



N° 002 - 2024 - DRSL - RL - HH - SBS/DE

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Huaral, 12 enero del 2024.

VISTO, el Expediente N° 03052555, que contiene la Nota Informativa N° 098 -UE-407-RL-HH-SBS-UGC-12-2023, emitido por la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital "San Juan Bautista" Huaral; y el Informe Legal N° 417 - UE.407-RL-HH-SBS-AL-12-2023;

CONSIDERANDO:

Que, conforme al segundo párrafo de considerandos de la Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, por la que se conformó el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente, se señala la necesidad de la implementación de un Plan Nacional para la Seguridad del Paciente, en cuyo marco los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, establezcan y desarrollen acciones institucionales tendientes a reducir los riesgos, daños y eventos adversos que afectan a los pacientes durante el proceso de prestación de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico: "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente", cuyo artículo 3°, establece que las Direcciones de Salud, Direcciones Regionales de Salud a nivel nacional, así como los demás establecimientos de salud del sector salud, son responsables de su aplicación;

Que, el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente, señala como su objetivo general: "Reducir los eventos adversos en los usuarios del Sistema de Salud Nacional contribuyendo a hacer de los servicios de salud lugares seguros para la atención de los pacientes"; y en tal sentido, se debe desarrollar actividades de prevención y control orientadas a disminuir los eventos adversos en los pacientes del Hospital San Juan Bautista Huaral, las que serán implementadas en los Departamentos, Servicios y/o Unidades que prestan servicios de salud a nuestros usuarios;

Que, de acuerdo a lo establecido en la Resolución Directoral N° 416-2017-DG-DIRESA LIMA del 06 de Junio del 2017, que aprueba la Directiva Administrativa N° 005-2017-DG/DEGSC "Lineamientos para el desarrollo de Rondas de Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud de la Región Lima", donde designan como responsable a la Unidad de Gestión de la Calidad para la implementación de dichos lineamientos que tienen como finalidad: Promover la implementación de prácticas seguras involucrando a decisores institucionales y compartiendo experiencias para la reducción de los Eventos Adversos asociados a la atención de los pacientes en los Establecimientos de Salud de la Región Lima;

Que, mediante RM N°163-2020/MINSA, de fecha 02 de Abril del 2020, se aprueba la Directiva Sanitaria N092-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud", con la finalidad de contribuir con la mejora de calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyen los riesgos en atención en salud, la misma que establece en el 6.1. la Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente;

Que, la Directiva Sanitaria menciona en su literal 7.1 que la supervisión y evaluación de la implementación de los equipos de rondas de seguridad del paciente estará a cargo de la unidad de Gestión de la Calidad, de la Microrred, Red de Salud, DIRESA, GERESA, DIRIS, o quien haga a sus veces;





N°

-- 2024 -- DRSL -- RL -- HH -- SBS/DE

Que, con Nota Informativa N°098- UE.407-RL-HH-SBS-UGC-12-2023, de fecha 22 de diciembre del 2023, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, remite la propuesta de Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital San Juan Bautista Huaral periodo 2024;

Que, con Informe Legal N° 417 - UE.407-RL-HH-SBS-AL-12-2023 de fecha 27 de diciembre del 2023, la Oficina de Asesoría Legal del Hospital San Juan Bautista Huaral, emite opinión favorable a la aprobación del Plan en mención;

Que, mediante Oficio N°005 - UE.407-RL-HH-OPE-01-2024, de fecha 09 de Enero del 2024, la Oficina de Planeamiento Estratégico a través del Área de Planes y Programas, con Informe N°001 -UE.407-RL-HH-SBS-OPE/AP-01-2024, emite opinión favorable a la aprobación del Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital San Juan Bautista Huaral periodo 2024, así mismo con Informe N° 005 - UE.407-RL-HH-SBS-OPE/AO-01-2024 el Área de Organización emite opinión favorable al acto resolutorio de aprobación del plan en mención;

Que, con Ordenanza Regional N° 014-2008-CR-RL, y su modificatoria Ordenanza Regional N° 008-2014-CR-RL, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones de la Red de Salud Huaral y el Hospital San Juan Bautista Huaral;

De conformidad con lo dispuesto por la Resolución Directoral N°039 - 2023-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-DG de fecha 19 de Enero de 2023, que otorga facultades al Director Ejecutivo del Programa Sectorial II – Dirección Ejecutiva de Huaral y SBS de la Dirección Regional de Salud Lima de la Gerencia Regional de Desarrollo Social del Gobierno Regional de Lima;

Estando a lo propuesto por la Unidad de Gestión de la Calidad, con la opinión favorable de la Oficina de Planeamiento Estratégico y la visación de la Sub Dirección Ejecutiva y Asesoría Legal del Hospital San Juan Bautista Huaral;

SE RESUELVE:

Artículo Primero. - Aprobar el "Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital San Juan Bautista Huaral, periodo 2024, el cual es parte integrante de la presente resolución.

