos para notificaciones de resultados y sobrelecturas.

Seguimiento/
Follow-up

Revisar los procesos para el seguimiento de pruebas, consultas/referencias, programación de citas e incumplimiento del paciente.



Documentación

Documente información exhaustiva y objetiva sobre las discusiones sobre consentimiento informado, la educación del paciente y el incumplimiento del paciente.

Recursos



Usted protege a los pacientes. Nosotros te protegemos.

Envíenos un correo electrónico para obtener más información

Contáctenos

1-800-4MEDPRO medpro.com



Free MedPro Resource!
Use our website:
www.medpropuertorico.com

Su equipo MedPro Group De Puerto Rico








Hospitales

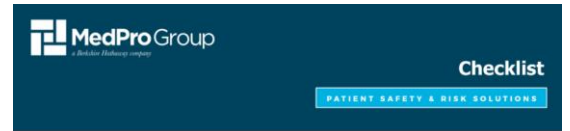



Equipo de Medicos y Cirujanos





LA ASEGURADORA DE NEGLIGENCIA MEDICA MAS GRANDE DE PUERTO RICO

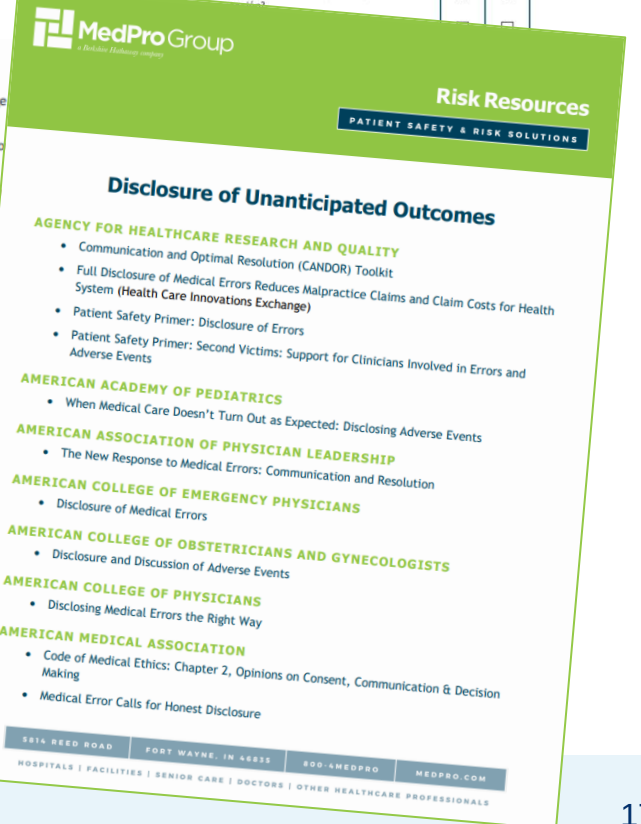
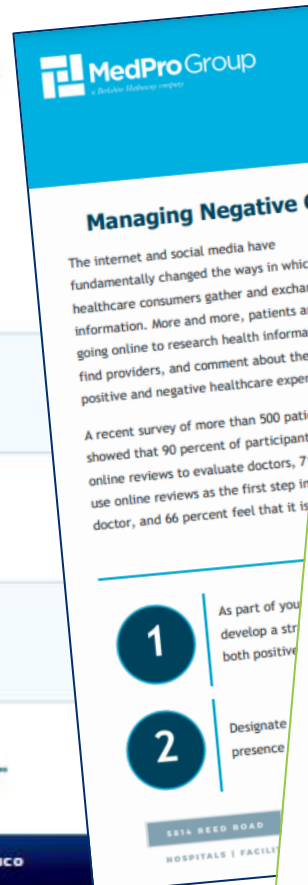


Documentación esencial

La documentación en los historiales médicos de los pacientes y otros sistemas clínicos cumple muchos propósitos. Deja constancia del cuidado de los pacientes, facilita la comunicación entre los cuidadores, establece la base para la codificación y la facturación, proporciona datos pertinentes para la mejora de la calidad y puede proveer información que es vital para la defensa de una acción legal.

Las organizaciones del cuidado de la salud deben contar con políticas y procedimientos escritos para asegurar una documentación completa y consistente y mitigar la exposición a la responsabilidad. Use esta lista de cotejo para revisar las estrategias importantes de manejo de riesgos para la documentación e identificar las áreas potenciales de mejora.

	SI	No
Políticas de documentación		
¿Su organización cuenta con políticas escritas que definen las expectativas de documentación para los proveedores del cuidado de la salud y los miembros del personal?	☐	☐
Las políticas de documentación:		
• ¿Especifican los requisitos relacionados con el formato, el contenido, la revisión y la aprobación de la documentación?	☐	☐
• ¿Proporcionan información sobre la rendición de cuentas y la responsabilidad?	☐	☐



Disclaimer

The information contained herein and presented by the speaker is based on sources believed to be accurate at the time they were referenced. The speaker has made a reasonable effort to ensure the accuracy of the information presented; however, no warranty or representation is made as to such accuracy. The speaker is not engaged in rendering legal or other professional services. The information contained herein does not constitute legal or medical advice and should not be construed as rules or establishing a standard of care. Because the facts applicable to your situation may vary, or the laws applicable in your jurisdiction may differ, if legal advice or other expert legal assistance is required, the services of an attorney or other competent legal professional should be sought.

Reduciendo y Respondiendo a la Violencia en el Lugar de Trabajo en la Atención Médica

2024 MedPro Puerto Rico Symposium

Diana Saavedra, MD, MBA, MCQSL, HCQM, CPHRM

Disclosure

MedPro Group receives no commercial support from any ineligible company/commercial interest.

It is the policy of MedPro Group to require that all parties in a position to influence the content of this activity disclose the existence of any relevant financial relationship with any ineligible company/commercial interest.

When there are relevant financial relationships mitigation steps are taken. Additionally, the individual(s) will be listed by name, along with the name of the commercial interest with which the person has a relationship and the nature of the relationship.

Today's faculty, as well as CE planners, content developers, reviewers, editors, and Risk Solutions staff at MedPro Group, have reported that they have no relevant financial relationships with any commercial interests.



¿Qué tan preocupado está usted por la violencia en el lugar de trabajo en su organización?

No me preocupa en absoluto

Algo preocupado

Muy preocupado

Críticamente preocupado

Panorama hospitalario

- El problema
- Algunas soluciones
 - Incluyendo legislación
- Apoyando las soluciones
 - Evitando consecuencias no deseadas



El problema: la violencia en el lugar de trabajo

¿Qué es la violencia laboral en la atención hospitalaria?

- Comportamientos que incluyen violencia física, amenazas o alteraciones del medio ambiente y generan preocupación por la seguridad de los empleados, visitantes, pacientes/residentes y otras personas presentes.
- El uso de acciones o palabras que hacen que otra persona se sienta temerosa o insegura.
- Los profesionales de la salud tienen cinco veces más probabilidades de sufrir violencia en el trabajo que otros estadounidenses.
- Estos actos de violencia comprometen la seguridad y el bienestar de los trabajadores de la salud y los pacientes no sólo en Estados Unidos sino también en todo el mundo.

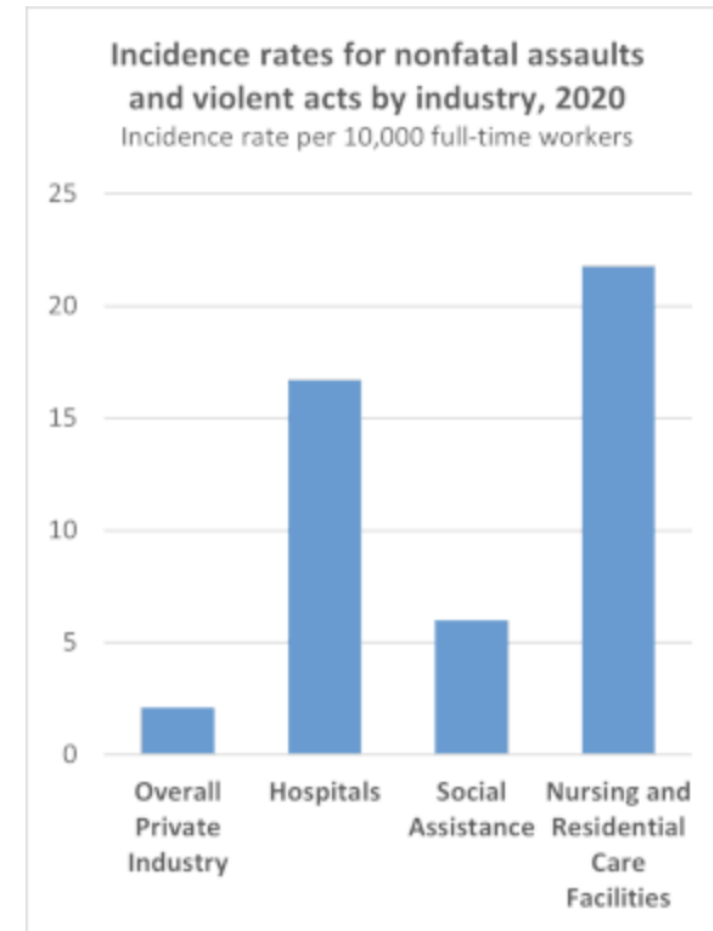
El problema: la violencia en el lugar de trabajo

- Según la Administración de Salud y Seguridad Ocupacional (OSHA), “La violencia en el lugar de trabajo es cualquier acto o amenaza de violencia física, acoso, intimidación u otro comportamiento perturbador amenazante que ocurre en el lugar de trabajo” Va desde amenazas y abusos verbales hasta agresiones físicas e incluso homicidio.
- En 2020, se produjeron en todo el mundo más de 1.100 ataques y amenazas de violencia contra trabajadores de la salud, pacientes, instalaciones y transporte, y casi 400 parecen estar específicamente relacionados con la pandemia de COVID-19, según un informe de, con sede en Ginebra (Suiza) Insecurity Insight y el Centro de Derechos Humanos de la Universidad de California, Berkeley



El problema: la violencia laboral en la atención hospitalaria

- Un importante estudio poblacional mostró una tasa de agresiones físicas de **13,2 por 100 enfermeras por año** y una tasa de **38,8 por 100 enfermeras** por año para eventos violentos no físicos (amenazas, acoso sexual, abuso verbal).
- La Oficina de Estadísticas Laborales de EE. UU. informa una tendencia que empeora: los trabajadores de servicios sociales y de atención médica tienen cinco veces más probabilidades de ausentarse del trabajo debido a la violencia en el lugar de trabajo que en otras industrias.



El problema: la violencia laboral en la atención hospitalaria

- Los departamentos de salud mental, las concurridas salas de emergencia de las ciudades y las áreas de espera corren el mayor riesgo de violencia, pero puede ocurrir en cualquier entorno de atención médica, como:
 - Hospitales y grandes instalaciones médicas.
 - Centros de tratamiento residencial, como centros de tratamiento de adicción al alcohol y las drogas, centros de salud conductual y otros centros de atención a largo plazo.
 - Instalaciones de tratamiento o servicios no residenciales, como pequeñas clínicas vecinales y centros de salud mental.
 - Instalaciones de atención comunitaria, como instalaciones residenciales comunitarias y hogares grupales.
 - Atención médica domiciliaria, cuidados paliativos o servicios sociales en el hogar



Por los números

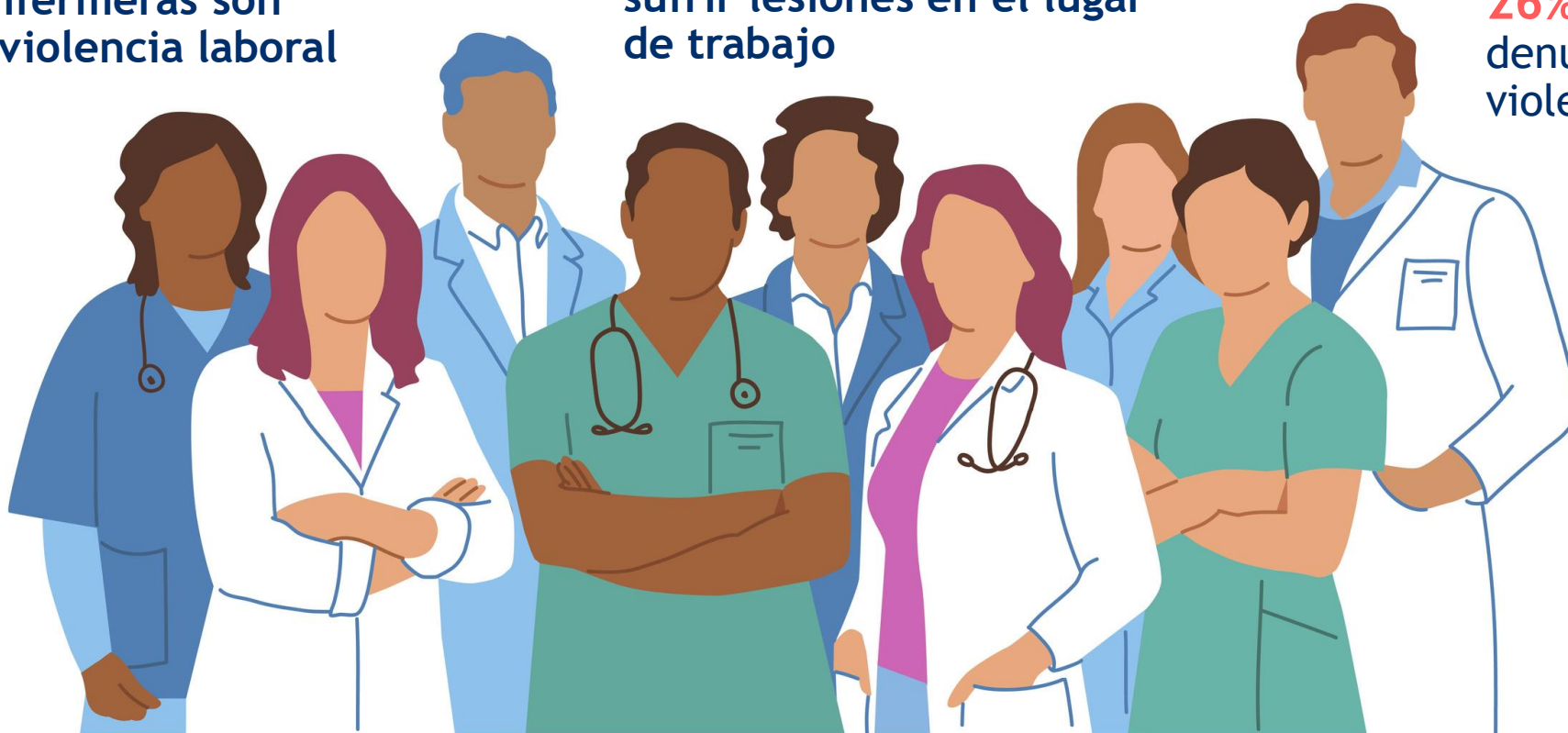
"Estamos viendo violencia en casi todos los turnos, todos los días."

8 out of 10

Departamento de Emergencia
Médicos y enfermeras son
víctimas de violencia laboral

Los trabajadores de salud
y servicios sociales son
4X como propensos a
sufrir lesiones en el lugar
de trabajo

Solo el **30%**
de enfermeras y el
26% de los médicos
denuncian incidentes
violentos



Algunas soluciones

- **Interdisciplinario**
 - Integral
 - Proactivo
 - Reactivo
 - Basado en datos
 - Confiable
 - Sostenible



Algunas soluciones



Workplace Violence Prevention in Hospitals



Algunas soluciones: siempre esté atento a los cambios en una persona como:



Tristeza, llanto,
distanciamiento social.



Guardar rencores, no
respetar la autoridad.



Decir malas palabras,
arrebatos emocionales,
quejarse.



Confusión, falta
de concentración,
olvido, tardanza.



Mala higiene personal.
Quejarse de enfermedad

Algunas soluciones: comenzar con un análisis (Gap) de brechas

- Coordinación de **Seguridad** – Programa de Prevención de la Violencia
- **Informes** precisos y simultáneos
- **Cultura** y responsabilidad de las instalaciones
- **Educación** del personal
 - Identificación de riesgo
 - Respuesta al incidente
 - Aprendiendo de los eventos



Previnendo Violencia en el Cuidado de la salud



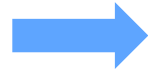
¿Su organización realiza habitualmente un RCA después de un evento de violencia en el lugar de trabajo que involucra a pacientes/familias/personal del hospital?

