

Evaluación del Riesgo Clínico en el Proceso de indicaciones médicas en una Institución Pública de Tercer Nivel de Atención

Mtra. Rosa A. Zárate Grajales
Mtra. Carolina Ortega Vargas
Adolfo Acosta Ángeles
María del Rosario Caballero Tinoco
Pablo Ortíz Acevedo

Universidad Nacional Autónoma de México
Coordinación de Estudios de Posgrado
Programa de Maestría en Enfermería
Seminario *Modelos de Evaluación Institucional*

“Evaluación del Riesgo Clínico en el Proceso de indicaciones médicas en una
Institución Pública de Tercer Nivel de Atención”

Alumnos:

Adolfo Acosta Ángeles

María del Rosario Caballero Tinoco

Pablo Ortíz Acevedo

Profesoras:

Mtra. Rosa A. Zárate Grajales

Mtra Carolina Ortega Vargas

Diciembre 2011

Agradecimientos.

Al Instituto Nacional de Cardiología - Ignacio Chávez, por permitirnos realizar la práctica en sus instalaciones.

A la Maestra Claudia Leija Hernández, Directora de Enfermería, por su apoyo incondicional al Desarrollo de la Enfermería.

A la Maestra Araceli Añorve Gallardo, Jefa de Calidad, por compartir sus conocimientos durante la práctica realizada.

A las Maestras Rosa A. Zárate Grajales y Carolina Ortega Vargas, por su invaluable asesoría y paciencia, ya que sin ellas no habría podido ser posible la culminación de este trabajo académico.

Índice.

Introducción.....	1
1. Marco teórico	
1.1. Gestión de riesgos.....	2
1.2. Indicaciones médicas.....	4
1.3. Metas internacionales de seguridad del paciente.....	5
1.4. Matriz de riesgo.....	7
2. Objetivo general.....	9
3. Metodología.....	9
4. Proceso de indicaciones médicas.....	10
5. Descripción de riesgo: origen, tipo y resultado.....	14
6. Descripción de riesgo: frecuencia, severidad y ponderación.....	15
7. Semáforo de Matriz de riesgo: indicaciones médicas (medicamentos).....	16
8. Gráficas de resultados.....	17
9. Propuestas de mejora para el proceso de indicaciones médicas (medicamentos).....	21
10. Bibliografía.....	22

Introducción.

El presente trabajo académico es resultado de la práctica del seminario Modelos de la Evaluación Institucional, realizada por los alumnos del Programa de Maestría en Enfermería de la UNAM: Ángeles Acosta Adolfo, Caballero Tinoco María del Rosario y Ortiz Acevedo Pablo, con asesoría de las profesoras Maestra Rosa A. Zárate Grajales y Maestra Carolina Ortega Vargas.

1

La práctica se realizó en una institución pública de tercer nivel, a fin de implementar los aspectos teóricos en la práctica, en particular el modelo de evaluación de riesgos clínicos a través de la construcción de la matriz de riesgo.

Durante el trabajo en el aula se identificó que el proceso de indicaciones médicas, específicamente la prescripción de medicamentos, es uno de los procesos de más alto riesgo en las instituciones de salud, ya que muchos de estos problemas no son sólo fallas de las personas, sino fallas del sistema. El modelo de evaluación de riesgo no evalúa solo el proceso, sino al sistema en su conjunto, la estructura, las normas, e identifica las posibles fallas en cada uno de los pasos de los proveedores que participan en un proceso.

Siendo las enfermeras participantes activos de este proceso, se decidió evaluar el riesgo de incidencias o desviaciones en el mismo; utilizando el modelo de riesgo clínico en las indicaciones médicas.

1. Marco teórico.

1.1. Gestión de riesgos.

La gestión de riesgos es una metodología procedente de las grandes empresas que se introdujo en el sector sanitario en la década de 1960 en EE. UU., como consecuencia de la crisis del sistema de salud y como estrategia de aseguramiento de la calidad. Los administradores se dieron cuenta de que, dado el incremento de las reclamaciones y de la cuantía de las indemnizaciones, era necesario no sólo gestionar y financiar los gastos derivados de los siniestros, sino adoptar una actitud más activa y anticipativa dirigida a prevenir y evitar los riesgos clínicos que generaban un aumento en los costos de seguros.

Así, se comenzaron a introducir programas de gestión de riesgos centrados en identificar los problemas existentes en áreas clínicas específicas, como obstetricia, anestesiología y urgencias, y trabajar conjuntamente con los equipos de profesionales en el control y mejora de la seguridad, y, en consecuencia, en la minimización de los riesgos clínicos. Con el desarrollo de estos programas se persigue el triple objetivo de incrementar la seguridad de los pacientes y de los profesionales, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y, con todo ello, reducir o contener los costos de los eventos adversos.

En el problema concreto de los eventos adversos causados por errores de medicación, los programas de gestión de riesgos están centrados en la prevención de este tipo de fallas, con los objetivos de mejorar la seguridad de los pacientes, mejorar la calidad de la terapéutica y, con ello, reducir el costo de los eventos adversos prevenibles por medicamentos.

La gestión de riesgos tiene una metodología bien establecida, existiendo distintos modelos que se pueden aplicar a cualquier sector de actividad. El *Australian/New Zealand Standard* estableció un modelo conceptual para un programa de gestión de riesgos, que fue propuesto para la gestión de riesgos clínicos por la *Australian Patient Safety Foundation*¹.

La gestión de riesgos clínicos se basa en la identificación, el análisis y la corrección de las causas que originan daño secundario al paciente tras el tratamiento médico. Toda actividad humana conlleva un margen de error; sin

¹ Runciman WB, Moller J. Iatrogenic injury in Australia. A report prepared by the Australian Patient Safety Foundation. Canberra: The Australian Patient Safety Foundation; 2001

embargo, sí es posible identificar, estudiar, controlar y minimizar ese daño; en definitiva, gestionar el riesgo que puede sufrir el paciente.

La gestión de riesgos clínicos mejora la calidad asistencial mediante el incremento de los niveles de seguridad en la atención a los pacientes intentando suprimir los errores evitables.

El interés por los riesgos de la asistencia sanitaria, aun siendo materia de plena actualidad, no resulta novedoso. En 1955 Barr² vió en ellos el precio a pagar por los modernos métodos de diagnóstico y terapia, y Moser³ en 1956 los denominó “las enfermedades del progreso de la medicina”.

