



Resolución Directoral

Lima, 10 de Marzo de 2020

Visto el Expediente Nº 20-004941-001, conteniendo el Nota Informativa Nº 055-2020-OGC/HNHU, de la Jefa (e) Oficina de Gestión de la Calidad, solicitando la aprobación del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020;

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 055-2020-OGC/HNHU, la Jefa (e) de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020;

Que, mediante Memorando Nº 191-2020-OPE/HNHU la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico informa que mediante Nota Informativa Nº 020-2020-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 POI 2020;

Que, el objetivo general del Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020 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 N° 076-2020-OAJ/HNHU;

Con el visado de la Jefa (e) 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" 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 2020, el mismo que forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad el seguimiento y monitoreo del Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020.

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 Unánue"

Dr. Luis W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)
CMP N°27423



LWMMOHACH/Mariene G.
DISTRIBUCIÓN
() Dirección Adjunta
() OAJ
() Oficina de Gestión de la Calidad
() Dptos Asistenciales
() OCI
() Archivo.



PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2020





PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad

MC. SILVIA PAOLA VARGAS CHUGO

Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad

MC. SANDRA CECILIA CARRASCO ARTETA

MC. SUSANA FRANCIA QUISPE

Unidad de Auditoría de la Calidad

Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos

MC. KATTERIN MERY GUZMAN MANCILLA

Unidad de Seguridad del Paciente

BACH. CHRIS MENDOZA MOLINA

Unidad de Mejora Continua

TEC. ROXANA MORENO SÁNCHEZ

Asistente Administrativo



**ÍNDICE**

I.	Introducción	4 - 6
II.	Finalidad	6
III.	Objetivo	6
IV.	Base legal	6 - 7
V.	Ámbito de aplicación	7
VI.	Contenido	7
	6.1 Aspectos técnicos conceptuales en seguridad del paciente	7 – 9
	6.2 Actividades para la formalización, evaluación y presentación del Plan anual de seguridad del paciente	9 - 11
VII.	Acciones por niveles de organización del sistema	11 - 12
VIII.	Responsabilidades	12
IX.	Presupuesto	12
X.	Anexos	13
	Anexo N° 1: Matriz de Programación de Actividades Operativas	14 - 15
	Anexo N° 2: Matriz de Seguimiento de Actividades Operativas	16 - 17
	Anexo N° 3: Cronograma anual de rondas de seguridad del paciente	18
	Anexo N° 4: Formato de Reporte de la Encuesta de Seguridad del Paciente	19
	Anexo N° 4-A: Formato de Reporte de la Encuesta de Seguridad del Paciente – Problemas Identificados para la Implementación de la – LVSC	20
	Anexo N° 5: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	21
	Anexo N° 6: Encuesta para evaluar la Lista de Verificación de la Seguridad De la Cirugía	22 - 24
	Anexo N° 7: Formato para Reportar a OGC Eventos Adversos – Criterios de Programación 2020	25





PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2020

I. INTRODUCCION

El tema de Seguridad del paciente comienza desde la aparición del informe del American Institute of Medicine (1999) "To err is human", marcando un antes y un después en la concientización del tema, convirtiéndose en prioridad de las autoridades del sistema sanitario, es así que capta a nivel internacional la atención del público, de los proveedores de atención sanitaria y de los responsables políticos, debido a que los errores en el proceso de la atención de los pacientes ocurren, siendo muchos de ellos intrascendentes, y ni siquiera detectados por el paciente o quienes han estado a cargo de su cuidado, estos errores reciben la denominación de incidentes, cuando ocasionan algún tipo de daño son eventos adversos (EA) y pueden ser graves o permanentes y ocasionar incluso la muerte, denominándoseles a estos eventos centinela.