El viaje hacia lo MÁS SEGURO

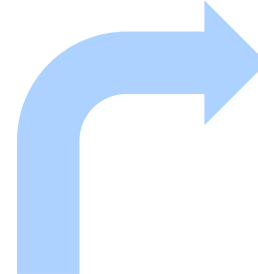
Fuentes de identificación:

- EMR
- FDA Alertas
- Feedback
- [Cumplimiento/Queja]
- Rondas de cumplimiento
- Huddles
- Testigo ocular
- Peer Review
- Reclamos

**Identificación de
daño Evento de
amenaza**



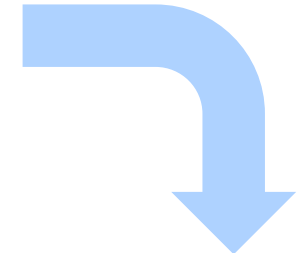
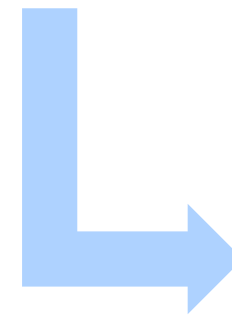
**1.
Sistema de
activación**



**2. A & B
Comunicación con
el paciente y
apoyo entre peers**



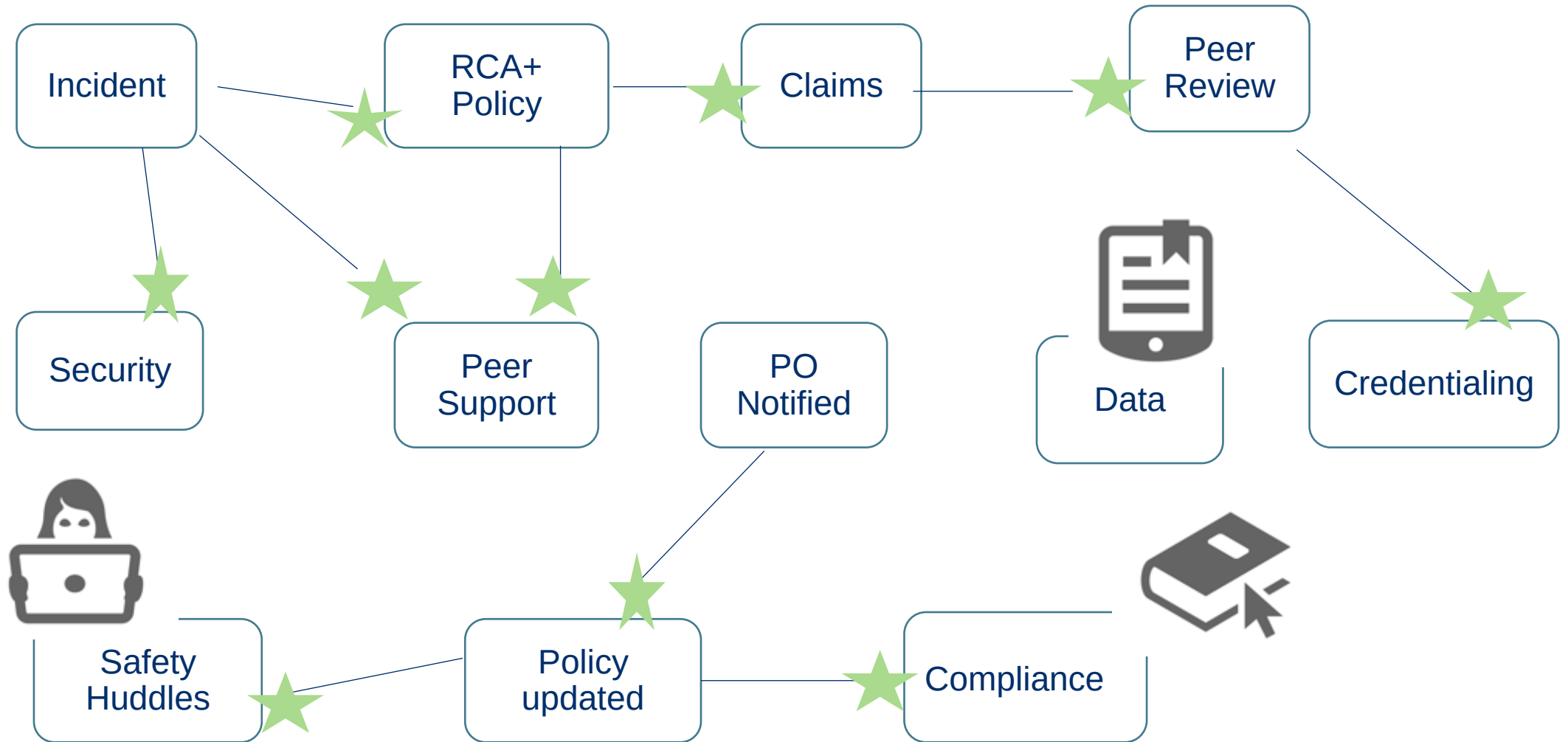
**2. C
Investigación y
análisis – Revisión
de eventos**



**3.
Resolución**

Governance Oversight: Responsabilidad por los planes de acción, gestión de proveedores y cambios en la gestión de la fuerza laboral, difusión de lecciones aprendidas, información sobre datos

Pacientes más seguros. Fuerza laboral más segura. Organización más segura.



Aprendiendo de los fracasos pasados



The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

Supporting Clinicians during Covid-19 and Beyond--- Learning from Past Failures and Envisioning New Strategies



Aprendiendo de los fracasos pasados

- Mantenimiento de registros y evaluación de programas
- El mantenimiento de registros y la evaluación del programa incluyen el mantenimiento preciso de registros de lesiones, enfermedades, agresiones, peligros, acciones correctivas y capacitación.
- El programa debe revisarse periódicamente para identificar qué es necesario mejorar y las acciones que se deben tomar.



NEJM, 2020 Shapiro & McDonald

"Al brindar apoyo entre pares a cientos de médicos, descubrimos que su estrés emocional a menudo proviene de problemas en el lugar de trabajo que deben mitigarse, como comportamientos poco profesionales y problemáticos, incluidos comportamientos racistas y sexistas y disparidades de salud persistentes."



Resumen de estrategias: respaldadas por la AHA, Minnesota GA etc

- Es fundamental comprender que ninguna respuesta única funcionará en todas las situaciones. Un artículo del *Western Journal of Emergency Medicine* señala cuatro objetivos principales¹⁰ al trabajar con una persona agitada.
- Enmarcar las consecuencias emocionales como un riesgo laboral, reduciendo así el estigma.
- Proporcionar formación, recursos y marketing adecuados.
- Priorice la comunicación en lugar de la autorreferencia: "si lo construye... ¡no vendrán!"
- Servicios de fácil acceso y psicológicamente seguros.
- Liderazgo institucional responsable del bienestar



Peer Support /Apoyo de los compañeros

- Garantizar la seguridad del paciente, el personal y otras personas en el área.
- Ayudar al paciente a (a) gestionar sus emociones y angustia, y (b) mantener o recuperar el control de su conducta.
- Evitar el uso de la restricción cuando sea posible.
- Evitar intervenciones coercitivas que intensifiquen la agitación.



- **Recursos de emergencia contra la violencia:**
 - Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades: Prevención de la violencia en el lugar de trabajo para enfermeras
 - Asociación de Hospitales del Sur de California: Materiales de perforación para tiradores activos
 - Asociación Internacional de Jefes de Servicios Médicos de Emergencia: Planificación y respuesta de tiradores activos
 - Grupo MedPro: Lista de verificación: Evaluación de factores ambientales para reducir la violencia en los hospitales

Apoyar las soluciones y evitar consecuencias no deseadas

Signage-Be Respectful. Behind the mask a person.



HEALTH EQUITY

By Michael Sun, Tomasz Oliwa, Monica E. Peek, and Elizabeth L. Tung

Negative Patient Descriptors: Documenting Racial Bias In The Electronic Health Record

MIND & BODY | Articles & More

Three Ways to Reduce Implicit Bias in Policing



Can we correct for unconscious prejudice in law enforcement? Former police officer Tracie Keesee says yes.

Apoyar las soluciones y evitar consecuencias no deseadas

- Reflexiones y consideraciones sobre equidad, inclusión y pertenencia
 - ¿Cómo cuidamos a las personas que acuden a nuestras organizaciones de atención médica en lugar de criminalizarlas?
 - ¿Con qué frecuencia los miembros del personal llaman a los controles de seguridad para pacientes negros y otros pacientes de color en comparación con los pacientes blancos?
 - ¿Ha considerado cómo su programa de seguridad afectaría a los pacientes y sus familias que no hablan inglés?



Preventing Verbal and Physical Violence across the Health Care Workforce

Apoyar las soluciones y evitar consecuencias no deseadas

Los efectos de la violencia pueden ser trascendentales y persistir para quienes están involucrados. “Los incidentes violentos pueden afectar la dotación de personal como resultado de la pérdida de tiempo de trabajo debido a lesiones, la disminución de la satisfacción laboral que conduce al ausentismo y la rotación, la baja moral de los empleados y el miedo a un lugar de trabajo inseguro.”

Brindar seguridad física y apoyo emocional a los miembros del personal involucrados en un incidente violento es una parte esencial para recuperarse del incidente y retener a estos empleados.



Manejo de quejas de pacientes

Incluso las prácticas sanitarias más diligentes probablemente encontrarán en ocasiones quejas de los pacientes. Implementar un proceso que todos los proveedores y miembros del personal puedan comprender y seguir. Llamado **LEAP**, lo que significa:

- **Listen (Escuchar):** Deje lo que está haciendo y preste toda su atención al paciente.
- **Empathize (Empatizarse):** Identificar las emociones del paciente y ofrecer empatía.
- **Apologize (Disculparse):** Una disculpa puede ser de gran ayuda si un paciente tiene una queja legítima: "Lamento que su cita no haya ido como esperaba."
- **Plan (planear):** Sugiera soluciones que pueda ofrecer o estrategias para resolver el problema. Espere escuchar de la práctica..
- Responda con lenguaje escrito para indicar que está comprometido a brindar una excelente atención al paciente y anime a cualquier persona que tenga inquietudes a comunicarse directamente con su consultorio.



Trabajar hacia una resolución

- Decida quién está autorizado a resolver el problema.
- Trabaje hacia una solución beneficiosa para todos.
- Trabaje junto con el paciente/familia para determinar un resultado.
- Deje de lado la necesidad de controlar.
- Deje de lado la necesidad de ganar.
- Principalmente, deje de lado la necesidad de tener "razón."

Resultados

- Determine qué resultado desean el paciente y su familia.
- Determine qué resultado desean el médico y el personal.
- “Compromiso” NO es una mala palabra.

El empoderamiento es esencial en la resolución de conflictos.

De-escalation (Desescalada)

La seguridad es la primera consideración. Cuando te reúnas con la persona enojada, asegúrate de:

- Tener acceso a una puerta.
- Tener pareja.
- Mantenga distancia entre el paciente/familia enojado y el personal.
- No toques a la persona.

Sea claro sobre las consecuencias de un comportamiento inapropiado o amenazante.

De-escalation (Desescalada)

Si la desescalada no funciona:

- Detén la conversación.
- Pida al paciente/familia enojado que abandone el consultorio.
- Acompañe al paciente/familia hasta la puerta.
- Si el paciente/familia se niega, llame para pedir ayuda.
- Llame al 911 si es necesario.





Wrap Up/ Para concluir

El papel del liderazgo en la cultura de seguridad



La nueva norma **EP 9 under LD.03.01.01** requiere que los hospitales tengan un equipo multidisciplinario dirigido por una persona designada para gestionar el programa de prevención de la violencia en el lugar de trabajo. "En un sentido más global, el liderazgo debería prestar atención a las cuestiones de seguridad en el lugar de trabajo y reconocer la relación entre la seguridad del personal y la seguridad del paciente."



"Cuando hay falta de transparencia, existe una mayor probabilidad de que los líderes de atención médica no estén conscientes de la violencia en el lugar de trabajo dentro de sus organizaciones."

Conclusión

Informe R3 de la Comisión Conjunta sobre Estándares Prevención de la Violencia en el Lugar de Trabajo

“Nos gustaría que el liderazgo impulse los esfuerzos de prevención de la violencia en el lugar de trabajo y promover una cultura de seguridad. Monitorear la violencia en el lugar de trabajo, realizar análisis anuales en el lugar de trabajo, instituir un programa de prevención multidisciplinario y exigir que los incidentes se informen al órgano rector ofrecen oportunidades para la comunicación abierta y la colaboración con los líderes y promueven la transparencia.”



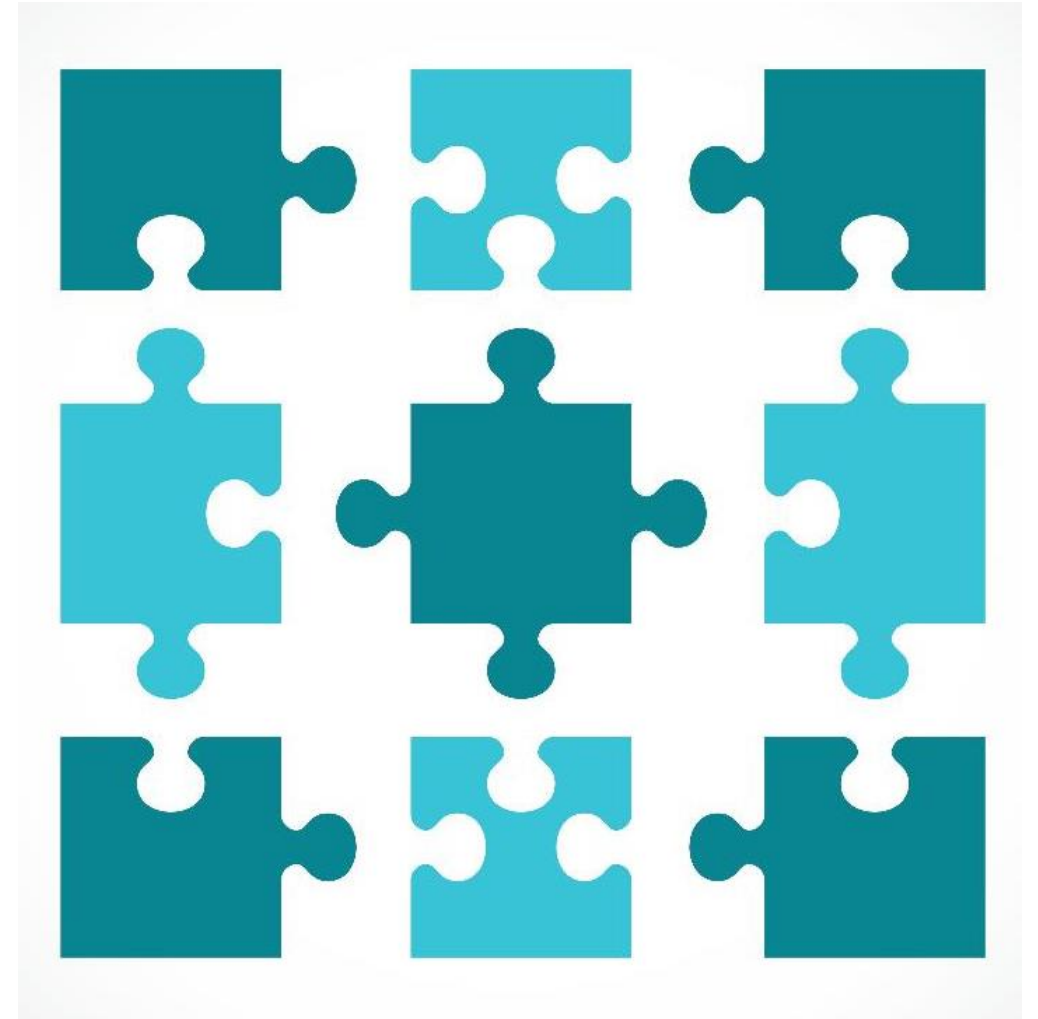
Summary

La comunicación compasiva es una herramienta poderosa.

La mayoría de los desacuerdos se pueden gestionar con una comunicación positiva.

La seguridad y el respeto son consideraciones primordiales..

Call your MedPro Group Senior Risk Solutions Consultant for assistance as needed (1-800-463-3776).



MedPro resources

- Communicating Effectively With Patients to Improve Quality and Safety: www.medpro.com/documents/10502/2837997/Guideline_Communicating+With+Patients.pdf
- Managing Non-adherent Patients: www.medpro.com/documents/10502/2837997/Guideline_Managing+Nonadherent+Patients.pdf
- Refunds and Waivers: www.medpro.com/documents/10502/2837997/Refunds_and_Waivers-Guideline.pdf
- Terminating the Provider–Patient Relationship: www.medpro.com/documents/10502/10735/Guideline_Terminating+a+Provider-Patient+Relationship.pdf
- Using Behavior Contracts To Improve Patient Adherence and Address Behavioral Issues: www.medpro.com/documents/10502/2837997/Behavior+Contracts.pdf
- More resources are available at www.medpro.com/dynamic-risk-tools.

Other resources

Agency for Healthcare Research and Quality

- Patient Safety Primer: Diagnostic Errors
<https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/12/Diagnostic-Errors>

Institute for Healthcare Improvement

- Safer Dx Checklist: 10 High-Priority Practices for Diagnostic Excellence
www.ihi.org/resources/Pages/Tools/safer-diagnostic-checklist.aspx

National Academies of Science, Engineering, and Medicine

- Improving Diagnosis in Health Care www.nap.edu/catalog/21794/improving-diagnosis-in-health-care

Society to Improve Diagnosis in Medicine

- Clinical Reasoning Toolkit www.improvediagnosis.org/clinicalreasoning/
- Clinician Checklists www.improvediagnosis.org/clinician-checklists/
- Patient's Toolkit for Diagnosis www.improvediagnosis.org/patients-toolkit/

Disclaimer

The information contained herein and presented by the speaker is based on sources believed to be accurate at the time they were referenced. The speaker has made a reasonable effort to ensure the accuracy of the information presented; however, no warranty or representation is made as to such accuracy. The speaker is not engaged in rendering legal or other professional services. The information contained herein does not constitute legal or medical advice and should not be construed as rules or establishing a standard of care. Because the facts applicable to your situation may vary, or the laws applicable in your jurisdiction may differ, if legal advice or other expert legal assistance is required, the services of an attorney or other competent legal professional should be sought.

Como Prevenir y Evitar Caídas de Pacientes de Salud Conductual

2024 MedPro Puerto Rico Symposium

Myka Whitman, MHL, BSN, RN, CPHRM, CPPS, CPHQ

Disclosure

MedPro Group receives no commercial support from any ineligible company/commercial interest.

It is the policy of MedPro Group to require that all parties in a position to influence the content of this activity disclose the existence of any relevant financial relationship with any ineligible company/commercial interest.

When there are relevant financial relationships mitigation steps are taken. Additionally, the individual(s) will be listed by name, along with the name of the commercial interest with which the person has a relationship and the nature of the relationship.

Today's faculty, as well as CE planners, content developers, reviewers, editors, and Patient Safety & Risk Solutions staff at MedPro Group have reported that they have no relevant financial relationships with any commercial interests.

Objetivos

Al final de este programa, los participantes deben ser capaces de:

- Describir los datos de caídas
- Describir los factores comunes de riesgo de caídas en pacientes de salud conductual
- Describir las intervenciones preventivas para los riesgos de caídas
- Describir el proceso de reunión posterior a la caída
- Describir las estrategias de mitigación y prevención de caídas.



Seguridad



Safety isn't expensive,
it's priceless.

