



# Experiencia en la Implementación de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente



**Misión:** Dar una respuesta integral a los problemas de salud de los pacientes, con una atención eficiente, profesional y calidad, contemplando patologías progresivamente más complejas y **apuntado siempre a la mejora continua.**

# METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



Identificar correctamente  
a los pacientes



Garantizar una cirugía  
segura



Mejorar la comunicación  
efectiva



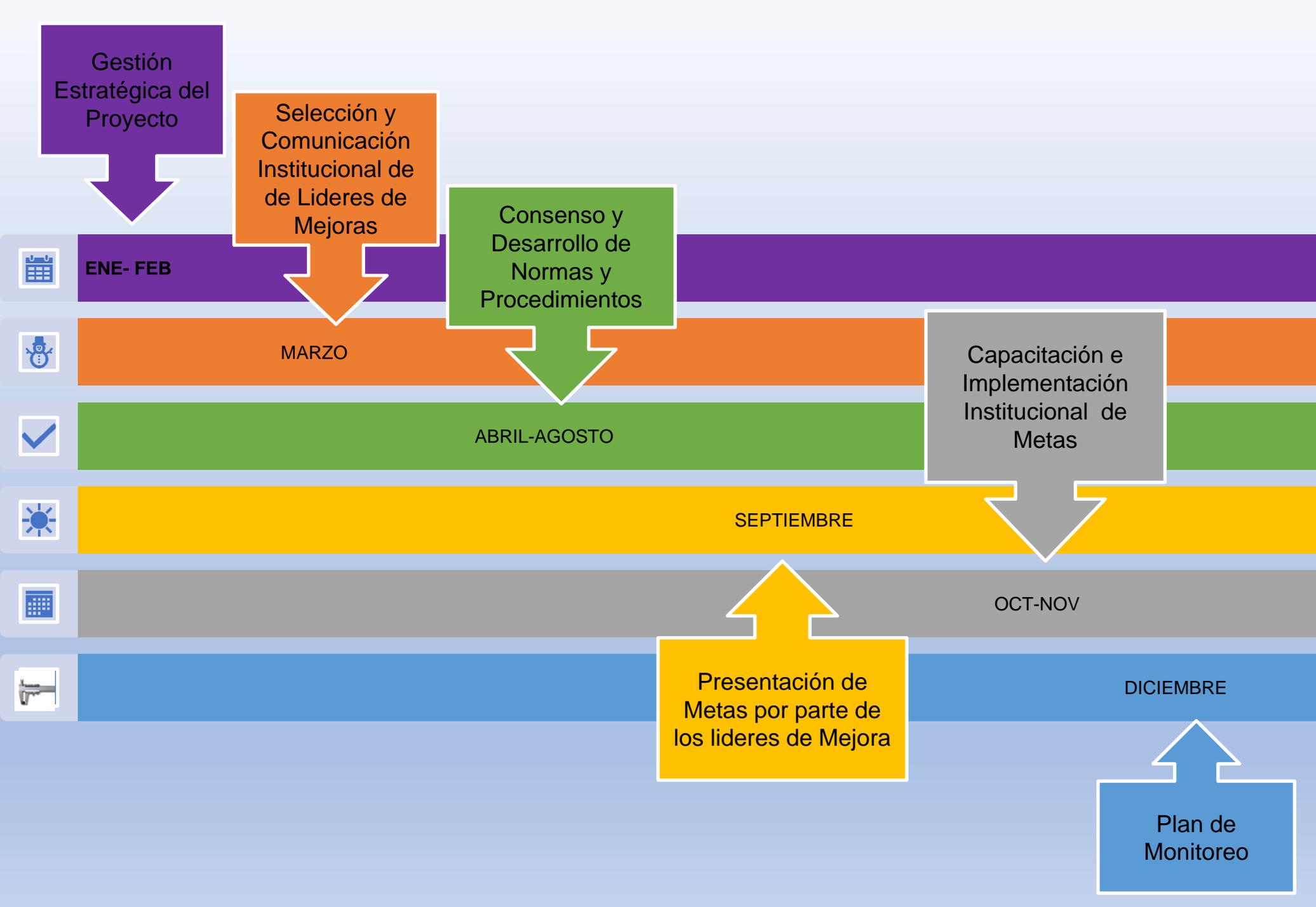
Minimizar el riesgo de  
infecciones asociadas a la  
atención sanitaria



Mejorar la seguridad de  
los medicamentos de  
alto riesgo



Minimizar el riesgo de  
daño al paciente causado  
por caídas



Gestión  
Estratégica del  
Proyecto



ENE- FEB



MARZO



ABRIL-AGOSTO



SEPTIEMBRE



OCT-NOV



DICIEMBRE

# PLANIFICACION Y GESTION

- Definir las Políticas de las 6 Metas



- Limitar
- Orientar
- Dirigir

| NORMA / POLÍTICA                             | NÚMERO NORMA/POLÍTICA | FECHA DE VIGENCIA | VERSIÓN | FORMA DE VIGENCIA |
|--|-----------------------|-------------------|---------|-------------------|
| Identificación Correcta de los Pacientes     | 01.00                 | 01/04/2019        | 01.00   | ESTADÍSTICA       |
| Garantizar una Cirugía Segura                | 04.01                 | 01/04/2019        | 01.00   | ESTADÍSTICA       |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                        | 02.01                 | 01/04/2019        | 01.00   | ESTADÍSTICA       |
| SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO | 03.01                 | 01/04/2019        | 01.00   | ESTADÍSTICA       |

**POLITICAS**

**NORMAS Y  
PROCEDIMIENTOS**

QUE

COMO

# EQUIPOS DE LIDERES DE MEJORA

## COMUNICAR

METAS

OBJETIVOS

ENTREGABLES

## BRINDAR

INSTRUCCIONES TECNICAS

SEGUIMIENTO



**CLINICA LA PEQUEÑA FAMILIA**

| NORMA / POLÍTICA                         | NÚMERO NORMA/POLÍTICA | FECHA DE VIGENCIA | ESTADO  |
|--|-----------------------|-------------------|---------|
| Identificación Correcta de los Pacientes | POL003                | 01/06/2019        | ESTABLE |

**1. INTRODUCCIÓN**  
El presente documento brinda el marco de referencia que pr...

**CLINICA LA PEQUEÑA FAMILIA**

| NORMA / POLÍTICA              | NÚMERO NORMA/POLÍTICA | FECHA DE VIGENCIA | ESTADO  |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|---------|
| Garantizar una Cirugía Segura | POL04                 | 01/04/2019        | ESTABLE |

**COMUNICACIÓN EFECTIVA**

NÚMERO NORMA / POLÍTICA: POL0203  
VERSIÓN: 01/00  
FECHA DE VIGENCIA: 01/04/2019

**GARANTIZAR UNA CIRUGÍA SEGURA**

NÚMERO NORMA / POLÍTICA: POL04.01  
VERSIÓN: 01.00  
FECHA DE VIGENCIA: 01/04/2019

**CLINICA LA PEQUEÑA FAMILIA**

| NORMA / POLÍTICA                             | NÚMERO NORMA/POLÍTICA | FECHA DE VIGENCIA | ESTADO  |
|--|-----------------------|-------------------|---------|
| Seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo | POL003                | 01/06/2019        | ESTABLE |

**SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO**

NÚMERO NORMA / POLÍTICA: POL003.01  
VERSIÓN: 01  
FECHA DE VIGENCIA: 01/04/2019

**CLINICA LA PEQUEÑA FAMILIA**

| RESPONSABLE       | FECHA | NORMAS Y PROCEDIMIENTOS | FECHA | RESPONSABLE      | FECHA |
|-------------------|-------|-------------------------|-------|------------------|-------|
| COMITÉ DE CALIDAD |       | ESTADO A CUMPLIR        |       | DIRECCIÓN MÉDICA |       |

Gestión de Calidad  
Comité de Calidad de la Clínica La Pequeña Familia  
calidad@grupopf.com.ar

Responsable de Gestión de la norma/política:  
Normas y Procesos

Gestión de Calidad  
Comité de Calidad de la Clínica La Pequeña Familia  
calidad@grupopf.com.ar

Responsable de Gestión de la norma/política:  
Evelina A. Crescia  
ecrescia@grupopf.com.ar

Responsable de Gestión de la norma/política:  
Evelina A. Crescia  
ecrescia@grupopf.com.ar

# JEFES DE SERVICIOS Y SUPERVISORES



Compromiso



Facilitadores



**CLINICA LA PEQUEÑA FAMILIA**

| NORMA / POLITICA                         | NÚMERO NORMA/POLITICA | FECHA DE VIGENCIA |
|--|-----------------------|-------------------|
| Identificación Correcta de los Pacientes | 0100                  | 01/04/2019        |

**INTRODUCCIÓN**  
El presente documento brinda el marco de referencia que...

**CLINICA LA PEQUEÑA FAMILIA**

| NORMA / POLITICA              | NÚMERO NORMA/POLITICA | FECHA DE VIGENCIA |
|-------------------------------|-----------------------|-------------------|
| Garantizar una Cirugía Segura | 0100                  | 01/04/2019        |

**COMUNICACIÓN EFECTIVA**

NÚMERO NORMA / POLÍTICA: POL.0029  
VERSIÓN: 01.00  
FECHA DE VIGENCIA: 01/04/2019

**GARANTIZAR UNA CIRUGÍA SEGURA**

NÚMERO NORMA / POLÍTICA: POL.04.01  
VERSIÓN: 01.00  
FECHA DE VIGENCIA: 01/04/2019

**SEGURIDAD DE LOS MEDICAMENTOS DE ALTO RIESGO**

NÚMERO NORMA / POLÍTICA: POL.003.01  
VERSIÓN: 01  
FECHA DE VIGENCIA: 01/04/2019

**CLINICA LA PEQUEÑA FAMILIA**

| NORMA / POLITICA                             | NÚMERO NORMA/POLITICA | FECHA DE VIGENCIA |
|--|-----------------------|-------------------|
| Seguridad de los Medicamentos de Alto Riesgo | 003.01                | 01/04/2019        |

**REDACCIÓN**

| REDACCIÓN      | REVISIÓN        | APROBACIÓN      |
|----------------|-----------------|-----------------|
| RESPONSABLE    | RESPONSABLE     | RESPONSABLE     |
| FIRMA          | FIRMA           | FIRMA           |
| COMPTE DE CAD. | EDICIÓN PREVIAS | SERIECÓN MÉDICA |



Selección y  
Comunicación  
Institucional de  
de Lideres de  
Mejoras



ENE- FEB



MARZO



ABRIL-AGOSTO



SEPTIEMBRE



OCT-NOV



DICIEMBRE

# SELECCIÓN DE LIDERES DE MEJORA

## LIDERES

Formación

Trayectoria Laboral

Liderazgo

Iniciativa

Proactividad

Trabajo en equipo

Relaciones interpersonales

## BENEFICIOS

- ✓ Certificados de participación
- ✓ Bono económico
- ✓ Formación en gestión de calidad
- ✓ Otorgamiento de días libres



# JORNADA DE COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

## Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

Te espe  
a las 19  
los nuev  
Clínica s  
materia

Capacitación

Presentación  
de equipos

Compromiso  
de toda la  
Institución

- Presentación General a cargo del Lic. Ariel Palacios
- Presentación de cada una de las Metas y Equipos de trabajo a cargo de los Líderes de Equipos.



ENE- FEB



MARZO



ABRIL-AGOSTO



SEPTIEMBRE



OCT-NOV



DICIEMBRE

Consenso y  
Desarrollo de  
Normas y  
Procedimientos



# TRABAJO DE LOS EQUIPOS

## OBJETIVOS

- Relevar procedimientos vigentes
- Lograr consenso con áreas involucradas
- Generar procedimientos

## ENTREGABLES

- Reuniones mensuales con el CCSP



| STD    | COMPONENTE                                    | QUÉ HAY                      | QUÉ SE REQUIERE  | PLAN  |
|--------|---|------------------------------|--|---|
| IPSG 2 | Comunicación de resultados críticos           | * No hay norma ni mediciones | A) definir listado de valores críticos a comunicar desde Laboratorio, Imágenes, estudios al pie de la cama, anatomía patológica, etc<br><br>B) Quién comunica a quién los resultados (Read Back)                               | 1) Reunirse con líderes de Laboratorio, Imágenes, Anatomía Patológica y cardiología, Cámara Gamma, Endoscopia y otros de Dx, para definir listado de valores críticos a comunicar quién comunica a quién los resultados (Read Back) y cuáles y en dónde se escriben<br>2) Difundir la norma<br>3) Entrenar a todos los involucrados |
| IPSG 2 | Indicaciones verbales y/o telefónicas         | * No hay norma ni mediciones | 1) Redactar PP definiendo:<br><br>A) cuáles indicaciones pueden brindarse de maneraverbal y/o telefónicas<br><br>B) Quién a quién puede darla<br><br>C) Read Back y escritura de la misma teniendo en cuenta el marco temporal | 1) Reunirse con líderes médicos y de enfermería para Consensuar los puntos fundamentales de la meta: Cuáles indicaciones pueden darse verbal y/o telefónicamente, quién a quién, read back.<br>2) Escribir y difundir la norma<br>3) Entrenar a todos los involucrados  |
| IPSG 2 | Comunicación en pase médico                   | * No hay norma ni mediciones | Definir procedimientos e instrumentos (IBAR / IPASS) para pase de guardia médica   | 1) Reunirse con líderes médicos de todas las áreas de atención para explicar los objetivos y solicitar la creación de instrumentos<br>2) Construir ls instrumentos<br>3) Entrenar a todos los involucrados  |
| IPSG 2 | Comunicación en pase de enfermería            | * No hay norma ni mediciones | Definir procedimientos e instrumentos (IBAR / IPASS) para pase de guardia de enfermería  | 1) Reunirse con líderes de enfermería de todas las áreas de atención para explicar los objetivos y solicitar la creación de instrumentos<br>2) Construir ls instrumentos<br>3) Entrenar a todos los involucrados  |
| IPSG 2 | Comunicación en pase de pacientes entre áreas | * No hay norma ni mediciones | Definir procedimientos e instrumentos (IBAR / IPASS) para pase de pacientes entre áreas  | 1) Construir los instrumentos con los líderes de las diferentes áreas<br>2) Entrenar a todos los involucrados   |

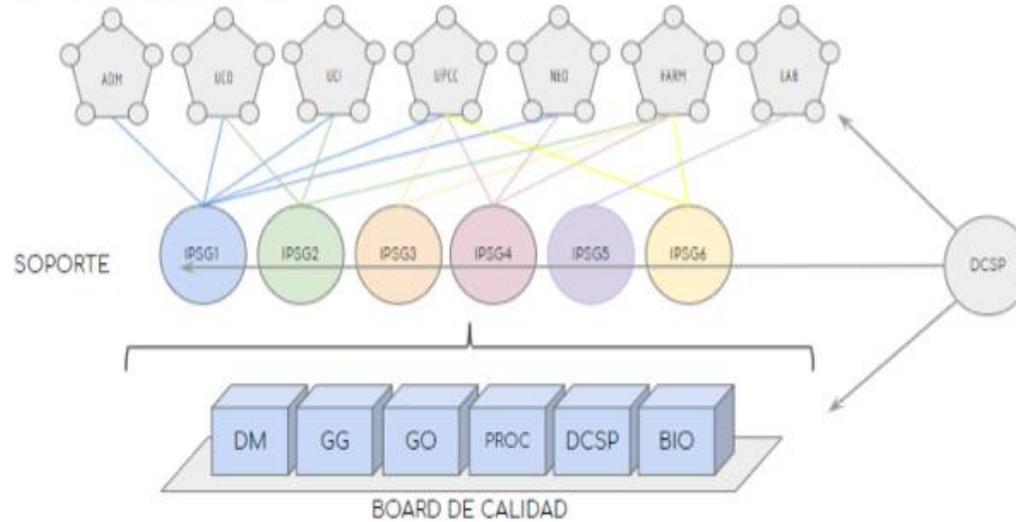
| STD    | COMPONENTE   | QUÉ HAY   | QUÉ SE REQUIERE  | PLAN   |
|--------|--|---|--|--|
| IPSG 6 | Valoración de riesgo de caídas en internados                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Hay escala, necesita mejorarse su aplicación</li> <li>* No hay norma</li> <li>* No hay mediciones de tasa de valoración</li> <li>* Hay mediciones de tasa de caídas</li> </ul> | Escribir PPs y mejorar performance de lo implementado  | 1) Reunirse con líderes de Pediatría a fin de definir estrategias e instrumentos para la reducción de caídas en dicha población                          |
|        |  |   |  | 2) mejorar performance de lo implementado en cuanto a valoración   |
|        |  |   |  | 3) Escribir PPs  |
|        |  |   |  | 4) Entrenar al personal  |
| IPSG 6 | Revaloración de riesgo   | <ul style="list-style-type: none"> <li>* Hay escala, necesita mejorarse su aplicación</li> <li>* No hay norma</li> <li>* No hay mediciones de tasa de valoración</li> <li>* Hay mediciones de tasa de caídas</li> </ul> | Definir los periodos y estrategias de revaloración del riesgo de caídas                                      | 1) Reunirse con líderes de enfermería para definir tiempos y estrategias de re valoración de riesgo de caídas  |
|        |  |   |  | 2) Incorporar lo resultado al PP   |
|        |  |   |  | 3) Reentrenar a las enfermeras   |
|        |  |   |  | 4) Medir y mejorar   |
| IPSG 6 | Valoración de riesgo de caídas en ambulatorios y documentación de la misma | * Nada implementado ni definido   | Definir estrategias e instrumentos para valoración y reducción de riesgo de caídas en pacientes ambulatorios | 1) Reunión con líderes médicos y administrativos de ambulatorio a fin de definir escalas y estrategias para valorar el riesgo de caídas en los pacientes |
|        |  |   |  | 2) Escribir PP   |
|        |  |   |  | 3) Entrenar al personal involucrado  |



COMITÉ DE CALIDAD Y  
SEGURIDAD DEL PACIENTE



ÁREAS DE ATENCIÓN Y SOPORTE





ENE- FEB



MARZO



ABRIL-AGOSTO



SEPTIEMBRE



OCT-NOV



DICIEMBRE

Presentación de  
Metas por parte de  
los lideres de Mejora





# PRESENTACION DE METAS

→ Se realizó una presentación para todo el personal de la Clínica



→ Cada equipo presenta su meta y plan de implementación





ENE- FEB



MARZO



ABRIL-AGOSTO



SEPTIEMBRE



OCT-NOV

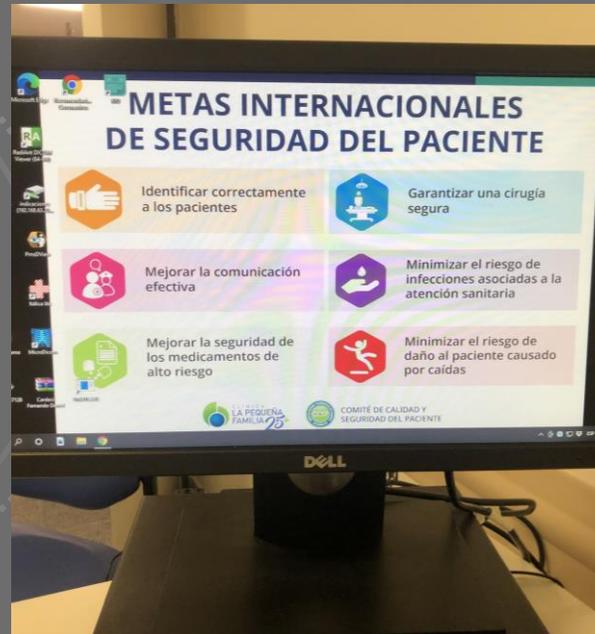
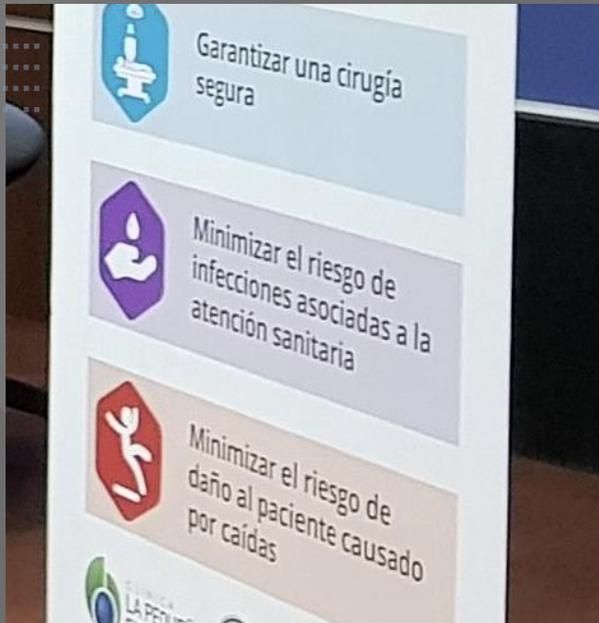


DICIEMBRE

Capacitación e  
Implementación  
Institucional de  
Metas



# COMUNICACIÓN E IMPLEMENTACION



# CAPACITACIONES

## CHARLAS



## ATENEO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



**ERRAR ES HUMANO, PERO ECHARLE LA CULPA  
AL OTRO ES MAS HUMANO TODAVIA**

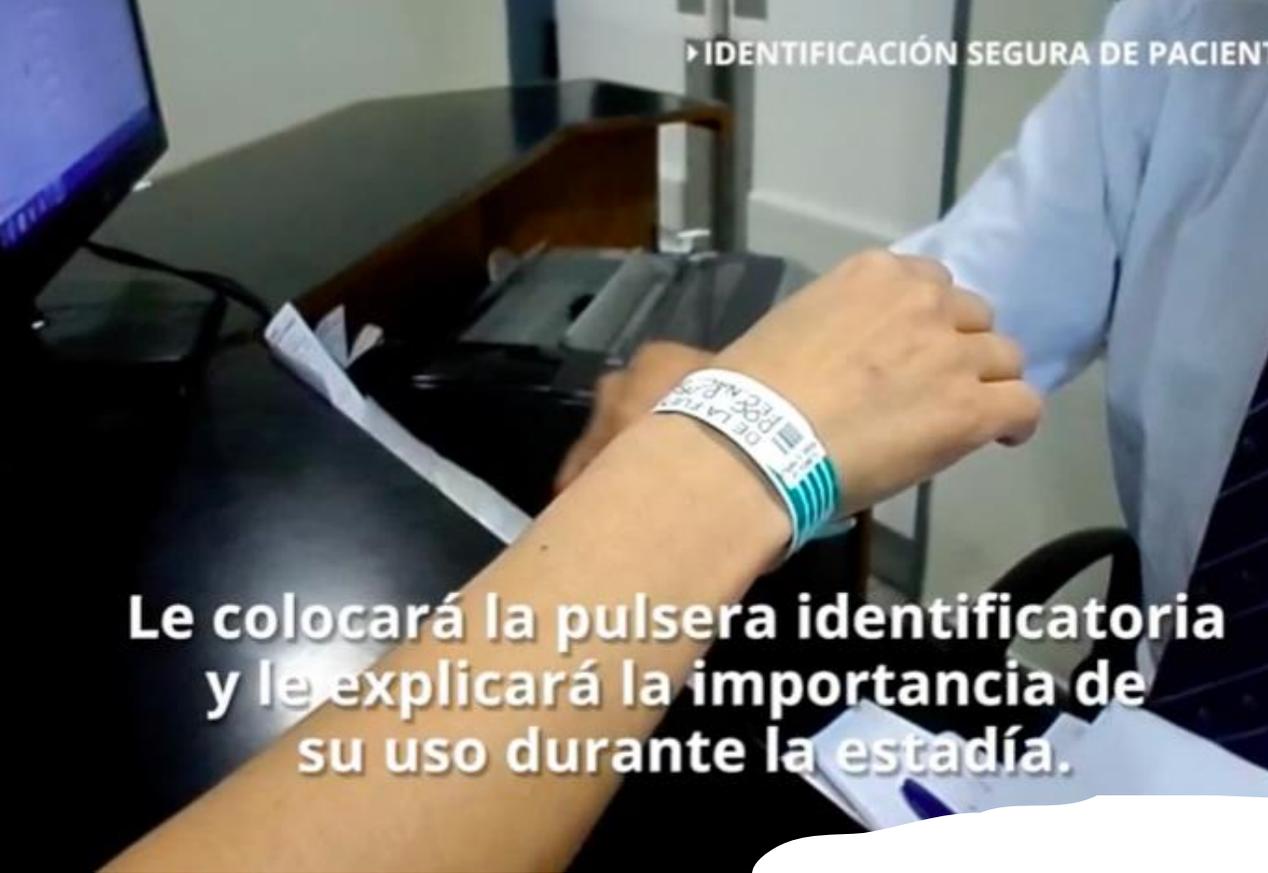
**ATENEO INSTITUCIONAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

El objetivo es discutir estrategias para mejorar la seguridad de los pacientes a través del análisis de errores cometidos en nuestra institución de una manera diferente a la tradicional, analizando los procesos y proponiendo mejoras.

**VIERNES 6 DE DICIEMBRE | 12 HS. | BIBLIOTECA**





Le colocará la pulsera identificatoria y le explicará la importancia de su uso durante la estadía.



CLÍNICA  
LA PEQUEÑA  
FAMILIA



Al realizarle un procedimiento invasivo, el médico corroborará sus datos

**VIDEOS  
INSTITUCIONALES**



ENE- FEB



MARZO



ABRIL-AGOSTO



SEPTIEMBRE



OCT-NOV



DICIEMBRE

Plan de  
Monitoreo



# MEDICIONES

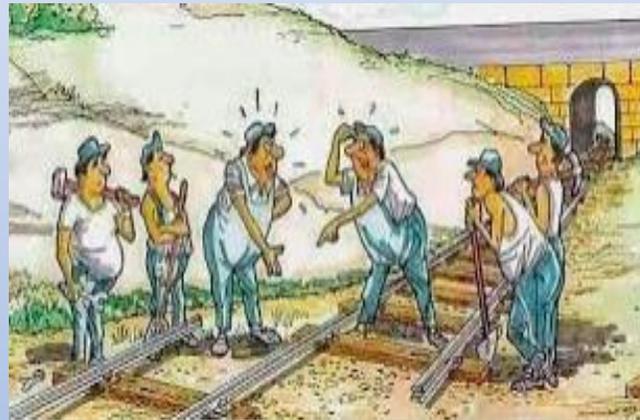
| <b>META</b>                  | <b>INDICADOR</b>                                | <b>METODOLOGIA</b>   |
|------------------------------|---|--|
| <b>Identificación</b>        | % de pacientes correctamente identificados      | 1 vez por semana las supervisoras de cada sector comunican cuantos pacientes hay internados (universo de la muestra) y cuantos tienen la pulsera con los datos correctamente colocada                                  |
| <b>Comunicación efectiva</b> | % de pases de guardia correctamente comunicados | 1 vez por semana, en forma presencial, se observan los pases de guardia del día previo. Identificando del total de pases observados (denominador) cuantos estaban fueron completados correctamente con el método ISBAR |
| <b>Check list quirúrgico</b> | % de check list completo                        | Diariamente se observan el total de check list quirúrgicos realizados sobre el total de cirugías realizadas  |
| <b>Caídas</b>                | Tasa de caídas                                  | Total de pacientes reportados que sufrieron caídas en el mes sobre el total de egresos   |

# CONCLUSION

**Es posible!!**



**Fortalezas**



**Dificultades**



# FORTALEZAS

Trabajo en  
equipo

Equipo  
interdisciplinarios



# DIFICULTADES



Falta  
Tecnología



Cambio de  
conductas



Resistencia  
al cambio



MUCHAS  
GRACIAS!!



[mdaddiego@grupolpf.com.ar](mailto:mdaddiego@grupolpf.com.ar)