En 1964 Schimmel⁴ llamó la atención acerca del hecho de que un 20% de los pacientes admitidos en un hospital universitario sufrían algún tipo de iatrogenia y la quinta parte eran casos graves. Steel *et al*⁵ en 1981 situaron la cifra en un 36%, de los que la cuarta parte eran graves. En ambos estudios la principal causa era el error en la medicación. Progresando en ese afán por mejorar la seguridad del paciente, el Institute of Medicine (IOM) en los EE. UU. inició en 1998 un proyecto denominado *Quality of Health Care in America*, con el objetivo de desarrollar una estrategia que diera lugar a una mejora significativa en la calidad de la sanidad en los EE. UU. a lo largo de la siguiente década. Dentro de este amplio proyecto se inscribe en una fase inicial el informe *To Err is Human: building a Safer Health System*⁶, que examina los errores médicos en los EE. UU. y es una llamada a la acción para hacer los cuidados sanitarios más seguros para los pacientes.

También en el Reino Unido la preocupación por los errores y sucesos adversos ha llevado a promover una política de identificación y reducción de errores médicos. Así, tras la publicación del informe del National Health Service (NHS) *An organization with a memory*⁷, se ha puesto en marcha un plan de gobierno con el objetivo de promover la seguridad del paciente que queda recogido en el programa *Building a safe NHS*⁸. Este programa se ha beneficiado de intensos contactos e intercambios entre representantes del Reino Unido, Australia y los EE. UU., y entre otras iniciativas ha conducido a la creación de un sistema obligatorio

² Barr D. Hazards of modern diagnosis and therapy - the price we pay. JAMA 1955; 159:1452

³ Moser R. Diseases of medical progress. N Engl J Med 1956;255:606

⁴ Schimmel EM. The hazards of hospitalization. Ann Intern Med 1964;60:100-10

⁵ Steel K, Gertman PM, Crescenzi C. Iatrogenic illness on a general medical service at a university hospital. N Engl J Med 1981;304:638-42.

⁶ Kohn LT, Corrigan, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press 2000.

⁷ Great Britain Chief Medical Officer, Great Britain. Dept. of Health. An organization with a memory: report of an expert group on learning from adverse events in the NHS. London: Department of Health: Stationery Office, 2000

⁸ Great Britain. Department of Health. Building a safer NHS for patients: implementing an organization with a memory. London: Great Britain Department of Health, 2001.

para notificar los sucesos adversos y complicaciones derivados de la asistencia sanitaria, gestionado por un organismo de reciente creación, la National Patient Safety Agency.

1.2. Indicaciones médicas.

En el desarrollo de la atención a las personas enfermas que se han internado en una institución sanitaria producto de su evolución clínica, el médico indica una serie de intervenciones farmacológicas, higiénicas, dietéticas, de actividad física, entre otras, que pretende conseguir una mejoría en la salud y mantener el bienestar de las personas. Estas notas deben asentarse en un medio documental que se denomina “indicaciones médicas” que forma parte del Expediente Clínico⁹.

Las indicaciones médicas son una parte de la comunicación escrita que se tiene entre éstos profesionales de la salud y las enfermeras, por lo que se requiere que cumpla algunas características para garantizar que se cumpla el propósito para el que fueron hechas.

Las características pueden agruparse en técnicas y de forma. Las primeras se refieren a la correcta elección de las intervenciones, regulada por los protocolos manuales y evidencia generada en el contexto científico y algunos elementos mínimos han sido establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas.

Las determinaciones en cuanto a la forma que deben mantener se han descrito en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico¹⁰, en donde se le consigna como parte de las Notas de Evolución, al igual que la evolución, signos vitales, resultados de estudios y diagnósticos. Y debe incluir como mínimo dosis, vía y periodicidad, y en el caso de mujeres embarazadas, niños sanos, diabéticos e hipertensos las notas deberán conformarse en los establecido en las Normas Oficiales respectivas.

Adicionalmente las indicaciones médicas son parte de la comunicación escrita que se mantiene en el equipo sanitario, y como tal ha sido contemplado en la meta internacional de seguridad del paciente: Comunicación entre profesionales de la salud porque cómo cualquier vía de comunicación es susceptible de errores, que dependen del emisor y receptor o la ruta de transmisión, para lo cual se debe

⁹ Cisneros J. El expediente clínico, Rev Mex Ortop Traum 1999; 13(5): 507-508.

¹⁰ Secretaría de Salud, NOM 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

determinar algunos criterios indispensables relativos a los mencionados elementos¹¹¹².

- Claridad. Las expresiones deben ser de uso común en el entorno donde se encuentra.
- Legibilidad. Los signos escritos deben ser lo suficientemente claros para que su interpretación sea accesible a cualquier persona que comparta el mismo código.
- Transmisión. La vía de transmisión de la información requiere ser lo suficientemente funcional para evitar que surjan modificaciones indeseadas y debe apegarse a requerimientos legales y procedimentales.

La realización de indicaciones médicas implica la existencia de un emisor calificado en la toma de decisiones y un receptor capaz de discriminar las indicaciones y cuestionar la factibilidad de su realización por sus conocimientos y la habilidad clínica que genera la experiencia.¹³

1.3 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Para la evaluación de los hospitales y su posible certificación, el Consejo de Salubridad dispuso de criterios y especificaciones elaborados conjuntamente con la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales en relación a tendencias y recomendaciones internacionales, integrados en 4 capítulos: I.- Estructura, II.- Funciones de atención al paciente, III.-Funciones de apoyo a la atención del paciente, IV.- Indicadores de productividad, eficiencia y calidad. La evaluación integrada del riesgo permite tener una visión general de su capacidad de control del riesgo, planifica y establece procedimientos, perfecciona prácticas para hacerlas más seguras y más aceptables. Una serie de herramientas utilizadas actualmente en la industria están siendo ahora utilizadas en la asistencia para la salud, que permiten identificar fallos potenciales.¹⁴

¹¹ OMS, La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html>

¹² García González, Rosario; Suárez Pérez, Rolando; Mateo-de-Acosta, Oscar. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético, Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2(1), 1997, 32-36

¹³ Guibert W. GrauAbalo J. Prendes M. ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria?, Rev Cubana Med Gen Integr v.15 n.2 Ciudad de La Habana mar.-abr.1999

¹⁴ Consejo de Salubridad General. Estándares para la Certificación de Hospitales. Versión 2011. Sección 1 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Así también, una de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente es promover acciones específicas para mejorar la seguridad de los pacientes. Las Metas destacan problemas relevantes dentro de la atención médica y describen soluciones que abarcan a todo el sistema, basadas tanto en evidencia, como en el conocimiento de expertos.¹⁵

Las Metas y sus objetivos son:

1. Identificar correctamente a los pacientes.

Objetivo: Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

2. Mejorar la comunicación efectiva.

Objetivo: Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.

3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

Objetivo: Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados entre otros.

4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.

Objetivo: Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio, procedimiento o paciente incorrecto.

5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica.

Objetivo: Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un programa efectivo de lavado de manos.

6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Objetivo: Identificar y evaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes.

Cuando la comunicación es efectiva, lo cual implica que sea oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente. La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita.