— Unknown

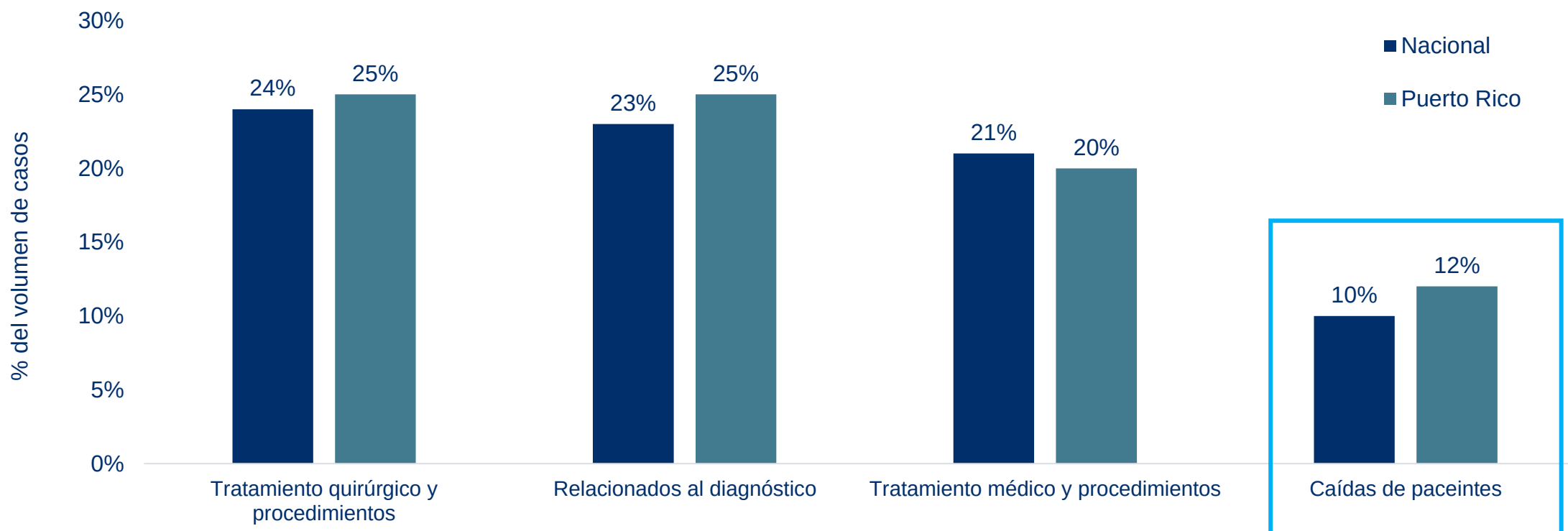




Datos de Reclamaciones por Caídas

Categorías más comunes de alegaciones principales

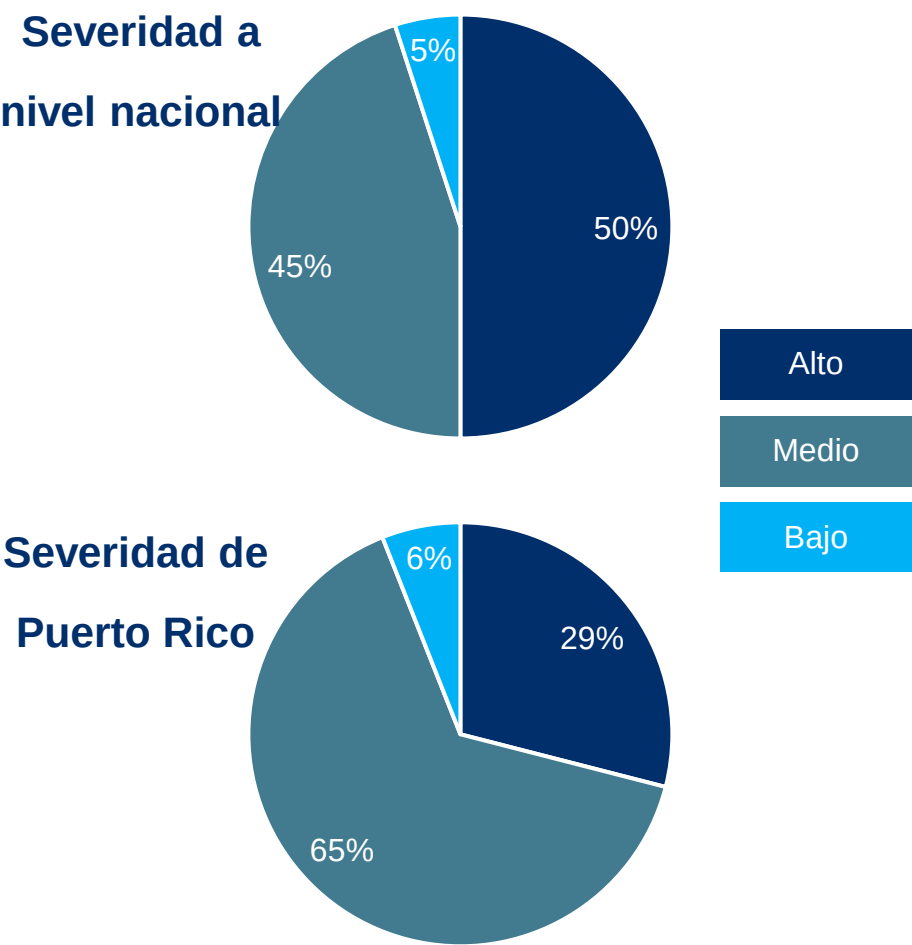
La distribución de los tipos de casos en los conjuntos de datos a nivel nacional y de Puerto Rico es similar, encontrándose los casos de caídas de pacientes entre los cuatro casos más comunes.



Gravedad clínica* y localización de las caídas de los pacientes

Un mayor volumen de casos a nivel nacional refleja lesiones de alta gravedad. Estos incluyen resultados permanentes significativos, mayores y graves, y la muerte.

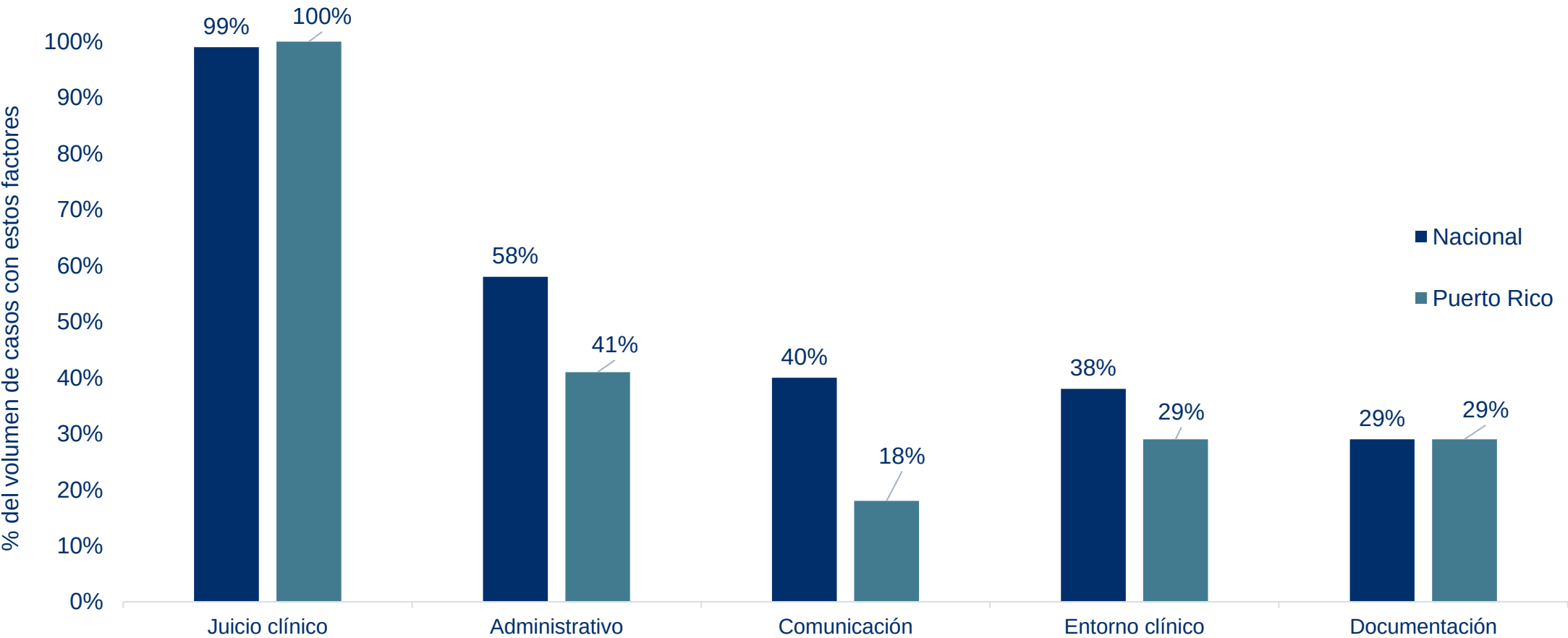
Las caídas en las habitaciones de los pacientes son las más comunes.



	% del volumen de casos	
Ubicación	Nacional	Puerto Rico
Habitación del paciente	57%	35%
Pasillo/vestíbulo	8%	12%
Baño de pacientes	6%	18%
Emergencias	2%	24%

Categorías de factores contribuyentes más comunes en los casos de caídas de pacientes

Excepto por cuestiones de comunicación, la distribución de los factores contribuyentes en ambos conjuntos de datos es similar.



Factores que contribuyen a los casos de caídas de los pacientes: concéntrese en los detalles clave más comunes

Categoría de factor	Detalle del factor	Nacional	Puerto Rico
Juicio clínico	Monitorización inadecuada del paciente	63%	35%
Administrativo	Incumplimiento de la política/protocolo	48%	41%
Entorno clínico	Turnos nocturnos/fin de semana/festivos	38%	29%
Juicio clínico	Evaluaciones inadecuadas de los pacientes	32%	24%

Las evaluaciones subóptimas de los pacientes y el monitoreo continuo, los turnos diurnos no laborables y los incumplimientos de las políticas/procedimientos se encuentran entre los detalles más comúnmente señalados.

Datos de MedPro Group y MLMIC

MedPro y MLMIC se han asociado con Candello, una colaboración nacional de datos de negligencia médica y una división de CRICO, la aseguradora de negligencia médica para las instituciones médicas afiliadas a Harvard.

Derivado de la esencia de la palabra candela, una unidad de intensidad luminosa que emite una dirección clara, la taxonomía, los datos y las herramientas de Candello, los mejores de su clase, proporcionan una visión única de los riesgos clínicos y financieros que conducen a daños y pérdidas.

Usando la sofisticada taxonomía de codificación de Candello para codificar datos de reclamaciones, MedPro y MLMIC son más capaces de resaltar la intersección crítica entre la calidad y la seguridad del paciente y proporcionar información sobre cómo minimizar las pérdidas y mejorar los resultados.

Aprovechando nuestros extensos datos de reclamaciones, ayudamos a nuestros asegurados a mantenerse al tanto de las tendencias de riesgo por especialidad y en una variedad de entornos de práctica. Los análisis de datos examinan las alegaciones y los factores que contribuyen, incluidos los factores humanos y las fallas del sistema de atención médica que resultan en daños a los pacientes. La información obtenida a partir del análisis de datos de reclamaciones también nos permite desarrollar programas y herramientas específicos para ayudar a nuestros asegurados a minimizar el riesgo.



This document does not constitute legal or medical advice and should not be construed as rules or establishing a standard of care. Because the facts applicable to your situation may vary, or the laws applicable in your jurisdiction may differ, please contact your attorney or other professional advisors if you have any questions related to your legal or medical obligations or rights, state or federal laws, contract interpretation, or other legal questions. MedPro Group is the marketing name used to refer to the insurance operations of The Medical Protective Company, Princeton Insurance Company, PLICO, Inc. and MedPro RRG Risk Retention Group. All insurance products are underwritten and administered by these and other Berkshire Hathaway affiliates, including National Fire & Marine Insurance Company. Product availability is based upon business and/or regulatory approval and may differ among companies. © 2023 MedPro Group Inc. All rights reserved.

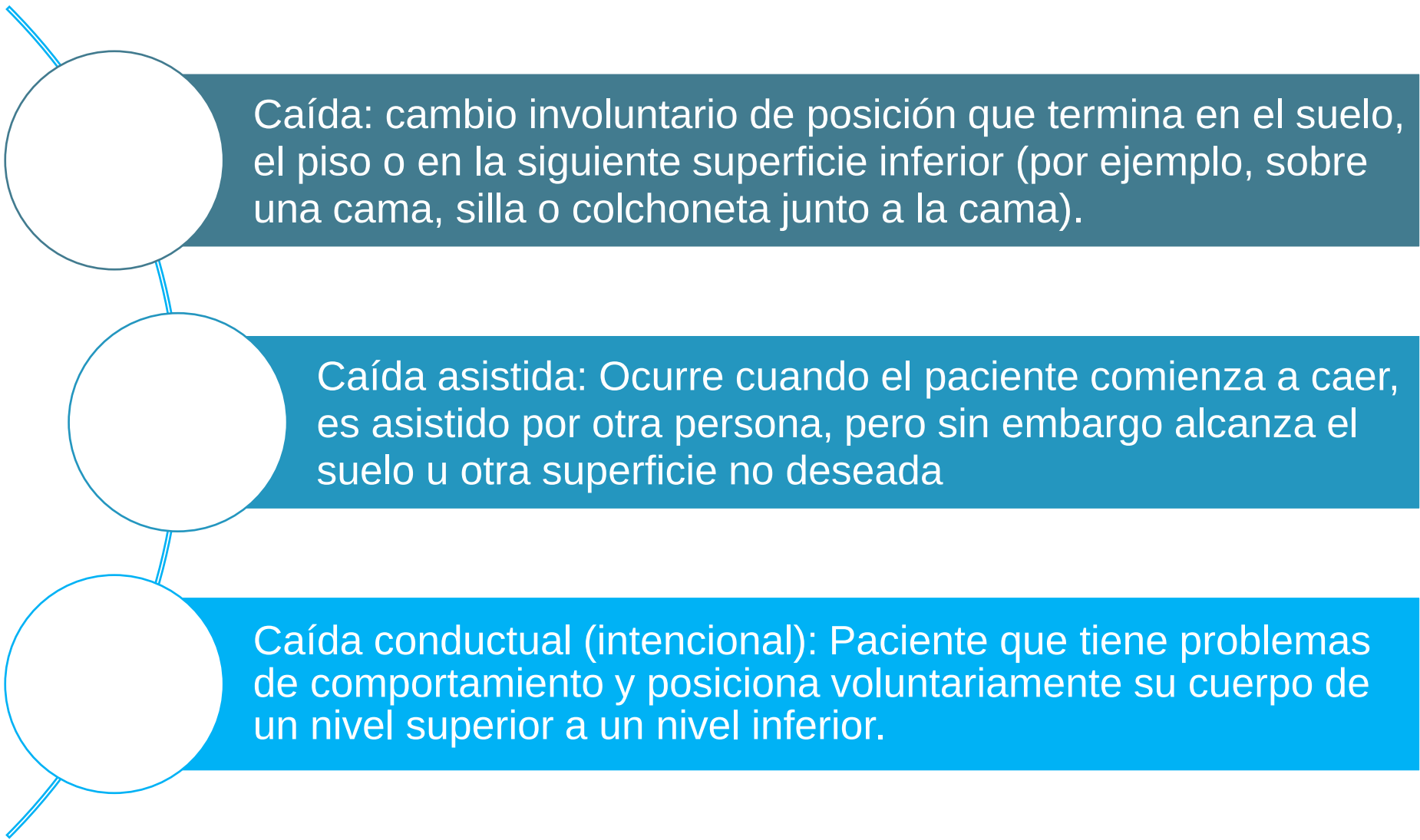
TERMS, CONDITIONS AND DISCLAIMER The presented information is for general purposes only and should not be construed as medical or legal advice. The presented information is not comprehensive and does not cover all possible factual circumstances. Please contact your attorney or other professional advisors for any questions related to legal, medical, or professional obligations, the applicable state or federal laws, or other professional questions. If you are a MLMIC insured, you may contact Mercado May-Skiner at 1-855-325-7529 for any policy related questions. MLMIC Insurance Company does not warrant the presented information, nor will it be responsible for damages arising out of or in connection with the presented information.



Paciente de Salud Conductual

Identificación del riesgo de caídas y estrategias de mitigación

Definiciones de caídas



Caída: cambio involuntario de posición que termina en el suelo, el piso o en la siguiente superficie inferior (por ejemplo, sobre una cama, silla o colchoneta junto a la cama).

Caída asistida: Ocurre cuando el paciente comienza a caer, es asistido por otra persona, pero sin embargo alcanza el suelo u otra superficie no deseada

Caída conductual (intencional): Paciente que tiene problemas de comportamiento y posiciona voluntariamente su cuerpo de un nivel superior a un nivel inferior.



Pacientes de salud conductual

Factores de riesgo

- **Condiciones psiquiátricas**
 - depresión, psicosis y esquizofrenia
- **Medicamentos psicotrópicos**
- **Condiciones médicas adicionales**
 - delirio, estado confusional agudo
- **Trastornos neurológicos**
- **Problemas de marcha/movilidad**
- **Problemas de visión**
- **Búsqueda de atención**



La evaluación completa y exhaustiva de la salud y la evaluación inicial son clave para la identificación del riesgo de caídas.

