



GRUPO PRIMARIO MARZO 2021:

EJE TRAZADOR DE ACREDITACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE

**OFICINA ASESORA DE CALIDAD
LEYDY ANDREA RONDÓN PRADA
MARZO 2021**

AGENDA

1. Llamado a lista de los integrantes del Equipo Primario de Mejoramiento.
2. Lectura y aprobación del acta anterior.
3. Seguimiento a compromisos.
4. Socialización del Mejoramiento Continúo: “Eje trazador de acreditación seguridad del paciente”
5. Socialización de documentación.
6. Temas específicos del área
7. Propositiones y varios.



EJE TRAZADOR DE ACREDITACIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE



Referente de Seguridad del Paciente

Leydy Andrea Rondón Prada

Jefe de Oficina Asesora de Calidad.



EJES TRAZADORES DE ACREDITACIÓN



TRANSFORMACION Y MEDICION DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL



ATENCION CENTRADA EN EL USUARIO Y SU FAMILIA

RESPONSABILIDAD SOCIAL





POLITICA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



El gerente de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander y sus colaboradores se comprometen a brindar una atención segura y centrada en el usuario, fortaleciendo la comunicación y la alianza entre los trabajadores, usuario, familia y comunidad universitaria, fomentando de manera continua la cultura de seguridad del paciente en las diferentes áreas organizacionales y a todos los actores que promueva la identificación del riesgo, el reporte de incidentes y eventos adversos.



VALORES:

- Honestidad
- Responsabilidad
- Compromiso

PRINCIPIOS:

- Transparencia
- Trabajo en equipo.



OBJETIVOS DE LA POLITICA



1. Brindar una atención segura y centrada en el usuario.



2. Fortalecer la comunicación entre los colaboradores, usuario, familia y comunidad universitaria.



3. Fomentar de manera continua la cultura de seguridad del paciente.



4. Articular la seguridad del paciente desde los componentes del sistema obligatorio de la Garantía de la Calidad en Salud.



5. Involucrar las diferentes áreas organizacionales y a todos los actores en la promoción de la identificación del riesgo, el reporte de incidentes, eventos adversos; su gestión y la búsqueda activa.

6. Implementar metodologías y herramientas prácticas basadas en evidencia científica.



7. Promover la alianza con el profesional de la salud, paciente, familia, cuidador y personal en formación.



programa de Seguridad del Paciente.

PROGRAMA DE SEGURIDAD
DEL PACIENTE

→ **Política de seguridad del Paciente**

→ **Comité de seguridad del paciente**

GESTIÓN DE MEJORAMIENTO
CONTINUO

→ **Vigilancias**

1. Farmacovigilancia
2. Tecnovigilancia
3. Hemovigilancia
4. Reactivovigilancia
5. Biovigilancia

GMC-GCA-PG-02
VERSIÓN 3
OCTUBRE DE 2018

→ **Equipo de Apoyo para la
Seguridad del paciente**

→ **Estrategias para el Fomento de la
cultura**

1. Rondas de Seguridad
2. Sesiones Breves
3. Otras Actividades



Qué es seguridad del paciente?

Es el conjunto de elementos , procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científica para **minimizar el riesgo de sufrir Eventos Adversos** o de mitigar sus consecuencias en el paciente, familia, colaborador y en la institución.



Qué es un Evento Adverso?

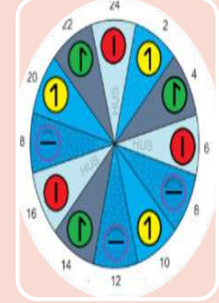
Es el resultado de una **atención en salud** que de manera **no intencional** produce **daño al paciente** y que no está asociado a su patología de base.

Qué es un Incidente?

Es una circunstancia que sucede en la **atención en salud** de un paciente que **no le genera daño**.



