

VISITA DE : SEGUIMIENTO ___ AUDITORIA <u>X</u> ASESORIA ___ SOLICITUD INFORMACION ___
ASUNTO: AUDITORIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
Dependencia, Fecha y Hora: SEGURIDAD DEL PACIENTE – Noviembre 28/2023 HORA : 10:00 AM
Funcionarios que atienden la visita: Enfermera Jefe – VIVIANA PEÑA.
Funcionario(s) de Control Interno: DIEGO ESCOBAR VALENCIA JEFE DE CONTROL INTERNO.
OBSERVACIONES DEL TEMA DE VISITA
<p>OBJETO DE AUDITORIA:</p> <p>La auditoría de salud es un sistema de estandarización de procesos gestión no solo de que busca evaluar a los profesionales que prestan un servicio sanitario a un usuario que posee alguna necesidad y que afecta su calidad de vida, sino que es una serie de elementos cuyo propósito es brindar la mejor calidad de servicio posible a través de recursos limitados.</p> <p>La política de Seguridad del Paciente en la E.S.E Hospital Tomas Uribe Uribe E.S.E. es un conjunto de prácticas institucionales tendientes a aumentar los niveles de seguridad en la prestación del servicio. A través de la gestión del riesgo, el fortalecimiento del reporte y de la cultura del autocontrol; propendemos por minimizar la posibilidad de materialización de aquellos riesgos identificados en un evento que cause daño a los pacientes.</p> <p>Evaluar la gestión de eventos adversos en la Institución Prestadora de Servicios de Salud, determinar el impacto de las acciones preventivas, correctivas y de mejoramiento establecidas para los eventos e incidentes identificados, de igual forma evaluar la gestión en torno a la vigilancia de estos, además de la efectividad en el cumplimiento de la política de seguridad del paciente.</p> <p>Evento adverso: Daño o complicación no intencional (accidental) consecuencia del cuidado médico o todo aquel derivado del cuidado de la salud (y no de la enfermedad misma del paciente).</p> <p>Incidente: Aquel acontecimiento o situación que potencialmente podría haber causado daño pero que no lo ha hecho a causa de la presencia de una barrera de seguridad del paciente que lo ha impedido o por casualidad. Son también llamados “casi errores”, situaciones al límite del error, error potencial</p> <p>ALCANCE: La auditoría tendrá como alcance la Vigencia 2023.</p>

TEMAS A TRATAR:

Eventos adversos:

- Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.
- Se notifican los errores que previsiblemente no vayan a dañar al paciente.
- Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.

Se hacen rondas de seguridad del paciente, se tiene una lista de chequeo donde se verifica que se haga buen cuidado del paciente. Existen mecanismos de reporte donde el personal del Hospital hace los respectivos reportes, se hacen auditorías internas donde se verifica las buenas prácticas. Existe una base de datos donde se hace el reporte dependiendo la clasificación y se envía al coordinador de área para sus análisis.

Los incidentes se socializan en Comité de seguridad del paciente y se le notifica al coordinador del área respectiva.

Percepción de seguridad: Se hace verificación de :

- Los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.
- Se aumenta el ritmo de trabajo.
- Se producen fallas por casualidad.
- En diferentes unidades hay o existen problemas relacionados con la seguridad del paciente.

Al haber aumento de trabajo es transversal, los funcionarios están capacitados para desempeñarse en todos los procesos (lavandería, cocina, estructura física entre otros). Todos los procedimientos se encuentran debidamente organizados. Si existen riesgos en las diferentes dependencias ya que los riesgos siempre son latentes hacen parte de la educación de los funcionarios.

Los servicios son buenos en coordinación con Talento Humano para minimizar riesgos en turnos asistenciales. Eventualmente los servicios se colapsan. Si se presentan fallas por casualidad por desconocimiento de protocolos institucionales.

Dimensiones : Unidad/Servicio, Se verificó si las siguiente acciones se llevan a cabo:

- El jefe o Director del Hospital expresa su satisfacción cuando se evitan riesgos en la seguridad del paciente.
- El Director tiene en cuenta las sugerencias que hace que hace el personal para mejorar los procesos en la seguridad del paciente.
- Cuando aumenta la presión del trabajo el jefe pretende que trabajen más rápido poniendo en riesgo la seguridad del paciente.
- El Director pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.
- Existen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.
- Se llevan a cabo medidas para evitar algún fallo en la atención del paciente.

- Se evalúan los cambios para comprobar la efectividad en el mejoramiento de la seguridad del paciente.

Es importante resaltar el compromiso de la Dirección del Hospital para que la seguridad del paciente sea óptima, dentro del desarrollo de los comités de Gerencia se expresa la satisfacción públicamente y da recomendaciones de mejora, se tienen en cuenta las sugerencias, en coordinación con el comité de dirección médica se tienen en cuenta las dificultades que existen.

El Hospital cuenta con un Comité de Seguridad del paciente donde se evalúan los eventos, incidentes y se establece un plan de mejora.

El Director del hospital se da cuenta, se envían los reportes, lo mismo hacen las EPS donde se hace gestión a los hallazgos. No se han evidenciado, no se incrementa el horario y no se sobrepasan las horas de los turnos de trabajo. No los pasa por alto.

Existen varias actividades: Se hace cuadro de turnos con cronogramas (mensual). Y se hace cronograma de rondas el cual es anual.

Para evitar riesgos , se tienen:

- Los baños tiene pisos antideslizantes.
- Las barandas en las camas se encuentran funcionando en buen estado.
- Las camillas se encuentran en buen estado.
- Luces adecuadas por infraestructura.
- Se hace identificación del paciente con manillas de ingreso.
- Se lleva una administración segura de medicamentos con personal requerido para el área.
- Se cuenta con personal de Tomas King para la prevención de úlceras por presión.
- Se hacen rondas de seguridad de piel sana.

Se hace comité de seguridad del paciente donde se evalúan los servicios con poca adherencia y se evalúa para implementar planes de acción. (Segundo martes de cada mes). Se hace rondas de seguridad del paciente los días jueves.

Trabajo en Equipo: Se hizo seguimiento a los siguientes interrogantes:

- El personal se apoya mutuamente.
- Cuando el trabajo es mucho, hay colaboración de todos como equipo.
- Hay buen trato en unidad de trabajo.
- Hay ayuda cuando algún funcionario está sobrecargado de trabajo.

Cabe resaltar que el personal del Hospital trabaja armónicamente de la mano de los coordinadores, todos los funcionarios se consideran iguales, con compromiso y ayuda mutua. Los funcionarios están capacitados para suplir las diferentes necesidades y colaborar en áreas que sea necesario por sobrecarga de trabajo.

Si existe apoyo de personal de infecciones. Existe colaboración cuando hay varias tareas se divide el personal para el logro de las metas. Existe buen trato y compañerismo con

respeto mutuo entre los funcionarios. Se trata de dividir tareas y así dar apoyo para dar cumplimiento.

Comunicación: se hizo seguimiento a lo siguiente.

- Cuando el funcionario ve algo que puede afectar negativamente la atención que recibe el paciente lo denuncia con libertad.
- El personal puede cuestionar con libertad las decisiones de los jefes.
- Hay temor en hacer preguntas sobre algo que no se hace correctamente en la atención al paciente.
- Surgen problemas en la atención a los pacientes cuando hay cambios de turno.
- Hay coordinación entre las diferentes unidades del Hospital.
- La atención centrada en el paciente responde a las preferencias individuales de los pacientes a sus necesidades y valores.

Se celebró el día mundial de Seguridad del Paciente.

Se elaboró el cronograma de rondas o visitas a los diferentes procesos los cuales se hicieron según lo programado durante el año. Dichas Rondas se efectuaron a partir de la tercera semana de enero de 2022 hasta la segunda semana de diciembre.

La cultura es no punitiva, se hace el reporte por la plataforma de chamilo y se gestiona dependiendo del riesgo.

Es difícil ya que cada cual tiene fundamentos distintos, pero cuando es una directiva del superior, se hace como está estipulado.

Cuando hay cambios de turno, no existe pero si hay un problema está inestable se atrasa la ronda para dar prioridad al paciente y el personal puede retardar su salida.

Si existe coordinación y están articulados con seguridad para dar respuesta a los hallazgos encontrados.

Todo se atiende en el tiempo estipulado, en el caso de que haya un paciente con criterio de severidad se da prioridad.

La oficina de Seguridad del Paciente coordinó campañas educativas dentro de las cuales podemos mencionar:

- 1.- Semana de seguridad del paciente (Octubre 02 al 06 de 2023).
- 2.- Píldoras educativas de política de seguridad.
- 3.- Píldoras de medios de reporte (periódicamente).
- 4.- Prevención de úlceras por presión (identificación del paciente).
- 5.- Inducción en Auditorio de Agora de las diferentes áreas asistenciales.
- 6.- Divulgación de protocolos:
 - Preparación de paciente quirúrgico.
 - Preparación para ceper.
 - Higiene y baño de pacientes.
 - Comunicación asertiva.
 - Prevención Marsi-Dai.
 - Cuidados de acceso venoso.
 - Protocolo de Venopunción.
 - Fijación de dispositivos invasivos.

- Mecanismo de respuesta a eventos.
- Abordaje a segunda y tercera víctima.

SISTEMA GESTIÓN DE RIESGOS

ANALISIS DE RIESGOS:

RIESGO N. 1: Posibilidad de identificación incorrecta del Paciente en los diferentes servicios de la ESE.

Causas:

1. Desconocimiento del proceso. actividad o procedimiento (TALENTO HUMANO)
2. Falta de experiencia y agilidad en el trabajo del talento humano
3. Alta Rotación del personal

Controles existentes:

- Manejo de manilla de identificación
- Rondas de seguridad, verificando el cumplimiento
- Inducción y reinducción
- Seguimiento a las listas de chequeo y al reporte de eventos Registros diarios de cantidades

RIESGO N. 2: Posibilidad de presentarse administración insegura de medicamentos a los pacientes

Causas:

1. Desconocimiento del proceso. actividad o procedimiento (TALENTO HUMANO).
2. Falta de experiencia y agilidad en el trabajo (TALENTO HUMANO).
3. Desconocimiento de las metodologías, herramientas y/o medios aplicados. (DIRECCIONAMIENTO, PROCESO).
4. Falta de estandarización del proceso. (DIRECCIONAMIENTO, PROCESO)

Controles existentes:

- Aplicación de listas de chequeo de medicación segura incluida en rondas de seguridad
- Medición cumplimiento de 5 correctos en la preparación y 5 correctos de la administración segura de medicamentos.
- Socialización constante de meta administración segura de pacientes
- Rondas de búsqueda activa
- Inducción y reinducción Cronograma de mantenimiento

RIESGO N. 3: Posibilidad de daño por caída del paciente.

Causas:

1. Desconocimiento del proceso. actividad o procedimiento
2. Falta de experiencia y agilidad en el trabajo
3. Desconocimiento de las metodologías, herramientas y/o medios aplicados.
4. Falta de estandarización del proceso.