Medio Ambiente

Comprobaciones de seguridad de EOC

- Comprobaciones de seguridad(mínimo cada 15 min)
- Libre de desorden
- Limite la capacidad de subirse a los muebles de las habitaciones y zonas comunes
- Camas en la posición más baja, atornilladas al suelo cuando sea posible
- Los suelos pueden estar recubiertos con material antideslizante o suelos antideslizantes(Especialmente en áreas geriátricas)
- La iluminación es apropiada
- Pasamanos: deben estar libres de ligaduras y ser continuos
- Controles rutinarios y documentados de EOC/Seguridad de todas las áreas en las que ingresan/retienen pacientes con BH



Las rondas de seguridad del EOC deben ser realizadas por un equipo multidisciplinario (EOC, enfermería, Riesgo/Calidad, MD)

Educación del personal

Al Momento de la Contratación y En Curso

- Evaluaciones Iniciales y Continuas Exhaustivas
 - Proceso de Conciliación de Mediación
 - Efectos secundarios comunes de los medicamentos: momento de administración, problemas de compatibilidad, edad
 - Efectos secundarios poco frecuentes de los medicamentos: bradicardia, desmayos, confusión
 - Documentación de rechazo del paciente y notificación al médico
- Condiciones médicas que exacerban los riesgos de caídas
 - Delirio, afecciones neurológicas, cardíacas, edad, limitaciones de movilidad, estado confusional agudo
- Manejo seguro del paciente
 - Caídas asistidas, técnicas de desescalada
- Comprobaciones de seguridad del paciente
- Monitoreo de EOC
- Informes de eventos



Intervenciones de alto riesgo de caídas

Identificación

Reevaluación de la
administración de
medicamentos

Alta visibilidad,
cerca de la estación
de enfermería

Rondas frecuentes



Evaluación
frecuente: LOC,
signos vitales,
estado de ánimo,
terapia

Alarmas de cama

Terapia:
PT, OT

Redireccionamiento

Post-caída

Comunicación y Documentación

- Política y Proceso de Caídas
- Reunión multidisciplinaria posterior a la caída
- Informe de eventos - revisión de riesgos(reporte tipo de caída)
- Documentación oportuna(antes y después de la caída)
- Fotografíe las áreas cuando corresponda/cinta de seguridad
- Secuestro de equipos/suministros, según corresponda, si se cree que pueden causar caídas/daños.
- Revisar los datos de caídas en busca de tendencias y oportunidades de mejora

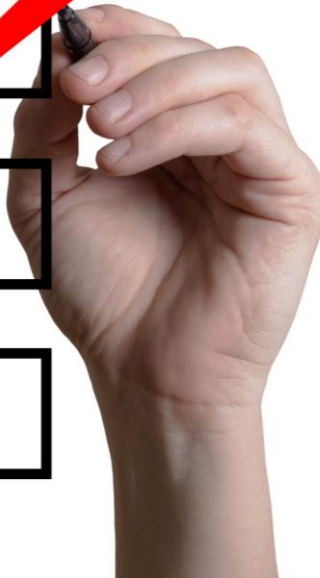
Puntos clave de Soluciones de Riesgo

La organización cuenta con un equipo de prevención de caídas designado para evaluar los riesgos de caídas, revisar los incidentes de caídas, implementar protocolos de seguridad y monitorear los resultados.

El equipo de prevención de caídas incluye representantes apropiados de toda la organización, como médicos, enfermeras, asistentes de enfermería, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, manejadores de riesgos, ingenieros de instalaciones y personal de servicios ambientales.

La organización brinda capacitación que crea conciencia sobre las caídas de los pacientes de salud mental, sus posibles resultados adversos y el compromiso de la organización con la prevención de caídas

La documentación suficiente y coherente se completa de manera oportuna.



Recursos

- Turner, K., Bjarnadottir, R., Jo, A., Repique, R. J., Thomas, J., Green, J. F., & Staggs, V. S. (2020). Patient falls and injuries in U.S. psychiatric care: Incidence and trends. *Psychiatric Services*, 71(9), 899–905. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000004>
- Bronk, K. L. (2020, February 25). Three-step program increases patient activation and engagement in hospital fall prevention efforts. The Joint Commission. Retrieved from www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/news/2020/02/three-step-program-increases-patient-activation-and-engagement-in-hospital-fall-prevention-efforts/
- Agency for Healthcare Research & Quality. (2013, January). Preventing falls in hospitals: A toolkit for improving quality of care. Retrieved from www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/index.html
- Agency for Healthcare Research & Quality. (2013, January). Preventing falls in hospitals: A toolkit for improving quality of care. Tool 1A: Hospital survey on patient safety culture. Retrieved from www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/fallpxtoolkit/fallpxtk-tool1a.html
- MedPro Group. (2020). Data insight: Patient falls. Retrieved from www.medpro.com/documents/10502/5086245/Data+Insight_Patient+Falls_MedPro+Group.pdf
- Preventing Falls in Hospitals. Content last reviewed March 2023. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/fall-prevention/toolkit/index.html>
- Carpels A, de Smet L, Desplenter S, de Hert M. Falls Among Psychiatric Inpatients: A Systematic Review of Literature. *Alpha Psychiatry*. 2022 Sep 1;23(5):217-222. doi: 10.5152/alphapsychiatry.2022.21735. PMID: 36426266; PMCID: PMC9623207.
- Ocker SA, Barton SA, Bollinger N, Leaver CA, Harne-Britner S, Heuston MM. Preventing Falls Among Behavioral Health Patients. *Am J Nurs*. 2020 Jul;120(7):61-68. doi: 10.1097/01.NAJ.0000688256.96880.a3. PMID: 32590604.

Disclaimer

The information contained herein and presented by the speaker is based on sources believed to be accurate at the time they were referenced. The speaker has made a reasonable effort to ensure the accuracy of the information presented; however, no warranty or representation is made as to such accuracy. The speaker is not engaged in rendering legal or other professional services. The information contained herein does not constitute legal or medical advice and should not be construed as rules or establishing a standard of care. Because the facts applicable to your situation may vary, or the laws applicable in your jurisdiction may differ, if legal advice or other expert legal assistance is required, the services of an attorney or other competent legal professional should be sought.

Desafíos y Obstáculos en Salas de Emergencia

2024 MedPro Puerto Rico Symposium

Graham Billingham, MD, FACEP, FAAEM

Disclosure

MedPro Group receives no commercial support from any ineligible company/commercial interest.

It is the policy of MedPro Group to require that all parties in a position to influence the content of this activity disclose the existence of any relevant financial relationship with any ineligible company/commercial interest.

When there are relevant financial relationships mitigation steps are taken. Additionally, the individual(s) will be listed by name, along with the name of the commercial interest with which the person has a relationship and the nature of the relationship.

Today's faculty, as well as CE planners, content developers, reviewers, editors, and Patient Safety & Risk Solutions staff at MedPro Group have reported that they have no relevant financial relationships with any commercial interests.

Objetivos

Describir el panorama de la medicina de emergencia

Examinar las tendencias de las reclamaciones de medicina de emergencia

Identificar riesgos y soluciones emergentes

Entorno de alto riesgo

- Rápida rotación
- Presión de producción
- Multitarea
- Interrupciones constantes
- Condiciones sensibles al tiempo
- Diagnóstico indiferenciado
- Amplia variación clínica
- Aumento de la complejidad
- Atención no programada
- No relación previa con el paciente
- Caminando entre minas "walking through landmines"



Titulares recientes

THE TOP NEWS

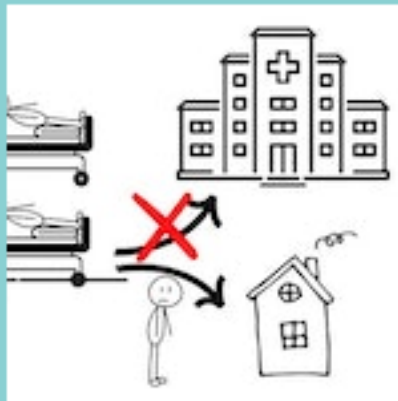


BECKER'S HOSPITAL REVIEW

ED Capacity Issues Nearing Boiling Point

An overwhelming majority of emergency physicians say they have experienced boarding times exceeding 24 hours, according to a 2022 survey from ACEP.

[Read More](#)



YOUR LOCAL EPIDEMIOLOGIST

Emergency Depts Are Not Okay

Emergency physicians are sounding the alarm on boarding. ACEP polling shows that patients know that emergency departments are in crisis.

[Read More](#)

Un desastre a punto de suceder

El 40% de los hospitales están saturados

- Retraso en el tratamiento
- Retraso en el diagnóstico
- Disminución de la calidad

JCAHO

- 50% de eventos centinela = retrasos en el servicio de urgencias
- 30% por hacinamiento
- Análisis retrospectivo de 62,495 registros de ingresos hospitalarios y defunciones de urgencia
- Muertes evaluadas según una Escala de Riesgo de Hacinamiento
- **Conclusión: el hacinamiento hospitalario y en emergencias se asoció con un aumento de la mortalidad a una tasa de 2.3 muertes por cada 1000 ingresos.**



Señal vs ruido

- Hacinamiento
- Sala de espera
- Escasez de personal
- Escasez de medicamentos
- Falta de especialistas
- Admisiones de embarque
- Medicamentos de alto riesgo
- Médicos de alto riesgo
- Quejas de alto riesgo
 - Dolor en el pecho
 - Dificultad para respirar
 - Dolor abdominal en ancianos
 - Fiebre pediátrica
 - Trauma





Tendencias de Impericia en Medicina de Emergencia

Benchmarking de especialidades

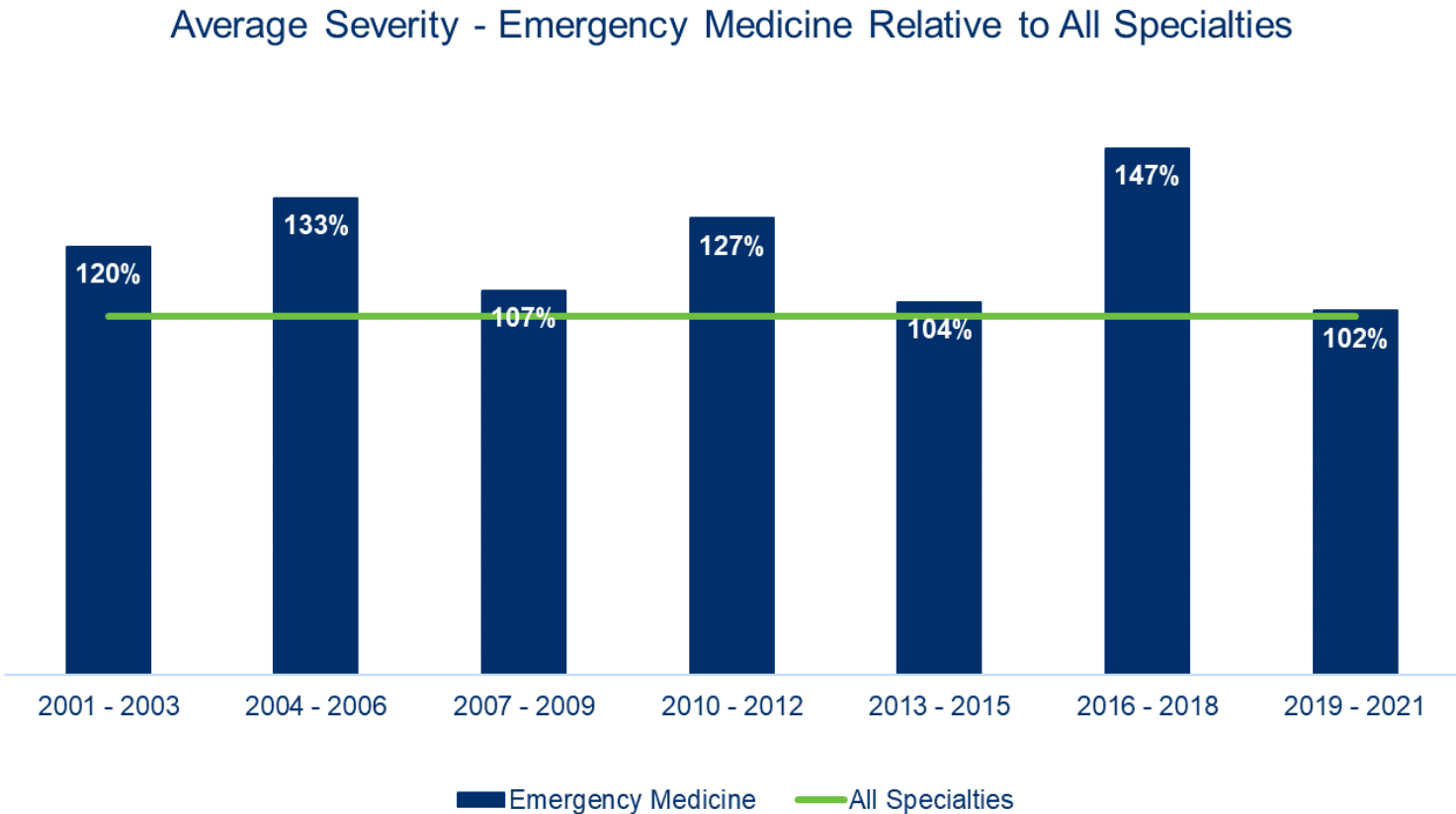
Las especialidades tienen diferentes perfiles de frecuencia y gravedad financiera que se combinan para producir diferentes niveles de riesgo.

Nivel de Severidad	Alto	Hematología/Oncología, Patología, Pediatría	Anestesiología, Neurología	Medicina de Emergencia, Neurocirugía, Obstetricia y Ginecología
	Medio	Medicina Familiar, Nefrología, Fisiatría, Atención de Urgencia	Cardiología, Otorrinolaringología, Gastroenterología, Medicina Interna	Cirugía Cardiovascular, Cirugía General, Cirugía Ortopédica, Radiología, Urología
	Bajo	Alergia, Dermatología, Medicina Ocupacional, Psiquiatría, Reumatología	Oftalmología, Cirugía Plástica, Neumología	Hospitalistas
		Bajo	Medio	Alto
		Nivel de frecuencia		

Tendencias de la especialidad – Medicina de Urgencias

INTRODUCTION | KEY POINTS | GENERAL DATA ANALYSIS | CONTRIBUTING FACTORS | FOCUSED DATA ANALYSIS | CASE EXAMPLES | RISK MITIGATION

La Medicina de Urgencias tiene una mayor gravedad financiera por caso y una mayor frecuencia de reclamaciones en comparación con todas las especialidades.



Nivel de frecuencia

Alto

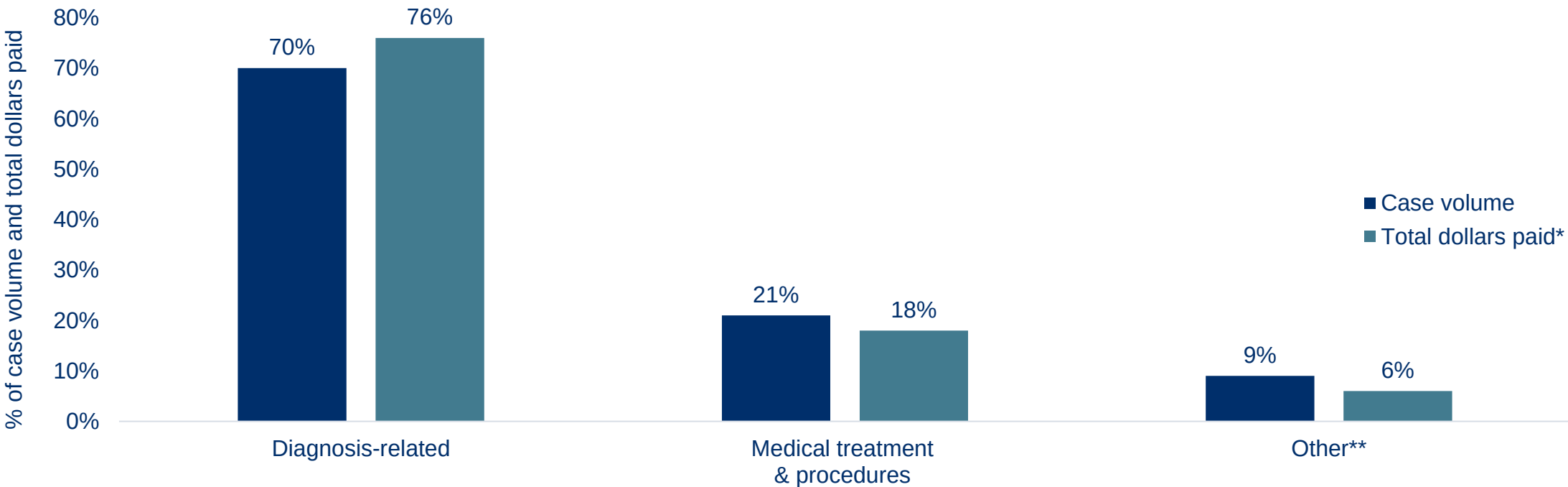
Medio

Bajo

Alegaciones Importantes y Severidad Financiera

INTRODUCTION | KEY POINTS | **GENERAL DATA ANALYSIS** | CONTRIBUTING FACTORS | FOCUSED DATA ANALYSIS | CASE EXAMPLES | RISK MITIGATION

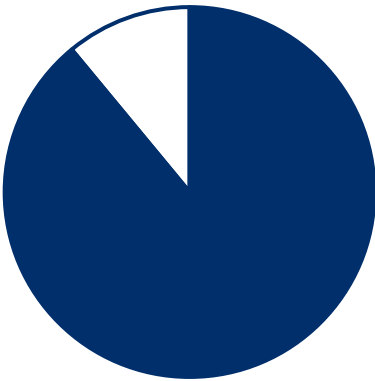
Cada caso refleja una categoría principal de alegaciones. Las categorías están diseñadas para permitir la agrupación y el análisis de casos similares y para impulsar esfuerzos enfocados en la mitigación de riesgos. La taxonomía de codificación incluye subcategorías detalladas de alegaciones; Más adelante en este informe se da cuenta de ello.