¹⁵ Ibidem

Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas oralmente y por teléfono. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados críticos de análisis, por ejemplo, que el laboratorio clínico llame a la unidad de atención al paciente para informar los resultados de un análisis solicitado en el Servicio de Urgencias. El establecimiento elabora, en colaboración, una política y/o procedimiento para órdenes/indicaciones orales y telefónicas que incluye: la anotación (o ingreso en una computadora) de la orden o el resultado del análisis completo, por parte de quien recibe la información; la lectura, por parte del receptor de la orden o el resultado del análisis, y la confirmación de que lo que se ha anotado y leído es exacto. La política y/o procedimiento identifican alternativas aceptables para cuando el proceso de relectura no sea posible, como por ejemplo en la sala de operaciones y en situaciones de urgencia en el área de Urgencias o en la Unidad de Cuidados Intensivos.

1.4 Matriz de riesgo.

Una herramienta comúnmente utilizada en evaluación del riesgo es una Matriz de Riesgo (MR). Se utiliza para identificar riesgos en relación con su probabilidad de incidencia y la gravedad del impacto; combinando el juicio de los expertos y el análisis numéricos. Una matriz de riesgo puede utilizarse para valorar incidentes de seguridad del paciente que ya han sucedido, aquellos que hayan sido evitados y riesgos potenciales o bien para identificar los posibles modos de falla de un proceso o sistema a fin de prevenir su posible aparición o amortiguar sus efectos futuros. Se recomienda su utilización por el personal clínico y directivo junto con la evaluación de incidentes y riesgos locales.

Una vez que se ha identificado un riesgo, la matriz se utiliza para estimar las posibilidades de que suceda o se repita un incidente, teniendo en cuenta las medidas establecidas para prevenirlo. Las posibilidades están consideradas desde “altamente improbables” hasta “muy probables”, ayudando a los sistemas de salud y a los profesionales a plantear vías para reducir aún más el riesgo. Los incidentes que no tienen impacto en pacientes son registrados como “no perjudiciales” o “de bajo riesgo”; y los incidentes más graves que podrían potencialmente causar la muerte son considerados de “alto riesgo”. La MR permite asignar prioridad puntuando o considerando qué probabilidad existe de que suceda determinada modalidad de falla, si la modalidad de falla sucede, ¿qué probabilidad hay de que la falla sea detectada?, y si la falla sucede, ¿qué probabilidad hay de que se produzca daño? Existen múltiples opciones para la construcción de una matriz o tabla de identificación de riesgos, que van desde las más simples utilizando dos opciones lo permitido y lo no permitido, -verde y rojo, respectivamente- o bien de

riesgo o no de riesgo, hasta algunas más complejas con inclusión de valores numéricos en cada una de las casillas que las componen; estas posibilidades se aplican de acuerdo a las necesidades de las organizaciones. Para una evaluación más objetiva del riesgo se deberá considerar las siguientes definiciones:

Conforme a su **PROBABILIDAD**, el evento Adverso presentado puede ser:

- Frecuente: Puede ocurrir inmediatamente o en un periodo corto varias veces en un año.
- Ocasional: Puede ocurrir varias veces en uno o dos años.
- Poco común: Existe la posibilidad de que ocurra en 2 a 5 años.
- Remota: Poco probable que ocurra en 5 años.

Conforme a su **GRAVEDAD**, el evento Adverso presentado puede ser:

- Evento catastrófico: La falla puede ocasionar muerte o pérdida permanente mayor de funciones.
- Evento mayor: La falla causa un alto grado de insatisfacción. Disminución permanente de las funciones correspondientes.
- Evento moderado: La falla puede superarse con modificaciones en los procesos o en los productos, pero hay una pérdida mínima de la función.
- Evento menor: La falla no es percibida por el paciente o familiar y no afectará el resultado del servicio o producto.¹⁶

¹⁶ Academia Mexicana de Cirugía, Fundación Academia Aesculap. Herramientas que apoyan la seguridad del paciente. Compendio 12 de octubre. 2010

2. Objetivo general.

Identificar el nivel de riesgo para el proceso de indicaciones médicas (medicamentos) a fin de proponer mejoras y medidas de control que garanticen la calidad y la seguridad del paciente.

3. Metodología.

9

Se realizó como parte de la actividad académica de Modelos de evaluación institucional la revisión de la literatura respecto al tema de gestión de riesgos clínicos, y en un ejercicio en aula se tuvo el primer acercamiento de identificación de riesgos, su evaluación y la elaboración de la matriz de riesgo.

A partir de una consulta con el Hospital en donde se realizaría la práctica de este semestre se identificó el proceso la necesidad de evaluar el proceso de indicaciones médicas en el rubro de medicamentos. Se revisaron las normas nacionales e internacionales y se revisó el procedimiento establecido institucionalmente.