METAS INTERNACIONALES



Asegurar la
correcta
Identificaci
ón de
pacientes en
los servicios
asistenciales

Gestionar y
desarrollar la
adecuada
comunicación
entre las
personas que
atienden y
cuidan los
pacientes

Mejorar la
seguridad en
la utilización
de
Medicament
os

Mejorar la
seguridad
en los
Procedimie
nto
Quirúrgico

Detectar
prevenir y
reducir el
riesgo de
Infeccione
Asociadas
a la
Atención
en Salud

Procesos
para la
prevención
y
reducción
de la
Frecuencia
de Caídas

Prevenir
las zonas
de
Presión

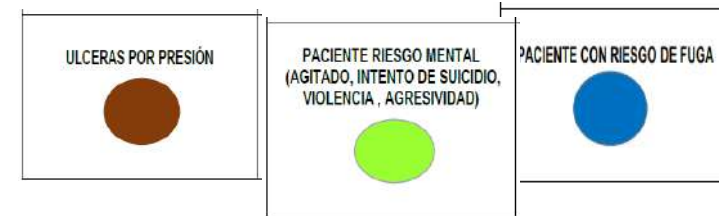


1. Asegurar la Correcta Identificación de Pacientes en los Servicios Asistenciales.

Manillas de identificación



Adhesivo de identificación del riesgo



¡Importante!

Antes de hacer cualquier intervención, debes realizar Verificación Cruzada.

Doble identificación : verbal y a través de brazaletes



2. Gestionar y desarrollar la adecuada comunicación entre las personas que atienden y cuidan los pacientes.

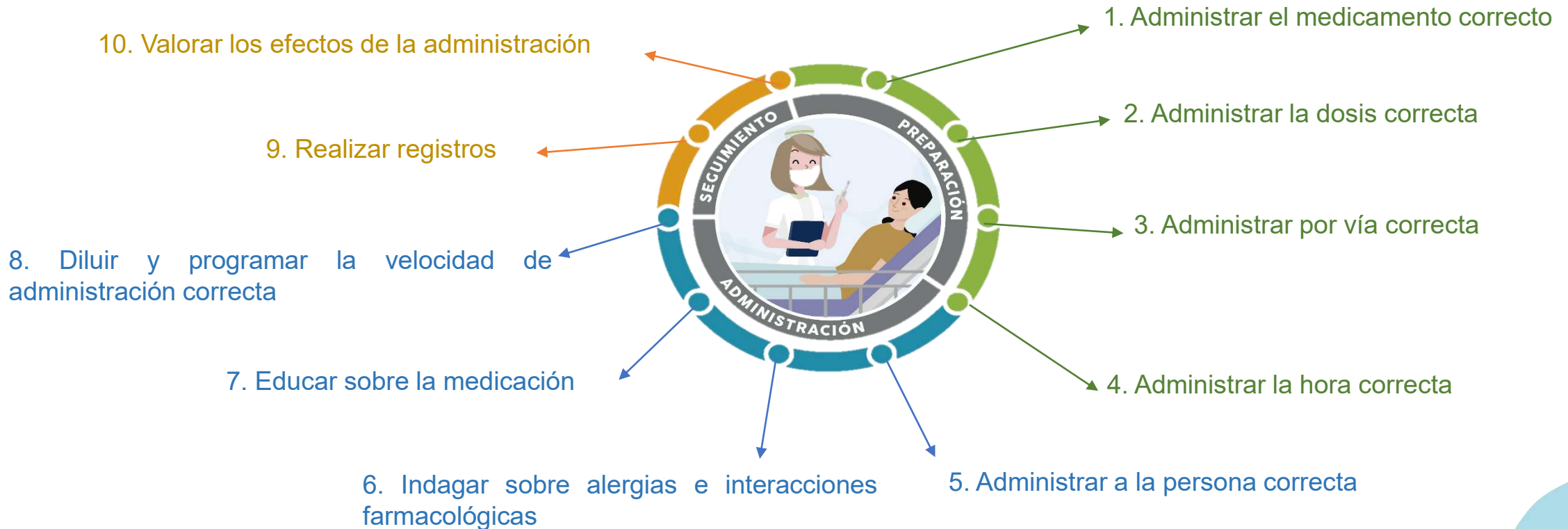
Estrategias a Tener en cuenta para una buena comunicación