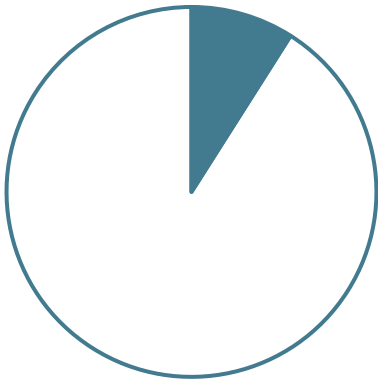
Severidad Clínica*

Categorías de gravedad clínica	Subcategorías	% del volumen de casos	Por lo general, cuanto mayor es la gravedad clínica, mayores son los pagos de indemnización y con mayor frecuencia se produce el pago.
BAJO	Solo Daño Emocional	6%	
	Lesión Temporal Insignificante		
MEDIO	Lesión Menor Temporal	29%	
	Lesión Mayor Temporal		
	Lesión Menor Permanente		
ALTO	Lesión Permanente Significativa	65%	
	Lesión Permanente Mayor		
	Lesiones graves		
	Muerte		

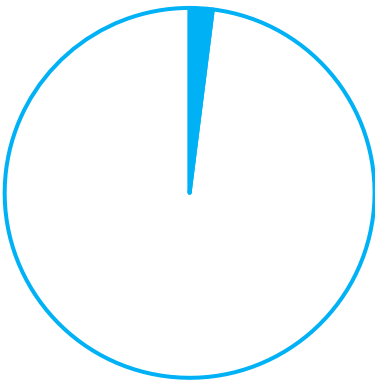
Tipo y Ubicación del Reclamante



Emergencia
89%



Ambulatorio
9%

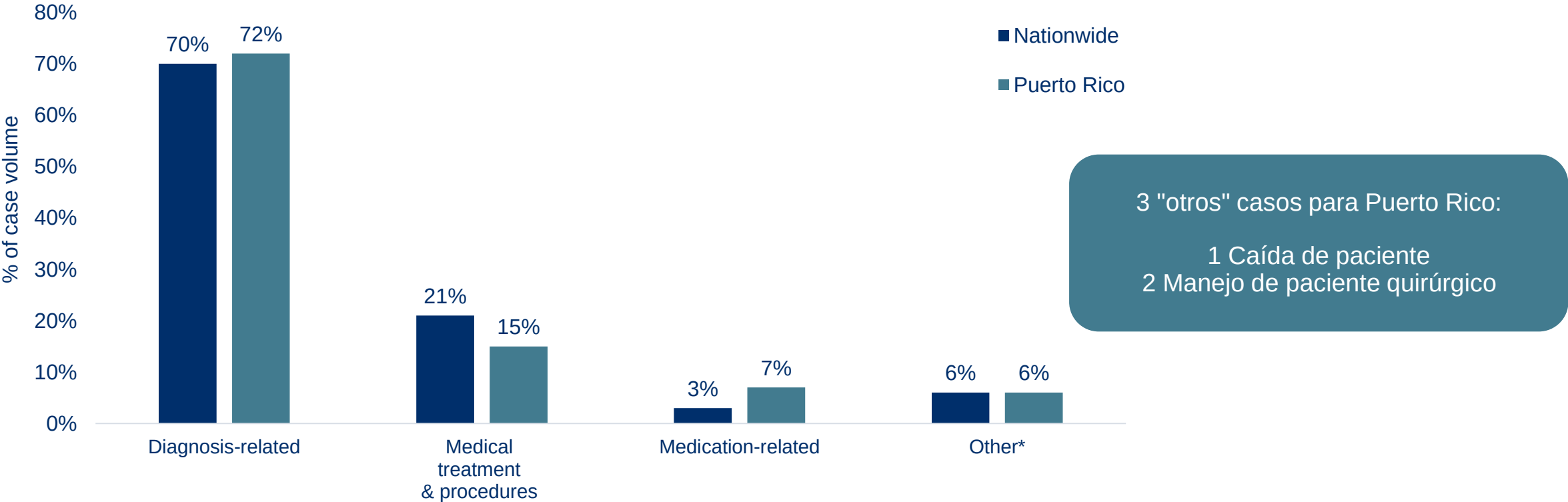


Hospitalización
2%

Ubicaciones principales	% del volumen de casos
Departamento de emergencias	93%
Clínicas de atención ambulatoria/de urgencia	3%

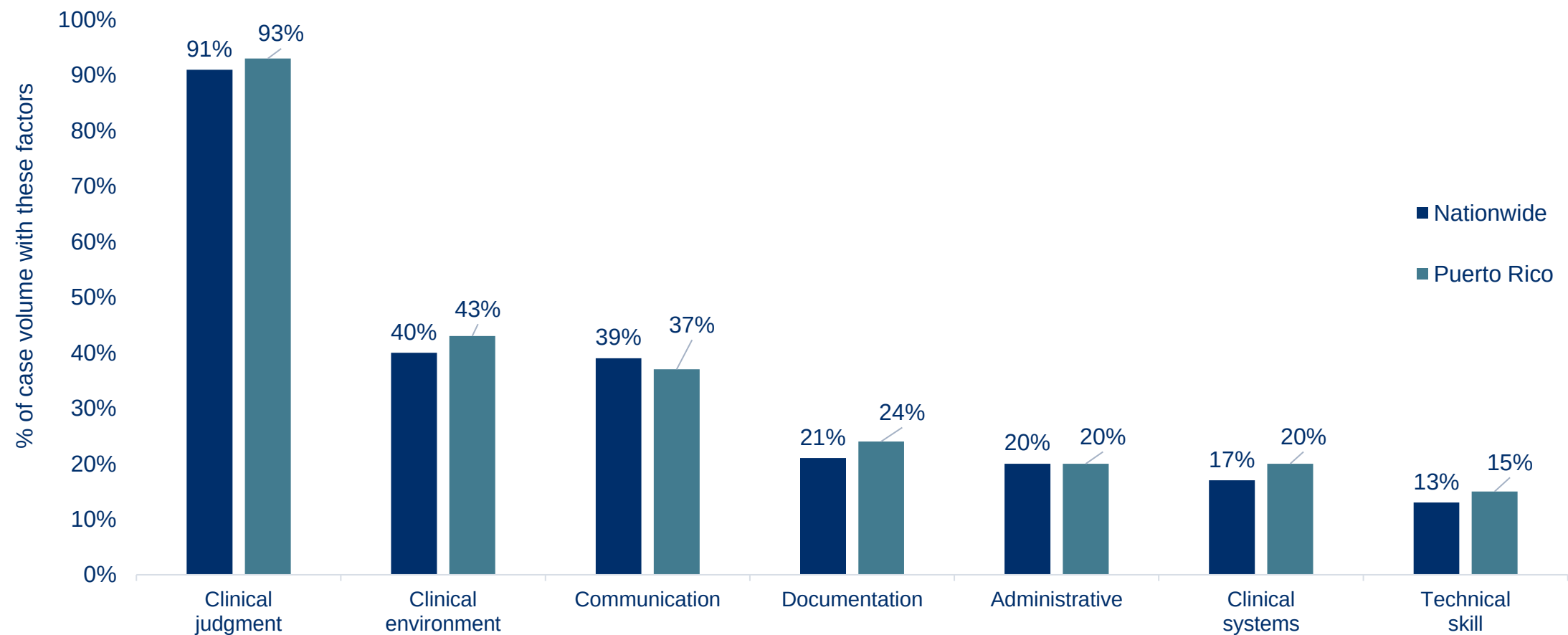
Principales Categorías de Alegaciones

La distribución de los tipos de casos en los conjuntos de datos a nivel nacional y de Puerto Rico es similar, siendo los más comunes los casos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento médico.



Factores contribuyentes

La distribución de los factores contribuyentes en ambos conjuntos de datos es similar.



Factores contribuyentes: Enfoque en los factores clave de la severidad clínica

		Nacional*	Puerto Rico*
Juicio clínico	Incapacidad para apreciar/conciliar los signos/síntomas/resultados de pruebas relevantes	51%	69%
	Evaluación inadecuada que resulta en un alta prematura	43%	42%
	Fallo/retraso en la solicitud de la prueba diagnóstica	41%	31%
	Falla al no establecer un diagnóstico diferencial	35%	50%
	Fallo/demora en la obtención de consulta/referidos	32%	35%

Los factores de juicio clínico se encuentran entre los factores más comunes observados en los casos que reflejan un resultado de gravedad clínica alta, incluida la muerte.



A pesar de las mejores intenciones, los procesos diseñados para obtener resultados seguros para los pacientes pueden fallar, y de hecho lo hacen.

Los factores que contribuyen son problemas de múltiples niveles o fallas en el proceso de atención que parecen haber contribuido al resultado del paciente y/o al inicio del caso, o haber tenido un impacto significativo en la resolución del caso.

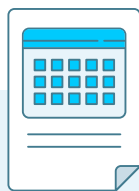
Se identifican múltiples factores en cada caso porque, por lo general, no hay un solo problema que conduzca a estos casos, sino más bien una combinación de problemas.



Administrativo



Relacionado
con el
comportamiento



Entorno
clínico



Juicio
clínico



Sistemas
clínicos



Comunicación



Documentación



Supervisión



Habilidad
técnica

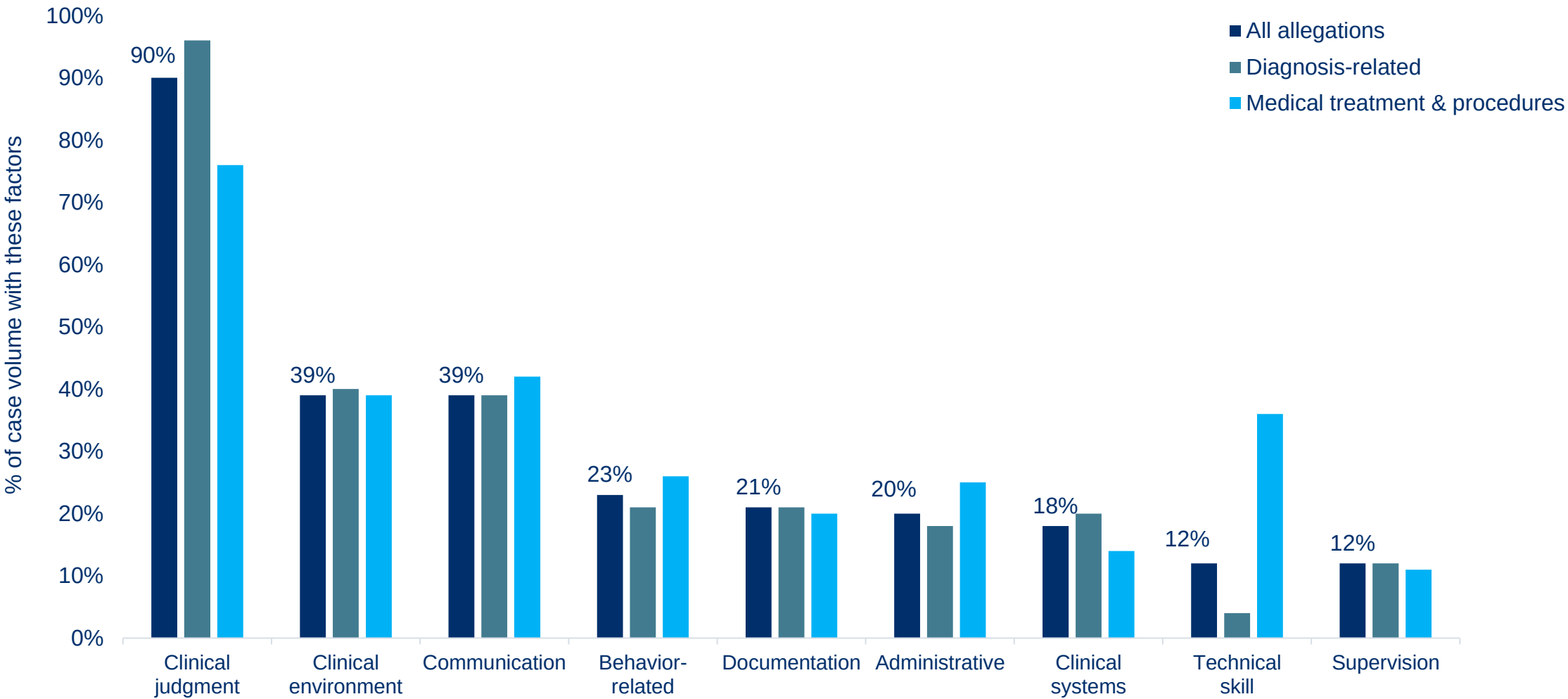
Definiciones de Categorías de Factores Contribuyentes

INTRODUCTION | KEY POINTS | GENERAL DATA ANALYSIS | CONTRIBUTING FACTORS | FOCUSED DATA ANALYSIS | CASE EXAMPLES | RISK MITIGATION

Administrativo	Factores relacionados con los registros médicos (que no sean la documentación), los informes, el personal, la ética, las políticas/protocolos, regulación
Relacionado con el comportamiento	Factores relacionados con la falta de adherencia del paciente al tratamiento o la conducta que compensa la atención; también el comportamiento del proveedor, incluida la violación de la confidencialidad o la conducta sexual inapropiada
Entorno clínico	Factores relacionados con el flujo de trabajo, las condiciones físicas y las condiciones "fuera del horario laboral" (fin de semana/días festivos/noches)
Juicio clínico	Factores relacionados con la evaluación del paciente, selección y manejo de la terapia, monitoreo del paciente, falla/retraso en obtener una consulta, falla para garantizar la seguridad del paciente (caídas, quemaduras, etc.), elección del entorno de práctica, falta de cuestionar/seguir una orden, práctica más allá del alcance
Sistemas clínicos	Factores relacionados con la coordinación de la atención, el fracaso/demora en la solicitud de la prueba, la notificación de los hallazgos, los sistemas de seguimiento, la identificación del paciente, la manipulación de la muestra, las infecciones nosocomiales
Comunicación	Factores relacionados con la comunicación entre los proveedores, entre el paciente/familia y los proveedores, a través de la comunicación electrónica (mensajes de texto, correo electrónico, etc.) y la telesalud/telemedicina de emergencia
Documentación	Factores relacionados con la mecánica, la insuficiencia, el contenido
Supervisión	Factores relacionados con la supervisión de enfermería, personal, clínicos de práctica avanzada
Habilidad técnica	Factores relacionados con uso inadecuado de equipos, errores de medicación, cuerpos extraños retenidos, realización técnica de procedimientos

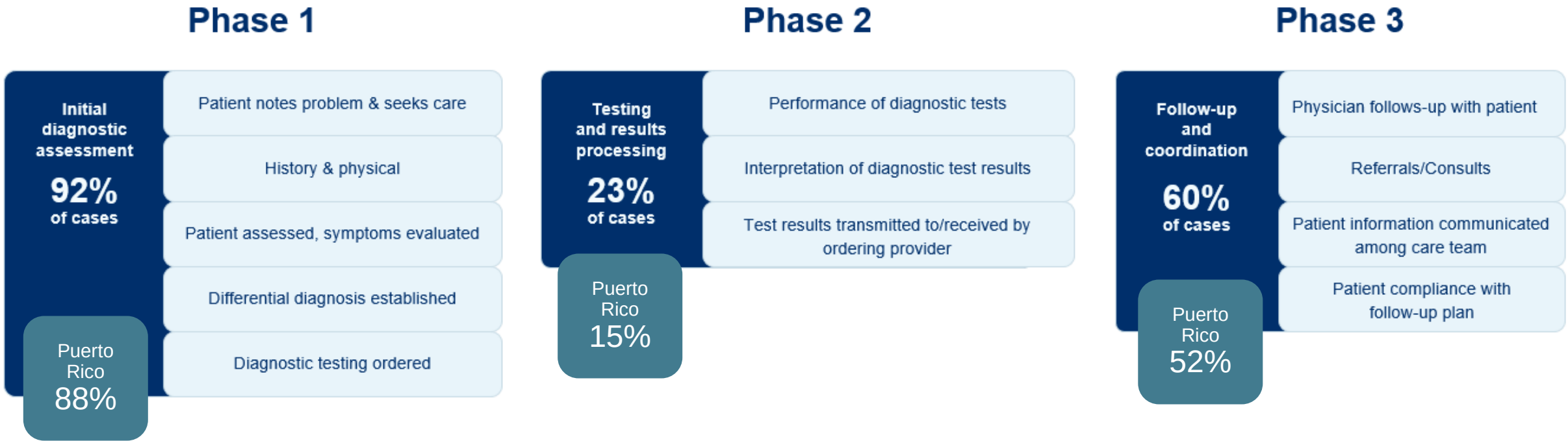
Categorías de Factores Contribuyentes más Comunes por legación

INTRODUCTION | KEY POINTS | GENERAL DATA ANALYSIS | CONTRIBUTING FACTORS | FOCUSED DATA ANALYSIS | CASE EXAMPLES | RISK MITIGATION



Enfoque en las Alegaciones Relacionadas con el Diagnóstico

Las oportunidades para mejorar los errores a lo largo del proceso de diagnóstico de la atención* son similares en los conjuntos de datos a nivel nacional y en Puerto Rico.



Enfoque en los Impulsores más Comunes de la Gravedad Clínica y Financiera

INTRODUCTION | KEY POINTS | GENERAL DATA ANALYSIS | CONTRIBUTING FACTORS | FOCUSED DATA ANALYSIS | CASE EXAMPLES | RISK MITIGATION

Factores asociados con resultados de alta gravedad clínica	(CJ) Incapacidad para apreciar/conciliar signos/síntomas/resultados de pruebas(48%)	% de volumen de casos de alta gravedad
	(CJ) Evaluación inadecuada que resulta en un alta prematura (43%)	
	(CJ) Fallo/retraso en la solicitud de la prueba diagnóstica(40%)	
	(CJ) Enfoque diagnóstico estrecho: falta de establecimiento del diagnóstico diferencial(34%)	
	(CJ) Fallo/demora en la obtención de consulta/referido (32%)	
Factores asociados con los pagos de indemnización más costosos	(SU) Supervisión inadecuada de los proveedores de práctica avanzada(32%)	% más costoso que el pago medio de indemnización*
	(CJ) Fallo/demora en la obtención de consulta/referido(30%)	
	(CO) Comunicación subóptima entre los proveedores sobre la condición del paciente(27%)	
	(CJ) Enfoque diagnóstico estrecho: presentación atípica(21%)	
	(DO) Documentación insuficiente de los hallazgos clínicos(18%)	

Clinical judgment factors, specifically inadequate patient assessment processes – some resulting in premature discharge from care, and a narrow diagnostic focus, and suboptimal communication, documentation and supervision are key drivers of both clinical and financial Emergency Medicine case severity.



Enfoque en las Alegaciones Relacionadas con el Diagnóstico

INTRODUCTION | KEY POINTS | GENERAL DATA ANALYSIS | CONTRIBUTING FACTORS | **FOCUSED DATA ANALYSIS** | CASE EXAMPLES | RISK MITIGATION

Las alegaciones relacionadas con el diagnóstico abarcan diagnósticos erróneos, fallas/retrasos. Vea a continuación los principales diagnósticos* observados en estos casos.