El término "cultura de seguridad" fue utilizado por primera vez en un reporte del desastre de la planta nuclear de Chernobyl de la antigua Unión Soviética, realizado por el Grupo Consejero Internacional para la Seguridad Nuclear en 1988. Este concepto ha sido cada vez más importante a nivel mundial en industrias calificadas como alto riesgo tales como plantas nucleares y la industria aeronáutica. Según Feng (2008) afirma que las percepciones compartidas entre directivos y el personal en relación con la importancia de seguridad. A pesar de ello, el concepto más comúnmente utilizado sobre la "cultura de seguridad" es el producto individual o grupal de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta que determinan la dedicación, el estilo y el compromiso de la administración segura de la organización de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (2004) en la asamblea mundial acordó organizar una Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el objetivo de coordinar, difundir y promover en todo el mundo, mejoras de seguridad en la atención de pacientes. La OMS considera que cada año decenas de millones de pacientes mundialmente, sufren lesiones que les genera discapacidad o en el peor de los casos fallecen a consecuencia de prácticas médicas o atenciones inseguras. La OMS contempla los riesgos desde distintas perspectivas como: desde los procesos, los equipos, medicamentos, incluso desde la misma mano de obra. A partir de esta evidencia se han puesto en marcha diferentes programas tanto nacionales como internacionales para mejorar la seguridad del paciente.

La seguridad del paciente es vital en las organizaciones dedicadas al cuidado de la salud a nivel mundial. El compromiso de seguridad desde la administración es evidenciado por una política estricta, con metas de seguridad, objetivos, iniciativas, estrategias, necesidades, prácticas ejemplares de seguridad, de monitoreo regular y adecuada asignación de recursos. El compromiso de manejo de seguridad ha sido identificado como un factor clave que afecta el ambiente de seguridad organizacional en las industrias. La presencia de los anteriores factores es importante para que exista una cultura positiva de seguridad y para el éxito de un programa de seguridad.

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





PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

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.

Así mismo el MINSA (2011) resuelve promover la seguridad del paciente en los servicios de salud; instaurando estrategias de mejora para la calidad de atención y la seguridad de los pacientes, mediante Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", disponiendo el uso del "Manual de aplicación de la lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía 2009", a todos los establecimientos de Salud públicos y privados del país; con el fin de cumplir los estándares de calidad y seguridad de atención en salud (MINSA, 2011).

Se entiende por seguridad del paciente como la reducción del mínimo aceptable del riesgo de daños innecesarios durante la atención a la salud. Esas estrategias buscan evitar, precaver y minimizar los resultados provenientes de eventos adversos consecuentes de las prácticas de atención en salud asociadas al cuidado; 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 2020.





PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

El presente plan está enmarcado en los lineamientos de la Oficina de Gestión de la Calidad y nos basaremos en 3 ejes:

EJE 1: Gestión de procesos para la certificación y la acreditación.

EJE 2: Gestión del riesgo y de las Buenas Prácticas en seguridad del paciente

EJE 3: Procesos de mejora continua e información para la gestión de la calidad.

Por tal motivo en el Plan Anual de Seguridad del Paciente; señalaremos los objetivos y actividades que desarrollará la unidad de Seguridad del paciente en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, basándose en el Eje 2.

EL EJE DE TRABAJO 2 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).

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.





PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

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° 139-MINSA/2018/DGAIN, “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.
- **Daño:** Cualquier lesión física o psicológica o perjuicios a la salud de una persona, incluyendo tanto las lesiones temporales y permanentes.
- **Error:** Es el fracaso de una acción planeada para el logro de un resultado esperado o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (comisión). Esta definición también incluye la falta de una acción no planificada que debería haber sido realizada (omisión).
- **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.





PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Ungue

Oficina de Gestión de la Calidad

- **Factor Contributivo:** Son las condiciones que facilitaron o predispusieron a una acción insegura.
- **Evento Prevenible:** Describe si un evento se debe a un error o fallo del sistema. Al que podría anticiparse y estar preparado para su aparición.
- **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.
- **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.



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

EJE 2: "GESTIÓN DEL RIESGO Y BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE"



PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

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

Actividades:

ACT.6: Elaboración y aprobación del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2020, con Resolución Directoral (Ver Anexo N° 1: Indicador N° 6).

ACT.11: Actividades de capacitación dirigido a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las Jefaturas asistenciales en Gestión del Riesgo, Notificaciones de Eventos Adversos y en Análisis de Eventos Centinela. (Ver Anexo N° 1: Indicador N° 11).

2.2 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.15: Informe 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° 15).

2.4 PROMOVER 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", 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.16: Aplicación de la Encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (Ver Anexo N° 1: Indicador N°16, Anexo N° 4, Anexo N°4-A y Anexo N° 6).

ACT.17: Informe 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



PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía. (Ver Anexo N°1: Indicador N° 17 y Anexo N°6).

ACT.18: Informe 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°1: Indicador N° 18 y Anexo N° 5).

ACT.19: Informe del Monitoreo de la Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos (Ver Anexo N°1: Indicador N° 19).

2.5 IMPLEMENTAR EL PROCESO DE APRENDIZAJE DEL ERROR (RONDAS DE SEGURIDAD; IDENTIFICACIÓN – REGISTRO – NOTIFICACIÓN - ANÁLISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE, 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.20: El Comité de rondas de seguridad del paciente del HNHU, realizan visita programada de un servicio seleccionado al azar de la institución, para evaluar el cumplimiento de Buenas Prácticas durante la atención de salud, informe de los resultados de las Rondas de Seguridad ejecutadas (ver Anexo N°1: Indicador N° 20 y Anexo N°3).

ACT.21: Informe del cumplimiento de las acciones de mejora, post ronda de seguridad del paciente ejecutadas (ver Anexo N°1: Indicador N° 21).

2.6 FORTALECER EL PROCESO DE ANÁLISIS DE LOS EVENTOS CENTINELA

Actividades:

ACT.30: Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al Protocolo de Londres, si se presentara (ver Anexo N°1: Indicador N° 30).

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 técnico de Seguridad del Paciente.
2. Comité de Rondas de Seguridad.





PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

3. Comité para análisis de evento centinela.

4. 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 2020.

IX. PRESUPUESTO DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2020

PRODUCTO	ACTIVIDAD	TAREAS	Unidad de Medida	Meta Física Anual	CADENA PROGRAMÁTICA PRESUPUESTAL				PRESUPUESTO PLAN					
					CATEGORIA 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 del Hospital Nacional Hipólito Unanue	Informes	4	9001. ACCIONES CENTRALES	RO	000000 9. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	0110	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
										Papelotes	unidad	250	S/. 0.30	S/. 75.00
										Juego de hojas arco iris	unidad	50	S/. 17.50	S/. 875.00
								2.3.1 1.1 1 Alimentos y Bebidas para consumo humano	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: Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del paciente
- Anexo N°4: Formato de reporte de la encuesta de Seguridad del Paciente.
- Anexo N° 4-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.
- Anexo N° 5: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Anexo N° 6: Encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de verificación de la Seguridad de la cirugía.
- Anexo N° 7: Formato para Reportar a OGC Eventos Adversos – Criterios de Programación 2020.



ANEXO N° 01

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2020 HOSPITAL NACIONAL “HIPÓLITO UNANUE”

EJE 2: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACTIVIDADES	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODICIDAD DEL REPORTE	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 2.1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo																	
ACT.6: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente 2020.	1	Resolución Directoral	Anual	X													Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.11: Capacitación dirigido a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las Jefaturas asistenciales, en Gestión del Riesgo, Notificación Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela.	1	Informe	Anual				X										Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.2: Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso																	
ACT.15: Consolidado de registro, notificación y análisis de eventos adversos.	4	Informe	Trimestral		X			X			X			X			Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.4: Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)																	
ACT.16: Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	2	Encuesta	Semestral					X								X	Oficina de Gestión de la Calidad



ACT.17: Informe de la encuesta aplicada de la Implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	2	Informe	Semestral							X							X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.18: Evaluación de la correcta aplicación en las cirugías programadas de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	4	Informe	Trimestral						X								X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.19: Monitoreo de la Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.	4	Informe	Trimestral						X								X	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.5: Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación – Registro – Notificación – Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso)																		
ACT.20: Cumplimiento de Buenas Prácticas de la Atención en Salud en el HNHU; resultados de las Rondas de seguridad ejecutadas.	4	Informe	Trimestral						X								X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.21: Cumplimiento de acciones de mejora post Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas.	4	Informe	Trimestral						X								X	Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.6: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela																		
ACT.30: Análisis de Eventos Centinela que se presenten de acuerdo al Protocolo de Londres.	2	Informe	Semestral														X	Oficina de Gestión de la Calidad



ANEXO N° 02

MATRIZ DE SEGUIMIENTO DE ACTIVIDADES OPERATIVAS

PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2020 HOSPITAL NACIONAL “HIPÓLITO UNANUE”

EJE 2: GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

ACTIVIDADES	META ANUAL	UNIDAD DE MEDIDA	% METAS LOGRADAS	RESPONSABLES
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo				
ACT.6: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente 2020.	1	Resolución Directoral		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.11: Capacitación dirigido a los integrantes del Comité de Seguridad del Paciente y a las Jefaturas asistenciales, en Gestión del Riesgo, Notificación Eventos Adversos y Análisis de Eventos Centinela.	1	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.2: Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso				
ACT.15: Consolidado de registro, notificación y análisis de eventos adversos.	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.4: Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)				
ACT.16: 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.17: Informe 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.18: 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
ACT.19: Monitoreo de la Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.	4	Informe	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.5: Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación – Registro – Notificación – Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso)			
ACT.20: 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.21: Cumplimiento de acciones de mejora post Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas.	4	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESTRATEGICO 2.6: Fortalecer el proceso de Análisis de Eventos Centinela			
ACT.30: Análisis de Eventos Centinela que se presentan de acuerdo al Protocolo de Londres.	2	Informe	Oficina de Gestión de la Calidad





ANEXO N° 03
CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

IPRESS: HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE
RESPONSABLE: DR. LUIS WILFREDO MIRANDA MOLINA

ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ROND1	21 / 01 / 2020	08:30	ROND2	4 / 02 / 2020	08:30	ROND3	4 / 03 / 2020	08:30	ROND4	2 / 04 / 2020	08:30
MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ROND5	5 / 05 / 2020	08:30	ROND6	3 / 06 / 2020	08:30	ROND7	2 / 07 / 2020	08:30	ROND8	4 / 08 / 2020	08:30
SETIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ROND9	3 / 09 / 2020	08:30	ROND10	1 / 10 / 2020	08:30	ROND11	3 / 11 / 2020	08:30	ROND12	3 / 12 / 2020	08:30

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"
Dr. Luis W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)
TITULAR RESPONSABLE DE LA IPRESS

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"
M. C. SILVIA VARGAS CHUGO
CMI: 64376 R.N.: 4817
Jefa (e) de la Oficina de Gestión de la Calidad
Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"
DR. CARLOS SOTOLINARES
Jefe de la Of. de Epidemiología y Salud Ambiental
Responsable de Epidemiología

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"
LIC. ENF. V. RIVERA
Responsable del Departamento/Servicio de Enfermería





ANEXO N° 4: 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				
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 2020				
10	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS ELECTIVAS REALIZADAS 2019				
11	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS DE EMG REALIZADAS SEGÚN I SEMESTRE 2020				
12	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS DE EMG REALIZADAS EN EL AÑO 2019				
13	NÚMERO DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS RELACIONADOS A CIRUGÍAS ELECTIVAS SEGÚN SEMESTRE 2020				
14	NÚMERO DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS RELACIONADOS A CIRUGÍAS DE EMERGENCIA SEGÚN TRIMESTRE 2020				
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 2020				
16	% DE DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES PARA EL CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN TRIMESTRE 2020				
17	% DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS SEGÚN I SEMESTRE 2020				
18	% DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS EN EL AÑO 2019				
19	TASA DE MORTALIDAD INTRAOPERATORIA SEGÚN I SEMESTRE 2020				
20	TASA DE MORTALIDAD POST OPERATORIA INMEDIATA SEGÚN TRIMESTRE 2020				
21	TASA DE REINTERVENCIONES NO PROGRAMADAS SEGÚN I SEMESTRE 2020				
22	% DE APLICACIÓN DE LA LVSC SEGÚN TRIMESTRE 2020				

RM N° 1021-2010/MINSA





ANEXO N° 4-A: FORMATO DE REPORTE DE LA ENCUESTA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – PROBLEMAS IDENTIFICADOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DELA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA - LVSC

PROBLEMAS IDENTIFICADO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LVSC	HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UÑANE
INSUFICIENTE DE PERSONAL	
INSUFICIENTE DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL	
INSUFICIENTE DE ENTRENAMIENTO DEL PERSONAL	
PROBLEMAS EN DISTRIBUCIÓN 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



PERU

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unánue

Oficina de Gestión de la Calidad

ANEXO N° 5: LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA



LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA - Hospital Nacional Hipólito Unánue

Cirugía programada ☐ (ejemplo colecistectomía) Cirugía de Emergencia ☐ (ejemplo laparotomía por hemorragia ¿hora post cirugía?)
Fecha: _____ H: C: _____ Reintervención de emergencia ☐ Quirófano: _____ Paciente: _____
Nombre del Paciente: _____ Anestesiólogo: _____ Cirujano: _____
Intervención O.R. propuesta: _____ Anestesiólogo: _____ Cirujano: _____
Intervención O.R. realizada: _____ Anestesiólogo: _____ Cirujano: _____

ANTES DE INDUCCIÓN DE ANESTESIA		ANTES DE LA INCISION		ANTES DE LA SALIDA DE SALA OPERATORIAS	
Registro de Entrada		Entretiempo		Registro de Salida	
1 ¿Se encuentra firmada la hoja de hospitalización por el médico y/o servicio tratante?	Si ☐ No ☐	12 Confirme que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función.	Si ☐ No ☐	22 Enfermera confirma verbalmente con el equipo:	Hora de término de la operación: _____
2 ¿Se ha realizado la evaluación pre-anestésica en el paciente y firmado el consentimiento informado?	Si ☐ No ☐	13 Cirujano(a) confirma verbalmente:	Si ☐ No ☐	23 El nombre del procedimiento registrado	Si ☐ No ☐
3 Hora de inducción anestésica _____		Paciente: _____	Si ☐ No ☐	24 Es recurrente en voz alta de instrumentos, gases y agujas:	Si ☐ No ☐
4 ¿El(a) paciente ha confirmado:	Si ☐ No ☐	Lugar / sitio Quirúrgico: _____	Si ☐ No ☐	25 Se lee en voz alta el etiquetado de las muestras que incluye el nombre del paciente N° historia, nombre de la pieza	Si ☐ No ☐
5 ¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica?	Si ☐ No ☐	Procedimiento: _____	Si ☐ No ☐	26 ¿Surge algún problema con el instrumental o los equipos durante la intervención?	Si ☐ No ☐
6 Anestesiólogo verifica:				27 ¿Surge algún problema con el instrumental o los equipos durante la intervención?	Si ☐ No ☐
7 ¿Se ha colocado el pulsómetro al paciente y funciona?	Si ☐ No ☐			28 El cirujano y anestesiólogo revisan los aspectos críticos que pudieran afectar al paciente en recuperación	Si ☐ No ☐
8 ¿Tiene el paciente cirugía conocida?	No ☐ Si ☐			29 ¿Cual será el destino inmediato a la salida del quirófano?	Si ☐ No ☐
9 ¿Hay área difícil / riesgo de aspiración?	Si ☐ No ☐			30 ¿Cual será el destino inmediato a la salida del quirófano?	Si ☐ No ☐
10 ¿En este caso hay instrumental y equipos / ayuda disponible?	Si ☐ No ☐			31 ¿Cual será el destino inmediato a la salida del quirófano?	Si ☐ No <input type="box"/>
11 ¿Riesgo de pérdida de >500ml de sangre (7 ml/kg en niños)?	Si ☐ No ☐			32 ¿Cual será el destino inmediato a la salida del quirófano?	Si ☐ No ☐
12 En este caso se ha previsto la disponibilidad de sangre plasma u otros fluidos y con vías de acceso (V / Central)	Si ☐ No ☐			33 ¿Cual será el destino inmediato a la salida del quirófano?	Si ☐ No ☐
OBSERVACIONES:					



ENFERMERO CIRCULANTE:

ANESTESIOLOGO

CIRUJANO

FIRMA

FIRMA

FIRMA



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

ANEXO N° 6: ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

PERÚ

Ministerio
de Salud

Segundo Reto Global: La Cirugía Segura Salva Vidas

ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Fecha:

Nombre del Establecimiento:

Responsable de la información:

Dirección del Estab. de Salud ()

Oficina de Epidemiología ()

Unidad de Calidad ()

Dpto. Enfermería ()

Centro Quirúrgico ()

Depto./ Servicio de Cirugía ()

Otro (especificar)

Nombre y cargo del profesional que informa:

Semestre que informa:

1. En su establecimiento de salud, ¿Se ha implementado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

☐ SI ☐ NO

En caso que respondiera NO, ¿Por qué?

En caso que respondiera SI () Pasa a la preg.2. NO () ¿Por qué?

2. ¿Cuál es el porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en su establecimiento?

3. ¿Se realizó la sensibilización /preparación previa al profesional asistencial del establecimiento?

☐ SI ☐ NO

¿Ha detectado problemas para implementar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

☐ SI ☐ NO



PERU

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

En caso que respondiera SI, relacionados a:

- Falta de personal ☐
Falta de conocimiento del personal ☐
Falta de motivación del personal ☐
Falta de entrenamiento del personal ☐

Procesos administrativos como:

- Distribución del personal/ tareas ☐
Infraestructura ☐
Equipamiento ☐
Insumos ☐
Apoyo de la gestión ☐

Otros especificar: _____

4. ¿Han elaborado algún indicador relacionado con la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

☐ SI ☐ NO

En caso que respondiera SI, ¿Cuáles?

¿Qué otros indicadores cree usted que se podrían medir?

5. ¿Qué indicadores plantea usted para medir el impacto del uso de la Lista de Verificación de Seguridad?

6. ¿Alguna intervención quirúrgica ha sido suspendida por el uso de la Lista de Verificación de Seguridad?

☐ SI ☐ NO

En caso que respondiera SI, ¿Por qué?





PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

7. Indique el número de quirófanos presupuestados

8. Indique el número de quirófanos operativos

9. ¿Cuál es el tiempo promedio en días que espera el paciente desde que se define la necesidad de la intervención quirúrgica en consultorio externo y es hospitalizado para programar la cirugía?

10. ¿Cuál es el porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas?, durante:

El año pasado

El primer semestre de este año

11. ¿Cuenta con farmacia en centro quirúrgico?

☐

SI

☐

NO

12. ¿Cuál es el porcentaje de desabastecimiento de medicamentos trazadores para el centro quirúrgico?

☐

SI

☐

NO

13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intraoperatoria?

14. ¿Cuál es la tasa de mortalidad post operatoria inmediata?

15. ¿Cuál es la tasa de reintervenciones no programadas?

16. ¿Cuál es el número de cirugías electivas realizadas?

El año pasado

El primer semestre de este año

17. ¿Cuál es el número de cirugías de emergencia realizadas?

El año pasado

El primer semestre de este año

18. ¿Cuál es el número de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugías electivas?

19. ¿Cuáles el número de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugías de emergencia?

GRACIAS





ANEXO N° 7: FORMATO PARA REPORTAR A OGC EVENTOS ADVERSOS – CRITERIOS DE PROGRAMACIÓN 2020

EVENTOS ADVERSOS		EVIDENCIA
¿Tiene implementado un Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos?		
N° Total de EA reportados según trimestre 2020		
Nombre del Evento Adverso más frecuente identificado según trimestre 2020		
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