Artículo Segundo. - **DISPONER**, que los miembros del Comité de Seguridad del Paciente, son responsables de la difusión e implementación del documento técnico aprobado en el artículo precedente,

Artículo Tercero. -Disponer la notificación de la presente Resolución conforme ley.

Artículo Cuarto. - Disponer la publicación de la presente Resolución en el Portal Web del Hospital San Juan Bautista Huaral.***

Regístrese y Comuníquese

JDA/CRSV/teou
c.c. DIRESA
c.c. Sub Dirección. Ejecutiva
c.c. Oficina de Planeamiento
c.c. Órgano de control Institucional
c.c. Unidad de Gestión de la Calidad
c.c. Interesados
C.c. Archivo

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
UE 407 HOSPITAL HUARAL Y SBS
M.C. Juan Diaz Amado
C.M.F. 019839 - RNE 019945



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL HUARAL Y SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD



**UNIDAD DE GESTION DE LA
CALIDAD**



Plan Anual de Seguridad del Paciente



2024

HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA - HUARAL

INDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN.....	02
I. FINALIDAD.....	02
II. OBJETIVOS.....	03
III. BASE LEGAL.....	03
IV. AMBITO DE APLICACIÓN.....	04
V. ESTRATEGIAS.....	04
VI. ACCIONES ESTRATEGICAS.....	06
VII. ACTIVIDADES.....	08
VIII. ANEXOS	09



I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que, a escala mundial, cada año, decenas de millones de pacientes sufren lesiones incapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. En la Ley General de Salud N° 26842, 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".

Los sistemas de atención de salud son lo más complejos a que se enfrenta el ser humano y por lo tanto, las probabilidades de que algo salga mal no son despreciables por lo que es necesario que los consideremos sistemas de alto riesgo y por lo tanto, se diseñen numerosas barreras de seguridad que prevengan las fallas involuntarias que puedan presentarse durante la atención de un paciente.

En ese marco el Ministerio de Salud decide impulsar la seguridad del paciente como aspecto esencial de la calidad de los servicios de salud llevando a cabo estrategias innovadoras orientadas a la seguridad del paciente. La seguridad del paciente es uno de los elementos claves de la mejora de la calidad, quedando así reflejado en la 8va Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, la cual menciona como estrategia la "implementación de mecanismos de información sobre la ocurrencia de incidentes y eventos adversos".

Hablar de seguridad del paciente es un tema complejo que requiere un enfoque integrado y basado en el sistema, implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotamos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que produzcan aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia así como buenas prácticas acordes con el conocimiento científico, disponible sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes vinculadas a la ausencia de eventos adversos y propiciada por una adecuada organización asistencial.

Por consiguiente, en este Plan, la seguridad del paciente no solo implicará la reducción de actos inseguros en el proceso de atención sino también el cumplimiento de las recomendaciones de las normas y códigos de ética considerando que todos los pacientes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento, en tal sentido la dirección en conjunto con la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Huaral y SBS, desarrolla acciones para el cumplimiento de los objetivos de las políticas nacional y alianzas para la conservación de la seguridad del paciente a través de las Rondas de Seguridad del Paciente que se realizan cada mes por el equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y se realiza el seguimiento del Plan de Acción en base a los verificadores inseguros, Notificación de Incidentes y Eventos adversos se ha capacitado a las Jefas de enfermería para el análisis de causa raíz, Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, Consentimiento Informado en el que se evidencia mejora en el correcto registro, Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), lavado de manos; que son abordados por las diferentes áreas en forma integrada los cuales serán priorizados para la mejora del desempeño institucional en lo que se refiere a la seguridad del paciente y calidad de la atención.

II. FINALIDAD

Contribuir en el desarrollo de un entorno seguro en la atención, orientada a la disminución de riesgos generados por la atención al paciente a través del cumplimiento de protocolos orientados a la seguridad del paciente En los diferentes servicios del Hospital San Juan Bautista - Huaral,



III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la seguridad durante los procesos de atención del paciente a través de la Identificación de riesgos prevenibles e implementación de acciones de mejora, realizando prácticas seguras en las UPSS de Atención Directa y de Soporte del Hospital San Juan Bautista - Huaral

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Monitorizar el correcto registro del consentimiento informado y de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía
2. Promover y fortalecer una Cultura de Seguridad del paciente, orientada hacia la reducción de riesgos con el Registro, Notificación y Análisis de incidentes y eventos adversos.
3. Promover y Fortalecer una cultura de adherencia a la técnica de lavado de manos
4. Establecer mecanismos de control en los servicios críticos a través de las Rondas por la Seguridad del Paciente.