Aparato circulatorio (33%)

Principalmente
infartos de
miocardio y
accidentes
cerebrovasculares;
también
mioendocarditis,
embolias
pulmonares,
aneurismas

Lesiones (23%)

Principalmente
fracturas,
traumatismos
craneoencefálicos,
heridas abiertas,
lesiones de la
médula espinal

Sistema nervioso central (9%)

Principalmente
infecciones

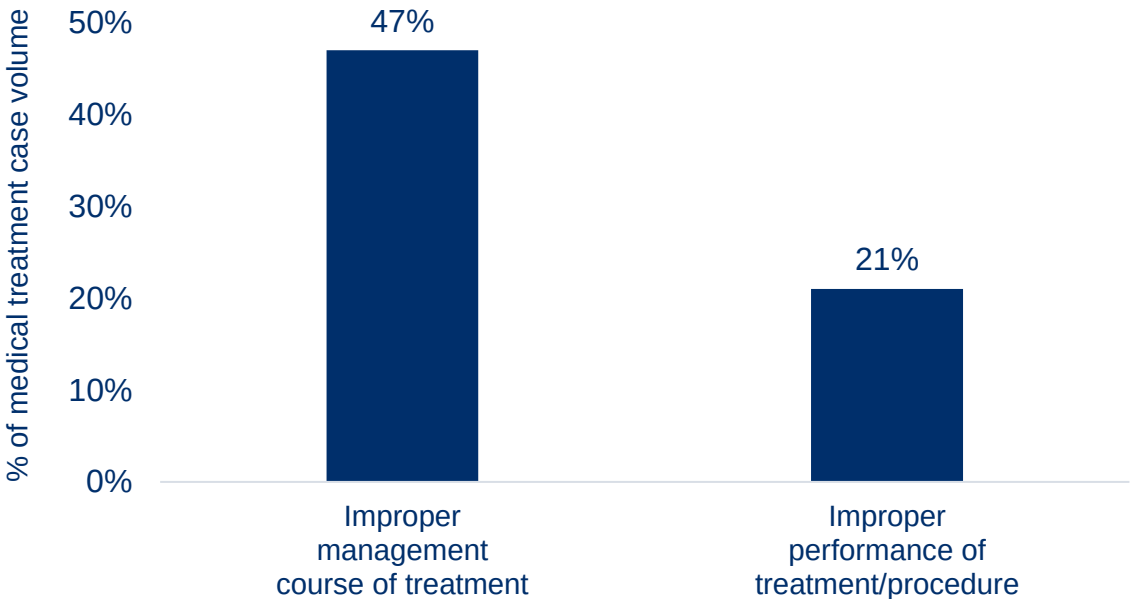
Sistema digestivo (9%)

Trastornos del tracto
gastrointestinal
inferior y superior

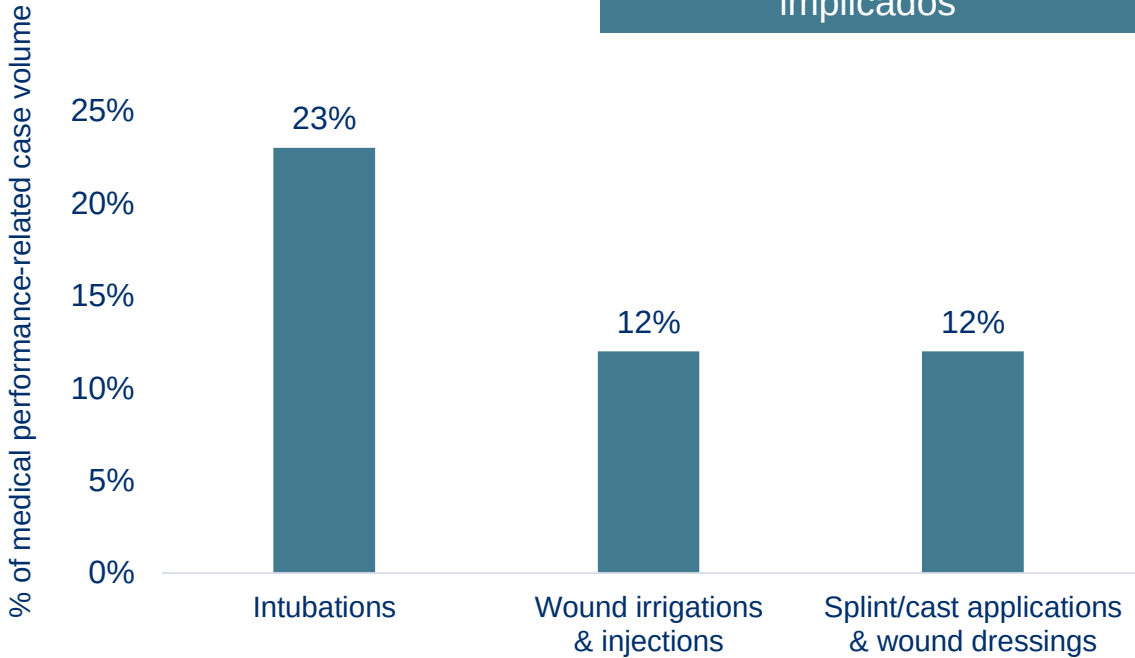
Enfoque en las Alegaciones de Tratamiento Médico

INTRODUCTION | KEY POINTS | GENERAL DATA ANALYSIS | CONTRIBUTING FACTORS | **FOCUSED DATA ANALYSIS** | CASE EXAMPLES | RISK MITIGATION

Principales detalles de la alegación



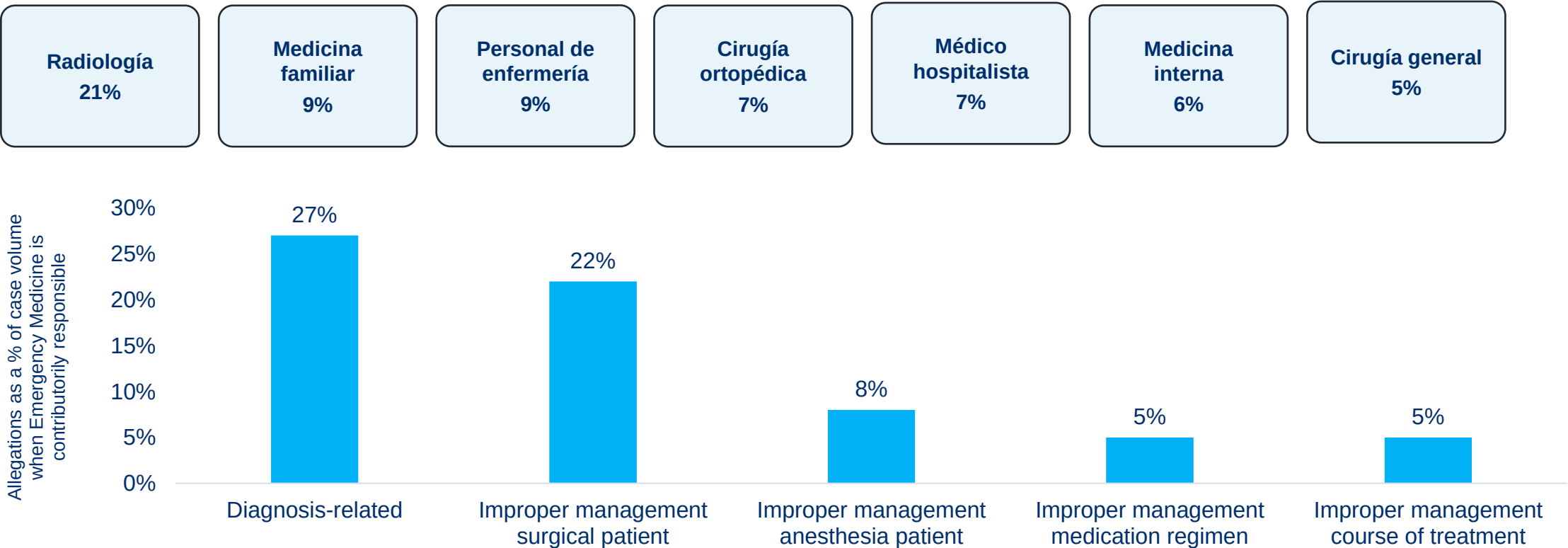
Principales procedimientos implicados



Los casos de tratamiento médico reflejan problemas en los procesos de triaje y una reevaluación/seguimiento inadecuados de los pacientes ingresados pero que aún no han sido transferidos a las unidades de hospitalización. Los casos de ejecución procesal a menudo son el resultado de una técnica procesal deficiente y pueden verse afectados por el retraso en el reconocimiento de las complicaciones.

Contributivamente Responsable

Aunque este análisis se centra en los casos que reflejan a la Medicina de Urgencias como el principal responsable, otros 908 casos identifican a la Medicina de Urgencias como contributivamente responsable. Los servicios primarios en estos casos son variados, lo que refleja la gran cantidad de proveedores que atienden a los pacientes a lo largo de la continuidad de la atención médica. A continuación se muestran los servicios primarios más comunes y una comparación de las principales categorías de alegaciones.





Estudio de Casos

		PATIENT	AGE	MD	RN	CHIEF COMPLAINT	V.S.	DIET	DISPO.
1R	1214 Jan	[REDACTED]	854	OE		Syncope			EKG
1L	1230	[REDACTED]				g B			
2R	1040 Was	[REDACTED]	Wb	730	OE	? Neuro Problem			EKG LABS OCT
2L	2355	CAI	[REDACTED]	238	C.C.	S/P ASSULT			Face CT Ophtho Clinic
3L						TBC			
3R	940 For	[REDACTED]	Wb	530	SL	Syncope			
4R	0500 Bis	[REDACTED]	Wb	40	C.C.	? Kidney stone			Pelvic US
4L	11A Gila	[REDACTED]	Wb	384	KF	rlodut			
5L	0810 Waa	[REDACTED]	X299	SL		DMVC - LATEX			DCT CLAS 100(-) neg
5R									
6R	0215 Che	[REDACTED]	438	SL		Abd Pain			
6L	0947 Qui	[REDACTED]	7m	SR		Abd Pain			
7R						TBC			
7L	1055 Bld	[REDACTED]	10	SR	Vic	Bloody Stool ORSA	15		
8R	1011 Ell	[REDACTED]	Wb	214	C.C.	Syncope	14		EKG
8L	1010 Lim	[REDACTED]	X897	KF	Jcar	PNA			PENDING ADMIT
9R									
9L	1140 ODE	[REDACTED]	37	SL		Bike Acc			
10L	MC Col	[REDACTED]	538	C.C.	a	IIIVC			D/C
10R	0200 Lar	[REDACTED]	463	C.C.	n	hematuria			Urologis
11R	1230	[REDACTED]				thi - CW			
11L	1143 ROY	[REDACTED]	Wb	420	C.C.	Vic	16		EKG
12R	819 RDI	[REDACTED]	X569	C.C.		Sob	16		PENDING ADMIT
12L	1025 WIS	[REDACTED]	924	C.C.		hip Pain	14		EKG
13L									
13R	0750 LUN	[REDACTED]	XA	C.C.		Lupus → msa's HR133	16		PENDING ADMIT
14	1225	[REDACTED]				Abraction			

Bed/Urgency	Patient	Age	Complaint	MD	RN	PMD	Orders	Done	Dispo	Comment	LOS
WEST 07R-(Z3)		F50	BG 88/75 1/2 amp d50 given per EMS	+++ (MO01) [+++]	AL03	Gagnier Richard	*	V		EKG done has a sz Hx. also	1:52
WEST 06L-(Z3)		M44	palpitations	+++ (MO01) [+++]	AL03		*	V		EKG done	:51
WEST 01L-(Z1)		F52	DKA	+++ (NK01) [+++]	VF01		*	V		EKG done	:38
WEST 09R-(Z4)		F76	Shortness Of Breath	+++ (LT02) [+++]	+++	Ghosh Shantonu	*	V		EKG - STAT	:31
WEST 02R-(Z1)		F58	mvc	+++ (++) [+++]	+++		*	V		EKG - STAT	:12
WEST 04L-(Z2)/INPT/BRD		F83	Abdominal Pain, Side Pain	FZ01 (UN01) [+++]	KK01	Morris Geoffrey	CD *	DV	FULL	Transport - Xray R3 1455 PCP admit	14:13
WEST 04R-(Z2)/OBSW*		M40	Chest Pain 	FZ01 (UN01) [KZ01]	KK01	Grable John	*	V	734	REPORT SENT Ready Bed VERBALLY VIOLENT	9:44
TRAUMA 62/INPT/BRD		M62	Mva	FZ01 (ZH01) [+++]	CG01	Sawant Kalpana	*	D	328	trauma admit	8:51
WEST 08R-(Z3)/OBS/BRD		M84	Shortness Of Breath	FZ01 (UN01) [+++]	AL03	Wegman Susan	*	DV	OBSV	Ready Bed - Report Sent Ready Bed pt. to vg-scan @15:30	8:04
WEST 11L-(Z4)/INPT/BRD		M50	no feeling in R arm	FZ01 (UN01) [+++]	SP01	Botelho Richard	*	V		awaiting cardiology/neuro cons Cards and Neuro to see cant move right arm s/p cath	5:51
WEST 02L-(Z1)		M40	R/O SHUNT PROBLEM	FZ01 (UN01) [+++]	VF01	Payyapilli Thomas	*			NSG to see Transport - Xray	5:33
WEST 03L-(Z1)/OBSW		M47	Blackout(Fainting, Syncope)	FZ01 (JG01) [+++]	VF01	Allen Jeffrey	*	DV	OBSV	BG270@1500 PT. @ CT @ 14:25 EKG done	5:22
WEST 06R-(Z3)		M49	low BG	FZ01 (UN01) [+++]	AL03	Glazer Gary	*	V	DCRN	Transport - Xray likely dc home EKG done	5:09
WEST 11R-(Z5)		F84	Falls, pt. doesnt recall events	FZ01 (NK01) [+++]	JZ01	Courtsal Charles	*	V		EKG done	4:56
WEST 13R-(Z5)/INPT/BRD		F92	N, V	FZ01 (NK01) [+++]	JZ01	Akowuah Emmanuel	*	V	FULL	Check labs to back ct 1312 EKG done	4:23
WEST HALL-E(Z1)		F43	etoh/ drug withdrawal	FZ01 (MO01) [+++]	VF01	Pierce Deborah	*	V		EKG done	3:57
WEST 05R-(Z2)		F72	NEW CONFUSION	FZ01 (MO01) [+++]	KK01	Peterson Kimberly	*	V			2:59
WEST HALL-G(Z2)		F44	Chest Pain	FZ01 (UN01) [+++]	+++	Grable John	*	V		EKG done	1:48
WEST 12L-(Z5)		M56	S/P LIVER TX, FEVER	ER01 (UN01) [KZ01]	JZ01	Clifford David	*	V		UTI FEVER /TX 8/3/6 - ABX EKG done TX 2c 10:15	7:23
TRAUMA 64/INPT/BRD		M41	SAH	ER01 (ZH01) [+++]	CG01	John Thompson	*	DV	ICU	No bed identified yet	6:13



Estudio de caso

- Mujer de 74 años en urgencias por síncope
- Estudios paraclínicos negativos (workup negative)
- Admitida para monitoreo
- Hospital lleno(se convierte en un "huésped")
- Permanece con monitor con telemetría
- 3:30am- extracción de sangre, paciente bien
- 5:30am....

Handwritten cursive text on a horizontal line.

Handwritten cursive text on a horizontal line.

Handwritten cursive text on a horizontal line.

Handwritten cursive text on a horizontal line.

Handwritten cursive text on a horizontal line.

Handwritten cursive text on a horizontal line.

Handwritten cursive text on a horizontal line.

Handwritten cursive text on a horizontal line.

Handwritten scribbles and lines.

Handwritten scribbles and lines.

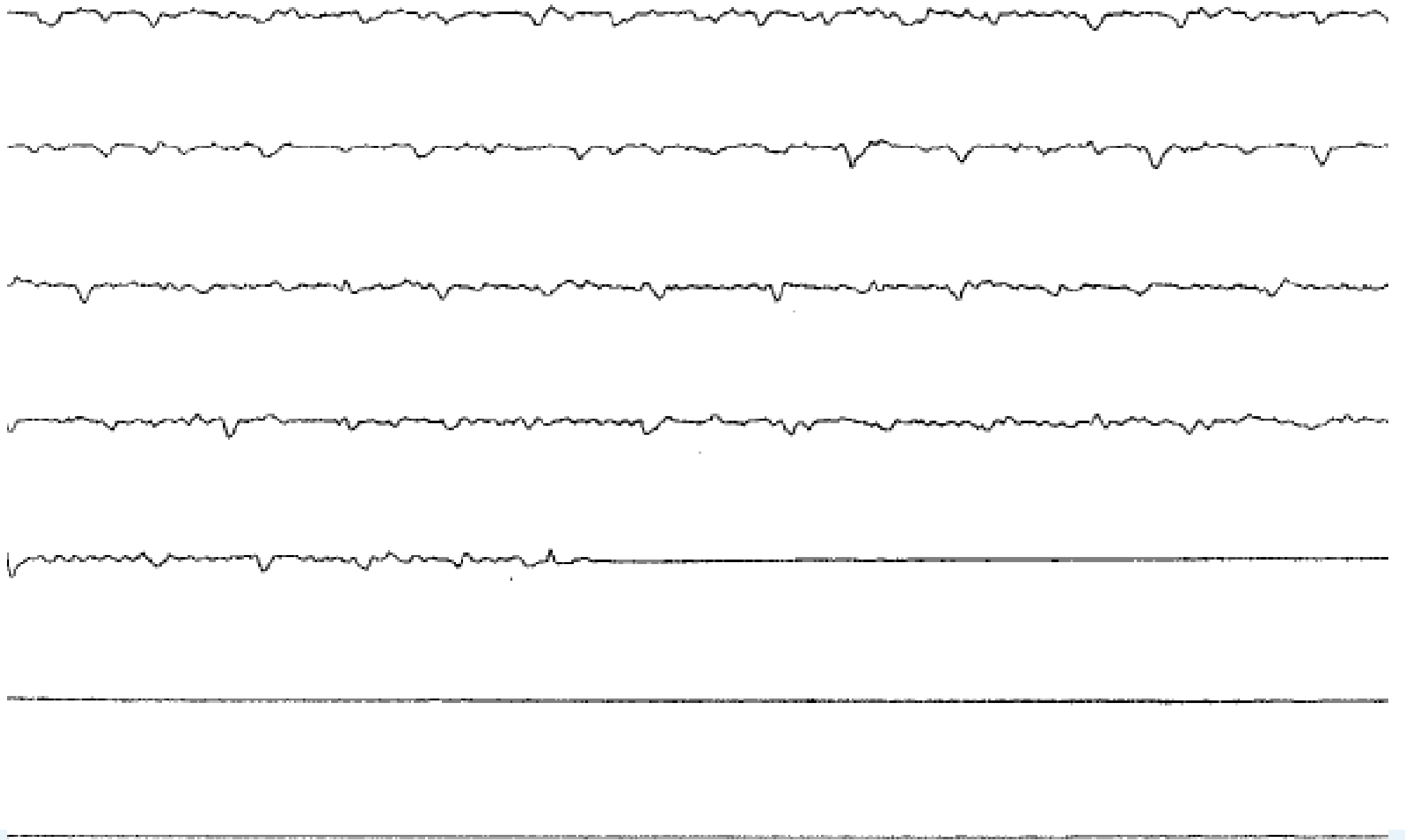
Handwritten scribbles and lines.

