



Resolución Directoral

Lima, 25 de Abril de 2018

Visto el Expediente Nº 18-010940-001, conteniendo el Nota Informativa Nº 033-2018-OGC/HNHU, de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicitando la aprobación del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018;

CONSIDERANDO:

Que, en el artículo VI del Título Preliminar de la Ley Nº 26842 – Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006-SA/DM se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes a la garantía y mejoramiento de la calidad, siendo uno de sus principales procesos ofrecer la seguridad del paciente, con herramientas prácticas para hacer mas seguros los procesos de atención, protegiendo al paciente de riesgos evitables;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 308-2010/MINSA, se aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 1021-2010/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía" cuya finalidad es disminuir los eventos adversos a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud;

Que, mediante Nota Informativa Nº 033-2018-OGC/HNHU, la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018;

Que, mediante Memorando Nº246-2018-OPE/HNHU la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico informa que mediante Nota Informativa Nº 015-2018-UPL-HNHU, la Unidad de Planeamiento indica que el referido Plan cumple con la estructura mínima para la elaboración de documentos técnicos así como también dicho Plan forma parte de la actividad operativa 0000009 Implementación de la gestión de la atención con enfoque de procesos, programado en el POA 2018;

Que, el objetivo general del Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018 es fortalecer una cultura de gestión del riesgo, a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas, previniendo la ocurrencia de los incidentes y eventos adversos;

Estando a lo informado por la Oficina de Asesoría Jurídica en su Informe Nº 141-2018-OAJ/HNHU;

Con el visado del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica y de la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico; y



De conformidad a las facultades establecidas en la Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM que aprueba el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y en el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue, aprobado por Resolución Ministerial N° 099-2012/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018, el mismo que forma parte de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución y seguimiento del Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018.

Artículo 3°.- La Oficina de Comunicaciones procederá a la publicación de la presente resolución en la Página Web del Hospital

Regístrese y comuníquese.



MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unanue"

DR. LUIS W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)
C.M.P. N° 27423

LWMMOHACH/Marlene G.

DISTRIBUCIÓN.

- () Dirección Adjunta
- () OAJ
- () Oficina de Gestión de la Calidad
- () Dptos Asistenciales
- () OC:
- () Archivo.



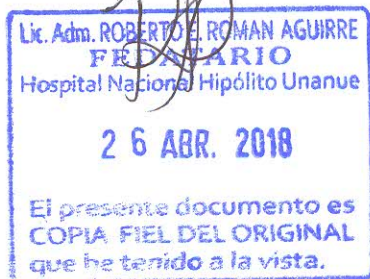
R.D. N° 069-2018-HNHU-DG



Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2018

OGC

Oficina de
Gestión de la
Calidad





EQUIPO DE GESTIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE

MC. LUIS MIRANDA MOLINA

Director General

MC. JUAN RODRÍGUEZ PRKUT

Director Adjunto

CPC. JESSICA CORREA ROJAS

Directora Ejecutiva de la Oficina de Administración

LIC. ELIZABETH SOTO MONTEJOS

Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico

EQUIPO TÉCNICO DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

M.C. WALTER ESPINOZA CUESTAS

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

M.C. Eissenia PALOMINO GONZALEZ

M.C. Sandra TRAVERZO VILA

Unidad de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud

M.C. Silvia VARGAS CHUGO

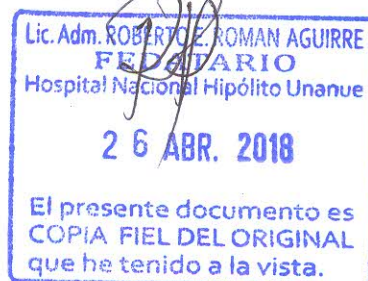
Unidad de Seguridad del Paciente

Bach. Daniel QUEVEDO TINCOPA

Unidad de Garantía de la Calidad

Sra. Karina HUAMÁN MURILLO

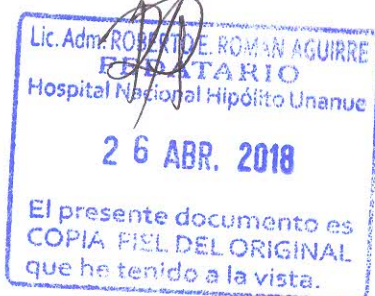
Secretaria





INDICE

I.	Introducción	4 - 5
II.	Finalidad	5
III.	Objetivo	5
IV.	Base legal	6
V.	Ámbito de aplicación	6
VI.	Contenido	7
5.1	Aspectos técnicos conceptuales en seguridad del paciente	7 - 8
5.2	Mapa estratégico	8
5.3	Actividades para la formalización, evaluación y presentación del plan anual de seguridad del paciente	9 - 12
VII.	Acciones por niveles de organización del sistema	12
VIII.	Responsabilidades	12
IX.	Presupuesto	13
X.	Anexos	14
	Anexo N° 1: Matriz de Programación de Actividades Operativas	15 - 19
	Anexo N° 2: Matriz de Seguimiento de Actividades Operativas	20 - 23
	Anexo N° 3: Formato de Reporte de la Encuesta de Seguridad del Paciente	24
	Anexo N° 3-A: Formato de Reporte de la Encuesta de Seguridad del Paciente – Problemas Identificados para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía – LVSC	25
	Anexo N° 4: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	26
	Anexo N° 5: Formato para Reportar a OGC Eventos Adversos – Criterios de Programación 2018	27
	Anexo N° 6: Modelo de Cronograma Anual de Rondas de Seguridad	28





I. INTRODUCCIÓN

La preocupación por todos los implicados en el mundo sanitario por ofrecer asistencia sanitaria segura nace con la misma práctica sanitaria, esta preocupación se mantuvo en un segundo plano hasta el inicio del siglo XX, ya que la calidad de atención sanitaria se focalizaba en conseguir resultados, sin darle demasiada importancia a los riesgos.

Sin embargo con la tecnificación y la instrumentalización de la asistencia sanitaria la práctica médica comenzó a ser más invasiva por lo tanto con mayor riesgo. Y por los años 1950-1960 algunos estudios dieron cuenta de los mismos, pero casi no se prestó atención a estos resultados.

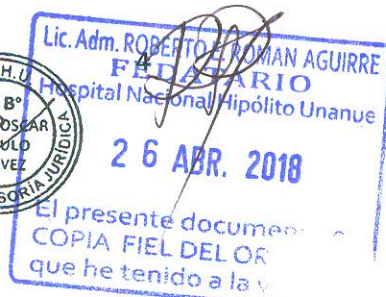
El nacimiento de la disciplina de seguridad del paciente surgió en EEUU alrededor de los 70 por varias circunstancias concurrentes: indemnizaciones por litigios en casos de mala praxis, empezaron a suponer importantes cantidades de las aseguradoras, algunos de estos casos tuvieron una repercusión mediática nacional como el de la reportera del Boston Globe con cáncer de mama que falleció tras ser administrada una dosis de quimioterapia 10 veces superior a la que le correspondía por una mala interpretación de la prescripción de su oncólogo. Al principio del decenio de 1990 empezó a disponerse de evidencias científicas sobre este problema con la publicación de los resultados del Harvard medical Practice Study en 1991. Investigaciones posteriores en Australia, Estados Unidos, Gran Bretaña e Irlanda del Norte, en particular la publicación en 1999 de "To err is human, building a safer health system" realizado por el instituto de medicina de los Estados Unidos, aportaron datos y colocaron el tema en la agenda de los programas políticos. Y se convierte en un problema de salud pública por el que se le da un enfoque nacional, priorizando sobre cualquier otro tema relacionado con la calidad de asistencia sanitaria la organización Mundial de salud (OMS).

A partir de esta evidencia se han puesto en marcha diferentes programas tanto nacionales como internacionales para mejorar la Seguridad del paciente.

En la asamblea mundial de la Salud, llevada a cabo en marzo del año 2002, los Estados Miembros de la OMS emitieron una resolución sobre la Seguridad del Paciente y en octubre de 2004, lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo propósito es llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los eventos adversos de la atención, evitar el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables.

Nace la "WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY", de 2004, la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Esta alianza propone lograr el compromiso de los Países miembros de la OMS para aumentar la seguridad en la atención en salud, a través del mejoramiento de la seguridad de los establecimientos de salud y de las buenas prácticas de atención, así como de la formulación de políticas de seguridad del paciente.

En ese marco, el Ministerio de Salud del Perú, decide impulsar la seguridad del paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, tales como el estudio de los eventos adversos y la gestión de riesgos en la atención en salud y la puesta en marcha de una estrategia que contribuya a brindar una atención limpia y segura en las Organizaciones de Salud.



Entonces la seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad.

Es en este contexto que se ve la necesidad promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Nacional Hipólito Unanue con el fin de establecer sistemas formadores y no punitivos para la comunicación de los incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente; y por tanto estandarizar el Plan de Seguridad de Paciente 2018.

Este documento ha sido elaborado siguiendo los lineamientos de la Oficina de Gestión de Calidad; que determino los criterios de trabajo del 2018 mediante EJES DE TRABAJO (6 ejes); donde en relación a seguridad del paciente tenemos:

EL EJE DE TRABAJO 4 QUE CORRESPONDE A: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

II. FINALIDAD

Contribuir a la estandarización de los servicios de salud, brindando una atención segura y de calidad, con prácticas que estén orientadas a la disminución y de ser posible la eliminación de los riesgos de eventos adversos en los procesos de atención sanitaria que brinda el Hospital Nacional Hipólito Unanue.

III. OBJETIVO

3.1. OBJETIVO GENERAL

Fortalecer una cultura de gestión del riesgo, a través de la difusión e implementación de buenas prácticas de atención en salud, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas, previniendo la ocurrencia de los incidentes y eventos adversos.

3.2. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
2. Fortalecer el Sistema de Registro - Notificación - Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Evento Centinela.
3. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente.
4. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación-Registro-Notificación-Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso y Evento Centinela).
5. Fortalecer el proceso de análisis de los eventos centinelas.

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 - Ley General de Salud y sus modificatorias.
2. Ley N° 29414 - Ley que establece los Derechos de las personas Usuarias de los Servicios de Salud.
3. Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
4. Decreto Supremo N°008-2017/SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
5. Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
6. Resolución Ministerial N° 676-2006-MINSA – "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
7. Resolución Ministerial N° 214-2018/MINSA, "NTS para la Gestión de la Historia Clínica"
8. Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
9. Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 020- MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalaria.
10. Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
11. Resolución Ministerial No 727-2009/MINSA se aprobó el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud".
12. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
13. Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía"
14. Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
15. Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos adversos y Eventos Centinelas.
16. Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS, aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.01 Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

V. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Seguridad del Paciente es de aplicación y cumplimiento obligatorio por todas las unidades productoras de servicios de salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue, el Comité de Seguridad del Paciente, y la Oficina de Gestión de la Calidad.





VI. CONTENIDO

6.1 ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

- **Acción insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras
- **Barrera de Seguridad:** Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
- **Acciones de mejoras:** son aquellas acciones que incrementa la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.
- **Cultura de Seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.
- **Evento Adverso:** Es una lesión imprevista, que produce daño al paciente, es causada por la atención de salud y no está relacionada al proceso de enfermedad.

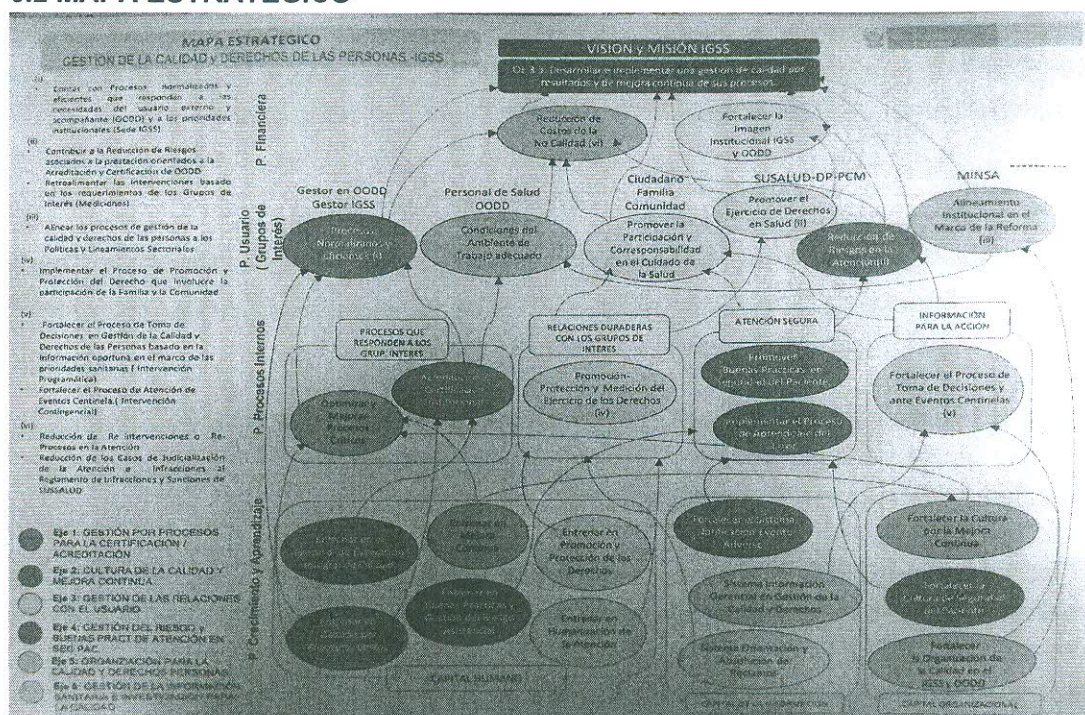
Clasificación:

- a) **Leve:** El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional momentánea o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia. Por ejemplo en este tipo de daño pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad.
 - b) **Moderado:** Cualquier evento adverso que necesita de intervención, como por ejemplo una cirugía al paciente, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o pérdida funcional de larga duración.
 - c) **Grave:** El paciente requiere una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida o causa un daño o pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- **Evento Centinela:** Es evento adverso grave que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.
 - **Gestión del Riesgo:** Se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.



- **Incidente:** Evento que no ha causado daño pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
- **Pausa quirúrgica:** Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles esenciales.
- **Protocolo de Londres:** Es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos centinela, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.
- **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.
- **Rondas de Seguridad:** Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio de salud o servicio médico de apoyo seleccionado al azar, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.
- **Seguridad del Paciente:** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del Sistema de Salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.

6.2 MAPA ESTRATÉGICO



Fuente OGCyD-IGSS

ROBERTO ROMAN AGUIRRE
FEDATARIO
Hospital Nacional Hipólito Unanue
26 ABR. 2018
El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista





6.3 ACTIVIDADES PARA LA FORMALIZACIÓN, EVALUACIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

EJE 4: "GESTIÓN DEL RIESGO Y BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE"

4.1 FORTALECER COMPETENCIAS EN BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN Y GESTIÓN DEL RIESGO.

Actividades:

ACT.1: Elaboración y aprobación del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipolito Unanue 2018, con Resolución Directoral (ver Anexo N° 1: Indicador N° 1).

ACT.2: Actualización y aprobación del "Comité de Seguridad del Paciente", con Resolución Directoral (ver Anexo N° 1: Indicador N° 2).

ACT.3: Actividades de capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio y Departamento referente a Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente (ver Anexo N° 1: Indicador N° 3).

4.2 FORTALECER EL SISTEMA DE REGISTRO, NOTIFICACIÓN, ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO

Todas las actividades de una organización implican riesgos; por lo que las organizaciones gestionan el riesgo; identificándolo, analizándolo y evaluándolo, para luego implementar medidas preventivas y correctivas de manera oportuna.

Actividades:

ACT.4: Actividades de capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio y/o Departamento referente al sistema de notificación de Eventos Adversos (ver Anexo N°1: Indicador N° 4).

ACT.5: Actividades de capacitación dirigida a integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas de Servicio y/o Departamento referente al análisis de Eventos Centinelas (ver Anexo N°1: Indicador N° 5).

ACT.6: Informe trimestral con el consolidado de registro y notificación de eventos adversos, donde se detalla la metodología, causa raíz de análisis de los Eventos Adversos presentados. Así mismo sobre la intervención en Eventos Adversos a todo el personal involucrado, con la finalidad de que se tenga conocimientos sobre el manejo de estas situaciones, antes, durante y después con el fin de poner estas herramientas en práctica. (ver Anexo N°1: Indicador N° 6).



4.3 FORTALECER BUENAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La implementación de prácticas seguras; constituye el elemento clave para mejorar la práctica clínica, por ello la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía" (LVSC), pretende reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas para mejorar la seguridad de sus operaciones y reducir el número de complicaciones y de defunciones quirúrgicas innecesarias; ya que su uso permanente se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.

Actividades:

ACT.7: Equipo conductor designado mediante resolución o documento oficial de sus respectivos hospitales, quienes implementarán la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. (ver Anexo N°1: Indicador N° 7).

ACT.8: Aplicación de la Encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (Ver Anexo N° 2 Y 2-A: ficha reporte a la OGC).

ACT.9: Informe semestral de la Encuesta aplicada de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía, según lo señalado en la RM N° 1021-2010/MINSA que aprueba la Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. (ver Anexo N°1: Indicador N° 9).

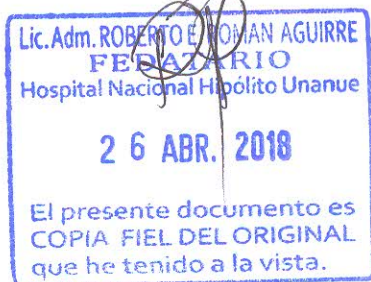
ACT.10: Informe trimestral de la evaluación de la aplicación correcta de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, para su respectivo análisis, (observación directa de la aplicación de la LVSC en las cirugías programadas) (Ver Anexo N° 3).

4.4 IMPLEMENTAR EL PROCESO DE APRENDIZAJE DEL ERROR (RONDAS DE SEGURIDAD; IDENTIFICACIÓN – REGISTRO – NOTIFICACIÓN - ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO)

Muchos de los incidentes y eventos adversos se deben a situaciones latentes del propio sistema, por ello la ronda de seguridad del paciente, como herramienta de calidad, permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, que consiste en una visita programada de una unidad productora de servicios de salud al azar de la institución, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

Actividades:

ACT.11: Equipo de rondas de seguridad del paciente, realiza visita programada de un servicio seleccionado al azar de la institución, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud, mínimo una ronda de seguridad al mes (ver Anexo N°1: Indicador N° 11 y Anexo N° 5).





ACT.12: Reportar el informe de cumplimiento de Buenas Prácticas de la Atención en Salud en el HNHU. (ver Anexo N°1: Indicador N° 12 del objetivo estratégico N° 4.4).

ACT.13: Implementación de las acciones de mejora, post ronda de seguridad del paciente, según prácticas inseguras identificadas en las UPSS (ver Anexo N°1: Indicador N° 13 del objetivo estratégico N° 4.4).

4.5 FORTALECER EL PROCESO DE ANÁLISIS DE LOS EVENTOS CENTINELA

Actividades:

ACT.14: Consolidación mensual del número total de eventos centinelas reportados según UPSS de la IPRESS, si se reportara algún caso (ver Anexo N° 4 – ficha reporte para incluir en su informe a la OGCyDP).

ACT.15: Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al Protocolo de Londres, si se presentara alguna notificación (ver Anexo N°1: Indicador N° 15 del objetivo estratégico N° 4.5).

EJE 6: "GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD"

6.1 FORTALECER EL SISTEMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD.

Actividades:

ACT.16: Monitoreo del Informe de capacitación y certificación al Equipo de Prevención y Control Integral de IASS/IIH respecto a las Normas Técnicas de Salud: Prevención y control de IASS/IIH vigentes (ver Anexo N° 1 Indicador N°16).

ACT.17: Monitoreo del Informe de Implementación del Equipo de prevención y Control Integral de IAAS/IIH con estructura organizacional adecuada (ver Anexo N°1: Indicador N° 17).

ACT.18: Monitoreo del Informe semestral de avance del Plan Maestro de Prevención y Control por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (ver Anexo N°1: Indicador N° 18).

ACT.19: Monitoreo de la operatividad del Comité de Prevención y Control de IASS conformado mediante Resolución Directoral (ver Anexo N°1: Indicador N° 19).

ACT.20: Monitoreo del Informe de capacitación y certificación al Equipo de Prevención y Control Interno respecto a procesos de prácticas de prevención y control de las IASS basadas en evidencia por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (ver Anexo N° 1 Indicador N°20).

ACT.21: Monitoreo del Informe de cumplimiento basado en las autoevaluaciones a los Equipos de Prevención y Control Interno por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (ver Anexo N° 1 Indicador N°21).





ACT.22: Monitoreo del Informe de cumplimiento basado en la autoevaluación externa por MINSA a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (ver Anexo N° 1 Indicador N°22).

6.2 FORTALECER LA IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD BASADAS EN EVIDENCIA.

ACT.23: Monitoreo del Informe de capacitación al Equipos de Prevención y Control Internos sobre el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAA por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

ACT.24: Monitoreo del Informe de la implementación y fortalecimiento de la práctica de higiene de manos mediante el Plan de "Una atención limpia es una atención segura" por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.

6.3 FORTALECER EL USO ADECUADO Y SEGURO DE MEDICAMENTOS, ANTISÉPTICOS, DESINFECTANTES, Y MEZCLAS PARENTERALES.

ACT.25: Monitoreo del Informe de capacitación y certificación al Equipo de Prevención y Control Internos sobre el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales según norma vigente.

ACT.26: Monitoreo del Informe de Evaluación de los Procesos en el uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales basado en la normativa vigente.

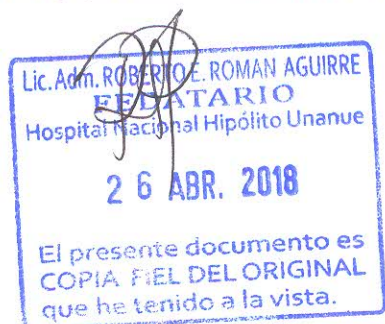
VII. ACCIONES POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

La Dirección General del Hospital Nacional Hipólito Unanue, deberá de conformar y/o actualizar mediante Resolución Directoral:

1. Comité de Seguridad del Paciente.
2. Equipo de Rondas de Seguridad.
3. Equipo Conductor para la implementación de la LVSC.

VIII. RESPONSABILIDADES

Las unidades productoras de servicios de salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue; son las responsables de la implementación, aplicación y cumplimiento del presente Plan de Seguridad del Paciente 2018.





IX. PRESUPUESTO DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2018

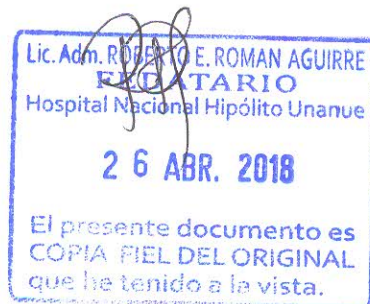
PRODUCTO	ACTIVIDAD	TAREAS	Unidad de Medida	Meta Física Anual	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL				PRESUPUESTO PLAN					
					CATEGORÍA PRESUPUESTAL	F.F	FINALIDAD	META PRES	CLASIFICADOR	Nombre Ítem	Unidad Medida	Cantidad	Precio Unitario	Total
Gestión de la calidad en todos los niveles de atención.	Supervisión, Control y Seguridad en la Atención del Paciente	Plan Anual de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas del Hospital Nacional Hipólito Unanue	Informes	4	9001. ACCIONES CENTRALES	RO	000000 9. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	0096	2.3.1 5.1 2 Papelería En General, Útiles Y Materiales De Oficina	Cartulina dúplex	unidad	250	S/. 1.00	S/. 250.00
										Plumones	unidad	250	S/. 2.00	S/. 500.00
										Plástico carnet	unidad	150	S/. 1.50	S/. 225.00
										Hojas bond	millar	100	S/. 15.00	S/. 1,500.00
										Lapiceros	unidad	150	S/. 0.50	S/. 75.00
										Folder manila	unidad	1,500	S/. 0.50	S/. 750.00
										Cinta foto checks	unidad	150	S/. 1.00	S/. 150.00
										Barra goma UHU	unidad	100	S/. 2.50	S/. 250.00
										Cinta masking tape	unidad	100	S/. 2.00	S/. 200.00
										Limpiatipos	unidad	75	S/. 2.00	S/. 150.00
									2.3.1 1.1.1 Alimentos y Bebidas para consumo humano	Papelotes	unidad	250	S/. 0.30	S/. 75.00
										Juego de hojas arco iris	unidad	50	S/. 17.50	S/. 875.00
										Refrigerio	unidad	120	S/. 7.00	S/. 840.00
TOTAL														S/. 5,840.00





ANEXOS

- Anexo N° 1: Matriz de Programación de actividades operativas.
- Anexo N° 2: Matriz de seguimiento de actividades operativas.
- Anexo N°3: Formato de reporte de la encuesta de Seguridad del Paciente.
- Anexo N° 3A: Formato de Reporte de la Encuesta de Seguridad del Paciente – Problemas Identificados para la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía – LVSC.
- Anexo N° 4: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Anexo N° 5 Formato para Reportar A OGC Eventos Adversos – Criterios de Programación 2018.
- Anexo N° 5 Modelo de Cronograma Anual de Rondas de Seguridad



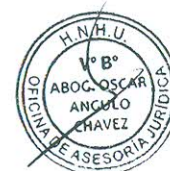
ANEXO N° 01**MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS**
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2018 HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"**EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

ACTIVIDADES	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	CRONOGRAMA DE PROGRAMACIÓN												RESPONSABLES
			I T			II T			III T			IV T			
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
OBJETIVO ESTRATEGICO 4.1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo															
ACT.1: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente 2018	1	Plan aprobado con RD			X										Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.2: Reconformación y aprobación mediante Resolución Directoral del Comité de Seguridad del Paciente del HNHU	1	Aprobado con RD			X										Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.3: Informe de Capacitación dirigido a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas asistenciales, referente a Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente	1	Informe						X							Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 4.2: Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso															
ACT.4: Informe de Capacitación dirigido a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, a las jefaturas asistenciales en "Notificación Eventos Adversos"	1	Informe						X							Oficina de Gestión de la Calidad



ACT.5: Informe de Capacitación dirigido a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas asistenciales en "Análisis de Evento Centinela".	1	Informe						X								Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.6: Informe trimestral del reporte de Eventos Adversos	4	Informe			X			X			X				X	Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 4.3: Fortalecer Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)																
ACT.7: Resolución Directoral del Equipo Conductor, designados para implementar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	1	Aprobado con RD			X											Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.8: Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	2	Encuesta						X							X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.9: Informe semestral de la encuesta aplicada de la Implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	2	Informe						X							X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.10: Informe evaluación de la correcta aplicación en las cirugías programadas de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	4	Informe			X			X			X				X	Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 4.4: Fortalecer el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación – Registro – Notificación – Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)																
ACT.11: Informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.	4	Informe			X			X			X				X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.12: Informe de Cumplimiento de Buenas Prácticas de la Atención en Salud en el HNHU; resultados de las Rondas de seguridad ejecutadas.	4	Informe			X			X			X				X	Oficina de Gestión de la Calidad

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista.
26 ABR. 2018
HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ABOGADO OSCAR ANGULO CHAVEZ





ACT.23: Monitoreo del Informe de capacitación al Equipos de Prevención y Control Internos sobre el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAA por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.	2	Informe							X						X	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
ACT.24: Monitoreo del Informe de la implementación y fortalecimiento de la práctica de higiene de manos mediante el Plan de "Una atención limpia es una atención segura" por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.	2	Informe							X						X	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
OBJETIVO ESTRATEGICO 6.3: Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.																
ACT.25: Monitoreo del Informe de capacitación y certificación al Equipo de Prevención y Control Internos sobre el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales según norma vigente.	2	Informe							X						X	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
ACT.26: Monitoreo del Informe de Evaluación de los Procesos en el uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales basado en la normativa vigente.	2	Informe							X						X	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental





PERÚ

Ministerio
de Salud"HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE"
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

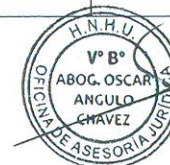
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

ANEXO N° 02**MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS****PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2018 HOSPITAL NACIONAL "HIPÓLITO UNANUE"****EJE 4: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

ACTIVIDADES	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	% METAS LOGRADAS	RESPONSABLES
OBJETIVO ESTRATEGICO 4.1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo				
ACT.1: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente 2018	1	Plan aprobado con RD		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.2: Reconfirmación y aprobación mediante Resolución Directoral del Comité de Seguridad del Paciente del HHU	1	Aprobado con RD		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.3: Informe de Capacitación dirigido a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas asistenciales, referente a Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente	1	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 4.2: Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso				
ACT.4: Informe de Capacitación dirigido a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, a las jefaturas asistenciales en "Notificación Eventos Adversos"	1	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.5: Informe de Capacitación dirigido a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente, Jefaturas asistenciales en "Análisis de Evento Centinela".	1	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.6: Informe trimestral del reporte de Eventos Adversos	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad



OBJETIVO ESTRATEGICO 4.3: Fortalecer Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)				
ACT.7: Resolución Directoral del Equipo Conductor, designados para implementar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	1	Aprobado con RD		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.8: Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	2	Encuesta		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.9: Informe semestral de la encuesta aplicada de la Implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	2	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.10: Informe evaluación de la correcta aplicación en las cirugías programadas de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 4.4: Fortalecer el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación – Registro – Notificación – Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso)				
ACT.11: Informe trimestral de Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas.	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.12: Informe de Cumplimiento de Buenas Prácticas de la Atención en Salud en el HNHU; resultados de las Rondas de seguridad ejecutadas.	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.13: Informe de cumplimiento de acciones de mejora post Rondas de seguridad ejecutadas.	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 4.5: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinelas				
ACT.14: Informe semestral del reporte de Eventos Centinelas que se presenten.	2	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.15: Informe semestral del análisis de Evento Centinela que se presenten de acuerdo al Protocolo de Londres.	2	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad





EJE 6: GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN SANITARIA E INVESTIGACIÓN PARA LA CALIDAD

ACTIVIDADES	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	% METAS LOGRADAS	OBSERVACIONES
OBJETIVO ESTRATEGICO 6.1: Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud				
ACT.16: Monitoreo del Informe de capacitación y certificación al Equipo de Prevención y Control Integral de IAAS/IIH respecto a las Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de IAAS/ IIH vigentes.	2	Informe		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
ACT.17: Monitoreo del Informe de Implementación del Equipo de Prevención y Control Integral de IAAS/IIH con estructura organizacional adecuada.	2	Informe		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
ACT.18: Monitoreo del Informe semestral de avance del Plan Maestro de Prevención y Control por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.	2	Informe		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
ACT.19: Monitoreo de la operatividad del Comité de Prevención y Control de IAAS conformado mediante Resolución Directoral.	2	Informe		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
ACT.20: Monitoreo del Informe de capacitación y certificación al Equipo de Prevención y Control Interno respecto a Procesos de prácticas de prevención y control de las IAAS basadas en evidencia por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.	2	Informe		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
ACT.21: Monitoreo del Informe de cumplimiento basado en las autoevaluaciones a los Equipos de Prevención y Control Internos por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.	2	Informe		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista.

26 ABR. 2018

Adm. ROBERTO ROMAN AGUIRRE
FISCALARIO
Hospital Nacional Hipólito Unanue



ACT.22: Monitoreo del Informe de cumplimiento basado en la evaluación externa por IGSS a la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.	2	Informe		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
OBJETIVO ESTRATEGICO 6.2: Fortalecer la Implementación de prácticas de prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud basadas en evidencia.				
ACT.23: Monitoreo del Informe de capacitación al Equipos de Prevención y Control Internos sobre el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAA por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.	2	Informe		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
ACT.24: Monitoreo del Informe de la implementación y fortalecimiento de la práctica de higiene de manos mediante el Plan de "Una atención limpia es una atención segura" por la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental.	2	Informe		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
OBJETIVO ESTRATEGICO 6.3: Fortalecer el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales.				
ACT.25: Monitoreo del Informe de capacitación y certificación al Equipo de Prevención y Control Internos sobre el Uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales según norma vigente.	2	Informe		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
ACT.26: Monitoreo del Informe de Evaluación de los Procesos en el uso adecuado y seguro de medicamentos, antisépticos, desinfectantes, y mezclas parenterales basado en la normativa vigente.	2	Informe		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental





ANEXO N° 3: FORMATO DE REPORTE DE LA ENCUESTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

ENCUESTA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LVSC				BASE LEGAL
VERIFICADORES		NOMBRE DE LA IPRESS		
		SI	NO	
1	IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA			RM N° 1021-2010/MINSA
2	SE REALIZA SENSIBILIZACIÓN /PREPARACION PREVIA LA PERSONAL ASISTENCIAL DEL EESS			
3	SE DETECTAN PROBLEMAS PARA IMPLEMENTAR LA LISTA DE VERIFICACIÓN			
4	SE ELABORAN INDICADORES RELACIONADOS A LA LVSC			
5	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA SUSPENDIDA POR EL USO DE LA LVSC			
6	CUENTA CON FARMACIA SATÉLITE EN CENTRO QUIRÚRGICO			
	TOTAL			
7	NÚMERO DE QUIRÓFANOS PRESUPUESTADOS			
8	NÚMERO DE QUIRÓFANOS OPERATIVOS			
9	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS ELECTIVAS REALIZADAS SEGÚN TRIMESTRE 2018			
10	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS ELECTIVAS REALIZADAS 2017			
11	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS DE EMG REALIZADAS SEGÚN I SEMESTRE 2018			
12	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS DE EMG REALIZADAS EN EL AÑO 2017			
13	NÚMERO DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS RELACIONADOS A CIRUGÍAS ELECTIVAS SEGÚN SEMESTRE 2018			
14	NÚMERO DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS RELACIONADOS A CIRUGÍAS DE EMERGENCIA SEGÚN TRIMESTRE 2018			
15	TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA DEL PACIENTE DESDE QUE SE DEFINE SU NECESIDAD DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA HASTA QUE ES HOSPITALIZADO PARA PROGRAMAR CIRUGÍA SEGÚN TRIMESTRE 2018			
16	% DE DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES PARA EL CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN TRIMESTRE 2018			
17	% DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS SEGÚN I SEMESTRE 2018			
18	% DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS EN EL AÑO 2017			
19	TASA DE MORTALIDAD INTRAOPERATORIA SEGÚN I SEMESTRE 2018			
20	TASA DE MORTALIDAD POST OPERATORIA INMEDIATA SEGÚN TRIMESTRE 2018			
21	TASA DE REINTERVENCIONES NO PROGRAMADAS SEGÚN I SEMESTRE 2018			
22	% DE APLICACIÓN DE LA LVSC SEGÚN TRIMESTRE 2018			

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista.

26 ABR. 2018

Lic. Adm. ROBERTO E. ROMAN AGUIRRE
FEDATARIO
Hospital Nacional Hipólito Unanue





ANEXO N° 3-A: FORMATO DE REPORTE DE LA ENCUESTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – PROBLEMAS IDENTIFICADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA - LVSC

PROBLEMAS IDENTIFICADO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LVSC	HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNAUE
INSUFICIENTE DE PERSONAL	
INSUFICIENTE DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL	
INSUFICIENTE DE ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL	
PROBLEMAS EN DISTRBUCCIÓN DE PERSONAL/TAREAS	
PROBLEMAS EN INFRAESTRUCTURAS	
PROBLEMAS EN EQUIPAMIENTO	
PROBLEMAS CON INSUMOS	
PROBLEMAS CON APOYO DE LA GESTIÓN	
OTROS PROBLEMAS	

FUENTE: RM N° 1021-2010/MINSA





ANEXO N° 4: LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Antes de la administración de la anestesia	Antes de la incisión cutánea	Antes de que el (la) paciente salga del Quirófano
ENTRADA Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo	PAUSA Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano	SALIDA Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano
¿Ha confirmado el(la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? ☐ Sí	☐ Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentados por su nombre y función	El(la) enfermero(a) confirma verbalmente: ☐ El nombre del procedimiento ☐ El recuento de instrumentos, gases y agujas ☐ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) ☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? ☐ Sí ☐ No procede	☐ Confirmar la identidad del / de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico	
¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? ☐ Sí	☐ Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica	
¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona? ☐ Sí	¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? ☐ Sí ☐ No procede	El(la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: ☐ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
¿Tiene el(la) paciente... ...Alergias conocidas? ☐ No ☐ Sí ...Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? ☐ No ☐ Sí En este caso, hay instrumental y equipos / ayuda disponible? ☐ No ☐ Sí Riesgo de hemorragia > 500 ml (7ml / Kg. en niños) ☐ No ☐ Sí En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (TV / central)? ☐ No ☐ Sí	PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS Cirujano revisa: ☐ ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados? ☐ ¿Cuánto durará la operación? ☐ ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista? Anestesia verifica: ☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico? Equipo de Enfermería verifica: ☐ ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de los indicadores) ☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos? ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? ☐ Sí ☐ No procede	
N° Historia Clínica _____ Nombres y Apellidos del / de la paciente _____ Fecha _____ Firma del / de la coordinador(ra) _____ Firma del / de la cirujano(a) _____ Firma del / de la anestesiólogo(a) _____ Firma del / de la enfermero(a) _____		

El presente documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
que he tenido a la vista.

26 ABR. 2018

Hospital Nacional Hipólito Unanue

Lic. Adm. ROBERTO DE ROMA AGUIRRE
FEBRILARIO

FUENTE: RM N° 1021-2010/MINSA





ANEXO N° 5: FORMATO PARA REPORTAR A OGC EVENTOS ADVERSOS – CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN 2018

EVENTOS ADVERSOS	EVIDENCIA
¿Tiene implementado un Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos?	
N° Total de EA reportados según trimestre 2018	
Nombre del Evento Adverso más frecuente identificado según trimestre 2018	
Nombre del Servicio identificado donde son más frecuentes los Eventos Adversos	
Registrar el nombre de las UPSS que reportan Eventos Adversos en su IPRESS	
La IPRESS realiza el análisis de la casusa raíz de los eventos adversos reportados	
Nombre del Evento Centinela atendido y comunicado de acuerdo al Protocolo de Londres	
Registrar el N° total de capacitaciones referentes a gestión del Riesgo: Incidentes y Eventos Adversos	
Indicar N° total de capacitados en Gestión del Riesgo: Incidentes y Eventos Adversos	
Indicar promedio Notas del Pre y Post test de los asistentes al Curso de capacitación en gestión del Riesgo	

Fuente: OGCyDP-IGSS – FORMATO ADICIONAL PARA ADJUNTAR EN LOS INFORMES TRIMESTRALES QUE SE REPORTAN A OGCyDP-IGSS