IV. BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- ✓ Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- ✓ Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD.
- ✓ Decreto Supremo N° 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA, que aprueba las Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 1472-2002.SA/DM; que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- ✓ Decreto Legislativo 1278 que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos.
- ✓ Resolución Ministerial N° 753-2004/MINSA, que aprueba la NT N°020-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- ✓ Resolución Ministerial N° 489-2005/MINSA, que aprueba la NT N° 031-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios.
- ✓ Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

- ✓ Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de la Infecciones Intrahospitalarias.
- ✓ Resolución Ministerial N° 596-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 184-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 021-MINSA/DGE.V.01 Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias.
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.



- ✓ Resolución Ministerial N° 308-2010 MINSA que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- ✓ Resolución Ministerial N° 1021-2010 MINSA que aprueba la Guía Técnica de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- ✓ Resolución Ministerial N° 372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- ✓ Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, que aprueba la NTS N° 021 MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 660-2014/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N° 110-MINSA/DGIEM-V.01 Infraestructura el Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención.
- ✓ 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”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, que aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica.
- ✓ Resolución Ministerial N°255-2016/MINSA., que aprueba la Guía técnica para la implementación del proceso de la higiene de manos en los Establecimientos de Salud.
- ✓ Resolución Jefatural N° 393-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01 “Rondas de Seguridad y Gestión del riesgo para la Seguridad del Paciente.
- ✓ Resolución Jefatural N° 631-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 “Sistema de Registro y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado “Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- ✓ Resolución Ministerial N° 214- 2018/MINSA, que aprueba la N.T.S. N° 139- MINSA /2018/DGAIN, Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica.
- ✓ Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud: Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.
- ✓ Resolución Ministerial N°163-2020/MINSA., *Directiva Sanitaria N° 92 -MINSA/2020/DGAIN: “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud”.*

V. AMBITO DE APLICACIÓN:

- El presente Plan de Seguridad del Paciente es de conocimiento, aplicación y cumplimiento obligatorio en las diferentes UPSS de atención Directa y de Soporte del Hospital San Juan Bautista Huaral.

VI. ESTRATEGIAS:

- Promover y ejecutar practicas seguras para prevenir y controlar las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.
- Promover la implantación de prácticas seguras en cirugía.
- Gestión del riesgo y sistemas de notificación de los incidentes y eventos adversos.
- Seguimiento del levantamiento de observaciones de la Ronda de la Seguridad del Paciente, para la implementación de acciones de mejora continua de la Calidad en la Atención al Paciente.
- Monitorizar la metodología multimodal de higiene de manos de la Organización Mundial de Salud (OMS).

• Definiciones Operativas:

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

- **Acción Insegura:** es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
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.
- **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.
- **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, directamente asociado con la atención de salud.
- **Cirugía Segura:** Es el procedimiento efectuado en quirófano para curar, mediante operaciones, las enfermedades del cuerpo humano, asegurando la vida de la persona que será intervenida.
- **Consentimiento Informado:** Es la conformidad expresa de la persona usuaria de los servicios de salud o de su representante legal, a participar en las actividades de docencia ya sea en consulta externa, hospitalización, o durante el desarrollo procedimientos especiales e intervenciones quirúrgicas; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el profesional de la salud docente le ha informado de la naturaleza de la atención.
- **Complicación:** Resultado clínico de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de su enfermedad.
- **Equipo Quirúrgico:** Se entiende a los cirujanos, anestesiistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.
- **Evento Adverso:** Es una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- **Evento Centinela:** Es un tipo de evento adverso 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 cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención.
- **Evento con daño:** Son de tres tipos:
Leve: Cualquier evento adverso que ocasiona aumento en la estancia, requiere observación o tratamiento menor.
Moderado: Cualquier evento adverso que ocasiona aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño a tener en cuenta, pero no es permanente.
Grave: Cualquier evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.
- **Error:** Es la falta para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.
- **Error de Medicación:** Es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.
- **Error quirúrgico:** Se entiende a los cirujanos, anestesiistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.
- **Estrategia de anestesia segura:** Presencia de un anestesiólogo entrenado, pulsioxímetro disponible, monitorización de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura.
- **Estrategia de Cirugía limpia:** Incluye el lavado e higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida.
- **Estrategia de profesionales seguros:** Presencia de personal entrenado, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente los pacientes.