- ✎ Realizar recibo y entrega de turno (Médico y de Enfermería).
- ✎ Implementar Rondas Medicas Multidisciplinarias.
- ✎ Aplicación de listas de chequeo.
- ✎ Escribir y repetir de las indicaciones cuantas veces sea necesario.
- ✎ Lenguaje común (Código Azul - RCP)





3. Mejorar la Seguridad en la Utilización de Medicamentos.





4. Mejorar la seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos

Recuerda aplicar la lista de chequeo de Cirugía Segura.

LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA GSD - FQ-01, versión n.º 1 GESTIÓN QUIRÚRGICA		HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE		CUIDADO PREQUIRÚRGICO	
Apellidos: _____ Nombres: _____ Edad: _____ Años <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> Historia clínica: _____		ANESTESIÓLOGO Revisión máquina de anestesia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Medicamentos completos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Medicamentos requeridos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Riesgo de vía aérea difícil <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Equipo de vía aérea difícil <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Verificación de equipo quirúrgico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Cupones _____ Instrumentación: _____ Prófisis antibiótica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
DIAGNÓSTICO _____		CUIDADO POSTQUIRÚRGICO	
PROCEDIMIENTO _____		CIRUJANO Tiempo quirúrgico _____ Horas _____ Min Presión y/o volumen <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Cuid: _____ Complicaciones quirúrgicas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Cuid: _____ Sala contaminada <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Hemorragias intraquirúrgicas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Volumen: _____ cc Infecciones expuestas: _____	
INGRESO/ TRANSFER		INSTRUMENTADORA QUIRÚRGICA	
SI NO COMPLETACION INCIDENTE		Nombre y apellido cirujano/a o residente	
Brazalete de identificación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Brazalete corresponde a la identificación <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Aviso <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Consentimiento informado quirúrgico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Consentimiento de anestesia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Indicaciones diagnósticas disponibles <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Reserva de hemoderivados <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Confirmada reserva de hemoderivados <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Solidez de UCI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Disponibilidad de UCI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Brazalete de alergias <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		Estrategia de postaje o cultivo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Compresas intraquirúrgicas solicitadas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Recuento de compresas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Recuento final <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Casas terapéuticas solicitadas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Recuento de gases <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Recuento final <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Tornabidas intraquirúrgicas solicitadas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Recuento de tornabidas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Recuento final <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Recuento instrumental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Falta de equipo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
CUERPO		UBICACIÓN DE LA PLACA	
SIGNOS VITALES FR: _____ mmHg TA: _____ mmHg FC: _____ /min Saturación O2: _____ %		Nombre y apellido anestesiólogo/a residente	
APERTURA OCULAR Espantinas 4 <input type="checkbox"/> Orientado 9 <input type="checkbox"/> Obedece órdenes 8 <input type="checkbox"/> A la voz 3 <input type="checkbox"/> Desorientado 4 <input type="checkbox"/> Localiza dolor 1 <input type="checkbox"/> Al dolor 2 <input type="checkbox"/> Incomprensible 3 <input type="checkbox"/> Reacciona al dolor 4 <input type="checkbox"/> Sin apertura ocular 1 <input type="checkbox"/> Incomprensible 2 <input type="checkbox"/> Reacciona al dolor 3 <input type="checkbox"/> No respuesta 1 <input type="checkbox"/> No respuesta 1 <input type="checkbox"/>		Presencia inicial de energía: Corde _____ Compilación _____ Recuento inicial de gases _____ Recuento inicial de compresas _____ Recuento inicial de tornabidas _____	
RESPUESTA VERBAL Respuesta verbal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Respuesta rotunda <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Pruebas dentales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Pruebas dentales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Estado de prótesis dental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Mantenimiento de prótesis dental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		CIRUJANO Tiempo estimado de cirugía _____ Horas _____ Min Hemorragia estimada <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Volumen: _____ cc Reserva de hemoderivados coordinada <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Confirma antibiótico profiláctico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Confirma complicación o incidente de anestesia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Cuid: _____ Verifica instrumental e insumos quirúrgicos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>	
RESPUESTA ROTUNDA Respuesta rotunda <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Pruebas dentales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Pruebas dentales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Estado de prótesis dental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Mantenimiento de prótesis dental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		Nombre y apellido cirujano/a o residente	
RESPUESTA VERBAL Respuesta verbal <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Respuesta rotunda <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Pruebas dentales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Pruebas dentales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Estado de prótesis dental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Mantenimiento de prótesis dental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		ANESTESIÓLOGO Revisión de anestesia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Cuid: _____ Liquidos administrados _____ Transferencias GR _____ Unids PLT _____ Unids PFC _____ Unids CC Autobrazaleteado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Volumen: _____ cc Tiempo de anestesia _____ Horas _____ Min	
RESPUESTA ROTUNDA Respuesta rotunda <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Pruebas dentales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Pruebas dentales <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Estado de prótesis dental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Mantenimiento de prótesis dental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>		Nombre y apellido del anestesiólogo/a residente	