Controles existentes:

- Desde el ingreso de paciente se realiza gestión del riesgo en el triage donde se clasifica al paciente con riesgo de caída con sticker de color naranja
- Clasificación del riesgo en tablero individual de paciente
- Ubicación de pacientes de acuerdo a criterios de riesgo
- En el servicio ambulatorio se clasifican pacientes con riesgo con manilla de identificación de color naranja.
- Rondas de seguridad
- Vigilar el cumplimiento de las barandas elevadas durante la estancia del paciente hospitalizado y durante los traslados.
- Educación al paciente y familia sobre los riesgos y como prevenirlos

RIESGO N. 4: Posibilidad de contraer Infecciones asociados a la atención en los pacientes

Causas:

1. Desconocimiento del proceso. actividad o procedimiento (TALENTO HUMANO).
2. Falta de experiencia y agilidad en el trabajo (TALENTO HUMANO).
3. Desconocimiento de las metodologías, herramientas y/o medios aplicados. (DIRECCIONAMIENTO, PROCESO).
4. Falta de estandarización del proceso. (DIRECCIONAMIENTO, PROCESO)

Controles existentes:

- Socialización y Verificación de cumplimiento de la meta en rondas de seguridad
- Aplicación de listas de chequeo para verificar cumplimiento de estrategias de prevención de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS)
- Verificación de cumplimiento del protocolo de aislamiento
- Verificación de cumplimiento del protocolo de aseo y desinfección hospitalaria y de equipos biomédicos
- Practicas seguras de lavado de manos y uso adecuado de EPP

RIESGO No 5 Posibilidad de que ocurran lesiones en la piel por presión en el paciente hospitalizado

Causas:

1. Desconocimiento del proceso. actividad o procedimiento (TALENTO HUMANO).
2. Falta de experiencia y agilidad en el trabajo (TALENTO HUMANO).
3. Desconocimiento de las metodologías, herramientas y/o medios aplicados. (DIRECCIONAMIENTO, PROCESO).
4. Falta de estandarización del proceso. (DIRECCIONAMIENTO, PROCESO)

Controles existentes:

- Escala de riesgos
- Identificación de pacientes con alto riesgo
- Educación al acompañante
- Cambios de posición de acuerdo al reloj
- Medidas anti escaras (valoración del estado nutricional, lubricación de la piel, utilización de la sabana de movimiento, protección de las prominencias óseas)

RIESGO N. 6: Posibilidad de presentarse falta de adherencia a la cultura del reporte de acciones inseguras.

Causas:

1. Desconocimiento del proceso. actividad o procedimiento (TALENTO HUMANO).
2. Falta de experiencia y agilidad en el trabajo (TALENTO HUMANO).
3. Desconocimiento de las metodologías, herramientas y/o medios aplicados. (DIRECCIONAMIENTO, PROCESO). Desactualización de la Política ambiental

Controles existentes:

- Reporte digital a través de chamilo, correo electrónico, chat de seguridad del paciente, oficina del SIAU, reportes desde auditoria
- Píldoras educativas en campo
- Evaluación mensual de los reportes

RECOMENDACIONES:

El informe de eventos adversos por servicio se envían dos veces al mes mensualmente a cada líder de proceso para su conocimiento, gestión y si es el caso los requieran volver a consultar los deben guardar en un archivo digital

Publicar la política de seguridad del paciente en lugar visible de cada centro asistencial y servicio de la Institución. Se hace en folletos

Mejorar los mecanismos de seguridad y restricción de acceso, procurando evitar la fuga de pacientes.(esto se puede dejar pero no es competencia del programa)

Conformar y dar continuidad al equipo de seguridad del paciente y al mecanismo de rondas de seguridad. Se tienen las bases necesarias para cumplir con los objetivos.

CONCLUSIONES DE LA AUDITORIA

La Oficina de Control Interno como resultado de la auditoria adelantada, conceptúa que la gestión del proceso auditado es aceptable, Desde la perspectiva del sistema de control interno, se aprecia la ejecución de controles que no son resultado de un análisis técnico

de administración de riesgos. El responsable del proceso deben planear y ejecutar las acciones de mejoramiento necesarias para subsanar las debilidades encontradas en el procedimiento auditor, las acciones de mejoramiento deben ser coordinadas por el responsable del proceso.



Proyectó: Diego Escobar Valencia
Elaboró: Diego Escobar Valencia
Revisó:
Aprobó: