



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD



Instituto

Nacional de

Enfermedades

Respiratorias

Ismael Cosío Villegas

Plan de Calidad y Seguridad del Paciente 2017

Departamento de Calidad

Contenido

I Generalidades	2
1.1. Objetivo.....	2
1.2. Alcance.....	2
1.3. Misión.....	3
1.4 Visión	3
1.5 Valores Institucionales	3
1.6 Política de Calidad	3
II. Sistema de Gestión de Calidad Institucional (QPS.1).....	1
III. Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (QPS.2)	1
IV. Evaluación Integral de Riesgos y Problemas (QPS.3).....	5
V. Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente (QPS. 4).	23
VI. Estandarización de Procesos (QPS. 5).	23
VII. Indicadores del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente (QPS. 6).....	55
VIII. Rediseño de Procesos (QPS. 7).	57
IX. Análisis de los Datos, Mejora y Capacitación (QPS. 8, 9 y 10).....	23

I Generalidades

1.1. Objetivo

Implantar un modelo que apoye el desarrollo de las capacidades técnicas, gerenciales y humanísticas de todo el personal involucrado en los programas estratégicos del Instituto, a través del monitoreo, análisis, desarrollo de alternativas de solución y control, que permitan fortalecer el Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.

1.2. Alcance

El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas:

I.- Aplica para todo la organización: Dirección General, Direcciones, Subdirecciones, Departamentos, Servicios, Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP), otros comités de este Instituto, personal operativo del área médica, enfermería, otros profesionales de la salud y de las diferentes áreas y servicios.

II.- Coordina las acciones de todos los involucrados con la calidad y seguridad del paciente y de las instalaciones (Acciones Básicas de Seguridad del Paciente, Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente, Atención Centrada en el Paciente y Gestión de la Organización).

III.-Se encarga de la elaboración, implementación de lineamientos y procedimientos encaminados a la prevención y reducción de riesgos para el paciente.

IV.-Establecimiento de procesos y gestión de indicadores para priorizar la implementación de las metas internacionales de seguridad del paciente, barreras de seguridad en el proceso de atención, estándares centrados en el paciente y la gestión conforme al Modelo del Consejo de Salubridad General.

V.- Implementación de acciones necesarias para establecer una mejora continua en los procesos en los cuales se identifiquen oportunidades de mejora.

VI. El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) analizará la información relacionada con el contenido de este Plan y dará seguimiento a las acciones de mejora que se establezcan a fin de garantizar su cumplimiento.

1.3. Misión

Mejorar la salud respiratoria de los individuos y las comunidades a través de la investigación, la formación de recursos humanos y la atención médica especializada.

1.4 Visión

El INER debe ser la entidad nacional normativa en salud respiratoria y el principal sitio de enseñanza, investigación, promoción y atención de alta especialidad, con competitividad nacional e internacional.

1.5 Valores Institucionales

- Actitud de servicio
- Calidad
- Compañerismo
- Compromiso
- Comunicación asertiva
- Confidencialidad
- Cortesía
- Disponibilidad
- Eficiencia
- Equidad
- Honestidad
- Honradez
- Igualdad
- Imparcialidad
- Integridad
- Liderazgo
- Profesionalismo
- Respeto
- Responsabilidad
- Solidaridad
- Sostenibilidad
- Tolerancia
- Trabajo en equipo
- Transparencia

1.6 Política de Calidad

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas esta comprometido con la Calidad y Seguridad del Paciente a través de la generación de acciones proactivas y reactivas que incrementen la seguridad y la satisfacción de nuestros usuarios fortaleciendo el Sistema de Gestión de Calidad Institucional que permita generar mejoras en los procesos de atención.

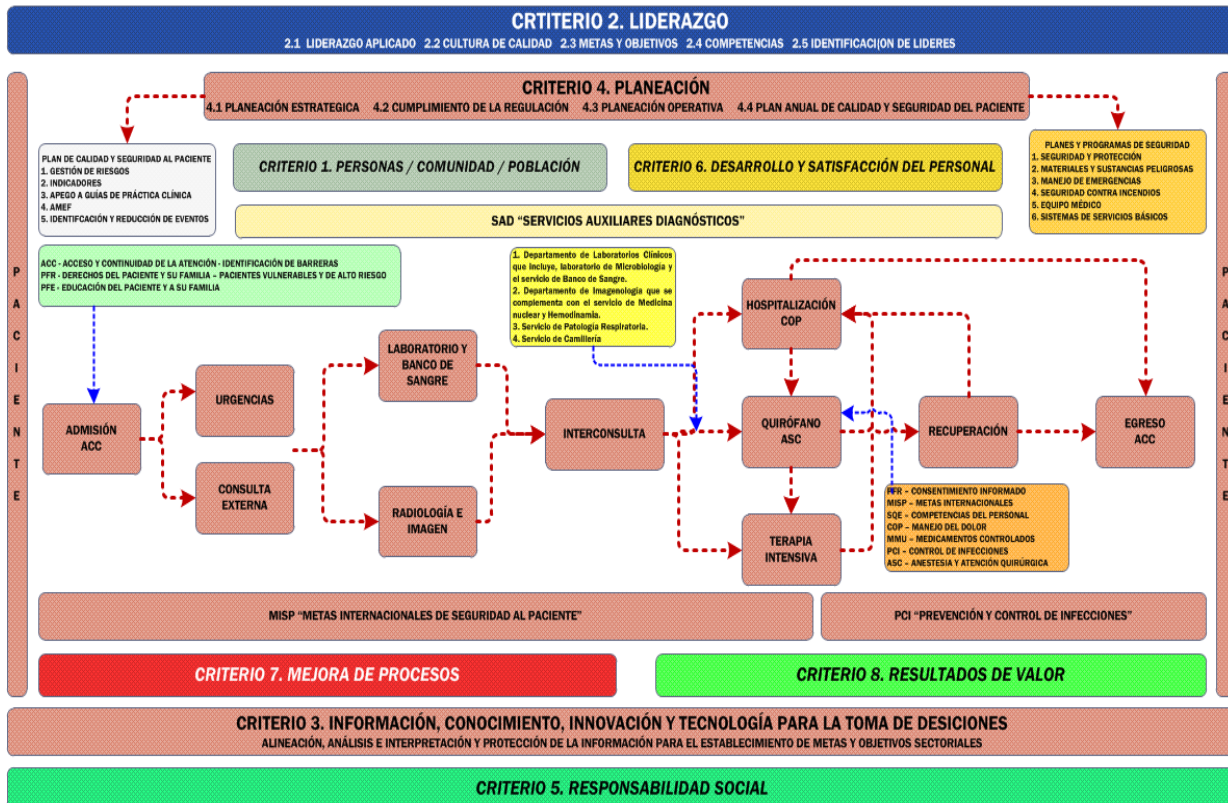
II. Sistema de Gestión de Calidad Institucional (QPS. 1)

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas con la finalidad de cumplir su Misión y proporcionar servicios de calidad y seguridad del paciente, adopta los Criterios del Modelo de Gestión de Calidad en Salud (DGCEs) y el Modelo de Certificación Hospitalaria del Consejo de Salubridad General (CSG).

Teniendo como centro del Sistema el conocimiento y atención a nuestros usuarios, las áreas sustantivas de atención médica trabajan con un enfoque sistémico entorno del paciente, la gestión de la organización coadyuva en la calidad y seguridad de nuestros pacientes, generando resultados de valor que son evaluados en forma periódica y cumpliendo con la normatividad vigente.



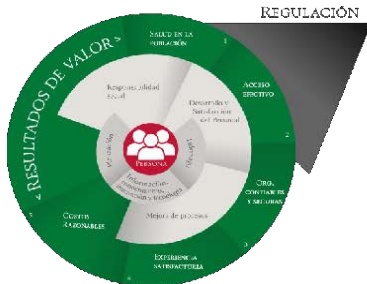
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS ISMAEL COSÍO VILLEGAS SISTEMA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



Desde septiembre de 2014 se inició con el Proyecto “Acalli” Todos a bordo...!!!, con el objetivo de llevar al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER) a niveles de excelencia, promoviendo una cultura organizacional madura utilizando como herramienta el Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.



Proyecto "ACALLI"



Integrando 15 grupos de trabajo multidisciplinarios para dar respuesta a los requerimientos del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional y tomando como base el Modelo de Certificación Hospitalaria del Consejo de Salubridad General 2015 2ª. Edición.

Sección	Estándar
Acciones Básicas de Seguridad del Paciente	
	GLD Gobierno, Liderazgo y Dirección

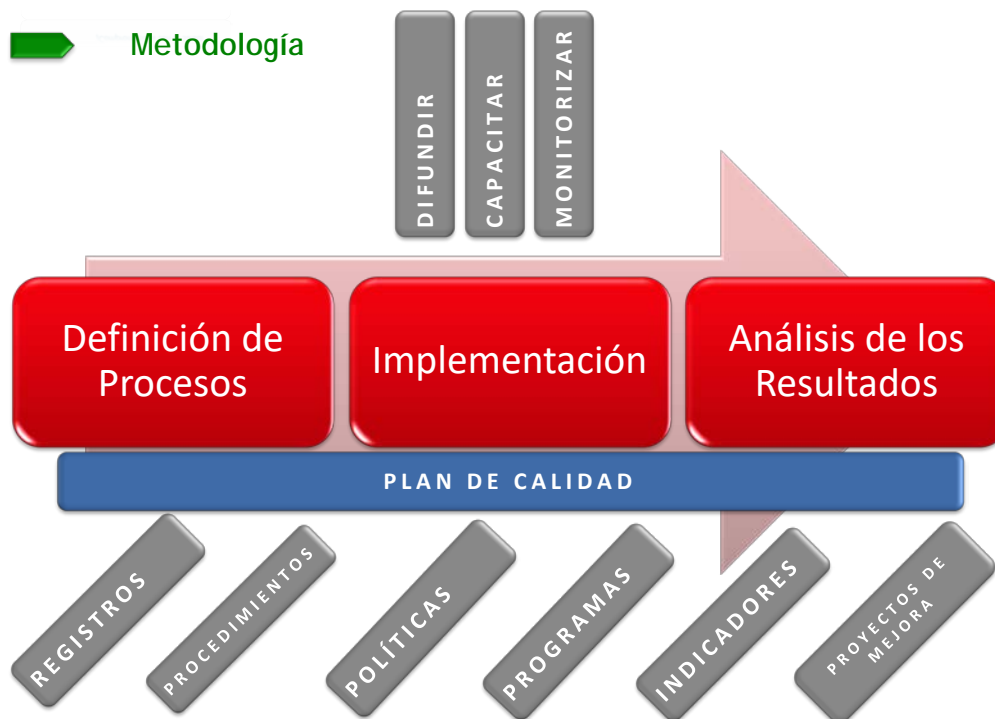
Dicho trabajo dio sus primeros resultados, ya que el 15 de marzo del presente año, se presentó la documentación correspondiente para iniciar formalmente con el proceso de Certificación ante el Consejo de Salubridad General, recibiendo la contancia de “En proceso de Certificación” el 19 de abril de 2016.

Arrancando una nueva etapa del proceso de madures en la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional, donde se consolida la fusión del Model de Calidad de la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud (DGCES) y el Modelo de Certificación Hospitalaria del Consejo de Salubridad General (CSG) en el proyecto institucional...



A partir del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se desarrollaron Manuales de Políticas Institucionales los cuales fueron presentados en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente para su conocimiento y aprobación.

Una vez concluida la fase documental se procede a la difusión y capacitación institucional, para continuar con la monitorización, evaluación y ajuste del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional.



Alineación del Sistema de Gestión de Calidad Institucional con el Modelo de Certificación Hospitalaria del Consejo de Salubridad General.

III. Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (QPS. 2)

La Seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el Sistema de Gestión de Calidad Institucional en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión de riesgos.

El Instituto tiene conformado el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, el cual ayuda en el análisis con enfoque multidisciplinario y sistémico de las actividades que serán implementadas para la mejora de los procesos y los sistemas de atención, y mediante su visión y respaldo, crean y mantienen la cultura de calidad Institucional.

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente cuenta con objetivos y funciones definidas para planear, coordinar y controlar las acciones prioritarias para mejorar la calidad y seguridad del paciente las cuales se encuentran documentadas en el Manual de Operación del Comité.

Este Comité cuenta con las siguientes características:

- a) Es presidido por el Director General.
- b) Sesiona una vez al mes.
- c) Integra a los cuatro sistemas críticos con enfoque Institucional.
- d) Se articula con los diferentes comités existentes en el Instituto, como son el Comité de Morbimortalidad, Expediente Clínico, Farmacia y Terapéutica, Comité de Detección y Control de las Infecciones Nosocomiales, Comité de Atención Médica en caso de desastre y Protección Civil.)
- e) Es el responsable de definir y avalar el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
- f) Supervisa la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
- g) Toma decisiones con base en el análisis de información sobre la calidad y seguridad de los pacientes.
- h) Da seguimiento puntual a sus acuerdos.

IV. Evaluación integral de Riesgos y Problemas (QPS. 3)

La Seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el Sistema de Gestión de Calidad Institucional en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, la seguridad del entorno y la gestión de riesgos.

Como base del funcionamiento del Sistema de Gestión de la Calidad Institucional se realizó una evaluación de riesgos en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas para conocer los riesgos y problemas que se pudieran presentar en los diferentes apartados definidos por el modelo, iniciando con los Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente con enfoque en el Manejo y Uso de Medicamentos, Prevención y Control de Infecciones, Gestión y Seguridad de las Instalaciones y las Competencias y Educación del Personal.



Una vez identificados los riesgos y problemas, se procede a realizar una priorización de los mismos conforme a la metodología.

METODOLOGÍA PARA EL ANALISIS DE RIESGOS Y PROBLEMAS

Priorización de riesgos y problemas relacionados con la seguridad del paciente.

Este análisis tiene como finalidad determinar aquellas situaciones que representan un riesgo o problema en la operación institucional y que ameritan llevar a cabo acciones proactivas o reactivas para subsanarlas.

Los riesgos o problemas enunciados en forma inicial se derivan de las áreas de enfoque de los Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente: (MMU) Manejo y Uso de Medicamentos, (PCI) Prevención y Control de Infecciones, (FMS) Gestión y Seguridad de las Instalaciones y (SQE) Competencias y Educación del Personal, considerando las que son de mayor recurrencia sin embargo, éstos pueden modificarse cuando los Grupos Multidisciplinarios lo estimen necesario y con la aprobación del COCASEP.

Están redactados de forma negativa es decir, como si ya fueran un problema o riesgo a fin de cuantificar el grado del mismo y determinar el nivel de priorización del mismo.

Cada uno de ellos será evaluado para determinar si es un riesgo o un problema y calificado de acuerdo a los criterios definidos en la siguiente tabla:

Situación	Riesgo	SITUACIÓN QUE EXISTE O PUEDE EXISTIR OCASIONALMENTE
	Problema	SITUACIÓN QUE EXISTE CONSTANTEMENTE
	No aplica	

Escalas Severidad	
Severidad	Valor
El efecto de la falla no alcanza ni genera ningún daño al paciente o al personal involucrado en el proceso	1
El efecto de falla alcanza al paciente o al personal involucrado, sin generar daño.	2
El efecto de la falla alcanza al paciente o al personal involucrado generando un daño parcial que se puede solucionar en un corto plazo.	3
El efecto de la falla alcanza al paciente o al personal involucrado generando una pérdida funcional, física y/o emocional	4
El efecto de la falla impacta directamente al paciente o al personal involucrado en el proceso y le ocasiona un daño permanente e irreversible o la muerte/La falla ocasiona incumplimiento a normatividad vigente aplicable/La falla ocasiona incumplimiento a políticas internas .	5

Escalas Ocurrencia	
Ocurrencia	Valor
Remota, la falla sucede al menos una vez cada 6 meses	1
Muy poca, la falla sucede al menos una vez al mes	2
Intermedia, la falla sucede al menos una vez cada semana	3
Frecuente, la falla sucede al menos una vez cada día	4
Muy frecuente, la falla sucede casi todo el tiempo.	5

Se convoca a los Grupo Multidisciplinario de los Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente: (MMU) Manejo y Uso de Medicamentos, (PCI) Prevención y Control de Infecciones, (FMS) Gestión y Seguridad de las Instalaciones y (SQE) Competencias y Educación del Personal, explicándoles la metodología para calificar los diferentes riesgos, realizando la revisión de forma individual de los **234** riesgos identificados, atendiendo en forma inicial los que presentan mayor nivel de severidad y ocurrencia, clasificándose por estándar de la siguiente manera:

No.	Riesgo o problema	Etapa del proceso	Situación	Severidad	Ocurrencia	NRP
MMU-001	Medicamentos en falta	Selección/Adquisición	Problema	3	4	12
MMU-002	Medicamento deteriorado	Almacenamiento	Riesgo	1	1	1
MMU-003	Medicamentos no identificados	Almacenamiento	Problema	2	3	6
MMU-004	Omisión de la dosis	Prescripción	Problema	3	3	9
MMU-005	Omisión de la vía de administración	Prescripción	Riesgo	2	2	4
MMU-006	Omisión de la frecuencia de administración	Prescripción	Riesgo	2	2	4
MMU-007	Falta de prescripción de un medicamento necesario	Prescripción	Riesgo	2	1	2
MMU-008	Medicamento innecesario	Prescripción	Riesgo	2	1	2
MMU-009	Duplicidad terapéutica	Prescripción	Riesgo	2	2	4
MMU-010	Prescripción de dosis mayor/menor a la recomendada	Prescripción	Riesgo	2	2	4
MMU-011	Frecuencia de administración errónea	Prescripción	Riesgo	2	2	4
MMU-012	Vía de administración errónea	Prescripción	Problema	2	3	6
MMU-013	Duración del tratamiento no establecido (Ej antibióticos, esteroides)	Prescripción	Riesgo	2	2	4
MMU-014	Uso de abreviaturas en la descripción del nombre del medicamento	Prescripción	Problema	2	3	6
MMU-015	Uso inadecuado de las unidades de medida	Prescripción	Riesgo	2	2	4
MMU-016	Ausencia de la conciliación de la medicación al ingreso y al traslado a otro servicio	Prescripción	Problema	3	3	9

MMU-017	Prescripción del medicamento por nombre comercial	Prescripción	Problema	1	4	4
MMU-018	Prescripción ilegible	Prescripción	Problema	2	4	8
MMU-019	Prescripciones verbales no documentadas	Prescripción	Riesgo	2	2	4
MMU-020	Falta de especificación de la concentración de un medicamento en tabletas (riesgo de confusión con diferentes concentraciones, en tab fracturada).	Prescripción	Problema	3	2	6
MMU-021	Prescripción de solución incorrecta para la infusión de un medicamento.	Prescripción	Riesgo	2	2	4
MMU-022	No visualización/reporte de reacciones adversas producidas por un medicamento	Monitorización	Riesgo	2	3	6
MMU-023	No visualización de errores de medicación	Monitorización	Riesgo	2	2	4
MMU-024	Falta de actualización de indicaciones médicas.	Monitorización	Riesgo	2	3	6
MMU-025	Transcripción de un medicamento por otro	Transcripción	Riesgo	3	1	3
MMU-026	Transcripción errónea de la dosis de administración	Transcripción	Riesgo	3	1	3
MMU-027	Transcripción errónea de la vía de administración	Transcripción	Riesgo	3	2	6
MMU-028	Transcripción errónea de la frecuencia de administración	Transcripción	Riesgo	2	2	4
MMU-029	Omisión de transcripción del medicamento prescrito	Transcripción	Riesgo	2	1	2
MMU-030	Discrepancia de transcripción en cuanto a la dosis.	Transcripción	Riesgo	2	1	2
MMU-031	Retardo en la entrega/reposición del medicamento a pabellón.	Dispensación	Problema	2	3	6
MMU-032	Medicamento sin identificación adecuada.	Dispensación	Problema	2	3	6
MMU-033	Dispensación de un medicamento por otro diferente al prescrito.	Dispensación	Riesgo	2	1	2

MMU-034	Dispensación de una presentación por otra.	Dispensación	Riesgo	2	1	2
MMU-035	Medicamento deteriorado.	Dispensación	Riesgo	1	1	1
MMU-036	Extravío de medicamentos.	Dispensación	Riesgo	2	2	4
MMU-037	Acomodo equivocado del medicamento en el Locker del paciente	Dispensación	Riesgo	2	1	2
MMU-038	Surtido de un medicamento caducado.	Dispensación	Riesgo	1	1	1
MMU-039	Dispensación de medicamentos en recetas múltiples.	Dispensación	Problema	3	5	15
MMU-040	Falta de estandarización de la dilución en los medicamentos IV	Preparación	Riesgo	3	2	6
MMU-041	Mezcla de medicamentos incompatibles.	Preparación	Riesgo	2	2	4
MMU-042	falta de etiquetado de medicamentos (precargado en jeringas) previa administración a los pacientes.	Preparación	Riesgo	1	2	2
MMU-043	Falta de etiquetado de medicamentos multidosis (fecha y hora de preparación).	Preparación	Problema	3	4	12
MMU-044	Omisión de administración de un medicamento	Administración	Problema	2	3	6
MMU-045	Administración de dosis extra de un medicamento	Administración	Riesgo	2	2	4
MMU-046	Vía de administración errónea del medicamento.	Administración	Riesgo	2	1	2
MMU-047	Error de la velocidad de infusión	Administración	Riesgo	2	2	4
MMU-048	Inadecuada programación del dispositivo de infusión.	Administración	Riesgo	2	1	2
MMU-049	Administración de medicamento deteriorado	Administración	Riesgo	1	1	1
MMU-050	El paciente se automedica y/o duplica la medicación que trae consigo	Administración	Problema	4	2	8
MMU-051	Administración de un medicamento diferente al prescrito.	Administración	Riesgo	2	2	4

MMU-052	Omisión del registro de administración de un medicamento que sí fue administrado.	Administración	Riesgo	1	4	4
MMU-053	Administración de un medicamento caducado	Administración	Riesgo	2	1	2
MMU-054	Descontrol del uso de muestras médicas	Administración	Problema	3	4	12

No.	Área	Etapas del Proceso	Riesgo o Problema	Severidad	Ocurrencia	NPR
PCI-001	UVEH-MANTENIMIENTO	Supervisión de la calidad del agua (FMS)	QUE NO SE LLEVE EL CONTROL DE LA CALIDAD DEL AGUA	5	1	5
PCI-002	UVEH-MANTENIMIENTO	Supervisión de la calidad del agua (FMS)	NO CONTAR CON EL EQUIPO NECESARIO PARA MEDIR EL NIVEL DE CLORO	5	2	10
PCI-003	UVEH-MANTENIMIENTO	Supervisión de la calidad del agua (FMS)	NO CONTAR CON LOS INSUMOS NECESARIOS PARA LA MEDICION DE CLORO EN EL AGUA	5	2	10
PCI-004	UVEH-MANTENIMIENTO	Supervisión de la calidad del agua (FMS)	EL LABORATORIO QUE PROCESA LA IDENTIFICACION DE VIBRIO CHOLERAEE DEJE DE PROCESARLO	4	1	4
PCI-005	UVEH-MANTENIMIENTO	Supervisión de la calidad del agua (FMS)	INADECUADO FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE IDENTIFICACIÓN DE CLORO EN LAS CISTERNAS INTERNAS	3	1	3
PCI-006	UVEH-SERVICIO DE COCINA	Supervisión de la calidad del agua (FMS)	QUE NO SE LLEVE EL CONTROL DE LA CALIDAD DEL AGUA	4	2	8

PCI-007	UVEH-SERVICIO DE COCINA	Supervisión de la calidad del agua (FMS)	USO INADECUADO DEL AGUA QUE SE UTILIZA PARA LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS	4	1	4
PCI-008	UVEH	Supervisión de la calidad del agua (FMS)	FALTA DE RECURSO HUMANO PARA REALIZAR EL CONTROL DEL AGUA	2	1	2
PCI-009	UVEH-MANTENIMIENTO	Supervisión de la calidad del agua (FMS)	MANTENIMIENTO O NO PERMITA EL ACCESO PARA REALIZARLA MUESTREO PARA IDENTIFICACION DE VIBRIO CHOLERAEE	4	2	8
PCI-010	UVEH-INTENDENCIA	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	MANEJO INADECUADO EN EL PROCESO DE LA RECOLECCIÓN POR PARTE DE PERSONAL DE INTENDENCIA	5	2	10
PCI-011	UVEH-INTENDENCIA	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	FALTA DE CAPACITACIÓN DE PERSONAL DE INTENDENCIA PARA LA DISPOSICIÓN FINAL DE R.P.B.I.	5	1	5
PCI-012	UVEH-RECURSOS HUMANOS-CAPACITACIÓN	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	EL PERSONAL DE SALUD DESCONOZCA LOS LINEAMIENTOS INTERNOS Y EXTERNOS PARA LA DISPOSICIÓN DE R.P.B.I.	3	1	3
PCI-013	UVEH-INTENDENCIA	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	EMPRESA SUBROGADA PARA DAR DESTINO FINAL AL R.P.B.I. NO	5	1	5

			LO HAGA COMO LO SEÑALA LA LEGISLACIÓN VIGENTE			
PCI-014	UVEH-INTENDENCIA	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	NO LLEGUE EL TRANSPORTE PARA DAR DESTINO FINAL A LOS R.P.B.I. A CAUSA DE MANIFESTACIÓN EXTERNA (DESASTRE NATURAL, DERRUMBES, ET C.)	5	1	5
PCI-015	UVEH-MEDICINA LABORAL	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	DESAPEGO AL TRATAMIENTO PROFILACTICO POR PARTE DE PERSONAL DE SALUD QUE TENGA UN ACCIDENTE CON R.P.B.I.	2	4	8
PCI-016	UVEH-MEDICINA LABORAL	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	NO CONTAR CON LOS MEDICAMENTOS PARA PROPORCIONAR PROFILAXIS AL PERSONAL DE SALUD EXPUESTO A R.P.B.I.	5	2	10
PCI-017	UVEH-MEDICINA LABORAL	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	IMPEDIMENTO DE PODER TOMARSE ESTUDIOS DE LABORATORIO PARA LA DETECCIÓN DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS CON R.P.B.I.	5	1	5
PCI-018	UVEH-MEDICINA LABORAL	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	IMPEDIMENTO DE PODER TOMAR MEDICAMENTOS PROFILACTICOS PARA LA DISMINUCIÓN	5	1	5

			DE RIESGO DE ADQUIRIR UNA ENFERMEDAD INFECCIOSAS CON R.P.B.I.			
PCI-019	UVEH-BANCO DE SANGRE-INTENDENCIA-ADQUISICIONES	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	INSUMOS NECESARIOS PARA LA MANIPULACIÓN DE R.P.B.I. INSUFICIENTES O DE BAJA CALIDAD (BATA, GUANTES, OVEROL, LENTES DE PROTECCIÓN, CUBRE BOCAS)	4	1	4
PCI-020	UVEH-SERVICIO SUBROGADOS-JURIDICO	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	QUE LAS EMPRESAS SUBROGADAS NO SE APEGUEN A LA NORMATIVA INTERNA PARA EL DESECHO DE R.P.B.I.	4	1	4
PCI-021	INTENDENCIA	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	FALTA DE RECURSO HUMANO PARA REALIZAR LA RECOLECCION DE LOS R.P.B.I. EN EL HOSPITAL	5	2	10
PCI-022	UVEH- DEPOSITO CADAVERES	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	PERSONAL CON FALTA DE CAPACITACIÓN SOBRE EL MANEJO DE LOS CADAVERES	3	1	3
PCI-023	UVEH-PATOLOGIA	Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos	PERSONAL SIN CAPACITACIÓN SUFICIENTE SOBRE EL MANEJO DE LOS TEJIDOS DERIVADOS DE CADAVERES, ASI COMO SU DESECHOS	3	1	3
PCI-024	UVEH	Infecciones Relacionadas a la Atención Sanitaria	IDENTIFICACION INOPORTUNA DE GERMENES	5	4	20

			QUE PROVOQUEN BROTES NOSOCOMIALES			
PCI-025	UVEH-ENFERMERIA- INHALOTERAPIA-ENSEÑANZA	Precauciones estándar en la atención de la salud	QUE EL PERSONAL DE SALUD NO CONOZCAN EL USO DE EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL	4	3	12
PCI-026	UVEH-ENFERMERIA- INHALOTERAPIA-ENSEÑANZA	Precauciones estándar en la atención de la salud	FALTA DE APEGO AL USO DE EQUIPO DE PROTECCIÓN PERSONAL	4	2	8
PCI-027	UVEH-CEyE	Esterilización y desinfección	QUE NO SE SIGAN LOS LINEAMIENTOS EN LOS PROCESOS	2	2	4
PCI-028	UVEH-CEyE	Esterilización y desinfección	QUE NO SE IDENTIFIQUE LA CADUCIDAD DE LOS CONTROLES BIOLÓGICOS	2	2	4
PCI-029	UVEH-INTENDENCIA	Limpieza	QUE PERSONAL DE NUEVO INGRESO NO TENGA CAPACITACIÓN ESPECIFICA DE SUS FUNCIONES	3	3	9
PCI-030	UVEH-INTENDENCIA	Limpieza	QUE NO SE SIGAN LOS PROCEDIMIENTOS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN RUTINARIA Y TERMINAL	4	4	16
PCI-031	UVEH-LAVANDERIA	Manejo de la ropa	QUE NO SE PROTEJA LA ROPA DURANTE SU RECOLECCION	3	3	9
PCI-032	UVEH-LAVANDERIA	Manejo de la ropa	QUE DURANTE SU CONTEO NO SE UTILICE EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL	3	2	6
PCI-033	UVEH-COMEDOR Y COCINA	Alimentación	QUE NO SIGAN LOS LINEAMIENTOS	3	3	9

			DE BUENAS PRACTICAS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS			
PCI-034	UVEH-COMEDOR Y COCINA	Alimentación	QUE NO CUMPLAN LOS LINEAMIENTOS PARA EL TRASLADO Y DISTRIBUCION DE LOS ALIMENTOS	3	3	9
PCI-035	UVEH-COMEDOR Y COCINA	Alimentación	QUE NO SE REALICEN LOS CONTROLES DE LOS PRODUCTOS PARA LA PREPARACION DE ALIMENTOS PEPS	2	2	4
PCI-036	UVEH-COMEDOR Y COCINA	Alimentación	USO INADECUADO DEL AGUA QUE SE UTILIZA PARA LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS	2	2	4
PCI-037	UVEH-INHALOTERAPIA-ENFERMERIA	Reúso de Desechables	INADECUADO PROCESO DE LIMPIEZA, DESINFECCION Y MARCAJE DE INSUMOS SEÑALADOS DE REUSO	3	3	9
PCI-038	UVEH-INHALOTERAPIA-ENFERMERIA	Reúso de Desechables	QUE NO SE DESECHEN LOS INSUMOS PROCEDENTES DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS	3	3	9
PCI-039	UVEH-FARMACIA-ENFERMERIA	Procesos de medicación (MMU)	DISPENSACION INADECUADA DE LA MEDICACION A LOS PACIENTES	3	3	9
PCI-040	UVEH-FARMACIA-ENFERMERIA	Procesos de medicación (MMU)	PREPARACION FUERA DE SITIO DE MEDICAMENTO	3	3	9

			S PARA PACIENTES			
PCI-041	UVEH	Mantenimiento y Controles de ingeniería (FMS)	INFORMACION TARDIA DE INICIO DE REMOELACIONE S, CONSTRUCCION O ADECUACION DE AREAS	2	2	4
PCI-042	UVEH - MANTENIMIENTO	Mantenimiento y Controles de ingeniería (FMS)	COLOCACION INADECUADA DE BARRERAS FISICAS DE PROTECCION	3	3	9
PCI-043	UVEH-URGENCIAS	Servicio de Ambulancias (ACC)	QUE NO SE IDENTIFIQUE TRASLADO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECTOCONTA GIOSAS	3	2	6
PCI-044	UVEH-URGENCIAS	Servicio de Ambulancias (ACC)	QUE NO SE REALICE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE AMBULACIAS POSTRASLADO DE PACIENTES	3	3	9
PCI-045	UVEH	Vacunación	NO DISPONIBILIDAD DE PRODUCTOS BIOLOGICOS	3	2	6
PCI-046	UVEH	Vacunación	QUE EL PERSONAL NO ACEPTE LA VACUNA DURANTE EPOCAS DE RIESGO	3	3	9

Número	Riesgo o problema	Etapas del proceso	Situación	Severidad	Ocurrencia	NRP
SQE 001	Asignación insuficiente de personal .	Asignación/Reasignación	Problema	4	4	16
SQE 002	Inexistencia de un Plan de asignación del personal que incluya a TODA la organización y describa Las competencias,	Asignación/Reasignación	Problema	4	4	16

	cantidad y tipos de personal que se necesitan para llevar a cabo las funciones diarias de la organización.					
SQE 003	Inexistencia de un proceso en el Plan de asignación del personal describa cómo se lleva a cabo el traspaso de funciones.	Asignación/Reasignación	Problema	3	1	3
SQE 004	El Plan de asignación y reasignación de personal NO tiene un control permanentemente y una evaluación de su efectividad.	Asignación/Reasignación	Problema	2	1	2
SQE 005	Las diferentes áreas del Instituto, principalmente las relacionadas con el área médica e investigación, no registran a sus alumnos de pregrado al inicio de su actividad académica.	Asignación/Reasignación	Problema	3	3	9
SQE 006	El personal no actualiza sus competencias	Capacitación Continua	Problema	3	1	3
SQE 007	Personal no interesado por recibir capacitación	Capacitación Continua	Problema	4	3	12
SQE 008	Falta de actualización del personal clínico en reanimación cardiopulmonar cada dos años.	Capacitación Continua	Problema	5	3	15
SQE 009	Falta de recursos financieros para el otorgamiento de becas.	Capacitación Continua	Problema	2	1	2
SQE 010	Falta de retroalimentación por parte de las áreas para integrar el programa de capacitación	Capacitación Continua	Problema	2	1	2
SQE 011	Falta de recursos materiales para llevar a cabo los procesos de inducción, capacitación y evaluación del desempeño del personal.	Capacitación Continua	Riesgo	2	1	2
SQE 012	El personal no tiene la oportunidad de participar en los procesos de capacitación y evaluación.	Capacitación Continua	Problema	3	1	3
SQE 013	El programa de capacitación no contempla los datos relacionados con la monitorización de los La supervisión de los sistemas críticos (MMU, SQE, FMS, PCI)	Capacitación Continua	Problema	2	1	2

SQE 014	El programa de capacitación no contempla los resultados de las evaluaciones del desempeño.	Capacitación Continua	Problema	2	1	2
SQE 015	El personal de las áreas críticas No cuenta con certificación capacitación vigente.	Capacitación Continua	Problema	5	4	20
SQE 016	Ausencia de proceso para verificar la fuente original del personal clínico que no cuenta con cédula profesional.	Capacitación Continua	Problema	3	2	6
SQE 017	No se realiza la verificación de la fuente original cuando el personal adquiere nuevas competencias o se le asignan nuevas funciones o privilegios.	Capacitación Continua	Riesgo	2	1	2
SQE 018	El expediente del personal no está actualizado respecto a las nuevas capacitaciones externas y competencias adquiridas.	Capacitación Continua	Problema	1	2	2
SQE 019	Algunas áreas del Instituto, no contemplan con la Dirección de Enseñanza la formalización de Convenios de Colaboración para la aceptación de alumnos en actividades académicas	Capacitación Continua	Problema	3	3	9
SQE 020	Los eventos adversos, centinela y cuasifallas Identificados no son analizados	Definición de Funciones	Riesgo	3	1	3
SQE 021	Falta de actualización de competencias y requisitos necesarios para el personal clínico y no clínico	Definición de Funciones	Problema	3	1	3
SQE 022	Ausencia de Definición de funciones para la persona presta servicios como colaborador externo para la investigación	Definición de Funciones	Problema	2	1	2
SQE 023	Falta de Definición de funciones para Damas Voluntarias	Definición de Funciones	Problema	3	3	9
SQE 024	Manuales de organización y de procedimientos desactualizados.	Definición de Funciones	Problema	2	3	6
SQE 025	Entrega de documentación apócrifa por parte del personal	Definición de Funciones	Riesgo	3	1	3
SQE 026	Falta de Supervisión del sistema SQE por un equipo	Evaluación del desempeño	Riesgo	2	1	2

	multidisciplinario.					
SQE 027	Ausencia de un proceso para evaluar el desempeño del personal clínico y no clínico	Evaluación del desempeño	Problema	4	1	4
SQE 028	No hay retroalimentación con La Oficina de Capacitación con respecto a los resultados obtenidos en la evaluación de los cursos	Evaluación del desempeño	Problema	1	1	1
SQE 029	No se documentan al menos, una evaluación del desempeño por año acorde a sus funciones y/o privilegios.	Evaluación del desempeño	Problema	3	1	3
SQE 030	El Sistema SQE no es conocido por todo el Personal	Orientación/Inducción	Problema	2	3	6
SQE 031	El personal de La Corporación Proveedora del Servicio de Seguridad del INER no recibe capacitación acerca del funcionamiento de la institución.	Orientación/Inducción	Problema	3	1	3
SQE 032	Implementación de nuevos procesos sin realizar la capacitación previa del personal.	Orientación/Inducción	Problema	3	2	6
SQE 033	Curso de inducción a la institución desactualizado.	Orientación/Inducción	Riesgo	2	1	2
SQE 034	El personal clínico y no clínico de recién ingreso NO recibe orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado.	Orientación/Inducción	Riesgo	3	2	6
SQE 035	El personal reasignado a un área nueva no recibe orientación sobre las barreras de seguridad que realizará en el área o servicio asignado, así como la definición operativa y notificación de incidentes en salud	Orientación/Inducción	Problema	3	2	6
SQE 036	El personal reasignado a un área nueva no recibe orientación sobre el uso de equipo de protección personal, medidas de prevención de infecciones y notificación de condiciones inseguras de trabajo.	Orientación/Inducción	Problema	3	1	3

SQE 037	Congelamiento de plazas	Reclutamiento	Riesgo	3	1	3
SQE 038	Riesgos del sistema SQE sin Identificación, análisis y priorización.	Salud y Seguridad	Riesgo	2	1	2
SQE 039	Las condiciones inseguras y accidentes de trabajo no son identificadas y notificadas.	Salud y Seguridad	Riesgo	3	1	3
SQE 040	La capacitación al personal no incluye la identificación y notificación de condiciones inseguras y accidentes de trabajo	Salud y Seguridad	Riesgo	3	1	3
SQE 041	Las medidas de seguridad en el manejo de instrumentos e insumos de trabajo no son atendidas por el personal, ocasione daños colaterales a compañeros y/o pacientes.	Salud y Seguridad	Problema	3	3	9
SQE 042	La Comisión Auxiliar de Seguridad y Salud en el Trabajo no solicita a la Oficina de Capacitación los cursos necesarios para la mejora de procesos.	Salud y Seguridad	Riesgo	2	1	2
SQE 043	Personal realiza funciones diferentes a su puesto por falta de personal, y no se les toma en cuenta el alto riesgo	Salud y Seguridad	Problema	4	3	12
SQE 044	No se documenta la verificación de la fuente original en el manual de procedimientos del departamento de empleo	Selección	Problema	2	2	4

Número	Riesgo o problema	Etapas del proceso	Situación	Severidad	Ocurrencia	NRP
COP - 001	Falta de apego a los Criterios diagnósticos y terapéuticos en neumonía adquirida en la comunidad.	Atención Centrada en el Paciente	P	4	4	16

Número	Riesgo o problema	Etapas del proceso	Situación	Severidad	Ocurrencia	NRP
MCI - 001	Formatos no sancionados en uso	Gestión de la Información	R	3	2	6

MCI - 002	Manuales de procedimiento no actualizados	Gestión de la Información	P	3	3	9
MCI - 003	Expediente Clínico incompleto	Expediente Clínico	R	5	3	15
MCI - 004	Recomendaciones del Comité del Expediente Clínico no atendidas	Expediente Clínico	R	3	2	6
MCI - 005	Falta de respaldo en la información	Gestión de la Información	R	5	1	5
MCI - 006	Falta de registro en los sistemas de información	Agrupación, categorización y análisis de la información	R	3	2	6
MCI - 007	Acceso no autorizado a expedientes clínicos	Expediente Clínico	R	3	2	6

Fuente de Referencia:

Grupos Multidisciplinarios de los Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente: (MMU) Manejo y Uso de Medicamentos, (PCI) Prevención y Control de Infecciones, (SQE) Competencias y Educación del Personal, (FMS) Gestión y Seguridad de las Instalaciones, (MCI) Gestión de la Comunicación y la Información.

NOTA: El análisis de riesgos y problemas se realiza en el seno de cada Grupo Multidisciplinario de Trabajo determinando el nivel de prioridad de riesgo y la gestión correspondiente para su atención y reducción según corresponda.

V. Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente (QPS. 4).

En el Instituto Nacional de Enfermedades Ismael Cosío Villegas, la seguridad de los Pacientes es prioritaria, motivo por el cual, se ha incrementado la tendencia a identificar las condiciones latentes y los factores contribuyentes del sistema para la presencia de un incidente de salud, antes que identificar a un responsable o causante del mismo.

El análisis como parte inicial de la mejora en la seguridad de nuestros usuarios, permitirá la creación de Proyectos de mejora por áreas o departamentos, que incrementen la capacidad de gestión de los incidentes, se incremente la previsión de los riesgos reales y potenciales y se genere una cultura de notificación de incidentes, tendiente a la reducción de actos inseguros, atendiendo al siguiente proceso:

Los reportes correspondientes serán presentados al seno del COCASEP, informando de las áreas de oportunidad observadas durante la Gestión de los Incidentes de Salud. Es necesario atender las áreas de oportunidad que se detectan, para evitar que se conviertan en amenazas para la Institución.



Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Relacionados con la Seguridad del Paciente

1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Contar con un sistema que identifique, controle y recopile información de aquellas áreas o actividades donde se desarrollen eventos centinelas o incidentes de salud recurrentes que puedan u ocasionen daño en pacientes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

2.0 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a todo el personal de salud que labore en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Que tenga contacto de manera directa o indirecta con los pacientes, incluyendo el personal en etapa de formación.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El titular y/o Adscrito al Departamento de Calidad es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado.
- 3.2 Todo el personal adscrito al Departamento de Calidad, es responsable de difundir, capacitar, dirigir y evaluar la notificación, seguimiento y resiliencia del proceso.
- 3.3 Es responsabilidad de las áreas de hospitalización notificar los incidentes, con la tendencia de proveer seguridad a los pacientes.
- 3.4 El proceso no será punitivo, para el personal involucrado.

- 3.5 El personal del Instituto que labora en los Servicios de atención y apoyo en la atención del paciente, indistintamente del nivel jerárquico, están involucrados en la ejecución del Proceso (prevención, detección, notificación, control y seguimiento).
- 3.6 Todo el personal que labora en los servicios de atención y apoyo en la atención del paciente, se apegarán al Código de Ética y conducta, de las y los Servidores Públicos del INER para efectos de notificación de los Incidentes.
- 3.7 Toda cuasifalla, debe incluir medidas para reducción de riesgos, enviando evidencias a la Jefatura del Departamento de Calidad para su seguimiento y evaluación.
- 3.8 Los eventos adversos, serán tratados con prontitud, salvaguardando la integridad de Pacientes, reportándolo a las instancias correspondientes (Subdirección de Atención Médica de Neumología y Departamento de Calidad), e implementando medidas de mejora, para reducir riesgos posteriores y enviar al Departamento de Calidad evidencias de las acciones que respalden el incremento en la resiliencia del área o servicio.
- 3.9 Todo evento centinela, deberá ser notificado a las instancias correspondientes en el preciso momento en que se suscite (Subdirección de Atención Médica de Neumología y Departamento de Calidad).
- 3.10 El Departamento de Calidad debe de conformar en un máximo de siete días hábiles el Equipo flexible de incidentes de salud y convocar al Equipo de Gestión de Incidentes de Salud para realizar el Análisis Causa Raíz.
- 3.11 El Equipo de Gestión de Incidentes de Salud debe de elaborar máximo en treinta días hábiles , a partir de la fecha de notificación del evento centinela, la solución al Análisis Causa Raíz detectado presentando la solución analizada en las sesiones ordinarias o extraordinarias del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP)
- 3.12 El Departamento de Calidad deberá realizar un análisis de manera bimestral con el Equipo de Gestión de Incidentes de Salud sobre la moda y frecuencia de los incidentes de salud para generar líneas de acción en la mejora para la prevención de riesgos.
- 3.13 El Departamento de Calidad deberá realizar un informe de manera semestral de las Cuasifallas, Eventos adversos y Eventos Centinela y presentarlo en las sesiones del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

- 3.15 La notificación de incidentes de salud, será realizado en apego a la siguiente clasificación, con el fin de facilitar su análisis.
- a) Administración Clínica.
 - b) Proceso/procedimiento clínico.
 - c) Documentación.
 - d) Infección asociada a la Atención Sanitaria.
 - e) Medicación/líquidos para la administración I.V.
 - f) Sangre/Productos sanguíneos.
 - g) Nutrición.
 - h) Oxígeno / Gases / Vapores.
 - i) Dispositivos / Equipo médicos.
 - j) Comportamiento.
 - k) Acciones de los pacientes.
 - l) Infraestructura / locales / instalaciones.
 - m) Recursos / Gestión de la organización.
- 3.16 El jefe del servicio o área así como quien detecta el incidente ocurrido (profesional de salud, familiar, paciente), deberá llenar el formato de notificación de incidentes que corresponda, y vaciar los datos a la “base de datos primaria de incidentes de salud”, donde se concentrará la información para el registro de incidentes de salud, con la finalidad de generar líneas de acción para la mejora y prevención de los incidentes en el Instituto.
- 3.17 El personal del Departamento de Calidad integrará un Equipo de Gestión de Incidentes de Salud multidisciplinario para realizar el análisis causa raíz, que valore los rangos de severidad, causas potenciales de la falla y rangos de detección del evento centinela, evento adverso o cuasifalla.
- 3.1 La apertura de los buzones para la recolección de las notificaciones de incidentes de salud en paciente se realizará por el personal adscrito al Departamento de Calidad

- 3.2 El Departamento de Calidad deberá abastecer de formatos para el registro de las notificaciones de incidentes de salud en los 2 buzones (colocados en el checador y comedor de empleados) y será quien recabe los formatos depositados en los mismos de forma semanal.
- 3.3 Procurar que los buzones estén en condiciones óptimas para su correcto funcionamiento.
- 3.4 El Departamento de Calidad deberá registrar las notificaciones de incidentes de salud de los buzones en la base de datos primaria de Incidentes de Salud para su control, análisis y gestión.
- 3.5 Las notificaciones de incidentes de salud de los buzones se deberán codificar para su control.
- 3.6 Los eventos centinela, serán analizados por el Equipo de Gestión de Incidentes de Salud y por el Equipo flexible de incidentes de salud y se presentarán los resultados al COCASEP
- 3.7 Los Eventos Adversos y Cuasifallas recurrentes serán analizados por el Equipo de Gestión de Incidentes de Salud.

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Profesional de salud. Familiar del paciente Paciente.	1	Detecta y notifica el incidente de salud reportando al Jefe inmediato de servicio o titular de área.	Notificación de incidentes de salud.
	2	Llena el formato correspondiente al tipo de incidente de salud ocurrido. Llena el formato de "Notificación de incidentes de salud" de los buzones Institucionales.	

<p>Personal del Equipo de Gestión de Incidentes de Salud</p> <p>Personal del Departamento de Calidad</p> <p>Departamento de enfermería</p> <p>Unidad de Vigilancia Epidemiológica hospitalaria</p> <p>Departamento de Farmacia Hospitalaria.</p>	<p>3</p> <p>4</p>	<p>Clasifica el incidente de salud ya sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuasifalla • Evento adverso • Evento centinela <p>Registra en la base de datos primario de incidentes de salud dependiendo si es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuasifalla • Evento adverso • Evento centinela <p>y procede conforme a las medidas para reducir el riesgo.</p> <p>¿Es evento centinela?</p> <p>Si: Notifica de forma verbal o por oficio al Departamento de Calidad. Continúa actividad 5</p> <p>No. realiza análisis para generar línea de acción de mejora para prevención de riesgos. Continúa actividad 9</p> <p>¿Es evento cuasi-falla?</p> <p>No: Notifica de forma verbal o por oficio al Departamento de Calidad. Continúa actividad 5</p> <p>Si: realiza análisis para generar línea de acción de mejora para prevención de riesgos. Continúa actividad 9</p> <p>¿Es evento adverso?</p> <p>No: Notifica de forma verbal o por oficio al Departamento de Calidad. Continúa actividad 5</p> <p>Si: Realiza análisis para generar líneas de acción de mejora para prevención de riesgos. Continúa actividad 9</p>	<p>Formato para la Notificación de incidentes de salud.</p> <p>Hoja de detección de episodios de infección</p> <p>Formato de notificación de incidentes en salud, cuasifallas, eventos adversos y centinelas</p> <p>Formato de notificación de errores en la administración de medicamentos</p>
<p>Departamento de Calidad</p>	<p>5</p>	<p>Convoca a reunión al equipo de gestión de incidentes de salud y al equipo flexible de incidentes de salud</p>	

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
		para el análisis causa raíz.	
Departamento de Calidad	6	Notifica al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) los resultados del análisis de la reunión.	
COCASEP	7	Decide y asigna las acciones de mejora que se notificaron quedando documentados en las minutas.	
Departamento de Calidad	8	Supervisa y evalúa la asignación de las acciones preventivas y/o correctivas de los riesgos, para cada Evento centinela.	
Departamento de Calidad Equipo de Gestión de Incidentes de Salud	9	En caso de cuasifallas y eventos adversos recurrentes realiza un análisis de manera bimestral analizando la frecuencia y la moda de los incidentes de salud.	
Termina Procedimiento			

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Base de datos primaria de incidentes de salud.	No aplica	Departamento de Calidad	No aplica
Diagrama de Ishikawa	No aplica	Departamento de Calidad	No aplica
Formato de notificación de incidentes de salud		Departamento de Calidad	

8.0 GLOSARIO

- 8.1. **Agente:** Sustancia, objeto o un sistema que actúa para producir cambios.
- 8.2. **Análisis Causa Raíz:** Es una metodología de confiabilidad que emplea un conjunto de técnicas o procesos, para identificar factores casuales de falla
- 8.3. **Atención Sanitaria:** Servicios que reciben las personas o las comunidades para promover, mantener, vigilar o restablecer la salud.
- 8.4. **Cuasifalla:** Hecho u omisión que pudo dar origen a un daño o lesión sin llegar al paciente debido a una intervención oportuna.
- 8.5. **Clasificación:** Conjunto de conceptos vinculados entre sí por relaciones semánticas. Ofrece una estructura para organizar información destinada a utilizar con muchos fines.
- 8.6. **Daño asociado a la atención sanitaria:** Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptados durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.
- 8.7. **Detección:** Consiste en una acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente.
- 8.8. **Diagrama de Ishikama:** Análisis causa raíz.
- 8.9. **Evento:** Lo que le ocurre a un paciente o que le atañe.
- 8.10. **Evento adverso:** Hecho inesperado no relacionado con la historia natural de la enfermedad, como consecuencia del proceso de atención médica.
- 8.11. **Evento centinela:** Hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, una lesión física o psicológica grave o el riesgo de ocurrencia. Se denominan así porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediata. Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad, pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad. Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente incorrecto. Muerte materna, transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos. Son algunos ejemplos de esta definición.

- 8.12. **Grado de daño.** Es la gravedad, duración, repercusiones terapéuticas o el daño derivado de un incidente.
- 8.13. **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.
- 8.14. **Medidas de mejora:** Medida adaptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un incidente.
- 8.15. **Paciente:** Persona que recibe atención sanitaria
- 8.16. **Peligro:** Circunstancia, agente o una acción que puede causar daño.
- 8.17. **Prevenible:** Significa aceptado generalmente como evitable en las circunstancias particulares del caso.
- 8.18. **Resiliencia:** Es el grado en que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes.
- 8.19. **Resultado para el paciente:** Son las repercusiones para el paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente.
- 8.20. **Seguridad:** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable.
- 8.21. **Seguridad del paciente.** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento.
- 8.22. **Sistema.** Conjunto de elementos interdependientes (personas, procesos, equipos) que interactúan para lograr un objetivo común.

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL ANÁLISIS CAUSA RAÍZ DE LOS INCIDENTES DE SALUD

1.0 PROPÓSITO

- 1.1 Garantizar la seguridad y calidad a los pacientes, identificando acciones de mejora pertinentes para disminuir los incidentes de salud.

2.1 ALCANCE

- 2.1 A nivel interno este procedimiento es aplicable a todo el personal de salud que labore en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Que tenga contacto de manera directa o indirecta con los pacientes, incluyendo el personal en etapa de formación.

3.0 POLÍTICAS DE OPERACIÓN, NORMAS Y LINEAMIENTOS

- 3.1 El titular y/o Adscrito al Departamento de Calidad es el responsable de cumplir este procedimiento y mantenerlo actualizado.
- 3.2 Todo el personal adscrito al Departamento de Calidad, es responsable de difundir, capacitar, dirigir y evaluar la notificación, seguimiento y resiliencia del proceso.
- 3.3 El Análisis Causa Raíz deberá ser conformado por dos equipos:
- a) **Equipo de Gestión de Incidentes de Salud:** Conformado por personal del Departamento de Calidad quien dirigirá el Análisis Causa Raíz (ACR), Subdirector de Atención Médica de Neumología, Jefe del Departamento de Enfermería, Jefe del Departamento de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, Jefa del Departamento de Farmacia Hospitalaria, Subdirectora de Administración y Desarrollo de Personal y

Jefa de la oficina de Coordinación de Protección Civil Institucional y Gestión Ambiental. **Equipo Flexible de incidentes de salud:** Conformado por personal que tuvo relación con el incidente de salud (Intendencia, Farmacia hospitalaria, Alimentación y Nutrición, etc.).

- 3.4 Los equipos deberán realizar siete pasos para el Análisis Causa Raíz
- Identificar el incidente por investigar.
 - Recopilar información del incidente con daño.
 - Elaborar mapa de los hechos.
 - Analizar la información
 - Categorizar las causas y analizar las barreras.
 - Elaborar estrategias de mejora y el plan de acción.
 - Realizar el informe final y compartir las lecciones aprendidas, entregar informe final a Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- 3.5 Para realizar el Análisis Causa Raíz se requiere de:
- Personal que conozca el Análisis Causa Raíz (ACR).
 - Disponer de los recursos para realizar el análisis
 - Acceso a la información requerida.
 - Persona confiable, que resguarde los resultados obtenidos del Análisis Causa Raíz
 - Apoyo de los directivos del Instituto para realizar las acciones de mejora que resulte del análisis.
 - Realizar una sesión informativa de los resultados del análisis a todo personal involucrado en el incidente.
- 3.6 Todo evento centinela, deberá ser notificado a las instancias correspondientes en el preciso momento en que se suscite (Subdirección de Atención Médica de Neumología y Departamento de Calidad).
- 3.7 El Departamento de Calidad debe de conformar en un máximo de siete días hábiles, a partir de la notificación del evento centinela, el Equipo de Gestión de Incidentes de Salud y el Equipo Flexible de incidentes de salud para realizar el Análisis Causa Raíz

- 3.8 El equipo de gestión de incidentes de salud deberá de elaborar máximo en treinta días hábiles, a partir de la notificación del evento centinela, la solución al Análisis Causa Raíz detectado, presentando la solución analizada en las sesiones extraordinarias del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- 3.9 El Departamento de Calidad llevara la “base de datos primaria de incidentes de salud” que se retroalimenta de la información de los diferentes servicios, Departamentos o áreas del Instituto y registra todos los incidentes de salud reportados en los buzones de incidentes de salud.
- 3.10 El Departamento de Calidad deberá realizar un análisis de manera bimestral con el equipo de gestión de incidentes de salud para el análisis de la moda y frecuencia de los incidentes de salud para generar líneas de acción en la mejora para la prevención de riesgos.

4.0 DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documentos o anexo
Departamento de Calidad	1	Identifica el evento centinela.	Equipo de Gestión de Incidentes de Salud para el Análisis Causa Raíz
	2	Define el equipo de trabajo flexible de incidentes de salud para realizar el análisis causa raíz (ACR) Convoca al Equipo de Gestión de incidentes de salud.	
	3	Realiza resumen de lo ocurrido, focalizado en los resultados.	
Equipo de gestión de incidentes de salud	4	Define el incidente “en una oración” entendible	Recopilación de Información del incidente con daño
Equipo Flexible de incidentes de salud	5	Recopila información del incidente de salud mediante:	
		a) Entrevista con personal involucrado en el incidente de salud b) Evidencia Física y visita el	

		<p>lugar donde ocurrió el incidente.</p> <p>c) Evidencia documental</p>	<p>Mapa de los hechos</p>
	6	<p>Elabora los acontecimientos del incidente de salud mediante:</p> <p>a) La Cronología Narrativa b) Línea del tiempo c) Herramienta de los 5 ¿Por qué?</p>	
	7	<p>Analiza y esquematiza la información del incidente de salud y la presenta ante el COCASEP</p>	<p>Diagrama de Ishikawa</p>
<p>Equipo de Gestión de Incidentes de Salud</p> <p>Equipo Flexible de incidentes de Salud</p>	8	<p>Clasifica las causas que provocaron el evento centinela y analiza las barreras de seguridad mediante:</p> <p>a) Análisis de barreras b) Diferenciación de causa-raíz y causa contribuyente (con el apoyo de herramienta de los 5 ¿Por qué?</p>	<p>Análisis de barreras</p>
	9	<p>Elabora estrategias de mejora y plan de acción para disminuir los riesgos que provoca el incidente de salud</p>	<p>Cronograma de actividades a realizar para disminuir los riesgos que provocan un incidente de salud</p>
	10	<p>Realiza el informe final de los hallazgos encontrados en la investigación ante el COCASEP</p>	<p>Informe final del análisis causa raíz</p>
		<p>Termina procedimiento</p>	

6.0 DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Documentos	Código (cuando aplique)
Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos de la Secretaría de Salud.	No aplica
Guía técnica para el análisis Causa – Raíz de eventos adversos en hospitales de la Secretaría de Salud.	No aplica

7.0 REGISTROS

Registros	Tiempo de conservación	Responsable de conservarlo	Código de registro o identificación única
Equipo de Gestión de Incidentes de Salud	No aplica	Departamento de Calidad	No aplica
Recopilación de Información del incidente con daño	No aplica	Departamento de Calidad	No aplica
Mapa de los hechos	No aplica	Departamento de Calidad	No aplica
Diagrama de Ishikawa	No aplica	Departamento de Calidad	No aplica
Análisis de barreras	No aplica	Departamento de Calidad	No aplica
Cronograma de actividades a realizar para disminuir los riesgos que provocan un incidente de salud	No aplica	Departamento de Calidad	No aplica

8.0 GLOSARIO

- 8.1. **Análisis causa raíz.** Es una metodología de confiabilidad que emplea un conjunto de técnicas o procesos, para identificar factores casuales de falla.
- 8.2. **Barreras de seguridad.** Una acción o circunstancia que reduce la probabilidad de que ocurra un incidente o evento adverso.
- 8.3. **COCASEP.** Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.

- 8.4. **Cronograma.** Herramienta básica de organización de las funciones, tareas que se lleven a cabo en un tiempo estipulado y bajo condiciones que garanticen la optimización del tiempo.
- 8.5. **Cronología narrativa.** Herramienta para vincular los hechos en el tiempo que ocurrieron (minutos, horas, días).
- 8.6. **Diagrama de barras.** Gráfica utilizada para representar la distribución de frecuencia de una variable cualitativa y cuantitativa discreta se puede graficar en forma horizontal o vertical.
- 8.7. **Entrevista personal.** Método clave para recolección de información sobre lo sucedido. Testimonios de las personas involucradas.
- 8.8. **Equipo de Gestión de Incidentes de Salud.** Es la columna vertebral del análisis causa raíz. Formado por personal del Departamento de Calidad, Enfermería, Subdirección Médica.
- 8.9. **Equipo flexible.** Todo personal que estuviera directamente involucrado con un evento centinela.
- 8.10. **Evidencia física.** Elemento para identificar las fallas del proceso vinculadas al incidente de salud.
- 8.11. **Frecuencia.** Repetición menor o mayor de un suceso también permite hacer referencia a la cantidad de veces que un proceso periódico se repite por unidad de tiempo.
- 8.12. **Herramienta de los 5 ¿por qué?** Determina las causas principales del evento a analizar.
- 8.13. **Diagrama de Ishikawa.** Herramienta para identificar las causas que produjeron cierto efecto / problema.
- 8.14. **Línea del tiempo.** Herramienta utilizada para registrar y ordenar datos cronológicos como fechas y periodos de tiempo facilitando el estudio de los procesos.
- 8.15. **Moda.** Valor observado que tiene mayor frecuencia.

Fuente de Referencia:

Manual de Procedimientos del Departamento de Calidad.

VI. Estandarización de Procesos (QPS. 5)

Con el propósito de estandarizar un proceso de atención en el que se observan problemas de variabilidad, se estableció la implementación del proceso de Auditoría Clínica para la estandarización de procesos con alta variabilidad.

A_p_e_g_o_a_C_r_i_t_e_r_i_o_s_d_i_a_g_n_ó_s_t_i_c_o_s_y_t_e_r_a_p_é_u_t_i_c_o_s_e_n_ _N_e_u_m_o_n_í_a_A_d_q_u_i_r_i_d_a_e_n_l_a_C_o_m_u_n_i_d_a_d

La aprobación formal de este instrumento de evaluación se llevó a cabo en el COCASEP por instrucciones de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, a partir de la cual se programaron capacitaciones y difusiones al personal médico residente de los diferentes Servicios Clínicos. Los resultados sobre el apego clínico a la buena práctica se presentarán semestralmente en el COCASEP para establecer las acciones que permitan estandarizar el proceso de atención seleccionado para dicha auditoría.

Auditoría Clínica

“La Auditoría Clínica es un proceso de mejora de la calidad. Cualquier actividad de la Auditoría Clínica debe aspirar a ser de la más alta calidad. Para lograr alta calidad se exige el cumplimiento de estándares. Sólo a través de la definición de calidad en auditoría se puede mejorar la calidad en auditoría”.

Robin Burgess
Director Ejecutivo
Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP)

Se considera Auditoría Clínica al ciclo de mejora de calidad que implica la medición de la efectividad de la atención médica contra estándares acordados y probados de alta calidad que permitan tomar medidas para traer a la práctica las mejores normas con el fin de mejorar la calidad de los resultados obtenidos con la atención médica para el cuidado de la salud. (Burgess R (ed). New Principles of Best Practice in Clinical Audit, Radcliffe, 2011)

Antecedentes

La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, CCINSHAE instituyó las Auditorías Clínicas aplicables a los Centros bajo su dirección y estableció los Criterios e Indicadores de Buenas Prácticas de Auditoría Clínica.

El proceso de Auditoría Clínica¹

El Proceso de auditoría, tiene esencialmente cuatro etapas de actividades para ser considerado de alta calidad.

- Etapa 1 Preparación y planificación
- Etapa 2 Medición del desempeño (rendimiento)
- Etapa 3 Implementación del cambio
- Etapa 4 Alcanzar y mantener la mejora

ETAPA 1: PREPARACIÓN Y PLANIFICACIÓN

1	El tópico (tema) de la Auditoría Clínica debe ser una prioridad	1.1 El tópico de la Auditoría Clínica refleja un servicio local, especialidad o prioridad nacional que amerita evaluación y donde la atención médica podría ser mejorada o refinada a través de la Auditoría Clínica.	Algunos temas serán auditorías clínicas de mantenimiento.
		1.2 Las principales partes involucradas tanto clínicas como no clínicas, estarán de acuerdo en que el tema de la Auditoría Clínica es una prioridad.	Las partes involucradas pueden incluir proveedores, auditores, gerentes no clínicos, consejeros de confianza (asesores, o equivalentes), médicos clínicos, personal, pacientes usuarios del servicio y organizaciones no gubernamentales representando a ambos: médicos clínicos y pacientes usuarios.

2	Las medidas de la Auditoría Clínica se establecen contra estándares validados científica y estadísticamente	2.1 Las normas de la Auditoría Clínica se basan en la mejor evidencia disponible	<p>Por ejemplo; guías de práctica clínica, servicio nacional de referencia clínica (o equivalente), referentes nacionales, etc.</p> <p>Una literatura que identifique estándares apropiados puede ser la adecuada.</p> <p>Sí no hay otra evidencia, los estándares pueden ser desarrollados a través de procesos apropiados; por ejemplo un ejercicio de consenso bien diseñado. Algunos resultados de auditoría tendrán el papel de definir o refinar normas o estándares.</p>
---	--	--	---

2	Las medidas de la Auditoría Clínica se establecen contra estándares validados científica y estadísticamente	2.2 Los estándares de Auditoría Clínica hacen referencia a su fuente y se presenta una explicación de este vínculo.	
		2.3 Las normas de Auditoría Clínica son acordadas y firmadas por el equipo de Auditoría Clínica, por los médicos, grupos clínicos de gobierno y todos aquellos pacientes involucrados.	
		2.4 Los estándares de Auditoría Clínica se expresan de una forma que permiten la medición.	Por ejemplo, los estándares se expresan como criterios que son específicos, medibles, alcanzables, relevantes y teóricamente sustentados.

3	La organización es esencial para la realización de la Auditoría Clínica	3.1 El plan describe la estructura y procesos necesarios que soporten la Auditoría Clínica.	Este incluye una declaración de quien liderará el proyecto, la composición del equipo del proyecto de Auditoría Clínica, la frecuencia de las reuniones, cómo se asegurará el compromiso de los actores clave clínicos y no clínicos, un plan de comunicación que incluye la producción de un reporte ejecutivo de Auditoría Clínica y la difusión de los resultados.
		3.2 El personal tiene tiempo para participar plenamente en la Auditoría Clínica	En la medida de lo posible el trabajo de Auditoría Clínica debe ser integrado al trabajo rutinario de los médicos. Si los médicos requieren dar tiempo adicional de su práctica normal, esto debe ser identificado desde el principio de la Auditoría Clínica para enfatizar la relevancia que deben dar a su participación.

3	La organización es esencial para la realización de la Auditoría Clínica	3.3 La organización proporciona el apoyo administrativo y práctico necesario para llevar a cabo la Auditoría Clínica.	Cuando sea necesario se proporcionará el apoyo de personal experimentado para la Auditoría Clínica.
		3.4 Cualquier capacitación para realizar la Auditoría Clínica será identificada y proporcionada.	Los Directivos necesitarán aceptar los requerimientos de capacitación para apoyar la realización efectiva de la Auditoría Clínica.
		3.5 Cualquier costo financiero asociado con la ejecución de la Auditoría será identificado y consensado.	