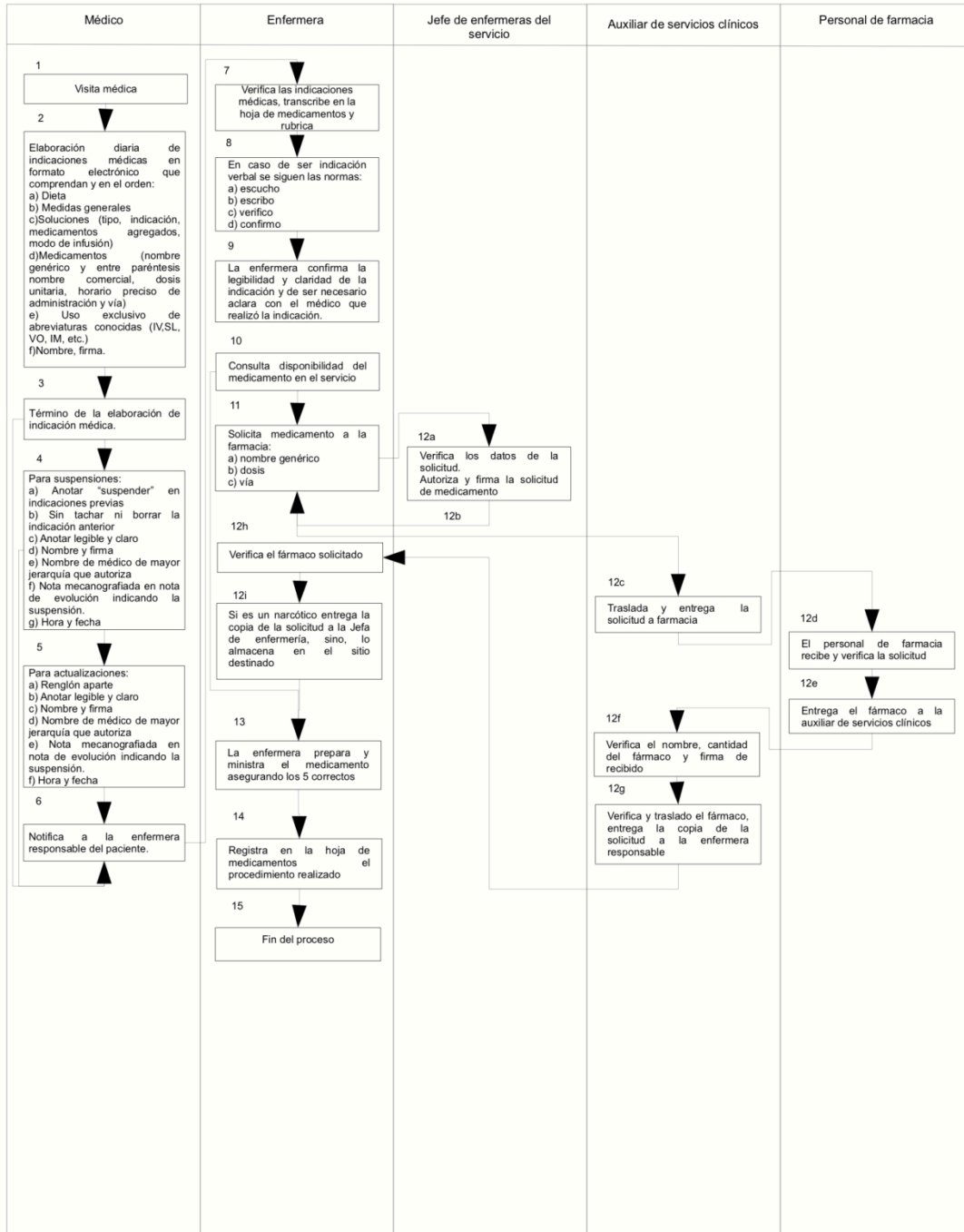
Se acudió a una institución pública de tercer nivel de salud a realizar la práctica y se definió el proceso institucional con base en las normas nacionales vigentes.

Se elaboró la matriz de riesgo denominada “Proceso y cumplimiento de indicaciones médicas en medicamentos”, se identificaron a los profesionales y servicios involucrados en el proceso y sus actividades, se diseñó el diagrama de proceso de la prescripción y cumplimiento de indicaciones médicas.

Se realizó un diagrama para supervisar el proceso en donde a través de auditoría simultánea y retrospectiva se identificó el nivel de cumplimiento de las etapas de los diversos actividades del proceso y se les asignó un código o una calificación. Se revisó el expediente clínico, hoja de indicaciones médicas, hojas de evolución y hoja de registro de medicamentos de enfermería. En total se realizaron 72 evaluaciones del proceso. Se concentraron los datos y se integró la matriz de riesgo, considerando los siguientes elementos: por un lado la consecuencia o impacto en el eje de las “X”, y la probabilidad y frecuencia en el de las “Y”, adicionalmente en cada casilla se le definió la consecuencia y probabilidad en *mínimo, moderado, severo* y *mortal*, dándose color tipo semáforo y adicionando la posibilidad de un valor numérico que nos permite sumar la gravedad del evento adverso presentado en virtud de su probabilidad. Se realizó como parte del proyecto una propuesta de mejora del proceso de indicaciones médicas (medicamentos), donde se definen acciones para indicadores de alto riesgo, se propone el estándar de cumplimiento, acciones y el sistema control.

4. Proceso de indicaciones médicas

Proceso de prescripción y cumplimiento de indicaciones médicas. Medicamentos.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
MODELOS DE EVALUACIÓN INSTITUCIONAL
4. PROCESO DE INDICACIONES MÉDICAS

Elaborado por: Rosario Adolfo y Pablo.

Asesoría: Mtras. Zárate y Ortega

Fecha: 14-18 noviembre-2011	Turno: Matutino	Servicio: Séptimo, sexto y segundo piso
Nombre del observador: AAA, CTMR, OAP		Código: MR-IM-Med
Proceso: Indicaciones médicas (medicamento)		

ACTIVIDADES	Visita médica	Elaboración de la IM, comprendiendo el siguiente orden:	Dieta	Medidas generales	Soluciones (tipo, de indicación de medicamentos agregados, modo de infusión)	Medicamentos (nombre genérico, dosis unitaria, horario de administración y vía de administración)	Uso de abreviaturas conocidas universalmente	Nombre y firma del médico	IM a tiempo
-------------	---------------	---	-------	-------------------	--	---	--	---------------------------	-------------

Médico	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○								
Enfermera	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○								
RIESGO OPERATIVO IDENTIFICADO						Utilizan nombre genérico o el comercial de forma indistinta	Uso de abreviaturas comunes en proceso importantes: de transfusión de hemoderivados	Firma sólo el médico residente, a veces sólo es la firma y el nombre es poco legible en algunos casos	
CONTROLES									

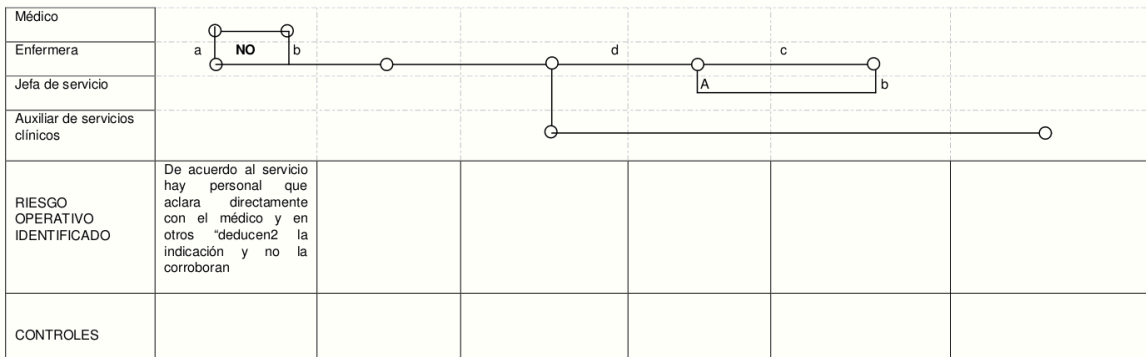
ACTIVIDADES	En caso de suspensión de IM, el médico:	Anota suspender en "indicaciones" previas	No tacha ni borra las indicaciones previas	Anota la nueva IM de forma clara y legible	Nombre y firma del médico que realiza la IM	Nombre y firma del médico mayor jerarquía que autoriza la suspensión	Se indica electrónicamente en la hoja de evolución la suspensión	Fecha y hora de elaboración	En caso de actualización de IM, el médico:
-------------	---	---	--	--	---	--	--	-----------------------------	--