- **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 obtiene los resultados esperados.
- **Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** 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. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- **Infección Asociada a la Atención de Salud IAAS:** Es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o sus toxinas en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria. Se considera IAAS si existe evidencia que esta condición no estaba presente o en incubación en el momento de la admisión, a menos que la infección usualmente se hace evidente a las 48 horas o más, luego de la admisión en el establecimiento de salud. En caso de los neonatos se considera como IAAS a la infección hospitalaria que se adquiere luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.
- **IPRESS:** Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.
- **Higiene de Manos:** Es la medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano.
- **Pausa quirúrgica:** Es una pausa momentánea que se toma al equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel a fin de confirmar que se han realizado los controles esenciales.
- **Prevención del Riesgo:** Es la modificación del sistema para reducir las probabilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo aceptable, toda medida orientada a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo.
- **Protocolo de Londres:** Es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos centinela, permite identificar en cada caso cuáles 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:** Es el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
- **Rondas de Seguridad del Paciente:** Es una herramienta 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 seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de esta, 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.



VII. ACCIONES ESTRATEGICAS POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL.

De acuerdo al modelo del Plan de Seguridad del Paciente para IPRESS, además del trabajo que desarrolla la Unidad de Gestión de la Calidad, para efectos de la ejecución de las actividades del presente Plan, en el Hospital San Juan Bautista – Huaral, se deben conformar mediante Resolución Directoral los siguientes equipos:

- Equipo de Seguridad del Paciente del Hospital San Juan Bautista Huaral 2024, integrada por los siguientes responsables:

Área / Responsable	Cargo
• Subdirector Ejecutivo del HSBJH	Presidente
• Unidad de Gestión de la Calidad	Secretaria
• Jefa del Dpto. de Enfermería	Miembro
• Jefe de la Unidad de Epidemiología y Saneamiento Ambiental	Miembro
• Director Administrativo del HSJBH	Miembro
• Jefe del Dpto. de Medicina	Miembro
• Jefe del Dpto. de Cirugía	Miembro
• Jefe del Dpto. de Gineco-Obstetricia	Miembro
• Jefe del Dpto. Emergencia y Cuidados Críticos	Miembro
• Jefe del Dpto. de Pediatría	Miembro
• Jefe del Dpto. de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Miembro
• Jefe del Dpto. de Apoyo al Diagnostico	Miembro
• Jefe del Dpto. de Apoyo al Tratamiento	Miembro

- Equipo Conductor para la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2023.

Área / Responsable	Cargo
• Jefe del Dpto. de Anestesiología y Centro Qx.	Presidente
• Jefe del Dpto. de Cirugía	Vice presidente
• Unidad de Gestión de la Calidad del HSJBH	Secretaria
• Jefe del Dpto. de Gineco Obstetricia	Miembro
• Jefe de SOP-Centro Quirúrgico – Dpto. Enfermería	Miembro
• Unidad de Epidemiología y Saneamiento Ambiental	Miembro
• Jefe del Dpto. de Apoyo al tratamiento	Miembro

• FUNCIONES DEL COMITÉ/EQUIPO:

Presidente: Convocar y presidir las reuniones del Comité de Seguridad del Paciente, cumplir y hacer cumplir los acuerdos de las reuniones del Comité, proponer las medidas correctivas convenientes.

Secretario: Llevar al día los libros de Actas de reuniones, transcribir los acuerdos de las reuniones.

Miembro: Asistir a todas las reuniones programadas, colaborar con el Presidente, vicepresidente, secretario en el desempeño de sus funciones.

VIII. ACTIVIDADES (Ver matriz de actividades)

IX. ANEXOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES	META ANUAL		RESPONSABLE	CRONOGRAMA													
			UNIDAD	META		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
<p>OE: 1. Promover y fortalecer una Cultura de Seguridad del Paciente, orientada a la reducción de riesgos en los Centros Quirúrgicos.</p>	<p>Aplicar la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía aprobada con RM N° 308-2010/MINSA y la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. R.M. N°1021-2010/MINSA</p>	Aprobación del Plan Anual de la Seguridad del paciente 2024	RD	1	1														
		Verificación del Registro de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y su completo registro.	Informe	2					1									1	
		Aplicación de Encuesta de la LVSC al personal del Centro Qx. Sobre el proceso de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía.	Informe	2						1									1
		Verificación del cumplimiento del consentimiento informado y su registro completo.	Informe	4						1									1
<p>OE: 2. Promover y fortalecer una Cultura de Seguridad del paciente, orientada hacia la reducción de riesgos con el Registro, Notificación y Análisis de eventos adversos.</p>	<p>Estandarizar el proceso de registro y reporte de incidentes y eventos adversos.</p>	Evaluación del Plan de la Línea de Seguridad del paciente	Informe	4					1								1		
		Reporte de la aplicación del formato de Registro y Notificación de eventos adversos.	Informe	4					1									1	
		Capacitación en eventos adversos a los servicios.	Informe	1														1	
		Reuniones de análisis de Eventos Adversos.	Informe	1														1	
<p>OE: 3. Promover y fortalecer una cultura de adherencia a la técnica de higiene de manos.</p>	<p>Monitorizar la Metodología multimodal de la higiene de manos de la OMS.</p>	Monitoreo y supervisión de la aplicación correcta del lavado de manos en los servicios críticos y no críticos.	Actividad/ Informe	4					1								1		
		Monitoreo y aplicación correcta de los cinco momentos del lavado de manos en los servicios críticos y no críticos.	Actividad/ Informe	4						1								1	
		Capacitación, sobre técnica de higiene de manos.	Informe	2														1	
		Rondas de Seguridad del Paciente en los servicios críticos.	Actividad/ Informe	12						1								1	
<p>OE: 4. Establecer mecanismos de control en los servicios críticos a través de las Rondas por la Seguridad del Paciente.</p>	<p>Fortalecer las rondas de Seguridad del Paciente.</p>	Recomendaciones del reporte de las Rondas de Seguridad del Paciente.	Informe	2													1		
																		1	



CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

IPRESS: HOSPITAL HUARAL Y SBS

AÑO: 2024

TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:

DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HUARAL Y SBS

ENERO		
Ronda	Fecha	Hora
Ronda 1	15/01/2024	10:00 a. m.

FEBRERO		
Ronda	Fecha	Hora
Ronda 1	12/02/2024	10:00 a. m.

MARZO		
Ronda	Fecha	Hora
Ronda 1	11/03/2024	10:00 a. m.

ABRIL		
Ronda	Fecha	Hora
Ronda 1	08/04/2024	10:00 a. m.

MAYO		
Ronda	Fecha	Hora
Ronda 1	13/05/2024	10:00 a. m.

JUNIO		
Ronda	Fecha	Hora
Ronda 1	10/06/2024	10:00 a. m.

JULIO		
Ronda	Fecha	Hora
Ronda 1	08/07/2024	10:00 a. m.

AGOSTO		
Ronda	Fecha	Hora
Ronda 1	12/08/2024	10:00 a. m.

SETIEMBRE		
Ronda	Fecha	Hora
Ronda 1	09/09/2024	10:00 a. m.

OCTUBRE		
Ronda	Fecha	Hora
Ronda 1	14/10/2024	10:00 a. m.

NOVIEMBRE		
Ronda	Fecha	Hora
Ronda 1	11/11/2024	10:00 a. m.

DICIEMBRE		
Ronda	Fecha	Hora
Ronda 1	02/12/2024	10:00 a. m.





GOBIERNO REGIONAL DE LIMA

PRESUPUESTO PARA EJECUCIÓN DEL PLAN ANUAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Unidad Ejecutora: 407 - HOSPITAL HUARAL Y SBS

Unidad Orgánica: Unidad de Gestión de Calidad

Nº	ACTIVIDADES A DESARROLLAR	COSTO	DETALLE
A4	SEGURIDAD DEL PACIENTE	S/. 670.00	
A4.1	Conformación del Comité	10.00	HOJAS, TONER
A4.2	Elaboración del Plan de Trabajo	20.00	HOJAS, TONER
A4.3	Implementación de Lista de Verificación Cirugía Segura	500.00	FORMATOS AUTOCOPIATIVOS
A4.4	Aplicación de encuesta sobre dinámica de la aplicación de la LVSC	20.00	HOJAS, TONER
A4.5	Verificación de Consentimiento Informado	20.00	HOJAS, TONER, FOTOCOPIAS
A4.6	Consolidar Reporte y Análisis de Eventos Adversos	20.00	HOJAS, TONER, FOTOCOPIAS
A4.7	Consolidar Reporte y análisis de Lavado de manos	20.00	HOJAS, TONER, FOTOCOPIAS
A4.8	Consolidar Rondas por la Seguridad del Paciente	20.00	HOJAS, TONER, FOTOCOPIAS
A4.9	Evaluación del Plan	40.00	HOJAS, TONER, FOTOCOPIAS



ANEXO 1

RM N°163-2020-MINSA Directiva Sanitaria N° 91-MINSA/2020/DGAIN “DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD”

I. DEFINICION

Ronda de Seguridad de Paciente, 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 seleccionado al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, 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.

II. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL: Establecer pautas para la implementación de las Rondas de Seguridad del paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en las instituciones prestadoras de salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en servicio.
- Educar in situ al personal.
- Tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con la Seguridad de su atención.
- Crear compromisos para mejorar la seguridad del paciente.

III. FINALIDAD: Contribuir con la mejora de la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las instituciones prestadoras de servicios de salud IPRESS publicas privadas o mixtas.

IV. METODO

- Elaborar Plan y cronograma de Rondas de Seguridad (seleccionando las áreas riesgos mayores identificados).
- Aprobación del Plan por la Dirección General o Ejecutiva, Comunicación escrita de la Dirección a las Unidades involucradas sobre realización en las Rondas de Seguridad, para conocimiento, involucramiento y elaboración de informe.
- El equipo que realiza las Rondas de Seguridad debe estar conformado de la siguiente manera:
- Director General o personal designado por la Dirección.
- Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- Jefe de la Unidad de Epidemiología.
- Jefa del Departamento de Enfermería.
- Jefe del Departamento a supervisar.
- Las Rondas de Seguridad deben realizarse en horario diferente a la visita médica, se sugiere que tengan una periodicidad de 15 días y deben tener un promedio de duración de una hora.
- La evaluación será fundamentalmente de observación y entrevista.
- Las observaciones de la Ronda de Seguridad deben estar centradas en:
 - Registro adecuado en la Historia Clínica.
 - Seguridad de la Atención en los Servicios.
 - Identificación Correcta del Paciente.
 - Prevención de la Fuga de Pacientes.
 - Seguridad en la Medición.
 - Prevención y Reducción del Riesgo de las Ulceras por presión.



**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**



FICHA DE EVALUACIÓN



TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:

DR. JUAN DIAZ AMADO

IPRESS:

7637

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO SELECCIONADO:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD | HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL

MICRORED DE SALUD | NO PERTENECE A NINGUNA MICRORED

RED DE SALUD | RED III HUARAL - CHANCAY

DIRESA/GERESA/DIRIS | LIMA





LISTA DE CHEQUEO PARA EL MONITOREO DEL CUMPLIMIENTO DE TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CLÍNICA

RED DE SALUD:

FECHA:

EESS:

EVALUADOR:

SERVICIO: TURNO: (M) (T) (N)

CATEGORÍA PROFESIONAL DEL EVALUADO: MEDICO (.....) ENFERMERA (.....) CIRUJANO DENTISTA (.....) OBSTETRA (.....) TECNICO DE ENFERMERÍA (.....)

NUTRICIONISTA (.....) TÉCNICO DE LABORATORIO (.....) RESIDENTE (.....) INTERNO (.....) ESTUDIANTE (.....) OTRO (.....)

N°	ITEM	HM con agua y jabón líquido antiséptico		HM con Alcohol Gel	
		PUNTAJE	Registrar "0" o Puntaje descrito	PUNTAJE	Registrar "0" o Puntaje descrito
1	Higiene de manos con agua y jabón líquido antiséptico. Presencia en el lavamos de:				
2	llave de caño operativo y con fluido de agua	1		NA	
3	Jabón líquido antiséptico con dispensador	2			
3	Dispensador de papel toalla	2			
4	Higiene de manos con desinfectante de base alcohólica. Presencia de:		NA	5	
4	Frasco de alcohol gel con dispensador				
5	Tiene publicado "Recordatorios" de técnica de higiene de manos y 05 Momentos para la Higiene de Manos, en el servicio evaluado y principalmente donde están ubicados los lavamanos y frascos de alcohol gel.	5		5	
6	El personal durante sus labores no usa anillos, pulsera ni reloj. No usa esmalte y mantiene uñas cortas.	5		5	
7	Moja sus manos con agua.	5		NA	
8	Deposita en palma de la mano, cantidad suficiente de jabón / ALCOHOL GEL para cubrir todas las superficies de las manos	5		10	
9	Frota las palmas de las manos entre si.	5		10	
10	Frota la palma de la mano derecha sobre el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.	10		10	
11	Frota las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados.	10		10	
12	Frota el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.	10		10	
13	Frota con movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.	10		10	
14	Frota la punta de los dedos de la mano derecha sobre la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.	10		10	
15	Se enjuaga las manos con abundante agua.	5		NA	
16	Se seca prolija y vigorosamente las manos con una hoja de papel toalla (usa una hoja precortada o 30 cm de papel toalla aprox.).	5		NA	
17	Cierra la llave del caño con el mismo papel toalla que está usando (No contamina sus manos) antes de descartarlo.	5		NA	
18	Si cumplió todos los pasos, Sus Manos son Seguras.	2		5	
19	Emplea 40 a 60 segundos para realizar todo el procedimiento de Higiene de manos con agua y jabón antiséptico	3		NA	
20	Emplea 20 a 30 segundos para realizar todo el procedimiento de Higiene de manos con alcohol gel (desinfectante de base alcohólica)		NA	10	
Puntaje ALCANZADO		100		100	
PORCENTAJE de cumplimiento obtenido		% cumpl.		% cumpl.	
Calificación: POR MEJORAR (<80%) / ACEPTABLE (>=80%)		PM / A		PM / A	

RECOMENDACIÓN:

PUEDÉ USAR ESTA FICHA PARA MONITOREO DE CUALQUIERA DE LAS 02 TÉCNICAS DE HIGIENE DE MANOS: HM CON AGUA Y JABÓN o HM CON ALCOHOL GEL EN 1 PERSONAL ASISTENCIAL.

Debe Monitorear el cumplimiento de las técnicas de Higiene de Manos en los diferentes grupos profesionales asistenciales y personal en formación.

APLIQUE EL MONITOREO PRIORIZANDO LOS SERVICIOS CRÍTICOS: Emergencia, Cuidados Intensivos / Intermedios, Vigilancia Intensiva, Centro Obstétrico u otro según su realidad.

APLIQUE EL MONITOREO TAMBIÉN EN LOS SERVICIOS DE: Hospitalización, Consultorios externos, Laboratorio y Banco de Sangre, Farmacia, Nutrición, Diagnóstico por imágenes.

Recuerde que la Higiene de Manos es una medida de Bioseguridad obligatoria, su finalidad es proteger al paciente y al personal de salud, del riesgo de ocurrencia de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). Según DS N°031-2014-SA Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), Anexo III-B Infracciones Referidas a la Seguridad del Paciente: el incumplimiento de normas de Bioseguridad es considerado como una INFRACCIÓN LEVE, pausable de sanción.

Firma y sello del Evaluador

Firma y sello del Responsable del Servicio

ANEXO 2
“SISTEMAS DE REGISTRO Y NOTIFICACION DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS”

I. DEFINICION

El reporte es una metodología a través de la cual se puede detectar y medir cual es el perfil de los eventos adversos en una institución. Los resultados de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos son útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de éstos y en qué medida originan atenciones inseguras.

Para que el reporte de eventos adversos, sea útil es necesario que se desarrolle:

- Un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso.
- La definición del mecanismo que difundir las lecciones aprendidas.
- El mecanismo para la implementación de barreras de seguridad.
- Identificación de los procesos inseguros deberán ser diseñados.
- Finalmente, el apoyo institucional (Alta Dirección) a las acciones de mejoramiento.

I. OBJETIVO

Fortalecer la cultura de registro, notificación y reporte de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas a fin de identificarlos oportunamente para la reducción y mitigación de sus efectos durante el proceso de atención en salud.

II. ALCANCE

De aplicación a todos los profesionales de la salud y personal administrativo que trabajen directamente en las áreas asistenciales del Hospital San Juan Bautista Huaral.

III. CONCEPTOS

Evento: Daño o riesgo de daño en un paciente como consecuencia de desviaciones en los procesos definidos para la atención en salud en los centros asistenciales. El evento incluye errores prevenibles y riesgos o peligros.

Evento Adverso: Daño en el paciente relacionado con la atención de salud y no con las complicaciones inherentes de la enfermedad.

Severidad del Daño:

- El incidente llegó al paciente pero no le causó daño.
- No causo daño pero preciso mayor seguimiento o monitorización.
- Causo daño temporal pero no alargo la hospitalización.
- Causo daño permanente.
- Comprometió la vida del paciente.
- Causo la muerte del paciente.

Notificación: Acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento en el ámbito de la gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias, lo que se notifica es entre otros: los errores, los daños, los incidentes, el mal funcionamiento de los equipos, o los fallos en los procesos y otras situaciones peligrosas.

IV. FORMATOS

Se propone comenzar con un formato de notificación (Ficha de Registro) que contiene los siguientes campos: datos del paciente, persona que notifica, suceso, tipo de evento adverso, incidentes, descripción del evento y la identificación en el paciente.

Se notificaran todos los eventos adversos y los incidentes aunque no hayan tenido ninguna repercusión clínica en el paciente. Existe un formulario específico a tal efecto.

V. ANALISIS Y DIFUSION DE RESULTADOS:

Una vez recibido la notificación la Unidad de Calidad procederá a realizar una evaluación previa para definir la posibilidad de realizar un análisis detallado del evento con el Comité de Seguridad del Paciente y de ser necesario se invitara al personal del servicio involucrado. Los resultados se enviarán el servicio implicado y el área notificante así como a las direcciones y comités correspondientes.



PERÚ

Ministerio de Salud

FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

N° DE FICHA

FECHA DE NOTIFICACIÓN	<input type="text"/>
CODIGO RENIPRESS DEL ESTABLECIMIENTO	7637
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	HOSPITAL SAN JUAN BAUTISTA HUARAL
MICRORED DE SALUD	NO PERTENECE A NINGUNA MICRORED
RED DE SALUD	RED III HUARAL - CHANCAY
DIRESA/GERESA/DIRIS	LIMA

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

N° DE HISTORIA CLINICA	<input type="text"/>
TIPO DE SEGURO	<input type="text"/>
SEXO DEL PACIENTE	<input type="text"/>
EDAD	<input type="text"/>
DIAGNOSTICO PRINCIPAL (CIE10)	<input type="text"/>
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	<input type="text"/>

B. UBICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE

UPSS/SERVICIO	<input type="text"/>
---------------	----------------------

C. SEVERIDAD (MARCAR CON UNA "X" SEGÚN CORRESPONDA)

INCIDENTE* EVENTO ADVERSO** EVENTO CENTINELA***

* Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente

** Daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente

*** Es un evento adverso que produce la muerte, lesión física/psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función.

D. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

FECHA DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO	<input type="text"/>
HORA APROX. DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO	<input type="text"/>
CATEGORIA	<input type="text"/>
TIPO	<input type="text"/>
BREVE DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO:	<input type="text"/>

Transferir datos de la Ficha a Tabla de Eventos

ANEXO 3**RM N°1021-2010/MINSA
“GUIA TECNICA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA”****I. FINALIDAD**

Contribuir a la Seguridad del paciente y la calidad de atención de pacientes quirúrgicos mediante la implementación de la Lista de Verificación de la Cirugía en el Hospital San Juan Bautista de Huaral.

II. OBJETIVOS**OBJETIVO GENERAL:**

- a) Establecer el procedimiento a seguir en los lineamientos en la verificación de criterios mínimos para la seguridad del paciente quirúrgico del Hospital San Juan Bautista de Huaral.
- b) Identificar, analizar y planear solución ante prácticas inseguras durante la atención de pacientes quirúrgicos.
- c) Sensibilizar al personal que interviene en la atención de Centro Quirúrgico: Anestesiólogos, Cirujanos Generales, Traumatólogos, Urólogos, Otorrinolaringólogos, Oftalmólogos, Ginecólogos y personal de Enfermería; sobre la importancia de una cirugía segura.

III. AMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de observancia obligatoria por el personal en general que labora o presta servicio bajo cualquier modalidad en Sala de Operaciones 1 y 2 y el personal de los Departamentos de Anestesiología, Cirugía, Ginecología y Enfermería del Hospital San Juan Bautista Huaral.

IV. DEFINICIONES OPERACIONALES**a) 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 de seguridad esenciales.

b) Barrera de Seguridad

Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falta activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.

c) Estrategia de cirugía limpia

Incluye el lavado o higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida.

d) Estrategia de Anestesia Segura

Presencia de un anestesiólogo entrenado, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente a los pacientes.

V. FUNCIONES GENERALES DEL EQUIPO CONDUCTOR:

- Incorporar el uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el Proceso de atención quirúrgica, con la máxima eficiencia y mínima interrupción.
- Adicionar, de ser necesario, otros criterios a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía a la realidad del Hospital San Juan Bautista Huaral.
- Identificar a los actores involucrados en el proceso de la atención quirúrgica para la capacitación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía correspondiente.
- Monitoreo de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Remitir información periódica a la Dirección Ejecutiva sobre los avances en el proceso de implementación.
- Retroalimentación de los avances en la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.



- Plantear propuestas que mejora en consenso con el personal involucrado.
- Difusión de los logros institucionales a nivel Departamento y/o Servicio, luego de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

VI. ACTIVIDADES DEL EQUIPO CONDUCTOR:

- a) Aplicar la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía:
El Equipo Conductor debe realizar la encuesta y enviar informe del mismo a la Unidad de Gestión de Calidad del Hospital San Juan Bautista Huaral.
- b) Supervisión de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. El Equipo Conductor debe realizar la supervisión de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía una vez al mes con visitas inopinadas, así mismo, deberá remitir un informe del mismo a la Unidad de Gestión de Calidad del Hospital San Juan Bautista Huaral.
- c) Auditoría de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. El Equipo Conductor debe realizar la auditoría de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía mensualmente y serán 5 por cada integrante del equipo conductor, donde se evaluara el correcto llenado.
- d) Medición Basal de Cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. El Equipo Conductor debe realizar una medición basal trimestral del grado de cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, así mismo, deberá remitir un informe del mismo a la Unidad de Gestión de Calidad del Hospital San Juan Bautista Huaral.

VII. RESPONSABILIDADES

La aplicación de la presente LVCS es responsabilidad de los Jefes de los Departamentos de Anestesiología, Cirugía y Gineco-Obstetricia y la Jefatura de Enfermería de Centro Quirúrgico.

VIII. FORMATOS

- Formato de Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
- