



Resolución Directoral

Lima, 19 de Febrero de 2021

Visto el Expediente N° 21-002171-001, conteniendo el Nota Informativa N° 042-2021-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 2021;

CONSIDERANDO:

Que, en el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 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 N° 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 N° 308-2010/MINSA, se aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 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 N° 042-2021-OGC/HNHU, la Jefa (e) de la Oficina de Gestión de la Calidad adjunta el Informe N.º 006-2021-KAAAA/HNHU en la cual recomienda la aprobación del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2021;

Que, mediante Memorando N° 087-2021-OPE/HNHU la Directora Ejecutiva de la Oficina de Planeamiento Estratégico informa que mediante Nota Informativa N.º 011-2021-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 que las actividades programadas en el plan están articuladas a la cadena programática: Producto 3999999 y de la Actividad Operativa 5000003, Gestión Administrativa, programados en el POI 2021 por la Oficina de Gestión de la Calidad vinculado a la finalidad presupuestal : 00000009 Acciones Administrativas;

Que, el objetivo general del Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2021 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° 062-2021-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 2021, 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 2021.

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

LWMMSDC/Marlene G.

DISTRIBUCIÓN.

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



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad



PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2021



OGC

Oficina de
Gestión de la
Calidad



PERU

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. NERIDA PAOLA BACA CABANILLAS
MC. KATTERIN MERY GUZMAN MANCILLA

Unidad de Auditoria de la Calidad
Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimientos

MC. KATIA ALMEYDA ALVARADO

Unidad de Seguridad del Paciente

BACH. CHRIS MENDOZA MOLINA

Unidad de Mejora Continua

TEC. ROXANA MORENO SÁNCHEZ

Asistente Administrativo

SRTA. ALEJANDRA MENESES CALLE

Secretaria





ÍNDICE

I.	Introducción	4
II.	Finalidad	5
III.	Objetivos	5
IV.	Ámbito de aplicación	5
V.	Base Legal	5 - 6
VI.	Contenido	6
	6.1 Aspectos técnicos conceptuales en seguridad del paciente	6 - 8
	6.2 Actividades para la formalización, evaluación y presentación del Plan anual de seguridad del paciente	8 - 11
	6.3 Acciones por niveles de organización del sistema	11
	6.4 Presupuesto	11 - 12
	6.5 Responsabilidades	12
VII.	Anexos	13
	Anexo N° 1: Matriz de Programación de Actividades Operativas	14 - 16
	Anexo N° 2: Matriz de Seguimiento de Actividades Operativas	17 - 18
	Anexo N° 3: Cronograma anual de rondas de seguridad del paciente	19
	Anexo N° 4: Formato de Reporte de la Encuesta de Seguridad del Paciente	20
	Anexo N° 4-A: Formato de Reporte de la Encuesta de Seguridad del Paciente – Problemas Identificados para la Implementación de la – LVSC	21
	Anexo N° 5: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	22
	Anexo N° 6: Encuesta para evaluar la Lista de Verificación de la Seguridad De la Cirugía	23 - 25
	Anexo N° 7: Formato para Reportar a OGC Eventos Adversos – Criterios de Programación 2020	26
VIII.	Bibliografía	27





PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2021

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.

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, prevenir 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 los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.

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).



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. OBJETIVOS

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 ESPECÍFICOS

El presente Plan de Seguridad del Paciente contiene los siguientes objetivos:

- 2.1 Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.
- 2.2 Fortalecer el Sistema de Registro - Notificación - Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso.
- 2.4 Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente.
- 2.5 Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad; Identificación de Verificadores Inseguros, Auditorías de la Calidad de Atención)
- 2.6 Fortalecer el proceso de análisis de los eventos centinela.

IV. 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.

V. 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° 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.
17. Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba el Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: “Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud”.
18. Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento: “Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de salud”.

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:** Es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.





- **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:** Lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

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 aquel evento adverso que produce la 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 cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
 - **Gestión del Riesgo:** Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados
 - **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:** Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto.
- **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 a una UPSS seleccionado al azar en una determinada IPRESS, 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

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 que corresponde a: Gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente, el cual está enmarcado en los lineamientos de la Oficina de Gestión de la Calidad.

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





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

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 2021.

Actividades:

ACT.8: Elaboración y aprobación del Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2021 con Resolución Directoral (Ver Anexo N° 1: Indicador N° 8).

ACT.9: 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° 9).

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.14: 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° 14 y Anexo N° 7).

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.20: 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°20, Anexo N° 4, Anexo N°4-A y Anexo N° 6).





ACT.21: Informe de la Encuesta aplicada de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la 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° 21 y Anexo N°6).

ACT.22: 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° 22 y Anexo N° 5).

ACT.23: Informe del Monitoreo de la Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos (Ver Anexo N°1: Indicador N° 23).

2.5 IMPLEMENTAR EL PROCESO DE APRENDIZAJE DEL ERROR (RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - IDENTIFICACIÓN DE LOS VERIFICADORES INSEGUROS, AUDITORIAS DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN)

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.24: Actualización de la Resolución Directoral N° 081-2020-HNHU-DG del “Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Hipolito Unanue”, según lo señalado en la Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba el Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: “Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud” (Ver Anexo N° 1: Indicador N°24).

ACT.25: El equipo 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 del Paciente ejecutadas (ver Anexo N°1: Indicador N° 25 y Anexo N°3).

ACT.26: Consolidado trimestral de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas (ver Anexo N°1: Indicador N° 26).

ACT.27: Informe de seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas (ver Anexo N°1: Indicador N° 27).

ACT.28: Reporte semestral del consolidado de las Rondas de Seguridad del Paciente ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora (ver Anexo N°1: Indicador N° 28).

2.6 FORTALECER EL PROCESO DE ANÁLISIS DE LOS EVENTOS CENTINELA

Por su complejidad, extensión y vulnerabilidad del paciente, la atención en salud no está ni puede estar libre de riesgos. El proceso de análisis de evento centinela permite mejorar e



implementar la seguridad de los pacientes en diferentes sentidos, compartiendo la información sobre los métodos para prevenir errores y creando una cultura de seguridad.

Actividades:

ACT.42: Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al Protocolo de Londres, si se presentara (ver Anexo N°1: Indicador N° 42).

6.3 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. Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
3. Equipo de Análisis del Evento Centinela.
4. Equipo Conductor para la implementación de la LVSC.

6.4 PRESUPUESTO DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2021

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	Can-ti-dad	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	000009. ACCIONES ADMINISTRATIVAS	0115	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										
TOTAL													S/. 5,000.00	



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

Objetivos específicos	MONTO
O.E. 2.1. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.	S/. 1,200.00
O.E. 2.2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.	S/. 1,200.00
O.E. 2.4. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente).	S/. 1,200.00
O.E. 2.5. Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad del Paciente-Identificación de los Verificadores Inseguros, Auditorías de la Calidad de Atención).	S/. 1,200.00
O.E. 2.6. Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela.	S/. 100.00
TOTAL	S/. 4,900.00

6.5 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 2021.



VII. 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 2021.



PERÚ

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

ANEXO N° 01

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS
PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2021 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 ESPECÍFICOS 2.1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo																				
ACT.8: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente 2021.	1	Resolución Directoral	Anual	X												Oficina de Gestión de la Calidad				
ACT.9: 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 ESPECÍFICOS 2.2: Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso																				
ACT.14: Consolidado de registro, notificación y análisis de eventos adversos.	4	Informe	Trimestral				X									Oficina de Gestión de la Calidad				
OBJETIVO ESPECÍFICOS 2.4: Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)																				
ACT.20: Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	2	Encuesta	Semestral						X							Oficina de Gestión de la Calidad				



S. VARGAS



PERU

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Hipólito Unzué

Oficina de Gestión de la Calidad

ACT.21: Informe de la encuesta aplicada de la Implementación Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC).	2	Informe	Semestral															X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.22: 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	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.23: Monitoreo de la Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.	4	Informe	Trimestral															X	Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
OBJETIVO ESPECÍFICO 2.5: Implementar el Proceso de Seguridad del Paciente - Identificación de los verificadores inseguros, Auditorías de la Calidad de Atención)																			
ACT.24: Actualización y aprobación con Resolución Directoral del "Equipo Rondas de seguridad del Paciente del HNHU".	1	Resolución Directoral	Anual															X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.25: Cumplimiento de Buenas Prácticas de la Atención en Salud en el HNHU; informe de los resultados de las Rondas de seguridad ejecutadas.	12	Informe	Mensual															X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.26: Consolidado trimestral de las Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas.	4	Informe	Trimestral															X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.27: Informe de seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas.	4	Informe	Trimestral															X	Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.28: Reporte semestral del consolidado de las Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora.	2	Informe	Semestral															X	Oficina de Gestión de la Calidad



S. VARGAS



PERÚ

Ministerio de
Salud

Hospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

OBJETIVO ESPECÍFICO 2.6: Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela

ACT.42: Análisis de Eventos Centinela que se presente 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 2021 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 ESPECÍFICO 2.1: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo				
ACT.8: Elaboración y aprobación con Resolución Directoral del Plan de Seguridad del Paciente 2021.	1	Resolución Directoral		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.9: 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 ESPECÍFICO 2.2: Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente, Evento Adverso				
ACT.14: Consolidado de registro, notificación y análisis de eventos adversos.	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESPECÍFICO 2.4: Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)				
ACT.20: 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.21: 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



PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipólito
Unanue

Oficina de Gestión de la Calidad

ACT.22: 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.23: Monitoreo de la Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.	4	Informe		Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental
OBJETIVO ESPECÍFICOS 2.5: Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error (Rondas de Seguridad del Paciente - Identificación de los verificadores inseguros, Auditorías de la Calidad de atención)				
ACT.24: Actualización y aprobación con Resolución Directoral del "Equipo Rondas de seguridad del Paciente del HNHU".	1	Resolución Directoral		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.25: Cumplimiento de Buenas Prácticas de la Atención en Salud en el HNHU; informe de los resultados de las Rondas de seguridad ejecutadas.	12	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.26: Consolidado trimestral de las Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas.	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.27: Informe de seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas.	4	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
ACT.28: Reporte semestral del consolidado de las Rondas de seguridad del Paciente ejecutadas y su respectivo cumplimiento de las acciones de mejora.	2	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESPECÍFICO 2.6: Fortalecer el proceso de Análisis de Eventos Centinela				
ACT.42: Análisis de Eventos Centinela que se presenten de acuerdo al Protocolo de Londres.	2	Informe		Oficina de Gestión de la Calidad



S. VARGAS



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	15 / 01 / 2021	08:30	ROND2	01 / 02 / 2021	08:30	ROND3	01 / 03 / 2021	08:30	ROND4	05 / 04 / 2021	08:30

MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ROND5	03 / 05 / 2021	08:30	ROND6	07 / 06 / 2021	08:30	ROND7	05 / 07 / 2021	08:30	ROND8	02 / 08 / 2021	08:30

SETIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ROND9	06 / 09 / 2021	08:30	ROND10	04 / 10 / 2021	08:30	ROND11	03 / 11 / 2021	08:30	ROND12	06 / 12 / 2021	08:30

MINISTERIO DE SALUD
Hospital Nacional "Hipólito Unánue"
Dr. LUIS W. MIRANDA MOLINA
DIRECTOR GENERAL (e)

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"
M.C. SUGRA VARGA CHUGO
C.M.P.: 64976 RNA: 4817
Jefe (e) de la Oficina de Gestión de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"
DR. CARLOS SOLO LINARES
C.M.P.: 6703
Jefe (e) de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"
LIC. ENF. ROSA SANCHEZ MANTILLA
Jefe (e) de la Oficina de Enfermería

Titular responsable IPRESS

Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad

Responsable de Epidemiología

Responsable del Departamento/Servicio de Enfermería





PERU

Ministerio de
SaludHospital Nacional Hipódromo
Llanuco

Oficina de Gestión de la Calidad

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 SATELITE EN CENTRO QUIRÚRGICO		
	TOTAL		
7	NÚMERO DE QUIRÓFANOS PRESUPUESTADOS		
8	NÚMERO DE QUIRÓFANOS OPERATIVOS		
9	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS ELECTIVAS REALIZADAS SEGÚN TRIMESTRE 2021		
10	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS ELECTIVAS REALIZADAS 2020		
11	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS DE EMG REALIZADAS SEGÚN I SEMESTRE 2021		
12	NÚMERO TOTAL DE CIRUGÍAS DE EMG REALIZADAS EN EL AÑO 2020		
13	NÚMERO DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS RELACIONADOS A CIRUGÍAS ELECTIVAS SEGÚN SEMESTRE 2021		
14	NÚMERO DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS NOTIFICADOS RELACIONADOS A CIRUGÍAS DE EMERGENCIA SEGÚN TRIMESTRE 2021		
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 2021		
16	% DE DESABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES PARA EL CENTRO QUIRÚRGICO SEGÚN TRIMESTRE 2021		
17	% DE INTERVENCIÓNES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS SEGÚN I SEMESTRE 2021		
18	% DE INTERVENCIÓNES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS SUSPENDIDAS EN EL AÑO 2020		
19	TASA DE MORTALIDAD INTRAOPERATORIA SEGÚN I SEMESTRE 2021		
20	TASA DE MORTALIDAD POST OPERATORIA INMEDIATA SEGÚN TRIMESTRE 2021		
21	TASA DE REINTERVENCIÓNES NO PROGRAMADAS SEGÚN I SEMESTRE 2021		
22	% DE APLICACIÓN DE LA LVSC SEGÚN TRIMESTRE 2021		

RM N° 1021-
2010/MINSA



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

PROBLEMAS IDENTIFICADO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LVSC	HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UÑAUÉ
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 Unzué

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 Unzué

Cirugía programada (tempo colectómica) Cirugía de Emergencia (tempo apendicectomía) Reintervención de emergencia (tempo laparotomía por hemorragia hora(s) post cirugía)
 Fecha: _____ N. Quirófano: _____ Paciente: SOAT
 Nombre del Paciente: _____ Cujalanes: _____ Anestesiólogos: _____ Ent Instrumentista I: _____ Ent Instrumentista II: _____
 Intervención Qx. propuesta: _____ Intervención Qx. realizada: _____ Ent Instrumentista I: _____ Ent Instrumentista II: _____
 Intervención Qx. realizada: _____

ANTES DE INDUCCIÓN DE ANESTESIA

Registro de Entrada

1 ¿Se encuentra (firmada) la hoja de hospitalización por el médico y/o servicio tratante?
 Si No

2 ¿Se ha realizado la evaluación pre-anestésica en el paciente y firmo el consentimiento informado?
 Si No

3 Hora de inducción anestésica _____
 Si (el) paciente ha confirmado:
 Su identidad Su No
 Lugar / sitio Quirúrgico Si No
 El Procedimiento Si No
 Consentimiento Si No

4 ¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica?
 Si No

5 Anestesiólogo verifica
 ¿Presenta el paciente algún problema específico?
 Si No

6 ¿Se ha colocado el pulsoximetro al paciente y funciona?
 Si No

7 ¿Tiene el paciente alergia conocida?
 No Si A que _____

8 ¿Hay vía aérea difícil / riesgo de aspiración?
 Si No

9 ¿En este caso, hay instrumental y equipos / ayuda disponible?
 Si No

10 ¿Riesgo de pérdida de >50ml de sangre / ml/kg en niños?
 Si No

11 En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (V / Central)
 Si No

OBSERVACIONES:

ENFERMERO CIRCULANTE:

FIRMA

ANESTESIOLOGO

FIRMA

CIRUJANO

FIRMA

ANTES DE LA INCISION

Entretiempo

12 Confirme que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función
 Si No

13 Ciudadano(a) confirman verbalmente:
 Paciente Si No
 Lugar / sitio Quirúrgico Si No
 Procedimiento Si No

14 Continuar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con las pautas de asepsia quirúrgica
 Si No

15 Equipo de Enfermeros Instrumentista I y II revisa
 ¿Ha sido confirmada la esterilización?
 Si No

Ropa instrumental
 Material Quirúrgico
 Prevención de Eventos críticos Cirujano(a) revisa

16 ¿Hay posibilidad de eventos críticos o inesperados?
 Si No

17 ¿Cuanto durará la operación? _____ hora(s)

18 ¿Cuanto es la pérdida de sangre prevista?
 Mínimo Moderado Considerable

19 ¿Se ha marcado el sitio Quirúrgico?
 Si No No Procede

20 ¿Han sido administrados los antibióticos profilácticos en los últimos 60 minutos?
 Si No

21 ¿Puede visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales (Radiografías, Tomografías, etc.)?
 Si No No Procede

ANTES DE LA SALIDA DE SALA OPERATORIAS

Registro de Salida

22 El nombre del procedimiento registrado
 Enfermera confirma verbalmente con el equipo:
 Si No

23 El recuento en voz alta de instrumentos, gasas y agujas
 Si No
 Si No No Aplica
 Se lee en voz alta el estatus de las muestras que incluye el nombre del paciente y número de la pieza
 Si No No Aplica

24 ¿Surge algún problema con el instrumental o los equipos durante la intervención?
 Si No Cual: _____

25 El cirujano y anestesiólogo revisan los aspectos críticos que pudieran afectar al paciente en recuperación
 Si No

27 ¿Cuál será el destino inmediato a la salida del quirófano?
 URPA UTI

28 ¿Como sale el paciente a la unidad de recuperación post anestésica?
 Despierto Exudado
 Sedado Con Tubo ET

Código Sig: 1888

47810034



S. VARGAS



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?





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 2021**

EVENTOS ADVERSOS	EVIDENCIA
¿Tiene implementado un Sistema de Registro y Notificación de Incidentes y Eventos Adversos?	
N° Total de EA reportados según trimestre 2021	
Nombre del Evento Adverso más frecuente identificado según trimestre 2021	
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





VIII. BIBLIOGRAFÍA

- López, V., Puentes, M., & Ramírez, A. (2016). Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta. Trabajo de grado para obtener el título de Maestría en Administración en Salud. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Kohn, L. T., Corrigan, J., & Donaldson, M. S. (2000). **To err is human: Building a safer health system**. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Asamblea Mundial de la Salud, 72 . (2019). Acción mundial en pro de la seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf?ua=1



