

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE SALUD V - LIMA CIUDAD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
CENTRAL TELEFONICA 482-04-02
FAX (511) 482-1410



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 14 de Diciembre de 2012

Visto el Expediente Nº 20354-2012, que contiene el Oficio Nº 374-DPE-HNCH-2012;

CONSIDERANDO:

Que, por Resolución Ministerial Nº 308-2010/MINSA, se aprueba la "Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", que tiene por objetivo reducir el riesgo de complicaciones producidas en las operaciones;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA del 30 de Mayo de 2006, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" el cual tiene como objetivo general mejorar continuamente la calidad de los servicios, recursos y tecnología del Sector Salud mediante el desarrollo de una cultura de calidad, sensible a las necesidades y expectativas de los usuarios externos e internos;

Que, en el artículo 46º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia aprobado por la resolución Ministerial Nº 216-2007/MINSA, señala que el Departamento de Pediatría es el órgano encargado de brindar atención especializada e integral a pacientes pediátricos, en su contexto biopsicosocial, familiar y comunitario, protegiendo, recuperando y rehabilitando su salud, axial como proponer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica especializada en Pediatría orientados a brindar un servicio eficiente y eficaz;

Que, igualmente en el artículo 49º de la Reglamento acotado se establece que el Servicio de Cirugía Pediátrica es la unidad orgánica encargada de brindar atención médico quirúrgica especializada e integral a pacientes desde su nacimiento hasta los menores de 18 años y tiene entre otras funciones la de brindar atención de Cirugía Pediátrica, especializada e integral a los pacientes en consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico y emergencia, así como proponer, actualizar e implementar guías clínicas de atención, protocolos y procedimientos de atención médica integral y especializada en cirugía pediátrica, orientados a proporcionar un servicio eficiente y eficaz;

Que, la lista de un chequeo de un procedimiento médico quirúrgico seguro, servirá como una herramienta puesta a disposición de los profesionales sanitarios para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables, y que tiene por objetivo reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo entre las disciplinas clínicas del Hospital;



Que, estando a lo propuesto la Jefa del Departamento de Pediatría y teniendo en consideración que el formato de la "Lista de Chequeo de un Procedimiento Médico Quirúrgico Seguro del Departamento de Pediatría", tiene por objetivo reducir significativamente las tasas de complicaciones y muerte de los pacientes pediátricos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, es conveniente proceder a su aprobación;

Con el visado de la Jefa del Departamento de Pediatría, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

En uso de las atribuciones conferidas por el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA del 9 de marzo de 2007;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el formato "Lista de Chequeo de un Procedimiento Médico Quirúrgico Seguro del Departamento de Pediatría", el mismo que forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Disponer que la Jefa del Departamento de Pediatría proceda a la difusión, seguimiento e implementación del formato aprobado en el artículo 1° de la presente resolución.

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

Regístrese y comuníquese.

SECRETARÍA EJECUTIVA
E. O.
Departamento de Pediatría
Oficina Gestión de la Calidad
Oficina de Comunicaciones

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
SECRETARÍA EJECUTIVA
E. O.
17 DIC 2012

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA
SECRETARÍA EJECUTIVA
E. O.
17 DIC 2012
D. SUAREZ
SECRETARÍA EJECUTIVA

LISTA DE CHEQUEO DE UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO SEGURO

1) Nombre	2) Nro HC:	3) Hora Inicio	4) Hora de termino	5) Fecha: / /
FASE 1. Identificación y preparación		6) Procedimiento realizado		
	SI NO N.A.	FASE 2. Antes de inicio de procedimiento	SI NO	FASE 3. Antes de la salida de sala de procedimientos
IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y ZONA DE PROCEDIMIENTOS		IDENTIFICACION DEL PACIENTE		PREPARACION PARA LA SALIDA DEL PACIENTE (ENFERMERIA)
7) El paciente porta su brazalete	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.	PROCEDIMIENTO Y ZONA DE PROCEDIMIENTO POR EL MEDICO CIRUJANO		28) Licenciada ¿el recuento de gasas e instrumental es completo?
8) El paciente viene con la indicación en el brazalete	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.	22) Dr. ¿Cómo se toma el paciente?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	29) La circulante verifica, que el rotulado del espécimen o muestra, es etiquetado con el nombre del paciente y Nro de historia clínica paciente después del procedimiento?
9) Se verifica en HC la identidad del paciente	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.	23) ¿Qué procedimiento va a realizar?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	30) ¿Existe algún cuidado especial en el paciente después del procedimiento?
10) Se verifica en HC el consentimiento informado	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.	24) ¿ En qué zona va a intervenir?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	- Cirujano <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
11) La zona del procedimiento se encuentra marcada	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.	25) LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE PRESENTAN POR SU NOMBRE Y ROL	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	- Anestesiólogo <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
MEDICO ANESTESIOLOGO DE REQUERIRSE		26) DOCTOR (CIRUJANO) COMENTE ¿SI EL PACIENTE TIENE ALGUN PROBLEMA QUE PONGA EN RIESGO SU VIDA EN ESTE ACTO MEDICO, EXISTE ALGUNA PREOCUPACION O CUIDADO ESPECIAL?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	- Enfermera <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
12) ¿Ha comprobado el funcionamiento de los equipos de anestesia y los medicamentos estan completos?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.	27) DOCTOR (ANESTESIOLOGO) COMENTE ¿SI EL PACIENTE TIENE ALGUN PROBLEMA QUE PONGA EN RIESGO SU VIDA EN ESTE ACTO MEDICO, EXISTE ALGUNA PREOCUPACION O CUIDADO ESPECIAL?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	
13) ¿Tiene el paciente alergias conocidas?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.	12.1) Si es SI. Cuales _____		
14) ¿ Tiene el paciente vía aérea difícil y riesgo de aspiración?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.	14.1) Si es SI ¿tiene los equipos, y ayuda disponible de personal para la atención del paciente?		
15) ¿Tiene el paciente riesgo de hemorragia >500 ml(7ml/kg en niños)?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.	15.1) Si es SI ¿tiene previsto la disponibilidad de liquido, fluidos, hemocomponentes y dos vías intravenosas o centrales?		
16) ¿Se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.	17) ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y está funcionando?		
ENFERMERA		Observaciones:		
18) ¿Están los equipos disponibles y operativos?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.			
19) ¿Cuenta con todos los materiales e insumos necesarios?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.			
20) ¿ Los materiales, insumos e instrumental están estériles?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.			
ESTUDIOS DE IMÁGENES DE REQUERIRSE				
21) Se verifica que imágenes radiográficas están exhibidas	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> N.A.			
		Sello y Firma Médico Cirujano	Sello y Firma Médico Anestesiólogo	
		Sello y Firma Enfermera	Nombre y Firma Verificador/Coordinador	



LISTA DE CHEQUEO DE UN PROCEDIMIENTO MEDICO QUIRURGICO SEGURO

1) Nombre :	2) Nro HC:	3) Hora Inicio:	4) Hora de termino:	5) Fecha: / /				
FASE 1: Identificación y preparación		6) Procedimiento realizado:						
SI	NO	N.A.	FASE 2: Antes de inicio de procedimiento	SI NO	FASE 3: Antes de la salida de sala de procedimientos	SI	NO	N.A.
IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y ZONA DE PROCEDIMIENTOS			IDENTIFICACION DEL PACIENTE			PREPARACION PARA LA SALIDA DEL PACIENTE (ENFERMERIA)		
7) El paciente porta su brazalete			PROCEDIMIENTO Y ZONA DE PROCEDIMIENTO POR EL MEDICO CIRUJANO			28) Licenciada ¿el recuento de gasas e instrumental es completo?		
8) El paciente viene con la indicación en el brazalete			22) Dr. ¿Cómo se llama el paciente?			29) La circulante verifica, que el rotulado del espécimen o muestra, es etiquetado con el nombre del paciente y Nro de historia clínica paciente después del procedimiento?		
9) Se verifica en HC la identidad del paciente			23) ¿Qué procedimiento va a realizar?			30) ¿Existe algún cuidado especial en el paciente después del procedimiento?		
10) Se verifica en HC el consentimiento informado			24) ¿ En qué zona va a intervenir?			- Cirujano		
11) La zona del procedimiento se encuentra marcada			25) LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE PRESENTAN POR SU NOMBRE Y ROL			- Anestesiólogo		
MEDICO ANESTESIOLOGO DE REQUERIRSE			26) DOCTOR (CIRUJANO) COMENTE ¿SI EL PACIENTE TIENE ALGUN PROBLEMA QUE PONGA EN RIESGO SU VIDA EN ESTE ACTO MEDICO, EXISTE ALGUNA PREOCUPACION O CUIDADO ESPECIAL?			- Enfermera		
12) ¿Ha comprobado el funcionamiento de los equipos de anestesia y los medicamentos estan completos?			27) DOCTOR (ANESTESIOLOGO) COMENTE ¿SI EL PACIENTE TIENE ALGUN PROBLEMA QUE PONGA EN RIESGO SU VIDA EN ESTE ACTO MEDICO, EXISTE ALGUNA PREOCUPACION O CUIDADO ESPECIAL?					
13) ¿Tiene el paciente alergias conocidas?			Observaciones:					
13.1) Si es SI. Cuáles _____								
14) ¿Tiene el paciente vía aérea difícil y riesgo de aspiración?								
14.1) Si es SI ¿tiene los equipos, y ayuda disponible de personal para la atención del paciente?								
15) ¿Tiene el paciente riesgo de hemorragia >600 ml(7ml/kg en niños)?								
15.1) Si es SI ¿tiene previsto la disponibilidad de liquido, fluidos, hemocomponentes y dos vías intravenosas o centrales?								
16) ¿Se ha administrado la profilaxis antibiótica en los últimos 60 minutos?								
17) ¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y está funcionando?								
ENFERMERA								
18) ¿Están los equipos disponibles y operativos?								
19) ¿Cuenta con todos los materiales e insumos necesarios?								
20) ¿ Los materiales, insumos e instrumental están estériles?								
ESTUDIOS DE IMÁGENES DE REQUERIRSE								
21) Se verifica que imágenes radiográficas están exhibidas								
			Sello y Firma Médico Cirujano			Sello y Firma Médico Anestesiólogo		
			Sello y Firma Enfermera			Nombre y Firma Verificador/Coordinador		