Médico	○ — ○ — NO — NO — NO — ○ — NO — NO — ○								
Enfermera	○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○ — ○								
RIESGO OPERATIVO IDENTIFICADO		En algunos casos falta la leyenda "suspendido o suspender"	Hay IM escritas a mano con tachaduras, sobre escritura y corrector, sobre todo en dosis y vía de administración	Cuando la IM es escrita a mano no es del todo legible		La mayoría de las IM sólo tienen nombre o firma del médico residente	No se reporta la suspensión realizada		
CONTROLES		El médico adscrito de área jefe de calidad visitas aleatorias para verificación							

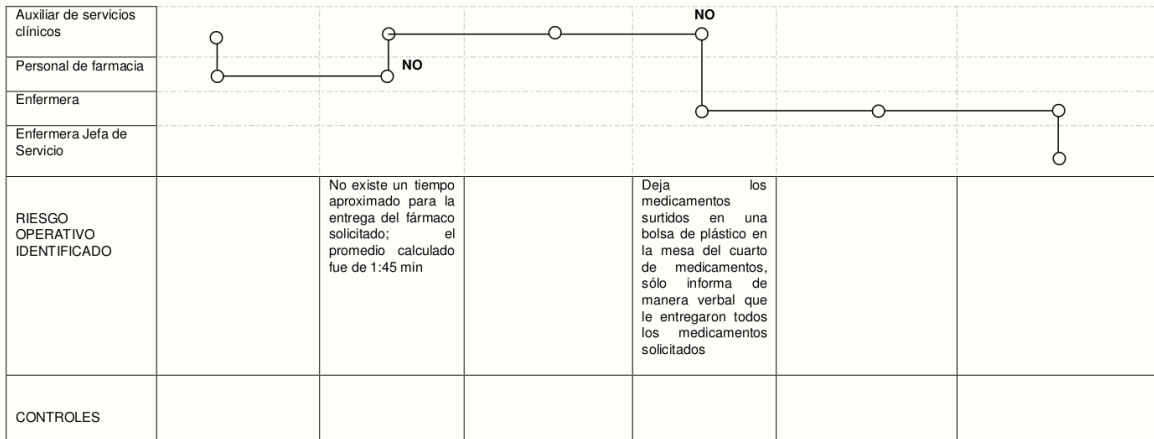
ACTIVIDADES	Anota en renglón aparte	Redacta de forma clara y legible	Nombre y firma del médico que realiza la IM	Se indica electrónicamente en la hoja de evolución la actualización	Fecha y hora de elaboración	Notificación a la enfermera responsable	La enfermera verifica, transcribe las IM y rubrica	En caso de IM verbal sigue el protocolo establecido
-------------	-------------------------	----------------------------------	---	---	-----------------------------	---	--	---



ACTIVIDADES	Si la IM no es clara o existe duda, se confirma con el médico	Consulta disponibilidad del medicamento	Solicita fármaco: nombre genérico, dosis, vía	En caso de medicamento psicotrópico envía solicitud a jefa de servicio	Autoriza receta de medicamento	Traslada y entrega solicitud de medicamento a farmacia.
-------------	---	---	---	--	--------------------------------	---



ACTIVIDADES	Recibe y verifica la solicitud de medicamento	Entrega el fármaco al auxiliar de servicios clínicos	Verifica el nombre, cantidad solicitada y firma de recibido y traslada el fármaco al servicio solicitado	Entrega el medicamento copia la copia de la solicitud directamente a la enfermera responsable	Verifica el fármaco responsable	En caso de medicamento psicotrópico, entrega solicitud a jefa de servicio
-------------	---	--	--	---	---------------------------------	---



ACTIVIDADES	Recibe copia de receta y archiva	Ministra medicamento asegurando los 5 "C"	Registra en la hoja de medicamentos el procedimiento realizado	Fin del proceso
-------------	----------------------------------	---	--	-----------------

Enfermera jefe de servicio	○			
Enfermera	○	○	○	○
RIESGO OPERATIVO IDENTIFICADO		<i>Cuando el personal se siente observado modifica conducta y realiza el procedimiento de forma correcta</i>		
CONTROLES				

5. Descripción de riesgo: origen, tipo y resultado.

Cve. de riesgo	Descripción del riesgo	Origen	Tipo	Resultado
IM-2-EL-Med a	Utilizan nombre genérico o el comercial de forma indistinta	Interno	Proceso	Incumplimiento
IM-2-EL-Abrev	Uso de abreviaturas no comunes en proceso importantes: transfusión de hemoderivados	Interno	Proceso	Incumplimiento
IM-2-NyF	Firma sólo el médico residente, a veces sólo es la firma y el nombre es poco legible en algunos casos	Interno	Proceso	Incumplimiento
IM-4-Susp-a	En algunos casos falta la leyenda "suspendido o suspender"	Interno	Proceso	Incumplimiento
IM-4-Susp-b	Hay IM escritas a mano con tachaduras, sobre escritura y corrector, sobre todo en dosis y vía de administración	Interno	Proceso	Incumplimiento
IM-4-Susp-c	Cuando la IM es escrita a mano no es del todo legible	Interno	Proceso	Incumplimiento
IM-4-Susp-d	La mayoría de las IM sólo tienen nombre o firma del médico residente	Interno	Proceso	Incumplimiento
IM-4-Susp-f	No se reporta la suspensión realizada	Interno	Proceso	Incumplimiento
IM-5-Acual-f	No se reporta la actualización realizada	Interno	Proceso	Incumplimiento
IM-7-VTR	La enfermera no rubrica las IM una vez que las ha verificado y transcrito, en algunos casos sólo coloca una marca	Interno	Proceso	Incumplimiento
IM-9-Legible	De acuerdo al servicio hay personal que aclara directamente con el médico y en otros "deducen" la indicación y no la corroboran	Interno	Proceso	Incumplimiento
IM-12-RMe	No existe un tiempo aproximado para la entrega del fármaco solicitado; el promedio calculado fue de 105 min.	Interno	Proceso	Incumplimiento
IM-12-RMg	Deja los medicamentos surtidos en una bolsa de plástico en la mesa del cuarto de medicamentos, sólo informa de manera verbal que le entregaron todos los medicamentos solicitados	Interno	Proceso	Proceso