Handwritten scribbles and lines.

Handwritten scribbles and lines.

Handwritten scribbles and lines.

Handwritten scribbles consisting of seven horizontal, wavy lines.









Riesgos Emergentes y Soluciones

¿Qué molesta a los pacientes?

- El dolor y el sufrimiento se encontraron con la indiferencia
- Largas esperas con falta de atención
- Examen superficial
- El médico de urgencias es un extraño
- Comunicación incompleta
- No anticipar las complicaciones
- Comprensión mínima del proceso de la enfermedad
- Las quejas son oportunidades de aprendizaje
- Una manejo adecuado evita demandas
- Resolver rápidamente es importante
- Escuche y discúlpese
- “Lo siento” – de 4,000 incidentes, 5 llegaron a los tribunales
- Altas facturas



Manejo de las expectativas

- Preséntese
- Siéntese
- Toque al paciente
- Discúlpese por la espera
- Escuche por un minuto
- Haga contacto visual
- “¿He abordado todas sus inquietudes hoy?”
- Vuelva a llamar al paciente



Los sistemas de devolución de llamadas funcionan

- Reduce los diagnósticos omitidos
- Identifica complicaciones tempranas
- Hace ajustes en el plan de atención
- Asegura el cumplimiento de las instrucciones de seguimiento
- Brinda atención personalizada al paciente
- Oportunidad de reevaluar al paciente
- Mantenga el diseño simple
- Gran herramienta de marketing
- Todo el mundo necesita una factura
- Debe ser alguien con conocimientos médicos: enfermera, paramédico, médico.
- Centrarse en las categorías de alto riesgo a las que volver a llamar: pediatras, ancianos, enojados
- Debería ser al día siguiente
- Documente la llamada en el récord médico
- Debe ser cuidadosamente guionizado:
 - ¿Cómo estás?
 - ¿Pudo realizarse seguimiento?
 - ¿Hay algo que podríamos haber hecho mejor?
 - ¿Tiene usted alguna pregunta?

Quejas de Alto Riesgo

- Dolor de pecho - infarto de miocardio, aneurisma aórtico, PE
- Dolor de cabeza - SHA, meningitis
- Trauma - cabeza y columna
- Accidente cerebrovascular y síncope
- Dolor abdominal - apendicitis, AAA, ectópico
- Fiebre en niños – meningitis, sepsis
- Torsión testicular
- Heridas
- Fracturas
- Estado mental alterado
- Pacientes psiquiátricos
- Intoxicación
- AMA, LWBS, pacientes enojados



Traspasos

- Diferentes tipos
- Minimízalos cuando puedas
- Tenga un proceso estructurado
- Presente al nuevo cuidador al paciente
- Rondas
- Notas fuera de servicio y en servicio
- Pacientes internados
- Empezar desde el principio – evaluación independiente
- El cambio de turno es un momento peligroso
- Gran estudio de CQI
- Conclusión = disminución del número de trasposos = atención más segura

Consultores

- No admitir
- Documentación objetiva
- Cancelación de pruebas
- No documentación
- Lo veremos por la mañana
- Retrasos en responder
- Problemas de respaldo
- Obligaciones de EMTALA
- Profesional
- Acuerdos de transferencia



Errores Comunes de Documentación

- Omisión en el historial
- Evaluación de factores de riesgo
- Abordar los signos vitales anormales
- Examen inadecuado
- Pruebas apropiadas (necesidad médica)
- Respuesta a la terapia
- Exámenes en serie
- Positivos y negativos pertinentes
- Episodios anteriores
- Excluir diagnósticos de alto riesgo
- Cambio de estado
- Diagnóstico diferencial
- Discusiones con consultores
- Toma de decisiones médicas
- Instrucciones para el alta

Altas

- Dado de alta a quien
- Instrucciones específicas de alta
- Medicamentos: dosis, frecuencia, duración
- Preimpreso
- Idioma específico
- Plazo específico y referido al médico
- Última oportunidad para hacerlo bien

Resumen

- Modificar la percepción del paciente
- Los sistemas de devolución de llamadas funcionan
- Cuidado con las presentaciones “clásicas”
- Reducir el número de traspasos
- Tenga en cuenta las “banderas rojas”
- Decodificar y abordar signos vitales anormales
- No te convenzas de no hacer lo correcto
- La sala de espera es el lugar más peligroso del hospital
- Ponga a enfermeras y médicos experimentados en el triaje
- Varias visitas de regreso son un regalo
- Aprende qué es lo que te motiva
- Mejorar los problemas del sistema de urgencias: clasificación, flujo de trabajo y proceso de alta
- Instrucciones de alta legibles y específicas
- Documente, documente, documente
- Cambia tu perfil de riesgo

Datos de MedPro Group y MLMIC

MedPro y MLMIC se han asociado con Candello, una colaboración nacional de datos de negligencia médica y una división de CRICO, la aseguradora de negligencia médica para las instituciones médicas afiliadas a Harvard.

Derivado de la esencia de la palabra candela, una unidad de intensidad luminosa que emite una dirección clara, la taxonomía, los datos y las herramientas de Candello, los mejores de su clase, proporcionan una visión única de los riesgos clínicos y financieros que conducen a daños y pérdidas.

Usando la sofisticada taxonomía de codificación de Candello para codificar datos de reclamaciones, MedPro y MLMIC son más capaces de resaltar la intersección crítica entre la calidad y la seguridad del paciente y proporcionar información sobre cómo minimizar las pérdidas y mejorar los resultados.

Aprovechando nuestros extensos datos de reclamaciones, ayudamos a nuestros asegurados a mantenerse al tanto de las tendencias de riesgo por especialidad y en una variedad de entornos de práctica. Los análisis de datos examinan las alegaciones y los factores que contribuyen, incluidos los factores humanos y las fallas del sistema de atención médica que resultan en daños a los pacientes. La información obtenida a partir del análisis de datos de reclamaciones también nos permite desarrollar programas y herramientas específicos para ayudar a nuestros asegurados a minimizar el riesgo.



This document does not constitute legal or medical advice and should not be construed as rules or establishing a standard of care. Because the facts applicable to your situation may vary, or the laws applicable in your jurisdiction may differ, please contact your attorney or other professional advisors if you have any questions related to your legal or medical obligations or rights, state or federal laws, contract interpretation, or other legal questions. MedPro Group is the marketing name used to refer to the insurance operations of The Medical Protective Company, Princeton Insurance Company, PLICO, Inc. and MedPro RRG Risk Retention Group. All insurance products are underwritten and administered by these and other Berkshire Hathaway affiliates, including National Fire & Marine Insurance Company. Product availability is based upon business and/or regulatory approval and may differ among companies. © 2022 MedPro Group Inc. All rights reserved.

TERMS, CONDITIONS AND DISCLAIMER The presented information is for general purposes only and should not be construed as medical or legal advice. The presented information is not comprehensive and does not cover all possible factual circumstances. Please contact your attorney or other professional advisors for any questions related to legal, medical, or professional obligations, the applicable state or federal laws, or other professional questions. If you are a MLMIC insured, you may contact Mercado May-Skiner at 1-855-325-7529 for any policy related questions. MLMIC Insurance Company does not warrant the presented information, nor will it be responsible for damages arising out of or in connection with the presented information.

Disclaimer

The information contained herein and presented by the speaker is based on sources believed to be accurate at the time they were referenced. The speaker has made a reasonable effort to ensure the accuracy of the information presented; however, no warranty or representation is made as to such accuracy. The speaker is not engaged in rendering legal or other professional services. The information contained herein does not constitute legal or medical advice and should not be construed as rules or establishing a standard of care. Because the facts applicable to your situation may vary, or the laws applicable in your jurisdiction may differ, if legal advice or other expert legal assistance is required, the services of an attorney or other competent legal professional should be sought.

Nuevas Tendencias en el Manejo de Riesgos en la Documentación en la Era de la Robótica

2024 MedPro Puerto Rico Symposium

Diana Saavedra, MD, MBA, MCQSL, HCQM, CPHRM

Disclosure

MedPro Group receives no commercial support from any ineligible company/commercial interest.

It is the policy of MedPro Group to require that all parties in a position to influence the content of this activity disclose the existence of any relevant financial relationship with any ineligible company/commercial interest.

When there are relevant financial relationships mitigation steps are taken. Additionally, the individual(s) will be listed by name, along with the name of the commercial interest with which the person has a relationship and the nature of the relationship.

Today's faculty, as well as CE planners, content developers, reviewers, editors, and Risk Solutions staff at MedPro Group, have reported that they have no relevant financial relationships with any commercial interests.

Objetivos

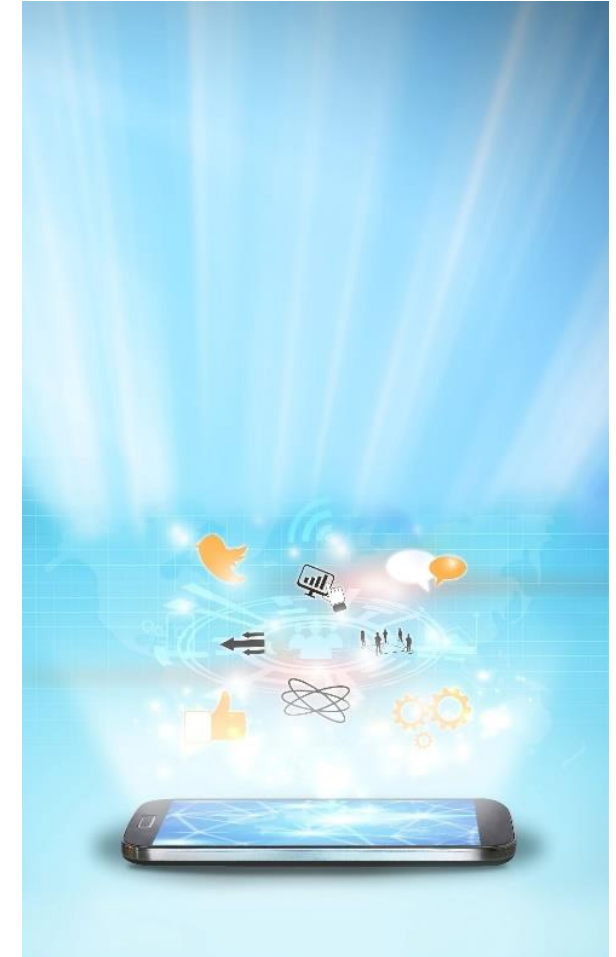
Al finalizar este programa, los participantes deberían poder:

- Describir la función y beneficio de la documentación.
- Identificar lecciones aprendidas de la defensa de reclamaciones
- Analizar las mejores prácticas para evitar problemas de documentación.
- Establecer objetivos para fortalecer la documentación.



Nuevos desafíos en la gestión de los riesgos del expediente y en la documentación

- Documentación de enfermería: descripción general
- La Ley de Curas (The Cures Act): ¿Qué es?
- EMR (Registro Médico Electrónico): Riesgos y Recompensas
- Información de atención médica disponible a través de la Ley de Curas (The Cures Act)
- Implicaciones para el personal de enfermería
- La continua importancia de la precisión y la orientación detallada





El propósito de la documentación.

Seguridad del paciente



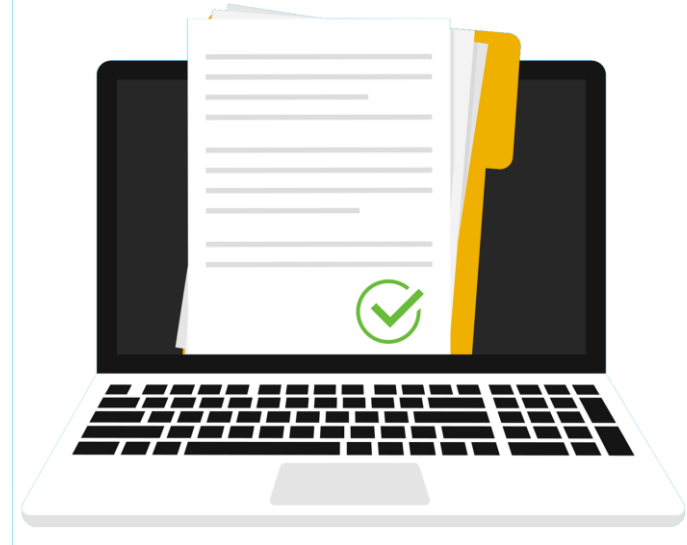
“

Uno de cada 10 pacientes sufre un evento adverso mientras recibe atención hospitalaria en los países de altos ingresos. Esto contribuye a 2,6 millones de muertes anualmente en todo el mundo.

— World Health Organization, Global Patient Safety Action Plan 2021-2030

”

Perspectiva



“

En última instancia, con diferencia el mayor beneficio para la seguridad del paciente se logrará aumentando las habilidades y conocimientos de los muchos...

— Donald M. Berwick, Founder and Former President of the Institute for Healthcare Improvement, 2013

”

El Enfoque: la documentación de enfermería

- Más familiarizado con los pacientes.
- Pasar la mayor parte del tiempo con los pacientes.
- A menudo, es el primer paso para reconocer nuevos desarrollos.
- Recolectar datos clave, documentarlos y usuarios de datos de pacientes.
- A menudo observa los incidentes de primera mano.



Función y beneficios de documentar bien

- 
- 1 Fomenta la atención segura al paciente.
 - 2 Es esencial para planificar la atención.
 - 3 Sirve como una forma de comunicación.
 - 4 Apoya la atención de calidad basada en evidencia
 - 5 Admite el pago de los servicios facturados
 - 6 Es un registro legal y una prueba importante.

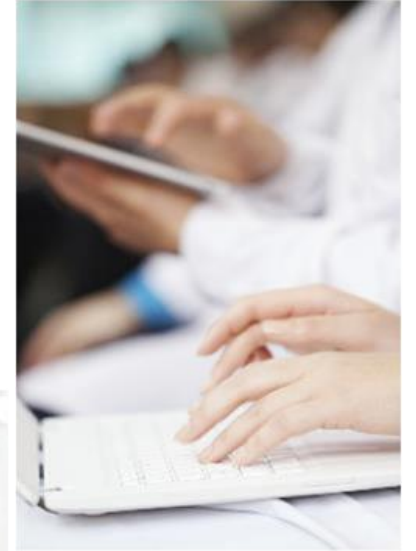
La Evolución de la documentación de enfermería

- Historia de los registros de enfermería
- Regulaciones federales y estatales
- historia clínica electrónica
- El tiempo de la documentación
- Casillas de verificación
- Copiar/Pegar (copy & paste) en el expediente



Historia Clínica Electrónica

- EMR es el proceso que la documentación sea electrónica
- Hecho en una computadora en un portátil/computadora, generalmente después del cuidado del paciente.
- Almacenado electrónicamente
- Puede hacerse accesible al paciente.
- Inicialmente no estaba disponible, o solo algunas porciones estuvieron disponibles después



Expediente electrónicos: cuales son los riesgos y beneficios

- Beneficio del registro de signos vitales electrónicamente
- Horario de check-ins y atención
- “Copy – Paste” (El copiar y pegar)
- Documentación abordada durante las deposiciones



The 21st Century Cures Act

Public Law 114–255
114th Congress

An Act

To accelerate the discovery, development, and delivery of 21st century cures, and
for other purposes.

*Be it enacted by the Senate and House of Representatives of
the United States of America in Congress assembled,*

SECTION 1. SHORT TITLE; TABLE OF CONTENTS.

(a) SHORT TITLE.—This Act may be cited as the “21st Century
Cures Act”.

(b) TABLE OF CONTENTS.—The table of contents for this Act
is as follows:

Sec. 1. Short title; table of contents.

Dec. 13, 2016

[H.R. 34]

21st Century
Cures Act.
42 USC 201 note.

Diseñado para “ayudar a
acelerar el desarrollo de
productos médicos y
brindar nuevas
innovaciones y avances
a los pacientes que los
necesitan de manera más
rápida y eficiente”.

Enfocado en incorporar
la perspectiva de los
pacientes en el
desarrollo de
medicamentos,
productos biológicos y
dispositivos..

The Cures Act: Documentación compartida

- Anteriormente, se impedía que se compartiera cierta información.
- La nueva norma: Es compartir registros médicos electrónicos
- En abril de 2021, se modificó la regla para exigir que los proveedores brinden a los pacientes todo acceso a su información médica “sin demora”.