NO OLVIDES

1. Verificar que es el Paciente correcto.
2. Mantener una buena comunicación con el equipo de trabajo



5. Detectar, prevenir y reducir el riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Recomendaciones Estándar Para Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud:

- ✎ Higiene de manos.
- ✎ Uso de guantes.
- ✎ Uso de elementos de protección personal (EPP).
- ✎ Prevención de exposiciones por accidentes con instrumentos cortopunzantes.
- ✎ Cuidados para el manejo del ambiente y de la ropa, los desechos, soluciones y equipos.
- ✎ Higiene respiratoria y etiqueta de tos.
- ✎ Limpieza y desinfección de dispositivos y equipos biomédicos.



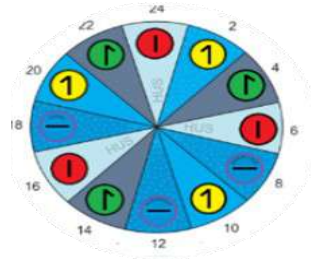


6. Procesos para la prevención y reducción de la Frecuencia de Caídas.

Siete pasos para prevenir caídas.

1. Valorar las condiciones del paciente y establezca el riesgo de caídas e identifique con manilla naranja.
2. En restricción de movimiento revise la inmovilización del paciente.
3. Eduque al usuario, familia y/o cuidador sobre medidas preventivas para el riesgo de caídas.
4. Brinde apoyo en los traslados de paciente.
5. Mantenga las barandas de la cama o camilla arriba.
6. Mantenga la cama a una altura baja.
7. Realice rondas de enfermería periódicas durante el turno.

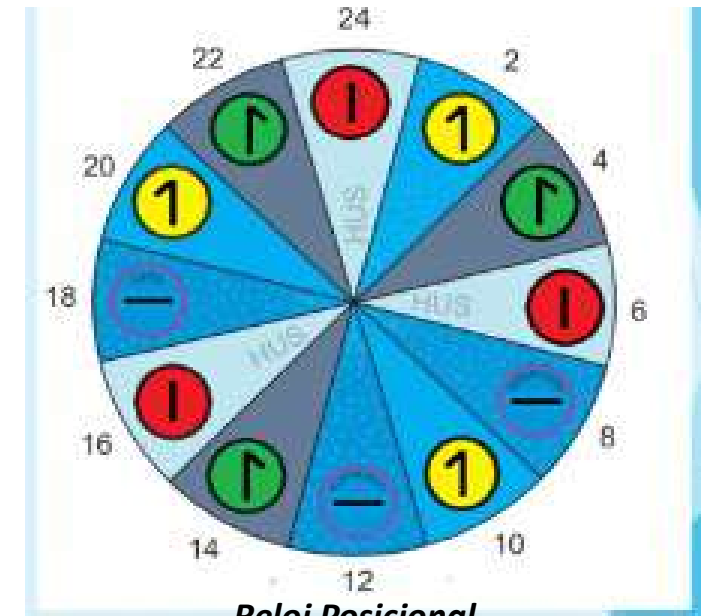




7. Prevenir las Zonas de Presión.

Recuerda aplicar los siguientes pasos para la Prevención de Zonas de Presión

- Realice la valoración del riesgo diligenciando la escala de Braden.
- Si en la valoración el riesgo es ALTO o MODERADO coloque el adhesivo marrón o punto marrón en la manilla blanca y rotulo de identificación.
- Coloque el Reloj Posicional cerca a la unidad del paciente y realice los cambios según el mismo.
- Mantenga seco y limpio el paciente.
- Hidrate la piel, proteja y acojine las prominencias óseas.
- Rote los dispositivos que puedan generar presión en la piel.



¡Importante!

Al paciente con restricción de movimiento también se le deben aplicar las anteriores estrategias.



Sistema de reporte y Gestión de Eventos Adversos.

La ESE – HUS cuenta con un Sistema de Reporte y Gestión de Eventos Adversos e Incidentes

REPORTE: Eventos Adversos - Incidentes

1. Reporte Voluntario
2. Búsqueda Activa

Características del Reporte.

- ❖ Con énfasis en Aprendizaje.
- ❖ **No Punitivo.**
- ❖ Asegurar la confidencialidad.
- ❖ Voluntario.

FORMULARIO DE REPORTE DE EVENTO ADVERSO E INCIDENTE

FECHA DE REPORTE	SERVICIO	CUBA	NUMERO Y APELLIDO DEL PACIENTE	EDAD
...
...
...

DESCRIPCIÓN DEL EVENTO ADVERSO E INCIDENTE

...

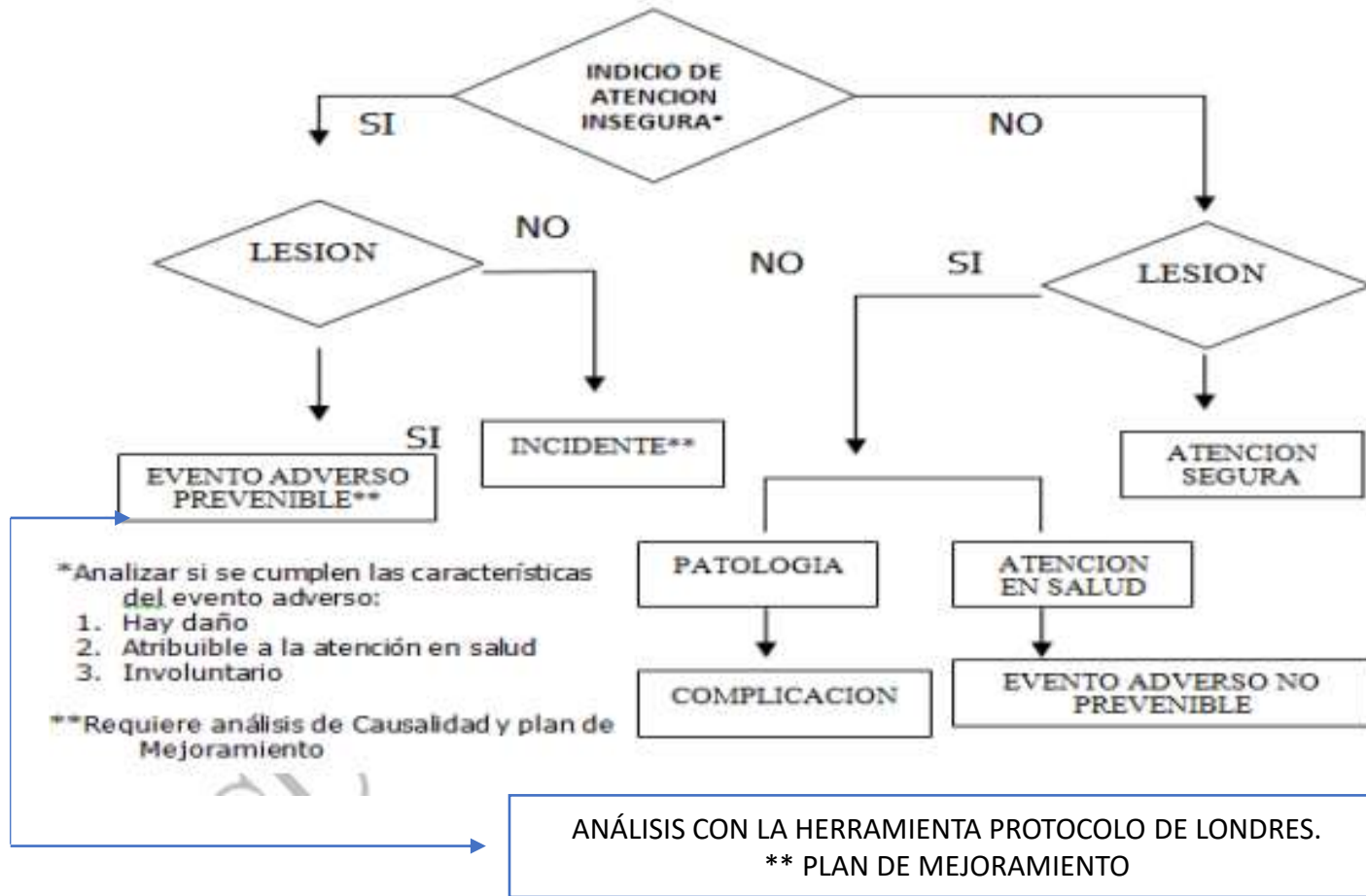


¡Importante!

-El tiempo máximo de un incidente o de un evento adverso es de 24 horas. (reportar lo mas pronto posible).
-En caso de evento adverso o centinela, se debe reportar de inmediato.



Sistema de reporte y Gestión de Eventos Adversos.

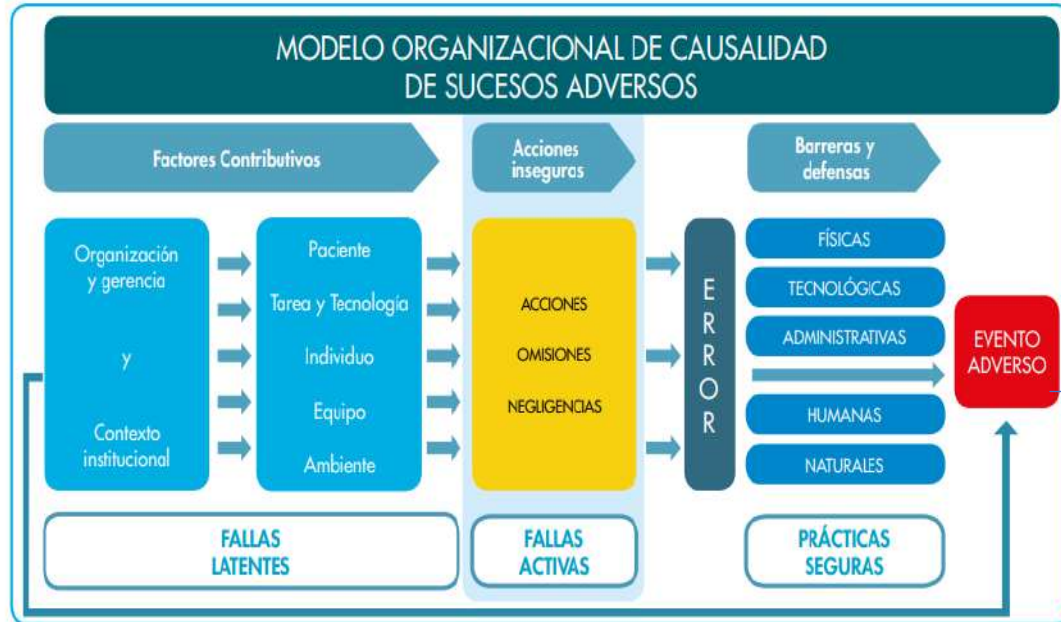


FLUJOGRAMA DE DETERMINACION DE EVENTO ADVERSO.

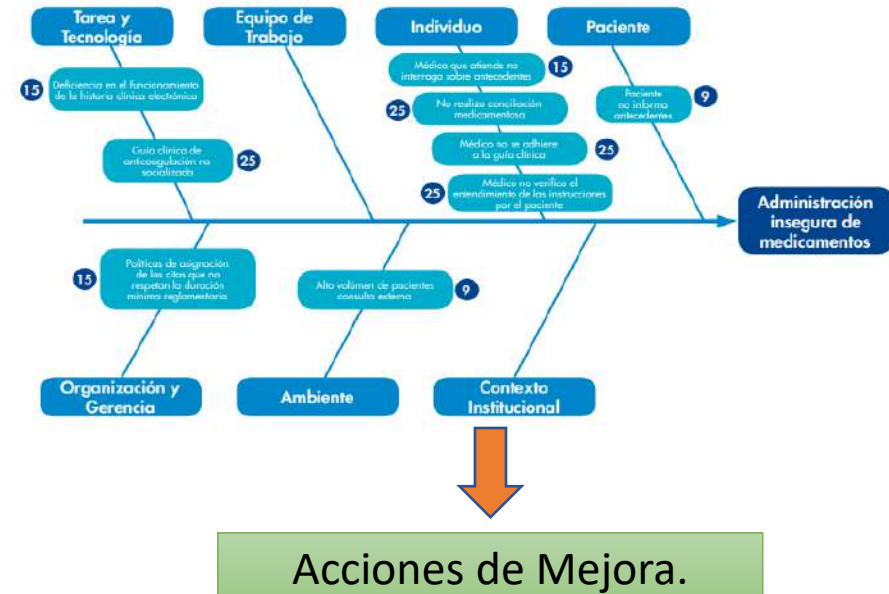


Sistema de reporte y Gestión de Eventos Adversos.

PROTOCOLO DE LONDRES



Análisis Causa – Raíz.



Acciones de Mejora.

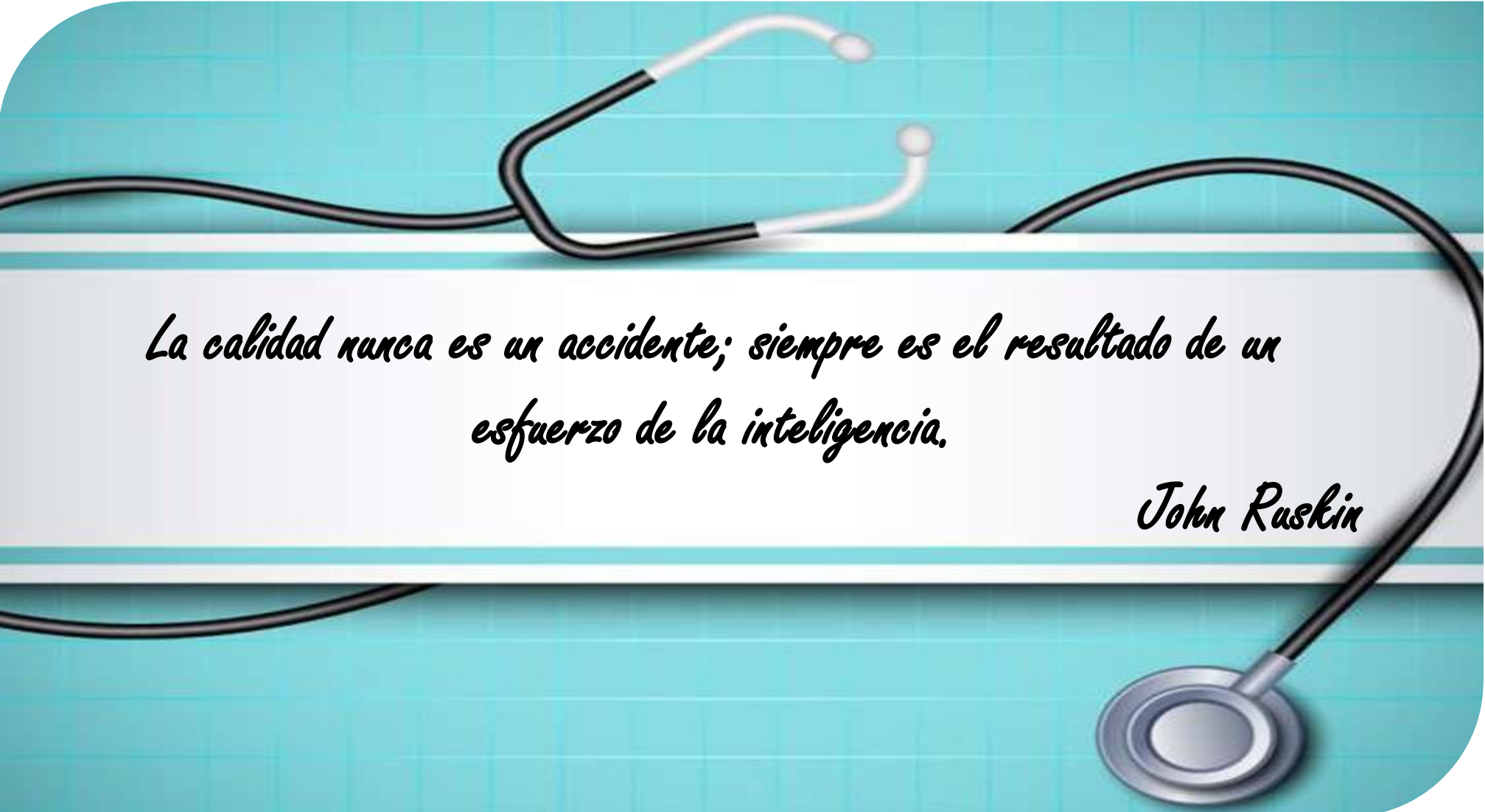
ACTIVIDAD	FECHA EJECUCIÓN	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO
P:			
H:			
V:			
A:			



Que no se debe reportar en la plataforma de seguridad del paciente



- Quejas por comportamiento de compañeros, familiares o pacientes.
- Perdida de equipos o insumos
- Solicitudes de mantenimiento de equipos o planta física.



*La calidad nunca es un accidente; siempre es el resultado de un
esfuerzo de la inteligencia.*

John Ruskin

- Link evaluación:

<https://forms.gle/ukbHVp8Unp15BTgv7>

ACCIDENTES
ERRORES MEDICACIÓN
RECLAMACIONES
VARIABILIDAD CLÍNICA
GESTIÓN RIESGOS CLÍNICOS
CULTURA DE SEGURIDAD
LISTAS DE VERIFICACIÓN
DESCUIDOS Y LAPSUS
SEGURIDAD
de los **PACIENTES**
INFECCIONES
MOSCOCOMIALES
IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES
AMFE
ALARM
SISTEMAS DE INFORMACIÓN
INCERTIDUMBRE
NOTIFICACIÓN INCIDENTES
PULSERAS DE IDENTIFICACIÓN
REGISTRO DE MANOS
BARRERAS
ERRORES DE LADO
LATROGENIA
INCIDENTES
NEGLIGENCIAS
PROTOCOLOS Y GUÍAS
VARIABILIDAD CLÍNICA
INCERTIDUMBRE
TECNOCRACIA
GESTIÓN DE CRISIS

GRACIAS

HOSPITAL
UNIVERSITARIO
DE SANTANDER

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