6. Descripción de riesgo: frecuencia, severidad y ponderación.

Cve. de riesgo	Descripción del riesgo	Frecuencia	Severidad	Ponderación
IM-2-EL-Med a	Utilizan nombre genérico o el comercial de forma indistinta	Probable	Moderado	6
IM-2-EL-Abrev	Uso de abreviaturas no comunes en proceso importantes: transfusión de hemoderivados	Casi nulo	Moderado	2
IM-2-NyF	Firma sólo el médico residente, a veces sólo es la firma y el nombre es poco legible en algunos casos	Probable	Mínimo	3
IM-4-Susp-a	En algunos casos falta la leyenda "suspendido o suspender"	Casi nulo	Moderado	2
IM-4-Susp-b	Hay IM escritas a mano con tachaduras, sobre escritura y corrector sobre todo en dosis y vía de administración	Raro (7° piso) Casi seguro (2° piso)	Severo Severo	6 12
IM-4-Susp-c	Cuando la IM es escrita a mano no es del todo legible	Probable	Severo	9
IM-4-Susp-d	La mayoría de las IM sólo tienen nombre o firma del médico residente	Probable	Mínimo	3
IM-4-Susp-f	No se reporta la suspensión realizada	Casi seguro	Mínimo	4
IM-5-Acual-f	No se reporta la actualización realizada	Casi seguro	Mínimo	4
IM-7-VTR	La enfermera no rubrica las IM una vez que las ha verificado y transcrito, en algunos casos sólo coloca una marca	Probable	Moderado	6
IM-9-Legible	De acuerdo al servicio hay personal que aclara directamente con el médico y en otros "deducen" la indicación y no la corroboran	Probable	Severo	9
IM-12-RMe	No existe un tiempo aproximado para la entrega del fármaco solicitado; el promedio calculado fue de 1:45 min.	Casi seguro	Moderado	8
IM-12-RMg	Deja los medicamentos surtidos en una bolsa de plástico en la mesa del cuarto de medicamentos, sólo informa de manera verbal que le entregaron todos los medicamentos solicitados	Casi seguro	Mínimo	4

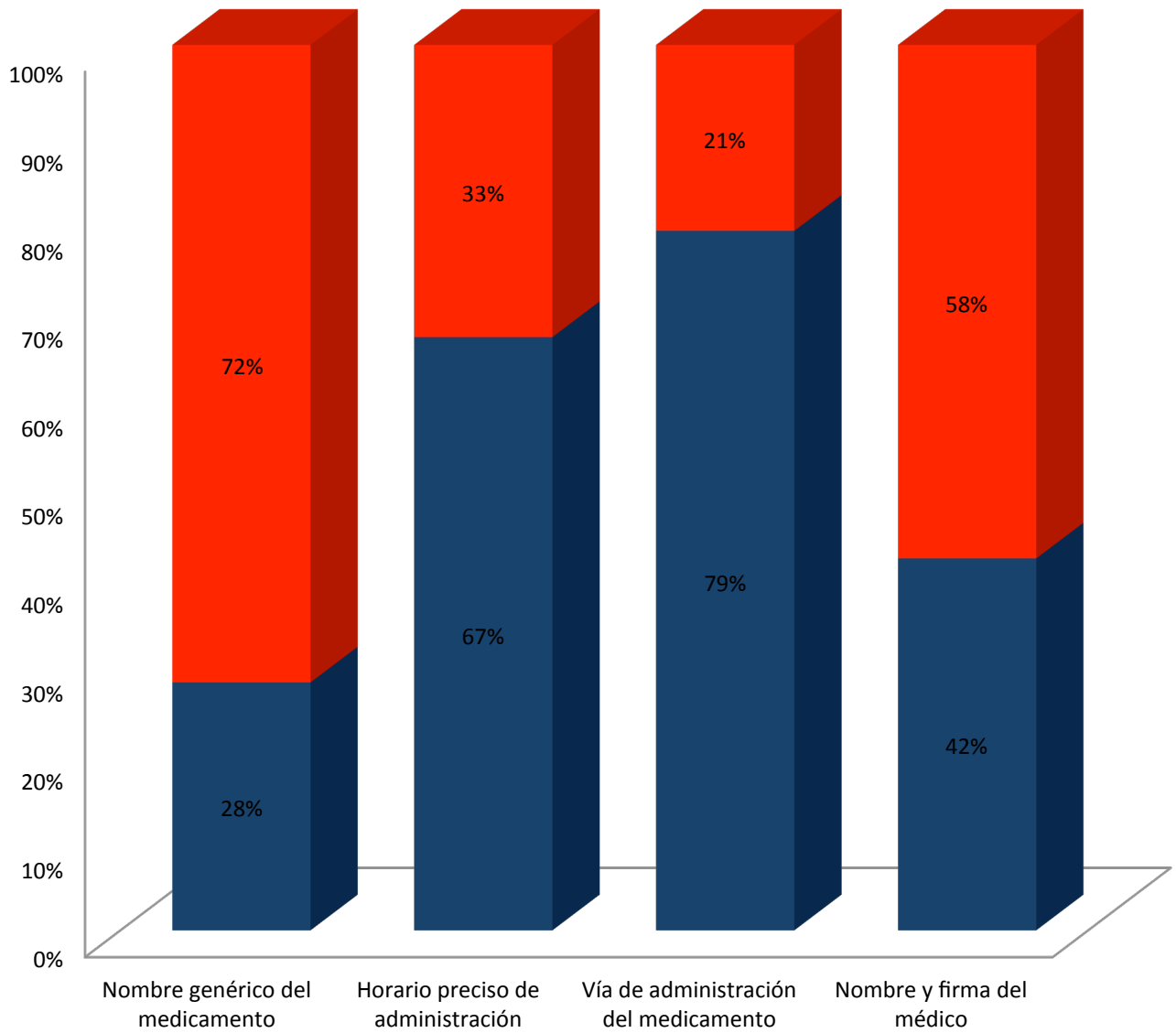
7. Semáforo: Matriz de riesgo de Indicaciones médicas (medicamentos).

Frecuencia	Casi seguro 4	4 IM-12-RMg	8 IM-12-RMe	12 IM-4-Susp-b (segundo piso)	16
	Probable 3	3 IM-2-NyF IM-4-Susp-d	6 IM-2-EL-Med a IM-4-Susp-b (séptimo piso) IM-7-VTR	9 IM-4-Susp-c IM-9-Legible	12
	Raro 2	2 IM-2-EL-Abrev IM-4-Susp- a	4 IM-4-Susp-f IM-5-Acual-f	6	8
	Casi nula 1	1	2	3	4
		Mínimo 1	Moderado 2	Severo 3	Mortal 4
		Severidad del daño			