4	Los actores clínicos y no clínicos deben involucrarse con la Auditoría Clínica	4.1 Siempre que sea posible una Auditoría Clínica debería revisar la práctica de todas las disciplinas clínicas en la unidad de servicio o equipo cuyo trabajo es relevante para el tema de la Auditoría.	La práctica profesional al cuidado de la salud ocurre en equipos con distintas disciplinas y la Auditoría Clínica debería cubrir todo el equipo en lugar de la práctica de disciplinas individuales dentro del equipo
		4.2 Los Jefes de Servicio responsables del área de salud objeto de la Auditoría muestran compromiso con la Auditoría Clínica y proveen del liderazgo necesario.	
		4.3 La alta dirección asume la responsabilidad de promulgar los cambios derivados de una Auditoría Clínica usando el poder del cargo para implementarlos.	Este compromiso debe subirse al tablero de control y si procede implica la puesta en marcha por las organizaciones y los proveedores.
		4.4 Los roles de los que intervienen y sus responsabilidades, se definen claramente desde un principio y están en el plan de Auditoría Clínica.	

4	Los actores clínicos y no clínicos deben involucrarse con la Auditoría Clínica	4.5 Todos los interesados están involucrados desde el principio, durante y hasta el final de la Auditoría Clínica.	
		4.6 La comunicación activa con todos los interesados se mantiene a través del proceso de Auditoría Clínica.	

5	Los pacientes o sus representantes se involucran en la Auditoría Clínica, si es necesario	5.1 El grupo de pacientes a quienes aplican los estándares de la Auditoría Clínica está claramente definido.	
		5.2 Los estándares de la Auditoría Clínica consideran las prioridades del paciente para definir sus resultados.	Por ejemplo la Auditoría Clínica incorpora un reporte del paciente y de resultados.
		5.2 Los pacientes y/ o sus cuidadores son reconocidos como actores principales en el proceso de Auditoría Clínica.	Si se considera apropiado y factible representantes de pacientes y organizaciones no gubernamentales participarán en la Auditoría Clínica, tratados como actores pasivos o integrantes activos en todas las etapas del ciclo de Auditoría Clínica
		5.4 Los pacientes que son integrantes del equipo de Auditoría Clínica estarán plenamente informados acerca de lo que se espera de ellos, en términos de su participación, aceptación del compromiso y carga de trabajo.	No todas las organizaciones ni todos los pacientes serán miembros del equipo de Auditoría Clínica, pero es relevante que como partes interesadas se mantengan informadas y comprometidas.
		5.5 Si es necesario, los pacientes que son integrantes del equipo de Auditoría Clínica reciben capacitación en Auditoría Básica para que puedan contribuir eficazmente al proceso de Auditoría Clínica.	
5	Los pacientes o sus representantes se involucran en la Auditoría Clínica, si es necesario	5.6 Los pacientes están informados durante todo el proceso de Auditoría Clínica acerca de acciones, plazos avances y resultados.	Todas las comunicaciones deberán ser en español evitando el uso de palabras inapropiadas y de acrónimos.

ETAPA 2: MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO (RENDIMIENTO)

6	El método de Auditoría Clínica de describirse en un protocolo escrito	6.1 Se elabora y describe el cronograma de la Auditoría Clínica, incluyendo los plazos para terminarla y re-auditar en caso necesario.	
		6.2 El protocolo describe el proceso de recolección de datos y la metodología a detalle.	
		6.3 La consideración ética sistemática es otorgada a la confidencialidad de los datos personales, al consentimiento informado y se aplican los principios Caldicott. ¹	Las Auditorías Clínicas no requieren de la aprobación obligatoria de un Comité de Ética ni de investigación, pero abordan cuestiones éticas como, por ejemplo, mantener la confidencialidad de los datos personales y obtener el consentimiento informado para participar en el proceso.
		6.4 Los métodos usados en la Auditoría son registrados para que la re-auditoría pueda llevarse a cabo más tarde como parte del ciclo de la Auditoría Clínica.	
7	El Objetivo debe ser apropiado para generar resultados significativos	7.1 Si una muestra de la población será auditada, entonces la técnica del muestreo es indispensable para medir el desempeño contra los estándares de la manera más confiable y científicamente probada.	La planificación de la Auditoría Clínica debe considerar buscar asesoría estadística para asegurarse que lo simple es lo suficientemente significativo, representativo, clínicamente relevante, imparcial, etc.
		7.2 El tamaño de la muestra es suficiente para generar resultados significativos estadísticamente.	La planificación de la Auditoría Clínica debe considerar buscar asesoría estadística sobre el tamaño de la muestra correspondiente a un tema determinado.

7	El Objetivo debe ser apropiado para generar resultados significativos	7.3 Cuando sea necesario la muestra permite el ajuste con la mezcla de datos.	La planificación de la Auditoría Clínica debe considerar buscar asesoría estadística de ajuste de mezcla de datos.
8	El proceso de recolección de datos es confiable	8.1 La Auditoría Clínica utiliza de ser posible el conjunto de datos pre-existentes.	Los planteamientos de Auditoría Clínica deben ser consultados con el asesor apropiado para identificar cualquier conjunto de datos relevantes, pero éstos se deben usar con precaución dependiendo de su confiabilidad estadística.
		8.2 El proceso y herramientas de recolección de datos han sido validados.	Esto podría incluir pruebas estadísticas simples en las herramientas de recopilación de datos para examinar su confiabilidad y precisión en la práctica, o mediante el uso de herramientas de recopilación de datos que ya han sido probados para este tipo de Auditoría Clínica.
		8.3 El proceso de recolección de datos tiene como objetivo garantizar la captura completa de datos.	Esto debe demostrar la determinación y realización completa de cada caso dentro de la Auditoría. Cualquier exclusión de datos debe ser explicada.
9	Se analizarán los datos y el resultado reportado de forma tal que se maximice el impacto de la Auditoría Clínica	9.1 Los datos son analizados, y se da la retroalimentación de los resultados, por lo que el impulso de la auditoría se mantiene en línea con el calendario acordado.	

9	Se analizarán los datos y el resultado reportado de forma tal que se maximice el impacto de la Auditoría Clínica	9.2 Los resultados de la Auditoría Clínica son presentados de la forma más apropiada para el potencial de cada audiencia para asegurar que los resultados estimulen y apoyen el plan de acción.	Por ejemplo el uso de gráficas auto-explicables.
		9.3 Los resultados se comunican efectivamente a todos los actores clave involucrados incluyendo los pacientes.	A través de presentaciones en reuniones, informes escritos, posters, etc., en tal forma que sean entendidos fácilmente.

ETAPA 3 IMPLEMENTACIÓN DEL CAMBIO

10	Un plan de acción debe desarrollarse e implementarse para resolver cualquier recomendación	10.1 Los resultados de la Auditoría Clínica se canalizan en un plan que establece por un lado, la atención que las áreas requieren, y por otro, recomienda las acciones requeridas para abordar los problemas identificados en las que tienen buen cumplimiento, detallando cómo estos se irán conduciendo.	Las acciones recomendadas deben estar dirigidas al servicio, equipo, niveles organizacionales o gerenciales, siempre que sea posible. Los equipos necesitarán elaborar sus propios planes de acción en relación con los resultados de la Auditoría Clínica.
		10.2 El plan de acción cuenta con el consenso de la mayoría los interesados involucrados en el proceso de Auditoría, incluyendo a los administradores (que quizá tengan que dedicar recursos extraordinarios a los cambios) y/o los pacientes (cuya atención o cuidado será afectado).	Los obstáculos a la implementación de los cambios son identificados en el plan y se toman medidas para hacerles frente. Una estrategia de manejo de riesgos adecuado tendrá que ser incorporada en el plan.
		10.3 El plan identifica quien es responsable para tomar la acción, y cuándo el logro de acciones será revisado.	
		10.4 El plan identifica cualquier implicación de recursos asociados a las acciones recomendadas.	Los administrativos necesitan ser involucrados desde el principio para asegurar cualquier necesidad de recurso anticipadamente.
		10.5 El resultado y el siguiente plan de acción es comunicado y distribuido ampliamente y con eficacia incluyendo a los administrativos y pacientes.	Debe haber un camino claro a través del cual los resultados de auditoría son revisados por el equipo clínico inmediato y sus pacientes y por el equipo directivo responsable.

10	Un plan de acción debe desarrollarse e implementarse para resolver cualquier recomendación	10.6 La implementación de la acción debe ser monitoreada muy de cerca y el progreso comunicado con regularidad a los interesados. Aquellos con responsabilidad jerárquica supervisan y conducen la implementación del plan y su posterior seguimiento.	Los horarios para la implementación deben ser establecidos.
-----------	---	--	---

Etapa 4 ALCANZAR Y MANTENER LA MEJORA

11	La Auditoría Clínica debe ser un proceso cíclico que demuestra que la mejora ha sido alcanzada y sostenida	11.1 El tema es re-auditado para completar el ciclo de Auditoría Clínica, cuando sea necesario.	La re auditoría puede medirse continuamente cumpliendo con los estándares de Auditoría Clínica, confirmando que se han implementado las medidas recomendadas de la auditoría inicial o medir que se ha mantenido la buena práctica. En algunos casos la re-auditoría puede no ser necesaria o posible, por ejemplo si se cumplen todos los estándares en la primera auditoría; o ha habido un cambio estructural significativo.
		11.2 Donde las acciones recomendadas no se han logrado el tema es re-auditado con intervalos acordados.	
		11.3 Los resultados de la re auditoría se registran y difunden apropiadamente, incluyendo al paciente.	Las Auditorías Clínicas que demuestran tanto cumplimiento de estándares como el no cumplimiento de los mismos deben compartirse extensamente y con una amplia disposición.

Referencia

Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, C. (2015). *Guía para el Establecimiento de Criterios e Indicadores de Buenas Prácticas de Auditoría Clínica*. México, D.F.: Dirección General de Coordinación de Institutos Nacionales de Salud, DGCINS.

DIRECCIÓN, SERVICIO O EQUIPO: Dirección Médica. Equipo de Auditoría Clínica
TÍTULO DE LA AUDITORÍA CLÍNICA: Apego a Criterios diagnósticos y terapéuticos en Neumonía Adquirida en la Comunidad

OBJETIVO(S) DE LA AUDITORIA CLÍNICA

Evaluar el apego a las mejores prácticas clínicas existentes para el diagnóstico y tratamiento de las neumonías adquiridas en la Comunidad (NAC) en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INERICV)

ANTECEDENTES DE LA AUDITORÍA CLÍNICA (Razón (es), objeto y objetivo (s) por los que el tópico fue seleccionado)

En el INERICV durante el lustro 2010-2014, se egresaron entre 4,257 y 4,509 pacientes por enfermedades respiratorias, la tasa de mortalidad en fue de 8.3 a 6.1 por 100 egresos hospitalarios, mostrando una tendencia descendente. El diagnóstico principal de egreso más frecuente fue neumonía con 3,120 pacientes. En esta población, la edad promedio fue de 29.4 años (DE±28.6) y el promedio de días de estancia intrahospitalaria (DEIH) fue de 12.6 (DE±13.7). En cuanto a defunciones, las neumonías también son la causa principal de muerte con 390 casos en los últimos cinco años. Es también la causa de defunción que está presente en todos los Servicios Clínicos de hospitalización. La edad promedio y los días de estancia de los pacientes con y sin neumonía tiene diferencias estadísticamente significativas. Y es la tercera causa de más alta letalidad, con 12.5 por cada 100 egresos hospitalarios, por lo que se decidió elegir el diagnóstico de neumonías por ser el instituto de las piedras angulares para definir una propuesta integral de Auditoría Clínica para el manejo de las NAC en hospitalización.

ACTORES Y SU PARTICIPACIÓN (Aquellos involucrados o afectados por la auditoría clínica y la forma en que se involucrarán)

	INVOLUCRADOS (Marque todas las que apliquen)				
	Diseño	Fuente de datos	Revisión y resultado	Plan de acción	Otro
Dr. Patricio Javier Santillan Doherty	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dr. Justino Regalado Pineda	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dra. Dina Martínez Mendoza	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dra. Miguelina Jaquez Carrasco	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dra. Alejandra Renata Báez Saldaña	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lic. Karlos Ayala López	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÉTICA. LISTA DE DETECCIÓN (¿La auditoría clínica... cualquier respuesta afirmativa requiere una revisión ética)

- * ¿Infringe algún derecho del paciente o hay riesgo de incumplir en la privacidad o confidencialidad de los pacientes? Sí No
- * ¿Supone algún riesgo o cargo para el paciente más allá de su rutina de atención? Sí No
- * ¿Obtiene alguna información acerca del paciente fuera de la que se obtiene en su rutina de atención? Sí No
- * ¿Obtiene datos directamente del paciente o cuidador? De ser así, ¿Podría la auditoría ser un riesgo o una carga más para el paciente, si se consume tiempo o requiere alguna información sensible? Sí No
- * ¿Recoge algún dato que podría ser utilizado para identificar al paciente o a algún practicante? (Los datos de la auditoría clínica deben ser anónimos) Sí No
- * ¿Pedirá que alguien que no tiene acceso, de manera habitual, a los registros e información de pacientes, recolecte los datos? Sí No
- * ¿Implica un conflicto potencial de obligación con el paciente, como alguna compensación entre el costo y calidad o la seguridad del paciente? Sí No
- * ¿Implica el uso de cualquier intervención clínica o de sistemas no probados? Sí No
- * ¿Pedirá que se realice alguna intervención diferente entre el grupo de pacientes o el personal? Sí No

COMPROMISO Y APOYO

Me aseguraré de que el equipo que realiza la auditoría CLÍNICA, reciba apoyo para lograr una mejora en la calidad de atención o servicio o para dar recomendaciones a los responsables y rendir cuentas por el servicio.

DIRECTOR CLÍNICO/JEFE DE SERVICIO/JEFE DE EQUIPO _____ LIDER DE LA AUDITORÍA CLÍNICA _____
Firma _____ Fecha _____ Firma _____ Fecha _____

DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN (pacientes, usuarios de servicios, eventos o situaciones)			
INCLUIR A <u>Pacientes hospitalizados con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad</u>			
EXCLUIR A <u>Pacientes pediátricos y con infección por virus de inmunodeficiencia humana.</u>			
PACIENTES O USUARIOS DEL SERVICIO	<input type="checkbox"/> TODAS LAS EDADES	<input checked="" type="checkbox"/> SOLO ENTRE	<u>18</u> Y <u>99</u> AÑOS DE EDAD
NÚMERO EN UN AÑO	<u> </u> O 6 MESES	<u> </u> O UN MES	<u> </u> O UNA SEMANA
POBLACIÓN O MUESTRA Y PERIODO DE LA AUDITORIA CLÍNICA			
<input type="checkbox"/> POBLACIÓN	<u> </u> <small>Número</small>	CASOS DESDE	<u>01/01/2015</u> HASTA <u>12/08/2015</u> <small>Fecha</small>
<input checked="" type="checkbox"/> MUESTRA	TIPO <u>Aleatoria</u> <small>Muestra</small>	TAMAÑO	<u>40</u> <small>Número</small>
ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS			
<input checked="" type="checkbox"/> RETROSPECTIVA	<input type="checkbox"/> CONCURRENTE	<input type="checkbox"/> OTRA (ESPECIFICAR) <u> </u>	
FUENTE DE DATOS A UTILIZAR			
<input checked="" type="checkbox"/> REGISTROS DE LOS USUARIOS O DE LOS SERVICIOS	<input type="checkbox"/> OTRA (ESPECIFICAR) <u> </u>		
MEDIDAS AUDITORÍA CLÍNICA (VER FORMULARIO)			
FUENTE DE MEDIDAS DE AUDITORIA CLÍNICA			
<input type="checkbox"/> Estándar Nacional o pauta	<input type="checkbox"/> Estudio(s) de investigación	<input checked="" type="checkbox"/> OTRA (ESPECIFICAR) <u> </u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Revisión sistemática o meta-análisis	<input checked="" type="checkbox"/> Consenso de grupo	<u>Escalas internacionales y consenso de grupo</u>	
<input type="checkbox"/> Protocolo local o pauta	<u> </u>		
DATOS ADICIONALES SOLO PARA INFORMACIÓN <u> </u>			
PLAN DE TRABAJO			
	Fecha planeada(s)		Fecha planeada(s)
COMIENZO	<u>12/08/2015</u>	ANÁLISIS DE PROBLEMAS Y CAUSAS	<u>06/10 - 15/10 de 2015</u>
RECOLECCIÓN DE DATOS	<u>25/08/2015</u>	IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN	<u>15/10/2015</u>
REVISIÓN DE CASOS MARCADOS	<u>25/09/2015</u>	NUEVA MEDICIÓN COMPLETADA	<u>15/01/2016</u>
REVISIÓN DE RESULTADOS	<u>25/09 - 06/10 de 2015</u>	PRESENTAR INFORME*	<u>01/03/2016</u>
* El reporte puede ser actualizado las veces necesarias; se requerirá un ciclo de medida para observar las mejoras			Junta de Gobierno
NECESIDAD DE AYUDA			
¿Es necesaria ayuda o soporte de algún otro departamento o servicio para completar la auditoría? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Si la respuesta es "Si", describa que ayuda se necesita y la naturaleza de la ayuda			
<u>Archivo Clínico, Urgencias, Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos y Consulta Externa</u>			
<u> </u>			
COPIA--Enviar una copia firmada la propuesta, incluidas las medida de la auditoría clínica a las siguientes personas:			
<u>Director Genera y Jefes de Servicio</u>			

AUDITORIA CLÍNICA RESUMEN DEL CASO Iniciales de paciente:
 Titulo **Apego a Criterios diagnósticos y terapéuticos en Neumonía Adquirida en la Comunidad** Código de caso
 Iniciales de paciente:
 No. Expediente
 Fecha - -

Otros diagnósticos:			Motivo de Egreso:
Decisión (EV, EX o R)	Medida numero	Evidencia de calidad (y excepciones)	Servicio Clínico tratante: _____ Notas de la recolección de datos
	C2	Hemocultivos	
	D	Tratamiento antibiótico	
	D1	Selección de antibiótico	
	D2	Aplicación de antibiótico	
	E	Considerar tuberculosis	
	F	Cambio de la vía de administración del antibiótico	
	G	Cumplimiento de Criterios de egreso	
	G1	Cambio de administración de antibiótico	
	G2	Protocolo diagnóstico completo	
	G3	Comorbilidades tratadas	
	G4	Egreso ≤24 h después a ser candidato al mismo	
	H	Educación	
	H1	Orientación para suspender el tabaquismo	
	I	Prevención	
	I1	Indicación de la vacuna de influenza	
	I2	Aplicación de la vacuna de influenza	
	I3	Indicación de la vacuna de neumococo	
	I4	Aplicación de la vacuna de neumococo	
	J	Emisión del diagnóstico de egreso	
	J1	Identificación del agente etiológico	
	J2	Diagnóstico final de egreso hospitalario	
	K	Seguimiento de paciente al egreso	

EV= Evidencia, EX=Excepción o R= Requiere Revision
 AC-004 Traducción de: © Healthcare Quality Quest Ltd, 2009. AGG

“ Cumplimiento de Estándares “

**Auditoría Clínica
Cumplimiento de Estándar en el Diagnóstico**

Código	Evidencia de calidad en la atención o servicio (criterio)	Estándar (% de cumplimiento)	Núm.. Efectivo de Casos	% efectivo de cumplimiento	Aprobación
A	Diagnóstico	-	-	-	
A1	Cuadro clínico	-	-	-	
A11	Tos de reciente inicio	50	35	88.6	✓
A12	Fiebre hipotermia	50	34	85.3	✓
A13	Leucocitosis o leucopenia, desviación a la izq	50	32	81.3	✓
A14	Sin historia de hospitalización durante las dos semanas previas a la admisión	90	32	68.8	X
A2	Criterio radiológico	-	-	-	
A21	Opacidad pulmonar	100	36	97.2	X

nter-evaluador en los Criterios Diagnósticos

Evidencia de calidad en la atención o servicio (criterio)	Respuesta	1eros Evaluadores								
		9								
		10								
		11								
		10								
		9								

VII. Indicadores del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente (QPS. 6)

La información generada por la Institución debe utilizarse para establecer barreras que puedan prevenir riesgos y resolver problemas potenciales, la adecuada gestión de la información ayuda en la reducción de riesgos en la organización.

Fase	Indicador	Tipo	Nombre	Fórmula
Metas Internacionales de Seguridad del Paciente	MISP 1	Resultado	Datos identificadores para la correcta identificación de los pacientes hospitalizados y de consulta externa	$\frac{\text{Total de Pacientes Identificados correctamente}}{\text{Total de Pacientes observados en el periodo}}$
		Proceso	Identificación correcta del paciente en las áreas de hospitalización	$\frac{\text{Total de Pacientes con instrumentos de Identificación Correctos}}{\text{Total de Pacientes observados en el periodo}}$
	MISP 2	Resultado	Comunicación efectiva en indicaciones médicas, resultados laboratorio y transoperatorio	$\frac{\text{Número de Procesos registrados en el Transoperatorio}}{\text{Total de resultados Transoperatorio emitidos}}$
	MISP 3	Resultado	Identificación de Incidentes en salud relacionados con medicamentos de alto riesgo	$\frac{\text{Total de Incidentes en Salud Registrados}}{\text{Total de egresos de pacientes x mes}}$
		Proceso	Identificadores de la colorimetría de los medicamentos de alto riesgo y de electrolitos	$\frac{\text{Total de Medicamentos de Alto riesgo Identificados por colores}}{\text{Total de Medicamentos observados en el periodo}}$
		Proceso	Proceso de verificación cirugía segura y procedimiento correcto	$\frac{\text{Total de pacientes con lista de verificación completa}}{\text{Total de pacientes observados}}$
	MISP 5	Proceso	Apego a la higiene de manos	$\frac{\text{Total de Oportunidades en la Higiene de Manos en los 5 Momentos}}{\text{Total de Momentos de la Higiene de manos realizada}}$
		Resultado	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia)	$\frac{\text{Número de Infecciones Nosocomiales}}{\text{Número de egresos hospitalarios x 1000}}$
	MISP 6	Resultado	Presencia de caídas	$\frac{\text{Total de Pacientes que presentan caídas}}{\text{Total de Pacientes Hospitalizados}}$
		Proceso	Presencia de barreras de seguridad para disminuir el riesgo de caídas	$\frac{\text{Total de Pacientes con identificación de Riesgo de Caídas y Barreras de Seguridad}}{\text{Total de Pacientes Observados en el Período}}$
Sistemas Críticos	MMU	Proceso	Adherencia a lineamientos de manejo para medicamentos en frascos multidosis	$\frac{\text{Número de verificaciones con 10 puntos}}{\text{Total de áreas revisadas}}$
		Proceso	Porcentaje de frascos multidosis etiquetados	$\frac{\text{Número de frascos multidosis etiquetados (correctamente)}}{\text{Total de frascos multidosis revisados}}$

	PCI	Resultado	Tasa de infección nosocomial (por mil días de estancia)	<u>Número de Infecciones Nosocomiales</u> <u>Número de egresos hospitalarios x 1000</u>
		Proceso	Apego de higiene de manos	<u>Total de Oportunidades en la Higiene de Manos en los 5 Momentos</u> <u>Total de Momentos de la Higiene de manos realizada</u>
	SQE	Proceso	Cumplimiento de inducción al personal de nuevo ingreso	<u>Total de personal de nuevo ingreso con capacitación de inducción</u> <u>Total de personal de nuevo ingreso</u>
		Resultado	Salud y Seguridad en el Trabajo	<u>Número de Accidentes de Trabajo Reportados = Porcentaje de Riesgos</u> <u>P?lantilla autorizada vigente</u>
	FMS	Proceso	Integrar la Vigilancia ambiental realizada en el INER	<u>Total de cumplimientos de la Lista de Verificación que Integrar la Vigilancia ambiental realizada en el INER</u> <u>Total de matriz de evaluación la Lista de Verificación que Integrar la Vigilancia ambiental realizada en el INER</u>
		Resultado	Inspeccionar las instalaciones del INER e implementar acciones para reducir los riesgos evidentes	<u>Total de observaciones concluidas</u> <u>Total de matriz de evaluación la Lista de Verificación que Integrar la Vigilancia ambiental realizada en el INER</u>
Clínicos	AOP	Proceso	Presencia de elementos Indispensables de Valoraciones Iniciales	<u>Total de Pacientes con Historia Clínica Completa</u> <u>Total de Pacientes con Historia Clínica revisada</u>
	AOP	Resultado	Cumplimiento de Evaluaciones Iniciales	<u>Número de Pacientes con Evaluación Inicial en las 24 hrs al ingreso</u> <u>Número de Pacientes ingresados durante el período</u>
Gestión	GLD	Resultado	Satisfacción de los Usuarios	<u>Número de Usuarios Satisfecho</u> <u>Número de Usuarios Encuestados</u>
	MCI	Resultado	Evaluación del Expediente Clínico	<u>Número de expedientes que cumplen con los criterios establecidos en la NOM SSA 004</u> <u>Total de expedientes revisados por el Comité del Expediente Clínico</u>

VIII. Rediseño de Procesos (QPS. 7)

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas se decidió adoptar como herramienta proactiva el Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF) con el propósito de analizar una de las Fases de un Sistema Crítico para la Seguridad del Paciente más importante y rediseñarlo para hacerlo más seguro.

1. Realización de Análisis de Modo y Efecto de las Fallas

El Análisis de Modos y Efectos de las Fallas (AMEF), es una metodología sistemática para evaluar anticipadamente posibles formas de ocurrencia de una falla. Se asume que sin importar que tan predecibles o cuidadosos sean los empleados de todos modos ocurrirán errores en algunas situaciones.

El personal del área que participe en la realización del AMEF, deberán apegarse a la siguiente secuencia:

- a. Identificar el alcance del proceso, sistema o método para la aplicación del AMEF.
- b. Elegir el personal que tenga conocimiento en el proceso, sistema o método.
- c. Identificar las etapas del proceso, sistema o método mediante la aplicación de diagramas de flujo.
- d. Describir cada etapa del proceso en el Formato de AMEF en la sección Etapa del proceso.
- e. Para cada uno de los pasos del proceso identificar todas las fallas posibles y las registra en la sección de Modo de falla potencial, cada paso del proceso puede tener más de una falla potencial.
- f. Para cada una de las fallas potenciales identificar los efectos posibles que derivarán de la misma (qué para cuando la falla ocurre) y las registra en la sección de Efecto de la falla.

Nota: Durante la realización del AMEF el equipo participante se podrá apoyar en el Anexo 1 - Escalas de evaluación AMEF y en el contenido de las figuras 1, 2 y 3.

- g. De acuerdo al efecto de la falla, se debe seleccionar el “nivel de la gravedad de la falla” del mismo, conforme a la Figura 1 de escala de evaluación del AMEF y lo registra en la columna “correspondiente”.

Valores para el “nivel de gravedad de la falla”

Impacto en el paciente o usuario	Categoría	Valor
Afecta la seguridad del paciente o usuario	Falla fatal o discapacidad permanente	10
Genera un alto nivel de insatisfacción	Falla mayor	8
Puede generar queja o insatisfacción	Falla moderada	6
Podría generar alguna molestia	Falla menor	4
Sin consecuencia	Sin efecto	2

Figura 1

- h. De acuerdo el modo de la falla potencial determinar la causa de la misma, ver Figura 2, y registra en la columna correspondiente del Formato de AMEF.
- i. Dependiendo de la causa potencial se determina el “nivel de ocurrencia” y lo registra en la columna correspondiente.

Valores para las probabilidades de “nivel de ocurrencia de la falla”

Probabilidad de ocurrencia	Categoría	Valor
≥ 10% 1000 por cada 10 mil	Muy alta probabilidad	10
5 -9 % 500 a 900 por cada 10 mil	Alta probabilidad	8
1 al 4% 100 a 400 por cada 10 mil	Factible	6
0.1 al 0.9 % 10 a 90 por cada 10 mil	Rara probabilidad	4
< 0.1 % Menor a 10 por cada 10 mil	Improbable	2

Figura 2

- j. Con el modo de la falla potencial determinar los controles actuales de la misma y lo registra en la columna correspondiente.

- k. Identificar los controles actuales por cada etapa del proceso y determinar el “nivel de detección”, ver Figura 3 y lo registra en la columna correspondiente del Formato de AMEF.

Valores para el “nivel de detección de la falla”

Probabilidad de no detectar la falla	Categoría	Valor
0.001 a 0.01% 1 a 10 por cada 100 mil	A prueba de error	2
0.02 a 0.1 % 20 a 100 por cada 100 mil	Falla obvia, con detección antes de tener impacto	4
0.2 al 1% 200 a 1000 por cada 100 mil	Detección en inspección al final del proceso	6
1 al 5% 1000 a 5000 por cada 100 mil	Detección por el personal, que genera molestia	8
>5% Mayor a 5000 por cada 100 mil	Imposible de detectar y llega a paciente o usuario	10

Figura 3

- l. Al terminar los registros se multiplica los valores obtenidos de los niveles de gravedad, ocurrencia y detección; como resultado tendremos el nivel de probabilidad de riesgo (NPR) de cada una de las fallas potenciales y se registra en la columna correspondiente del Formato de AMEF.
- m. Una vez obtenido el NPR de cada una de las fallas potenciales, se seleccionan aquellos con valores de NPR ≥ 150 los cuales requerirán de acciones preventivas, iniciando con aquellas con los valores más altos, para esta selección se puede emplear adicionalmente el Diagrama de Pareto y se registran las acciones preventivas a desarrollar en el Formato de AMEF.
- n. Todos los NPR se deben revisar y si se consideran acciones necesarias y adicionales, se debe repetir el análisis. (Regresa al inciso f) El enfoque deberá ser siempre la mejora continua.

Formato para la realización del AMEF

INSTRUMENTO DE ANÁLISIS DE MODO Y EFECTO DE FALLA (AMEF) PARA EL REDISEÑO DE UN PROCESO* DE RIESGO									
¿Qué hace en la <u>realidad</u> el participante clave en el Proceso?	¿Qué fallo(s) puede tener?	Consecuencia del fallo	Impacto del Efecto	¿Por qué puede presentarse el fallo? (ORIGEN)	¿Que tan frecuente puede ocurrir el modo de fallo originado con esa causa?	¿Existen alguna manera que detecte la causa con el propósito de que no se presente ese modo de fallo?	Si existe, ¿que tan bueno es?	Ponderaciones multiplicadas de la severidad, ocurrencia y detectabilidad	
ACTIVIDAD	MODO DE FALLO	EFECTO DEL FALLO	SEVERIDAD	CAUSA DEL FALLO	OCURRENCIA	CONTROL	DETECTABILIDAD	NUMERO PRIORITYARIO DE RIESGO (NPR)	
1 elaboracion de solicitud de ingreso del paciente a hospitalizacion	1.1 El medico no elabore la solicitud	Que no se concluya el proceso de ingreso a tiempo	3	falta de conocimiento osbre el llenado adecuado de la solicitud de ingresp 1.1.1 carga de trabajo 1.1.3 falta de personal medico	4	personal de admision urgencias revise la solicitud de ingreso del paciente	4	48	
	1.2 Que un médico adscrito no firme la solicitud	Que no se concluya el proceso de ingreso a tiempo		1.2.1 1.2.2				0	
	1.3 El formato de ingreso no esta llenado correctamente							0	
								0	
2 enfermería o administrativo notifica ingreso de paciente a hospitalización (admisión hospitalaria)	2.1							0	
	2.2							0	
	2.3							0	
3 En la entrega de solicitud de apertura y de ingreso hospitalario trabajo social integra su documentación y entrega al personal administrativo de admision de urgencias. (trabajo social)	3.1							0	
	3.2							0	
	3.3							0	
4 elaboracion de nota informativa con el nivel asignado (trabajo social)	4.1							0	
	4.2							0	
	4.3							0	
5 Trabajo social y /o familiar lleva a cuentas corrientes la nota informativa (con el proposito de asignar cargos por estudios y procedimientos de acuerdo a nivel socioeconomico) (trabajo social)	5.1							0	
	5.2							0	
	5.3							0	
6 administrativos de urgencias lleva documentación para iniciar el tramite de ingreso (estudio socioeconomico, nota de ingreso de trabajo social, informe de titular casrtas de autitización que firma el titular, proteccion de datos personales, solicitud de ingreso frimadopor médico, solicitud de apertura de expediente) (admisión hospitalaria)	6.1							0	
	6.2							0	
	6.3							0	
7 se verifica en inetnet para apertura de expediente medsys se apertura la cuenta, asigna la cama y se notifica el ingreso hospitalario (manual) (admisión hospitalaria)	7.1							0	
	7.2							0	
	7.3							0	
8 a su ingreso al servicio revisan censo diario (imprimen) Identifican camas disponibles	8.1							0	
	8.2							0	
	8.3							0	

Fuente de Referencia:

1. Análisis de Fallas. Horacio Helman y Paulo Pereira. Escuela de Ing. de UFMG. Brasil 1995.
Manual AMEF Ford Motor Company. 1991
www.fmeca.com
2. Guía para el desarrollo del análisis de modo y efecto de falla del Consejo de Salubridad General Ed. 2016.

En este sentido, derivado del análisis de riesgos se eligió el **Proceso de Admisión de Pacientes que Ingresan por Urgencias a Hospitalización**; integrando un Equipo de Multidisciplinario de Atención y Gestión para iniciar el análisis.

“Avance en la Aplicación de la Metodología AMEF “

INSTRUMENTO DE ANÁLISIS DE MODO Y EFECTO DE FALLA (AMEF) PARA EL REDISEÑO DE UN PROCESO* DE RIESGO									
¿Qué hace en la <u>realidad</u> el participante clave en el Proceso?	¿Qué falla(s) puede tener?	Consecuencia del fallo	Impacto del Efecto	¿Por qué puede presentarse el fallo? (ORIGEN)	¿Que tan frecuente puede ocurrir el modo de fallo originado con esa causa?	¿Existen alguna manera que detecte la causa con el propósito de que no se presente ese modo de fallo?	Si existe, ¿que tan bueno es?	Ponderaciones multiplicadas de la severidad, ocurrencia y detectabilidad	
ACTIVIDAD	MODO DE FALLO	EFECTO DEL FALLO	SEVERIDAD	CAUSA DEL FALLO	OCURRENCIA	CONTROL	DETECTABILIDAD	NUMERO PRIORITARIO DE RIESGO (NPR)	
1 elaboracion de solicitud de ingreso del paciente a hospitalizacion	1.1 EL medico no elabore la solicitud	Que no se concluya el proceso de ingreso a tiempo	3	1.1.1 falta de conocimiento osbre el llenado adecuado de la solicitud de ingresp	4	personal de admision urgencias revise la solicitud de ingreso del paciente	4	48	
				1.1.2 carga de trabajo	4			0	
				1.1.3 falta de personal medico	4			0	
	1.2 Que un médico adscrito no firme la solicitud	Que no se concluya el proceso de ingreso a tiempo			1.2.1				0
					1.2.2				0
					1.2.3				0
	1.3 ingreso no esta llenado correctamente								0

IX. Análisis de los Datos, Mejora y Capacitación (QPS. 8, 9 y 10)

En el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas a fin de tomar decisiones, analizar y transformar los datos obtenidos en el proceso de mejora de la calidad y seguridad del paciente en información útil. El análisis de estos datos involucra al personal responsable de del manejo de la información, ya que están capacitados en métodos de agrupación y categorización de datos y saben cómo usar diversas herramientas estadísticas. El análisis de datos involucra al personal responsable de la medición del proceso o del resultado, dicho personal puede pertenecer al área clínica, de gestión o a una combinación de ambas. Por consiguiente, el análisis de datos proporciona una realimentación constante de información sobre la gestión de la calidad, para ayudar a la toma de decisiones y a mejorar continuamente los procesos clínicos y de gestión. La comprensión de las técnicas estadísticas resulta útil para el análisis de datos, en especial para interpretar la variación y decidir dónde se necesita mejorar el Sistema de Gestión de Calidad Institucional.

El Instituto determina la frecuencia con la que se categorizan, agrupan y analizan datos. Quedando establecido que la frecuencia dependerá de la actividad o el área que se esté midiendo, la frecuencia de la medición y las prioridades de la Institución. Por ejemplo, los datos de control de calidad del laboratorio clínico podrán analizarse semanalmente para cumplir con las reglamentaciones locales, y los datos sobre caídas de los pacientes podrán analizarse mensualmente, si las caídas fueran poco frecuentes. Por consiguiente, la agrupación y categorización de datos en determinados puntos en el tiempo permite al Instituto realizar ajustes al Sistema de Gestión de Calidad Institucional de un proceso en particular o la predicción de un resultado en relación con las tendencias.

El objetivo del análisis de datos ayuda el Instituto a poder compararse de cuatro formas:

- a) Consigo mismo en diferentes periodos, por ejemplo mes a mes, o de un año a otro;
- b) Con otras Instituciones similares, por ejemplo mediante bases de datos de referencia;
- c) Con estándares de calidad reconocidos o los establecidos por leyes, reglamentaciones o programas; y
- d) Con las prácticas identificadas en la literatura como las mejores o con guías de práctica clínica.

Estas comparaciones ayudarán al Instituto a entender el origen y la naturaleza de los cambios no deseados y ayudar a concentrar los esfuerzos para mejorar el Sistema.

El Instituto utiliza la información proveniente del análisis de datos para implementar acciones de mejora y/o barreras de seguridad con el objetivo de prevenir la ocurrencia de eventos adversos.

A fin de implementar las mejoras se gestionan los recursos adecuados y se involucra al personal, áreas y servicios más cercanos a los procesos o actividades a mejorar. La responsabilidad de la planeación y

realización de una mejora se asigna a personas individuales o a un equipo, se proporciona toda la capacitación necesaria y se pone a disposición el manejo de la información y otros recursos.

Una vez implementadas las acciones, los datos se recolectan durante un periodo de prueba para demostrar que el cambio planeado representó realmente una mejora. A fin de asegurar que la mejora sea sostenida, se recolectan los datos de control para realizar un análisis permanente. Se incorporan los cambios efectivos al Sistema de Gestión de Calidad Institucional en un proceso rutinario y se lleva a cabo la capacitación necesaria al personal. El Instituto documenta y difunde las mejoras logradas y sostenidas.

Es esencial la comunicación permanente con el personal sobre la información y las mejoras que son resultado de la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente. La comunicación se realiza regularmente mediante canales efectivos, como boletines informativos, carteles, reuniones de personal, Centros de Información y Comunicación, página web del Instituto, entre otros. La información puede tratarse de proyectos de mejora nuevos o recién terminados, del progreso en el cumplimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, de los resultados del análisis de eventos centinela y otros eventos adversos, de implementación de buenas prácticas, entre otros.

La difusión de las mejoras promueve la cultura de calidad y aprendizaje en el Instituto mejorando el Sistema de Gestión de Calidad Institucional.

La participación en la recolección y el análisis de datos, así como en la planeación e implementación de las mejoras de la calidad y seguridad requieren conocimientos y destrezas de los que carece la mayoría del personal, o los cuales no utiliza habitualmente. Por consiguiente, cuando se les solicita que participen en el desarrollo, implementación y/o seguimiento del plan, el personal recibe capacitación acorde a su rol en la actividad planificada con el Departamento de Calidad. Puede que sea necesario ajustar los horarios del personal para destinar el tiempo suficiente a la participación completa en las actividades de capacitación y mejora como parte de las tareas laborales habituales.

Además, para mantener en el tiempo de manera correcta y oportuna las mejoras y las barreras de seguridad implementadas se realizan capacitaciones en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio o rediseño en los procesos. La capacitación incluye personal clínico y no clínico y considera los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización.

La capacitación al personal incluye las definiciones operativas de evento adverso, centinela y cuasifalla.

AUTORIZACIÓN

DR. JORGE SALAS HERNÁNDEZ
DIRECTOR GENERAL

DR. PATRICIO J. SANTILLÁN DOHERTY
DIRECTOR MÉDICO

LIC. ADRIANA DÍAZ TOVAR
DIRECTORA DE PLANEACIÓN ESTRATÉGICA Y
DESARROLLO ORGANIZACIONAL

DR. JUAN CARLOS VÁZQUEZ GARCÍA
DIRECTOR DE ENSEÑANZA

DR. MOISES SELMAN LAMA
DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN

C.P. MARÍA EDITH DEL SOCORRO ESCUDERO CORIA
DIRECTORA DE ADMINISTRACIÓN

ING. KARLOS AYALA LÓPEZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CALIDAD