

PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS (PAIs) UGC MEDICINA INTERNA

Lugar: Sala de sesiones de Medicina Interna

Día: 10 Noviembre de 2011

Hora: 08:30-09:25

Ponente: Soledad Fernández García

PROCESOS ASISTENCIALES INTEGRADOS (PAIs)

- ➔ El desarrollo de un modelo Gestión por Procesos Asistenciales Integrados constituye la estrategia central del Plan de Calidad de Andalucía
- ➔ Hasta ahora el diseño de los PAIs se realizaba a nivel del AGSNA
- ➔ En la actualidad se exige una ADAPTACION LOCAL de cada proceso a cada UGC implicada en el mismo

PAIS DE LA UGC MEDICINA INTERNA Y RESPONSABLES

- ⇒ **PLURIPATOLOGICOS:** Pedro Carrillo
- ⇒ **ARRITMIAS:** Eduardo López
- ⇒ **ASMA EN EL ADULTO:** Francisco Carrión, Amelia Martínez
- ⇒ **ATAQUE CEREBROVASCULAR:** Soledad Fernández, M^a José Alonso
- ⇒ **CANCER DE PULMÓN:** María Montes, Carmen Moreno
- ⇒ **CANCER COLORRECTAL:** Alejandro Bonetti
- ⇒ **CUIDADOS PALIATIVOS:** J.Manuel P.serrano, M^a Angeles A.Paniagua, Encarna Sáez
- ⇒ **DIABETES:** Belén Martín, M^a Dolores Cáceres
- ⇒ **DOLOR TORACICO:** Andrés May, Josefina Navarro
- ⇒ **EPOC:** Carmen Contreras, Carmen Cano
- ⇒ **HEPATITIS VIRICA:** Hermínia Sánchez, Natividad Hurtado
- ⇒ **INSUFICIENCIA CARDIACA:** Cristian Casseus
- ⇒ **RIESGO VASCULAR:** Fernando Carrasco

ADAPTACION LOCAL DEL PAI

Se pretende realizar una adaptación local de los PAIs a la UGC siguiendo un modelo común

Ese modelo contendrá:

- ➔ Análisis de situación
- ➔ Descripción del proceso adaptado a nuestra UGC mediante un documento que incluya:
 - Definición global del proceso
 - Arquitectura nivel IV: qué, quién, cuando, donde, como..
 - Destinatarios y objetivos: criterios de derivación, características de calidad...
 - Representación Gráfica
- ➔ Identificación de puntos críticos mediante AMFE
- ➔ Evaluación de indicadores, resultados de los dos últimos años y mejoras identificadas. CUADRO DE MANDOS



ANÁLISIS DE SITUACIÓN

- ⇒ Reunión de los miembros de cada proceso: Director de la UGC, Supervisora, Coordinadora de procesos y los responsables de los mismos en fechas a determinar
- ⇒ Se propondrán indicadores de calidad
- ⇒ Se elaborará un acta de la reunión (Acta de implantación)

DESCRIPCION DE LA ADAPTACION LOCAL

- ➔ Definición global
- ➔ Arquitectura nivel IV
- ➔ Criterios de derivación y características de calidad

Dos modelos: hospitalización y consulta

Se completará con un GRAFICO

I. DEFINICION GLOBAL



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

U.G.C. MEDICINA INTERNA

PROCESO ASISTENCIAL XXX

DEFINICION GLOBAL:

- > **Definición funcional:** Proceso de asistencia a pacientes con XXX que son atendidos en la UGC Medicina Interna
- > **Limite de entrada:** Paciente con XXXX que son derivados a nuestro hospital (urgencias o consultas externas)
- > **Limite final:** Paciente que tras diagnóstico etiológico y tratamiento específico es dado de alta hospitalaria o en consultas, con derivación a su médico de atención primaria.
- > **Limites marginales:** (Que tipo de pacientes no deben derivarse, por situación clínica que no requiere estudio o tener que enviarlos a otro centro)

TIPO I- HOSPITALIZACION

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA LA UGC MEDICINA INTERNA

Profesionales	Actividades	Características de calidad
Médico de urgencias/ Atención Primaria	1. Atención Sanitaria.	1.1. Médico de familia: derivará a urgencias si criterios de hospitalización urgente

Definición Proceso ACV



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

U.G.C. MEDICINA INTERNA

PROCESO ASISTENCIAL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

DEFINICION GLOBAL:

- **Definición funcional:** Proceso de asistencia a pacientes con Ictus que son atendidos en la plata de hospitalización de la UGC Medicina Interna
- **Limite de entrada:** Paciente con ictus agudo derivados al servicio de urgencias de nuestro hospital y que cumplen criterios de ingreso en nuestra UGC
- **Limite final:** Paciente que tras diagnóstico etiológico y tratamiento específico en nuestra UGC es dado de alta hospitalaria
- **Limites marginales:** pacientes menores de 51 años, con hemorragia cerebral o con un ictus isquémico que pueda ser quirúrgico, y que por tanto deban derivarse a H. Torrecedén (neurología o neurocirugía). Pacientes con enfermedad neoplásica terminal o con deterioro cognitivo y/o funcional que por su situación clínica no se beneficiarían de un ingreso hospitalario, por lo que deben derivarse a su domicilio. AIT sin criterios de riesgo (no soplos carotídeos ni sospecha de origen cardioembólico), que deben derivarse a consultas externas (si <51 años a Neurología; resto a Medicina Interna)

TIPO I- HOSPITALIZACION

Arquitectura nivel IV

- ➔ Se trata de definir que se hace, como se hace, cuando se hace y quién lo hace
- ➔ Se da mucha importancia a los elementos de seguridad y a la información
- ➔ Hemos realizado una arquitectura común para todos los procesos de hospitalización y otra para los de consulta. En los mismos se remite a anexos que son los que incluyen criterios de derivación y características de calidad
- ➔ No es un modelo totalmente cerrado

Arquitectura nivel IV hospitalización

TIPO I- HOSPITALIZACION

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA LA UGC MEDICINA INTERNA		
Profesionales	Actividades	Criterios de calidad
Médico de urgencias/ Atención Primaria	1. Atención Sanitaria.	<p>1 1. Médico de familia: derivará a urgencias si criterios de hospitalización urgente</p> <p>1 2. Médico de urgencias: realizará anamnesis y exploración y solicitará pruebas complementarias ajustadas al PAI (anexo I) y transmitirá la información al especialista y/o médico de guardia de la UGC Medicina Interna, si cumple criterios de ingreso en la UGC según PAI (anexo I). Si discrepancia, el especialista decidirá tras valoración en urgencias</p> <p>1 2 Δ3 Se deberá tener especial precaución en la comunicación de información durante el traspaso del paciente (transferencia del paciente) a la USC de Medicina Interna.</p>

Area de Gestión Sanitaria Norte de Almería
 Hospital "La Inmaculada" & Distrito A.P. "Levante Alto Almanzora"
 Avda. Dra. Ana Parrá, s/n
 04600 **Los Baños de Santa Catalina** (ALMERIA)
 Teléfono: 950 02 90 00



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

U.G.C. MEDICINA INTERNA

Personal administrativo	<p>2. Recepción de la persona.</p> <p>3. Trámites</p>	<p>2 1. Se aplicarán medidas para la identificación inequívoca de la persona mediante la utilización de tres códigos identificativos diferentes: nombre y apellidos, fecha de nacimiento y NUHSA. Δ2-OAS 12-ESP.</p> <p>2 2 1 Se informará de forma clara y precisa a la persona y/o familiar, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.</p> <p>3 1. Se facilitará justificante de ingreso hospitalario si así lo demandase el paciente y/o familiar.</p> <p>3 2. Realizará los trámites administrativos necesarios durante el ingreso del paciente</p> <p>3 3. Una vez dado de alta el paciente, ordenará la HC y la enviará al archivo</p>
-------------------------	---	--



Enfermería UGC
Medicina Interna

4. Atención Inicial y
seguimiento

- 4.1. Recepción:
 - Asignación de enfermera referente.
 - Plan de acogida:
 - Información a la persona enferma y familiar: explicarles el funcionamiento de planta (hoja de información general de hospitalización o Guía del Usuario) y aclarar las posibles dudas.
 - Comunicación del nombre de enfermera y auxiliar referente, mediante tarjeta informativa.
- 4.2 Se verificará la identificación inequívoca del paciente **Δ2-OMS 12-ESP**:
 - Verificación de brazalete **identificativo**, que incluye Nombre y Apellidos, NUHSA, y NHC.
 - Se asegurará que antes de realizar pruebas diagnósticas o administrar medicamentos o componentes sanguíneos, se dispone del brazalete.
 - Comprobación de los datos y preparación de la historia clínica.
- 4.3. Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. **9 OMS 17ESP**
- 4.4 **Δ2** Se aplicarán medidas de seguridad tras Valoración de riesgos del paciente:
 - Valoración del estado cognitivo, riesgo de caídas
 - Valoración según PAI específico NIC

Se define objetivo de cuidados para esta fase: "El paciente antes del alta será capaz de gestionar sus cuidados"; (cod NOC 1813): al alta el paciente comprenderá el régimen terapéutico específico.



Médico UGC
Medicina Interna

5. Atención inicial y
seguimiento

- 5.1 Se verificará la identificación inequívoca de la persona **Δ2**:
 - se comprobarán los datos de la historia clínica
 - se identificará claramente en cada hoja de la historia clínica, los datos del paciente.
- 5.2. Se llevarán a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. **9 OMS 17ESP**
- 5.3. Se aplicarán medidas que garantizan la administración segura de fármacos y la cancelación farmacoterapéutica. **Δ16 ESP**
 - se realizará prescripción electrónica para evitar errores
 - en caso de no poder hacerse, se escribirá con letra legible, en lugar destinado para ello y con identificación plena del paciente.
- 5.4 El médico de guardia de la UGC recibirá al paciente y realizará anamnesis y exploración física, con registro en historia clínica. Además verificará pruebas complementarias realizadas, solicitará Ig precisas según PAI y ajustará el tratamiento (**Anexo 13**). Facilitará información concisa y clara al paciente y/o familiares.
- 5.5 El médico responsable:
 - A) Presentación:
 - Identificación personal, Comunicación del nombre del personal facultativo responsable, **I** información de procedimientos a realizar.
 - B) Revisión de historia clínica completa:
 - Se verificará la información para evitar errores, especialmente en las hojas de procedimientos diagnósticos



Médico / Enfermera AH	6. Planificación del alta	6.1. El médico y enfermera referente planificarán el alta del paciente: <ul style="list-style-type: none">- Se elaborará un informe clínico que garantice la continuidad asistencial con información completa sobre los procedimientos efectuados, actitudes terapéuticas y situación clínica y de cuidados del paciente y recomendaciones de pautas de autocuidados para paciente y, en su caso familia, en el domicilio.- Fomento de la autonomía personal- Se dispensarán las primeras recetas y visado de las mismas en caso necesario- Se le entregará el Cuestionario de satisfacción al Alta Hospitalaria.- Se facilitará la cita de revisión para consultas externas cuando sea necesaria.- Se confirmará la comprensión por parte del paciente y familia, de la información del plan terapéutico a seguir en domicilio.- Se gestionará la intervención temprana con la Enfermera Gestora de Casos (EGC), en caso necesario Δ3OMS 24ESP 6.2. En el momento del alta del paciente se le entregará el Informe, dejando constancia del mismo en la historia clínica y enviando copia al EBAP para información y facilitar continuidad asistencial.
--------------------------	----------------------------------	--

Edo. Dr. Pedro L. Carrillo Alascio,
Especialista en Medicina Interna.
Director UGC Medicina Interna.



Médico / Enfermera AH	6. Planificación del alta	<p>6.1. El médico y enfermera referente planificarán el alta del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none">- Se elaborará un informe clínico que garantice la continuidad asistencial con información completa sobre los procedimientos efectuados, actitudes terapéuticas y situación clínica y de cuidados del paciente y recomendaciones de pautas de autocuidados para paciente y, en su caso familia, en el domicilio.- Fomento de la autonomía personal- Se dispensarán las primeras recetas y visado de las mismas en caso necesario- Se le entregará el Cuestionario de satisfacción al Alta Hospitalaria.- Se facilitará la cita de revisión para consultas externas cuando sea necesaria.- Se confirmará la comprensión por parte del paciente y familia, de la información del plan terapéutico a seguir en domicilio.- Se gestionará la intervención temprana con la Enfermera Gestora de Casos (EGC), en caso necesario Δ30MS 24ESP <p>6.2. En el momento del alta del paciente se le entregará el Informe, dejando constancia del mismo en la historia clínica y enviando copia al EBAP para información y facilitar continuidad asistencial.</p>
--------------------------	------------------------------	--

Edo. Dr. Pedro L. Carrillo Alascio,
Especialista en Medicina Interna.
Director UGC Medicina Interna.

Anexo I. Criterios de ingreso y documentación específica

PROCESO ASISTENCIAL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO ANEXO I. CRITERIOS DE INGRESO Y DOCUMENTACION ESPECIFICA

En los Procesos Asistenciales Integrados se garantizará la transmisión de la información clínica entre los profesionales de diferentes ámbitos de actuación (Urgencias-Hospitalización), para asegurar la continuidad asistencial **Δ24-ESP**. Todo paciente debe ser ingresado con Criterios de Ingreso específicos y Documentación clínica específica.

CRITERIOS DE INGRESO

Paciente mayor de 50 años con criterios de inclusión en el PAI
Ictus agudo isquémico sin criterios quirúrgicos
AIT con clínica de inicio < 48h, ó > 48h con <u>soplo carotídeo</u> o sospecha de origen <u>cardioembólico</u> .
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN I (se remiten a H. <u>Torrecedenas</u> : <u>Neurología</u> o <u>Neurocirugía</u>):
• Menores de 50 años con ictus isquémico, se remiten a neurología
• Hemorragia cerebral, se remiten a Neurocirugía
• Ictus isquémico con posibles criterios quirúrgicos (), se remiten a neurocirugía
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN II (no se benefician de ingreso hospitalario ni estudio ambulatorio):
• Situación clínica previa de gran deterioro (neoplasias muy evolucionadas, deterioro motor o cognitivo grave, marcada incapacidad por infartos múltiples previos), salvo incremento de dependencia no asumible por cuidador principal.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN III (ingreso en UCI)
• Realización de <u>fibrinolisis</u> : Ingreso en UCI al menos 24 horas. Posteriormente si < 50 años se derivará a H. <u>Torrecedenas</u>

DOCUMENTACION CLINICA ESPECIFICA

Anamnesis y exploración general y neurológica.
Análítica general
<u>Rx de Torax</u>
ECG
TAC craneal

Anexo II. Características de calidad

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD EVALUACION INICIAL	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Evaluación	Se realizará anamnesis, exploración física general y neurológica.

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD DIAGNOSTICO	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Analíticas	Hemograma, VSG, Bioquímica en sangre y orina, estudio de lípidos, hbA1c si diabético
Ecodoppler TSA	Realización de doppler cervical durante el ingreso
Por condiciones clínicas o terapéuticas	ECG y RX torax, si es necesario
Otras pruebas según sospecha diagnóstica	- Nuevo TAC craneal si primero normal o cambios clínicos. - RMN craneal : si discordancia entre clínica y TAC; estudio específico de lesión observada en TAC; posibles lesiones en fosa

CRITERIOS DE CALIDAD TRATAMIENTO	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Medidas generales	O2 solo si Sat:92%; pronta reducción de TA solo si > 220/120 en isquémico o 180/110 en hemorrágico; antihipertensivos si > 37.5%; sueroterapia si preciso 2000-2500 salvo <u>contraindicación</u> (fallo ventricular o HTIC) que será menor a 2500, siempre con soluciones isotónicas, no hipotónicas ni glucosazas; medidas antiedemas con manitol y diuréticos del asa; nunca con corticoides; control estricto de iones y glucosa; HBRM como profilaxis de ETV; no se recomienda hemodilución salvo hto > 55%.
Dieta	Seleccionada en función de condiciones del paciente y <u>comorbilidad</u> . Recomendable iniciar alimentación o enteral lo antes posible. No prolongar más de lo necesario la dieta absoluta ni el sondaje <u>nasogástrico</u> para la alimentación.
Identificación y control de FRV	Se identificarán FRV y se iniciarán las medidas terapéuticas para su control
Tratamiento antiagregante	Inicio de tratamiento antiagregantes en las 1ª 48 horas, salvo <u>contraindicación</u>
Tratamiento anticoagulante	Se indica anticoagulación durante el ingreso si AIT o infarto <u>cardioembólico</u> ; alteraciones específicas de la coagulación o estados <u>protrombóticos</u> ; disección <u>carotídea</u> o trombosis venosa central
Tratamiento rehabilitador	Se solicita tratamiento rehabilitador, cuando esta indicado, en las primeras 48 horas
Tratamiento quirúrgico	Endarterectomía <u>carotídea</u> si AIT o ictus isquémico en los últimos 6 meses y estenosis <u>carotídea ipsilateral</u> (al hemisferio cerebral sintomático) superior al 70%. Alternativa: angioplastia transluminal percutánea <u>carotídea</u>

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD AL ALTA	
Informe de alta médico	Se recoge además la situación neurológica al alta

Arquitectura nivel IV Consulta

PROCESO ASISTENCIAL XXX. ADAPTACION LOCAL.

DEFINICION GLOBAL:

- > **Definición funcional:** Proceso de asistencia a pacientes con ACV que son atendidos en la consulta de la UGC Medicina Interna
- > **Limite de entrada:** Paciente con ACV que son derivados a la consulta desde Atención Primaria, Urgencias o tras ingreso hospitalario
- > **Limite final:** Paciente que tras diagnóstico etiológico y tratamiento específico es dado de alta en consultas, con derivación a su médico de atención primaria.
- > **Limites marginales:** pacientes menores de 51 años deben ser derivados directamente a Neurología. Pacientes con situación clínica previa de gran deterioro (neoplasias muy evolucionadas, deterioro motor o cognitivo grave, marcada incapacidad por infartos múltiples previos) no deben ser derivados ya que no se beneficiarían de estudio y/o tratamiento.

TIPO II- CONSULTAS

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PARA LA UGC MEDICINA INTERNA

Profesionales	Actividades	Características de calidad
Médico de Atención Primaria	1. Atención Sanitaria.	1.1. Derivará al paciente a la consulta adjuntando anamnesis, exploración, pruebas complementarias básicas y tratamientos prescritos ajustados a PAI (ANEXO Ie)

Enfermera/ Auxiliar de consultas	2. Atención al paciente y gestión de consulta	<p>2.1 Verificará la identificación inequívoca de la persona. Δ2-OMS 12-ESP.</p> <p>2.2 I Informará de forma clara y precisa a la persona y/o familiar, manifestando una actitud facilitadora para responder a sus demandas y expectativas.</p> <p>2.3 Facilitará justificante de asistencia a consultas</p> <p>2.4 Llevará a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. 9 OMS 17ESP</p> <p>2.5 Preparará las historias clínicas de los pacientes y los resultados de las pruebas complementarias</p> <p>2.6 Asignará nueva cita teniendo en cuenta si se trata de resultado a corto plazo o de revisión a largo plazo.</p> <p>2.7 Marcará la nueva cita como "no desatendible" cuando así se lo indique el médico, en caso de sospechar patología o posibles resultados "críticos".</p> <p>2.8 Colaborará con el médico en la supervisión de resultados de pruebas complementarias que lleguen en el día a la Consulta.</p> <p>2.9 I Informará al paciente sobre la gestión de las pruebas complementarias a realizar. Gestionará las solicitudes de pruebas complementarias o interconsultas solicitadas</p>
--	---	--



Médico de
Consulta

3. Atención sanitaria

- 3.1** Verificará la identificación inequívoca de la persona. **Δ2-OMS 12-ESP.**
- 3.2** Llevará a cabo medidas generales de higiene de manos y uso correcto de guantes. **9 OMS 17ESP**
- 3.3** Revisará historia clínica del paciente, realizará anamnesis y exploración física y solicitará pruebas complementarias según PAI, teniendo en cuenta características de calidad (**ANEXO IIIc**)
- 3.4** En el caso de pacientes posthospitalizados hará constar la evolución, revisará los tratamientos prescritos y las pruebas complementarias realizadas tras el alta. Asimismo revisará e informará de los resultados pendientes del ingreso.
- 3.5** Supervisión de resultados de pruebas complementarias que lleguen en el día a la Consulta tanto en papel como en archivo digital (WEBPACS), asignando nueva cita más próxima si precisa por resultado "crítico", e indicar como "no descitible" en agenda Diraya para evitar descitaciones de pacientes con resultados críticos.
- 3.6** . Hará historia clínica digital (DIRAYA)
- 3.7** Emitirá un informe clínico que entregará al paciente en cada visita, detallando anamnesis, exploración, pruebas complementarias y fecha de nueva revisión o cogida de resultados. Si se da de alta, se le indicará claramente a su médico de familia las pautas a seguir.
- 3.8** **I** Informará de forma comprensible al paciente y/o familiares, sobre la situación clínica, las pruebas diagnósticas a realizar, el pronóstico y los posibles tratamientos

Anexo IIc. Características de calidad

PROCESO ASISTENCIAL XXX. ANEXO IIc. CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD EN CONSULTAS

En los Procesos Asistenciales Integrados se garantizará la transmisión de la información clínica entre los profesionales de diferentes ámbitos de actuación (Médico de Familia-Urgencias-Hospitalización), para asegurar la continuidad asistencial **Δ24-ESP**. Todo paciente derivado a Consulta debe serlo con Criterios y Documentación clínica específicos

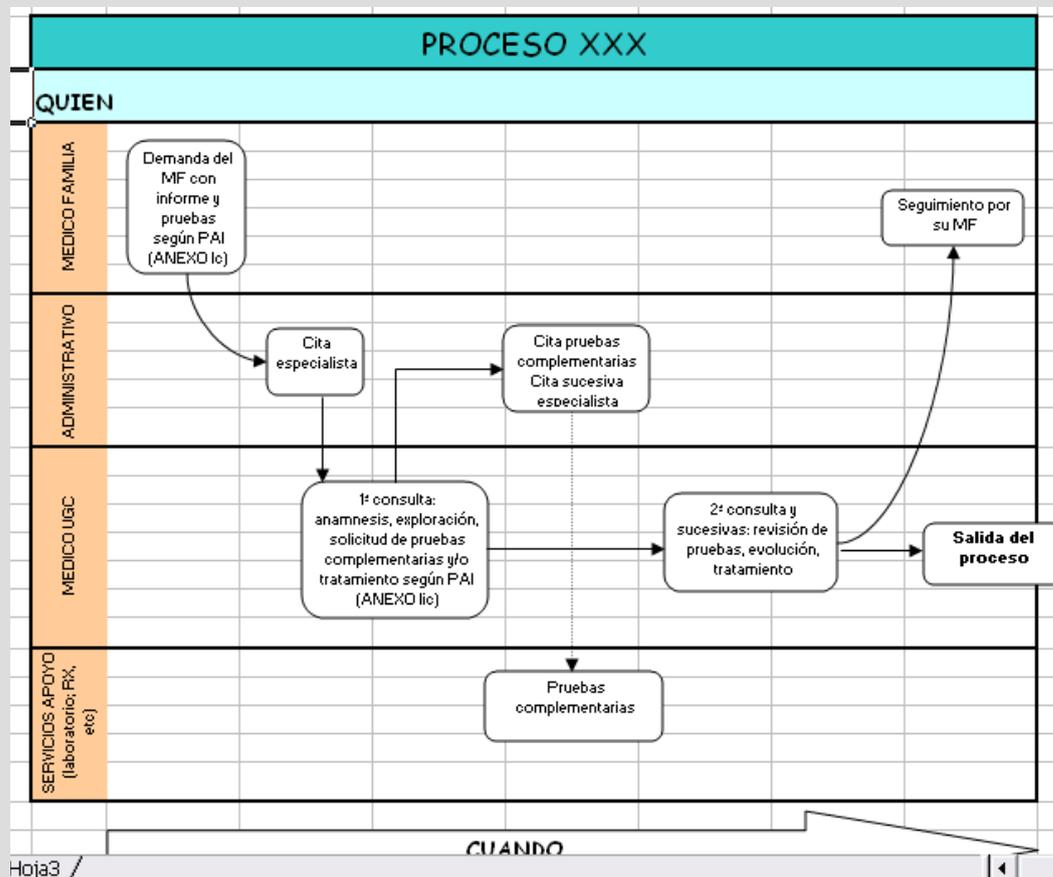


CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD EVALUACION INICIAL	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Anamnesis y Exploración física	Se realiza anamnesis y exploración que se registra en DIRAYA
ACTO UNICO:	

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD SEGUIMINETO	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES
Anamnesis y Exploración física	Se realiza anamnesis y exploración que se registra en DIRAYA
ALTA DE CONSULTA:	

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD TRATAMIENTO	
PROCEDIMIENTO	OBSERVACIONES

Gráfico



ANALISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (AMFE)

- ⇒ Se trata de identificar los puntos críticos de riesgo para la seguridad del paciente en el proceso, dar prioridad mediante el Número de Prioridad de cada Riesgo (NPR), y en base a ello elaborar un plan de mejora dirigido a prevenir la aparición de estos fallos. Finalmente se debe evaluar el impacto de estas estrategias
- ⇒ Se utilizarán dos puntos críticos comunes (error en la identificación del paciente , errores de medicación) y un punto crítico específico de cada proceso

A.M.F.E.



ANÁLISIS MODAL DE FALLOS Y EFECTOS (A.M.F.E)										Edición: 1 Fecha: 11/10/2010	
UGC		MEDICINA INTEGRAL Y CUIDADOS			Equipo de evaluación		DIRECTOR UCG Y SUPERVISORA DE ENFERMERÍA				
Área		MEDICINA INTERNA			Gravedad		Aparición		Detección		
El objetivo de hacer un AMFE es disponer de una lista valorada de los problemas que nos podemos encontrar, y así poder centrar nuestro esfuerzo en actuar sobre el problema más importante. Se establece en base a criterios de gravedad del potencial fallo, su frecuencia y la dificultad en la detección					Catastrófica 9-10 Mayor 5-8 Moderada 3-4 Menor 1-2		Frecuente 9-10 Ocasional 7-8 Infrecuente 5-6 Remoto 1-4		Baja 9-10 Moderada 7-8 Ocasional 5-6 Alta 1-4		
Posibles Fallos	Posibles Causas	Posibles efectos	Gravedad	Ocurrencia	Detección	IPR	Verificación(es) y/o control(es) actual(es)	Acción(es) recomendada(s)	a(s) / persona(s) responsable(s) y fecha de realización		
Error en la identificación de pacientes	<ul style="list-style-type: none"> Trabajar con número de camas en lugar de con nombres de pacientes Pacientes sin identificación personal Traslados de pacientes de camas y habitaciones Patologías y edad avanzada de los pacientes que dificulta la comunicación Presión asistencial Cambio de habitación del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> Posibilidad de errores en medicación, exploraciones, información etc. Administrar medicación de otros pacientes. Realizar complementarios de otros pacientes. 	8	6	6	288	<ul style="list-style-type: none"> Utilizar el nombre de paciente en lugar de número de cama. Tener a todos los pacientes identificados con pulsera. Realizar solamente los cambios de habitación imprescindibles. 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar con la colocación de pulseras identificativas. Continuar realizando solo los cambios de habitación imprescindibles, y estar muy atentos cuando estos se produzcan. Promover la filosofía de trabajar con nombres. Realizar sesión para fomentar esta filosofía de trabajo. Mejorar la organización del trabajo, para así disminuir la presión asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> La enfermera responsable de cada paciente colocará o comprobará que el paciente está con pulsera. La supervisora lo verificará mediante auditorias trimestrales y levantará acta de las mismas. Fecha: 20/01/2011. Sesiones para fomentar "filosofía de trabajar con nombres": Responsables, el director de la unidad y la supervisora de la misma. Fecha: 25/01/2011 Mejorar la organización, Responsables, el director de la unidad y la supervisora de la misma, creando grupos de trabajo. Fecha: 7/02/2011 		