8. Gráficas.

Gráfica 1. Evaluación de indicaciones médicas

Nota inicial

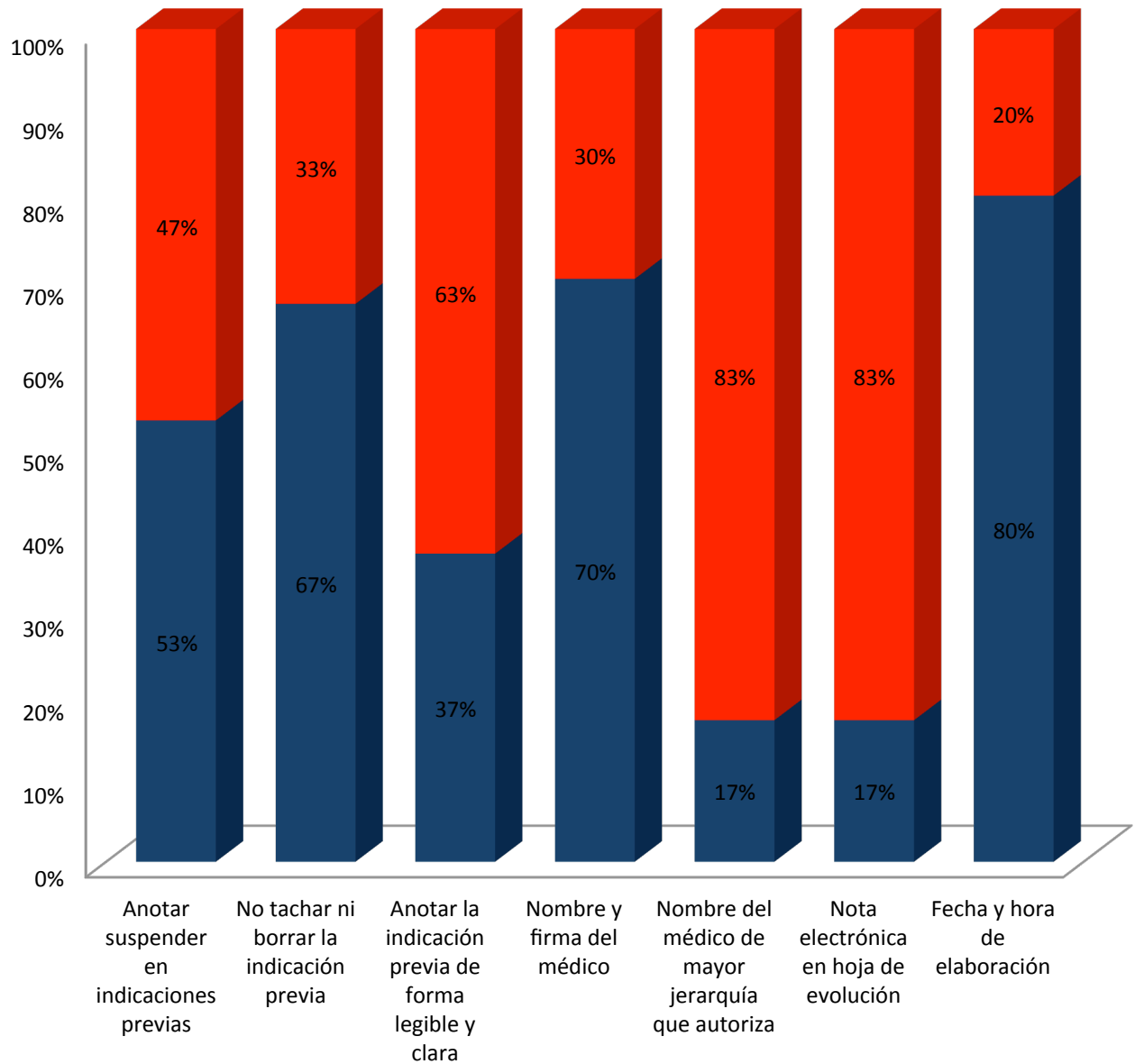


Fuente: Cédula de Auditoría

■ % Si cumple ■ % No cumple

Gráfica 2. Evaluación de indicaciones médicas

Suspensiones

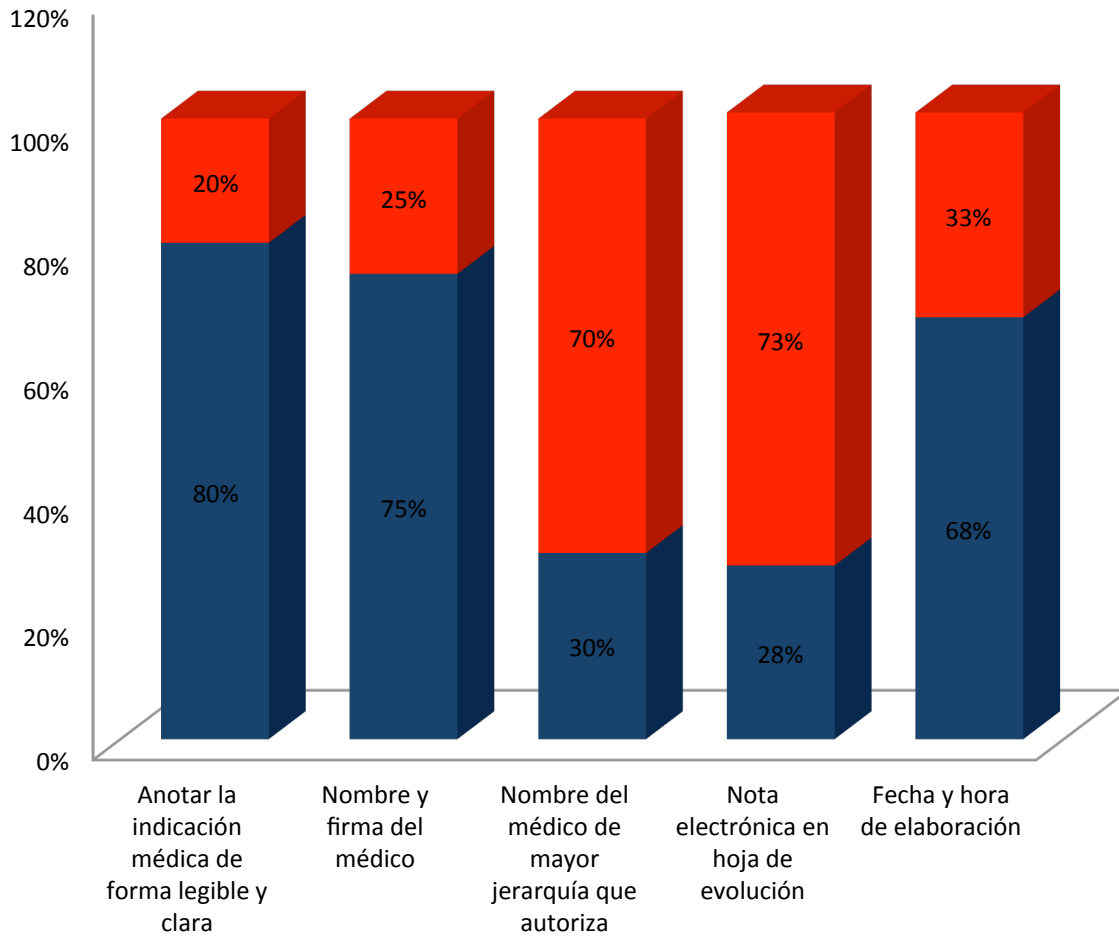


Fuente: Cédula de Auditoría

■ % Sí cumple ■ % No cumple

Gráfica 3. Evaluación de indicaciones médicas

Actualizaciones

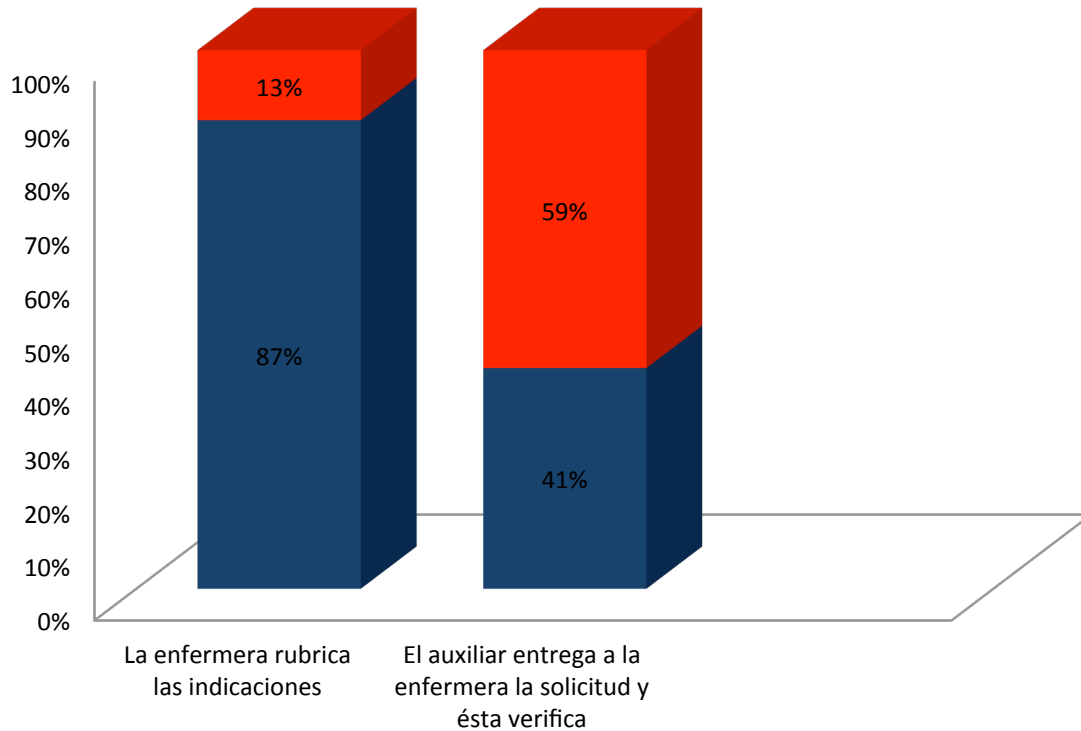


Fuente: Cédula de Auditoría

■ % Sí cumple ■ % No cumple

Gráfica 4. Evaluación de indicaciones médicas

Actividades de las enfermeras



Fuente: Cédula de Auditoría

■ % Sí cumple ■ % No cumple

9. Propuestas de mejora para el proceso de indicaciones médicas (medicamentos).

Indicador de alto riesgo	Estándar a lograr	Acción	Control
(Número de indicaciones médicas con error (no clara ni legible)) / (Número de indicaciones médicas totales)	95% a 100%	<ul style="list-style-type: none"> -Se realizará una junta informativa, con todos los involucrados para presentar los datos obtenidos en la evaluación del proceso. - Todos los médicos y enfermeras recibirán una campaña de cómo realizar y revisar indicaciones médicas: medicamentos. - Las primeras indicaciones Médicas deberán ser de forma electrónica. - Las indicaciones médicas deberán estar firmadas por un médico adscrito. 	<ul style="list-style-type: none"> -Diseño de una campaña expofeso. -Número de médicos que recibieron la campaña. - Número de enfermeras que recibieron la campaña -El jefe de área realizará auditoría aleatoria cada mes, supervisando el proceso los primeros seis meses, y posteriormente se evaluará.
Reunión de Análisis del Modo de Falla.	100% de asistencia	<ul style="list-style-type: none"> -Todos los profesionales y servicios involucrados en el proceso serán convocados por el área de calidad para darles a conocer los resultados del estudio de riesgo y expondrán sus comentarios, compromisos y oportunidades de mejora, a través de la metodología de causa y efecto. -Trabajarán un programa que incluya cronograma de cumplimiento de compromisos de mejora 	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizarán reuniones trimestrales para evaluar los avances.

10. Bibliografía.

Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM. Concepto y metodología de la gestión de riesgos sanitarios. En: Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM, editores. Manual de gestión de riesgos sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2001. p. 53-67.

Kuhn AM, Younberg BJ. The need for risk management to evolve to assure a culture of safety. Qual Saf Health Care 2002; 11: 158-62.

Otero López MJ. Errores de medicación y gestión de riesgos. Rev Esp. Salud Pública 2003; 77: 527-40.

Runciman WB, Moller J. Latrogenic injury in Australia. A report prepared by the Australian Patient Safety Foundation. Canberra: The Australian Patient Safety Foundation; 2001.

Academia Mexicana de Cirugía, Fundación Academia Aesculap. Herramientas que apoyan la seguridad del paciente. Compendio12 de octubre. 2010

Consejo de Salubridad General. Estándares para la Certificación de Hospitales. Versión 2011. Sección 1 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.

Ortega Vargas, Carolina. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería estrategias para su aplicación. Segunda edición. Editorial Panamericana. México, D.F. 2009.

Manual de procedimientos técnicos de enfermería del Instituto Nacional de Cardiología. 2010.

Cisneros García, Juventino. El expediente clínico, Rev Mex Ortop Traum 1999; 13(5): 507- 508.

Secretaría de Salud, NOM 168-SSA1-1998, del Expediente Clínico, disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

OMS, La OMS lanza “Nueve soluciones para la seguridad del paciente” a fin de salvar vidas y evitar daños, disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/es/index.html>

García González, Rosario; Suárez Pérez, Rolando; Mateo-de-Acosta, Oscar. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético, Rev Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health 2(1), 1997, 32-36

Guibert Reyes, Wilfredo; GrauAbalo, Jorge; Prendes Labrada, Marianela. ¿Cómo hacer mas efectiva la educación en salud en la atención primaria?, Rev Cubana Med Gen Integr v.15 n.2 Ciudad de La Habana mar-abr.1999.

Consejo de Salubridad General. Estándar para la Certificación de Hospitales. Versión 1 2011. Sección 1 Metas Internacionales de Seguridad del paciente.