La información médica es definida

Inicialmente, los pacientes tenían derecho a ver solo los datos enumerados en la versión 1 de los datos básicos para la interoperabilidad de los Estados Unidos (USCDI) Esta incluye:

- Alergias/Intolerancias
- Evaluación/Plan
- Miembros del equipo de atención
- Notas clínicas
- Objetivos
- Preocupaciones de salud
- Vacunas
- Resultados de laboratorio
- Medicamentos
- Información demográfica del paciente
- Problemas
- Trámites/procedimientos
- ¿Quién creó los datos?
- Período de fumar
- Identificador único para dispositivos médicos
- Signos vitales

Implicaciones para los proveedores de atención médica

- Seguridad del paciente
- Litigio
- Problemas basados en el servicio al cliente
- Problemas tecnológicos

La importancia de la documentación precisa en el expediente médico:

- Mejorar los sistemas
- Reducir errores
- Minimizar el daño al paciente



La importancia de la documentación precisa en el expediente médico

- Seguridad del paciente
- Gestión de riesgos
- Litigio
- Investigación
- Legalidad





Lecciones aprendidas del análisis de reclamaciones

Responsabilidad relacionada con el EMR



- Existen numerosos problemas de responsabilidad que surgen del mayor uso del sistema de registros médicos electrónicos, incluidos :
 - Problemas de diseño
 - El uso de plantillas y macros.
 - Copiar y pegar
 - Comunicación
 - Investigaciones médicas del DOH
 - Acción penal contra enfermeras
 - Documentación de enfermería en casos de lesiones por presión.
 - Informar a un paciente de los resultados críticos

Ejemplos de documentación común

Medicación o inmunización

Enseñanza al paciente y preguntas relacionadas.

Seguimiento del paciente que faltó a una cita

Documentación de turno a turno

Ejemplos de documentación común (continuación)

Alergia a los medios de contraste.

Proveedor informado del resultado de la prueba

Respuesta a los analgésicos

Comunicación con el proveedor o supervisor de enfermería sobre el estado de deterioro de un paciente.

Enfoque: plantillas (templates) y macros

Enterrar información importante y relevante bajo una montaña de información redundante y trivial.

“
Las notas de enfermería contenían documentación
inconsistente sobre la evaluación (el cuidado de heridas y
úlceras por presión).
”

“
Tiempo dedicado a la atención del paciente vs. entrada de datos.
Uniformidad en la documentación beneficio versus riesgo
”

Errores comunes de documentación

Evaluaciones de
pacientes
incompletas o
faltantes

Documentación
inconsistente del
proveedor (MD) y la
enfermera

La falta de
documentación
para intervenciones
asistenciales



¡Piénsalo!



Las reclamaciones por negligencia médica son sólo una gota de agua en el océano.

Nuevas implicaciones de una mayor transparencia: ejemplos



Paciente 1: el personal de enfermería documenta que el paciente parece "desaliñado" y ansioso con mala higiene y ropa sucia.



Paciente 2: la enfermera encargada de la clasificación en el Departamento de Emergencias nota un nivel de dolor "10 sobre 10", pero el proveedor no nota dolor en el examen.

Quejas de enfermería sobre el EMR (Expediente electrónico)

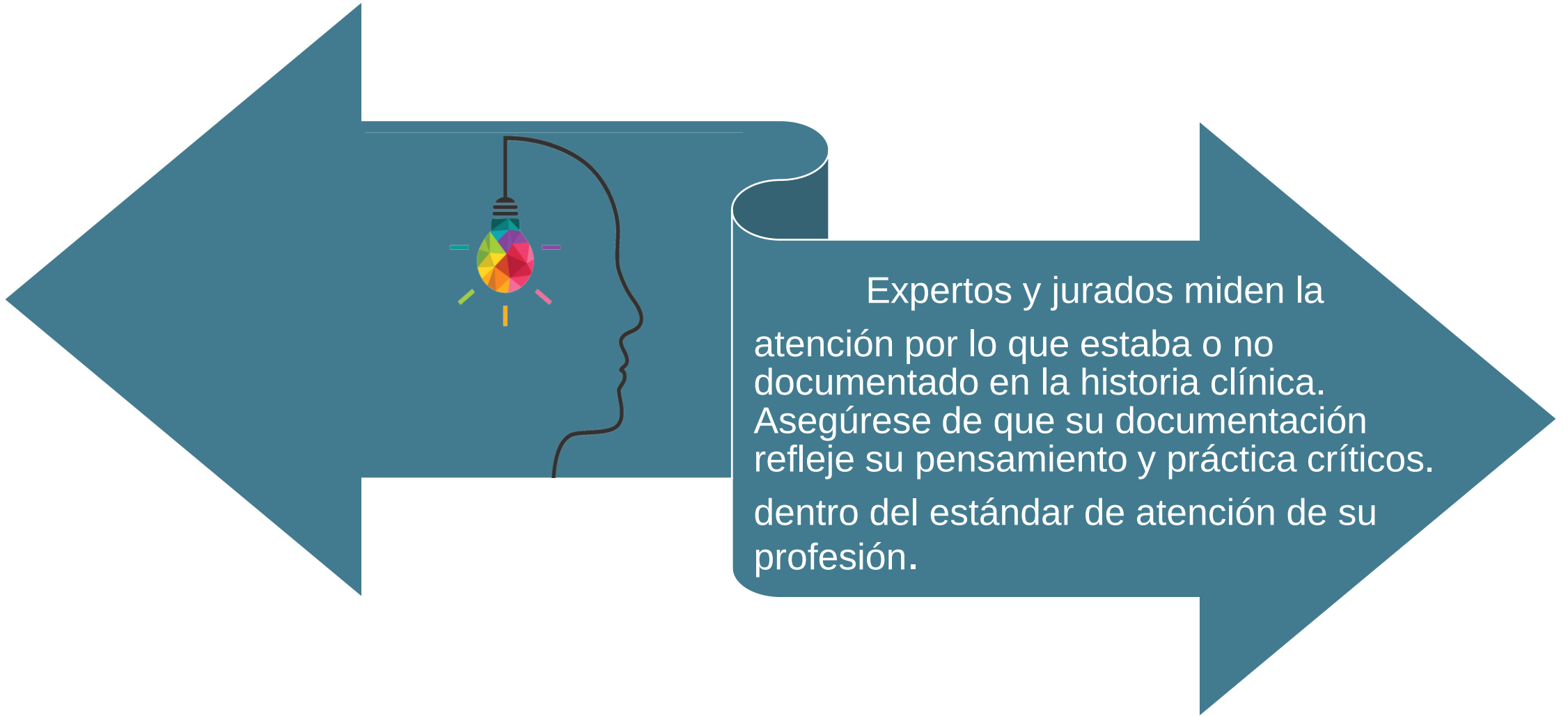
- Procedimientos de inicio de sesión que consumen mucho tiempo
- Caída de Internet inesperada o no anunciada
- Actualizaciones inesperadas del sistema/tiempo de inactividad
- Usabilidad insuficiente del sistema
- Interfaz de usuario poco amigable
- Múltiples áreas para documentar la misma información
- Falta de soporte técnico
- Rutinas de documentación inapropiadas
- Estructura de documentación fragmentada



Nuevo desafío en la gestión de los riesgos de los gráficos y la documentación

- Hacer **firmeza** en los gráficos precisos y detallados del personal de enfermería para limitar la responsabilidad en términos de litigios, acciones penales e investigaciones de agencias.
- Continuar **educando** al personal de enfermería sobre los propósitos de la documentación para la atención al paciente, la seguridad del paciente y la gestión de riesgos.
- Fomentar la **discusión** y la resolución de problemas para gestionar la comprensible abrumadora debido al aumento de los requisitos de la Ley de Curas y la interfaz EMR actualizada.
- La **implementación** de las mejores prácticas para realizar copias de seguridad de datos es crucial para los desastres naturales y otros tipos de crisis, como los ciberataques. En caso de que se roben, se solicite un rescate o se corrompan los datos (o que los sistemas se apaguen), contar con datos de respaldo confiables puede marcar una diferencia monumental en la recuperación y la continuidad de la atención.

Pensamiento crítico y práctica dentro del estándar de atención.



Lo que se debe y no se debe hacer con la documentación

Qué hacer	Qué No hacer
Evaluaciones de pacientes	Brechas en la atención
Tratamientos	Datos insuficientes
Educación	notas de progreso del paciente tardías
Consentimiento informado (más allá de un formulario)	Presentación de informe de incidentes
Consultas	Culpar a los colegas y al personal
Comunicaciones (llamadas telefónicas, correos electrónicos, mensajes de texto, portal para pacientes, etc.)	Menospreciar el lugar de trabajo y/o la administración.
Preciso, objetivo, oportuno, conciso	Mantenga notas personales
Correcciones/adiciones (por política)	Borrados/borrados/eliminaciones
Toma de decisiones/juicio clínico	Copiar y pegar



Mejores prácticas

Cómo evitar problemas de documentación

Quién documenta en la historia clínica?

La persona que interactúa con el paciente y/o le brinda atención y tratamiento.



Si está documentando algo que hizo otra persona, asegúrese de indicarlo en el registro médico del paciente. Utilice comillas cuando sea necesario.

¿Qué se documenta en la historia clínica?

Proceso de evaluación/tratamiento/enfermería



Pruebas/Consultas



Cambios importantes



Educación del paciente



Conversaciones significativas



Eventos/incidentes inesperados



Asegúrese de cumplir con las políticas de documentación de la organización.

Cuándo documentar en la historia clínica

¡Documente lo antes posible!

Registrar fecha y hora en todas las entradas.

Nunca antepongas las entradas.

Minimizar las entradas tardías.

Consejos para documentar en la historia clínica

Asegúrese de documentar sus comunicaciones completa y objetivamente.

Utilice sus habilidades SBAR y documente la información.
compartido al comunicarse con el equipo.

Obtenga más información sobre SBAR para comunicarse de manera efectiva en www.ahrq.gov





Precauciones (Cautions)

Red flags (banderas rojas)



Scratch-outs y
white-outs

Brechas entre
entradas

Falta de
pensamiento crítico

Detalles
insuficientes sobre
la notificación al
médico

No documentar
mientras la
memoria está
fresca

Informe de
incidente
presentado

Echar la culpa

Mantener notas
personales

Alteraciones

Palabras a evitar al documentar



- Sin querer (unintentionally)
- Desafortunadamente
- Negligente
- Reporte de incidente
- Accidental
- Malo
- Deficiente (Substandard)
- Defectuoso
- Insuficiente
- Falta de personal (Understaffed)
- Abreviaturas no aprobadas

Documentación subjetiva versus objetiva

Subjetivo

- El paciente está molesto y la familia está enojada.
- El paciente es un buscador de drogas. (drug seeker)
- El paciente no cumple (noncompliant).

Objetivo

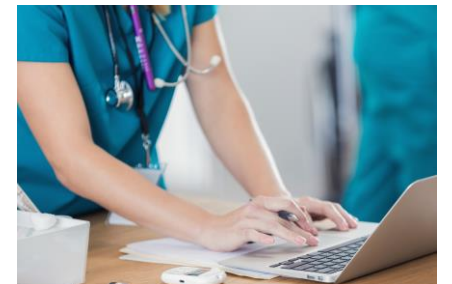
- El paciente afirmó que todavía sentía dolor y que su familia "no entiende por qué el paciente no puede recibir la siguiente dosis".
- El paciente solicitó analgésicos además de la prescripción actual.
- El paciente declaró que no puede permitirse el lujo de comprar el medicamento para la presión arterial.

Consejos para documentar

Mantenlo profesional

- La documentación debe ser objetiva y estar libre de comentarios personales, acusaciones y comentarios despectivos o negativos.
- No documente discusiones o conflictos con los miembros del equipo.

Documento sin emoción negativa



Documentación y competición (justas/jousting)

Competición (Jousting) se refiere a un proveedor (MD/RN) que critica el tratamiento de otro proveedor. Esta crítica puede alentar al paciente a presentar acusaciones de negligencia, lo que podría llevar a ambas partes a entablar una demanda.





Eventos inesperados

Que documentar

Documente estos detalles:

- Un relato fáctico del incidente.
- La reacción del paciente
- Nombres pertinentes para identificar a los involucrados
- Fechas y horarios
- Cualquier tratamiento de seguimiento como resultado del incidente.

Que no documentar

NO documentar:

- Especulación sobre la causa.
- Referencia a la realización de un informe de incidente.
- Referencia a consultas legales o de gestión de riesgos en la historia clínica.
- Notas personales.

Atención al paciente distraído



“Distracted Doctoring” – updating your Facebook status in the O.R.

Dallas Anesthesiologist Being Sued Over Deadly Surgery Admits to Texting, Reading iPad During Procedures

BY ERIC NICHOLSON

TUESDAY, APRIL 1, 2014 AT 9:08 A.M.

Paciente esconde un dispositivo de grabación en su cabello para registrar la cirugía (*“hides in her hair”*)

Woman records hospital staff making disparaging remarks about her during surgery

by theGrio | March 29, 2016 at 6:03 PM Filed in: News



Compartir fotos e información vergonzosas sobre pacientes

What Happens in the Hospital Doesn't Stay in the Hospital

Some doctors and nurses use social media to share embarrassing photos of and information about patients.

By Melissa Jayne Kinsey



671



168



Documentación de historia clínica electrónica

Documentar en historias clínicas electrónicas.

Beneficios

- Datos en tiempo real
- Estandarizado
- Accesible al equipo
- Disponibilidad y dependencia de la historia clínica electrónica
- Soporta calidad/facturación

Riesgos potenciales

- Metadatos
- Campos pre-completados (Pre-populated fields)
- Privacidad y seguridad
- Falta del tiempo
- Copiar/pegar o arrastrar datos hacia adelante



Wrap up (A finalizar)

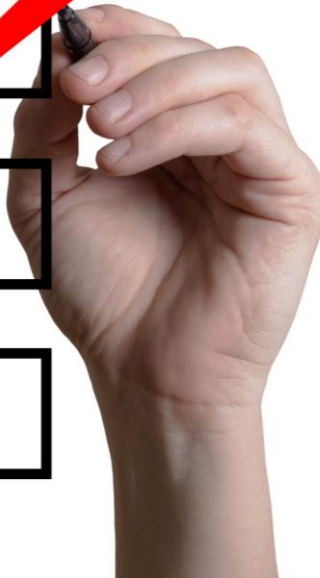
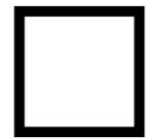
Verificación de conocimientos

Mi documentación puede afectar la atención segura al paciente.

La documentación es una herramienta de comunicación.

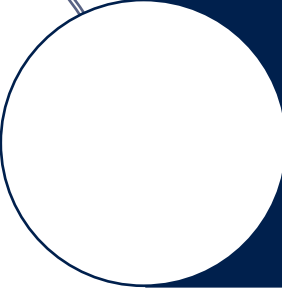
La documentación es mejor que el recuerdo personal.

La documentación insuficiente e inconsistente es el más problemático.

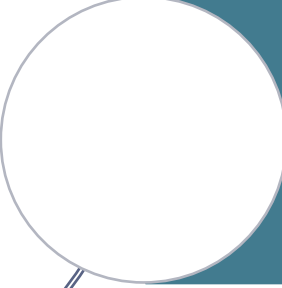


Autocomprobación (Self-check) de la documentación

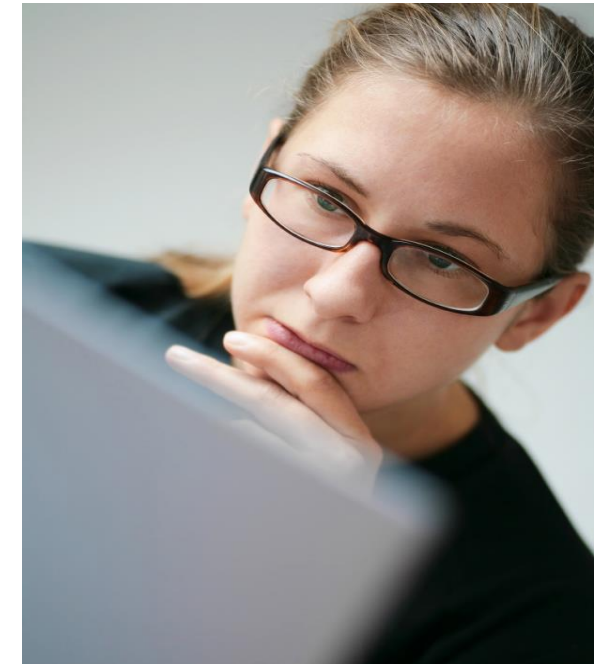
How am I doing? (¿Como lo estoy haciendo?)



¿Mi documentación cuenta completamente la historia del paciente (fáctica, precisa, oportuna y completa)?



¿Comunico la información claramente a través de documentación para que otros miembros del equipo o pacientes la entiendan?



Autocomprobación de la documentación (continuación)

How am I doing? (¿Como lo estoy haciendo?)

¿Reviso lo que otros miembros del equipo han registrado para identificar y conciliar información que no sea consistente con la mía?

¿Conozco realmente las políticas y procedimientos, los estándares profesionales y las regulaciones de mi organización relacionadas con la documentación?

- Proceso de evaluación/tratamiento/enfermería
- Conciliación prueba/consulta
- Cambios de condición
- Enseñanza para pacientes/residentes
- Conversaciones significativas
- Eventos/incidentes inesperados





Resources

Resources

CRICO Strategies. (2016). 2015 benchmarking report: Malpractice risks in communication failures. Retrieved from www.rmfm.harvard.edu/Clinician-Resources/Newsletter-and-Publication/2016/SPS-The-Malpractice-Risks-of-Health-Care-Communication-Failures

MedPro Group. (2020). Checklist: Documentation essentials. Retrieved from www.medpro.com/documents/10502/2899801/Checklist_Documentation+Essentials.pdf

MedPro Group. (2020). Checklist: Electronic documentation. Retrieved from https://www.medpro.com/documents/10502/2899801/Checklist_Electronic+Documentation.pdf

MedPro Group. (2020). Liability implications associated with jousting in dentistry. Retrieved from https://www.medpro.com/documents/10502/2820774/Article_Liability+Implications+Associated+With+Jousting+in+Dentistry.pdf

MedPro Group. (2020). Risk Management Review: Documentation errors lead to missed diagnosis and suboptimal outcome Retrieved from https://www.medpro.com/documents/10502/2735124/Risk+Management+Review_May+2020_MedPro+Group.pdf

Disclaimer

The information contained herein and presented by the speaker is based on sources believed to be accurate at the time they were referenced. The speaker has made a reasonable effort to ensure the accuracy of the information presented; however, no warranty or representation is made as to such accuracy. The speaker is not engaged in rendering legal or other professional services. The information contained herein does not constitute legal or medical advice and should not be construed as rules or establishing a standard of care. Because the facts applicable to your situation may vary, or the laws applicable in your jurisdiction may differ, if legal advice or other expert legal assistance is required, the services of an attorney or other competent legal professional should be sought.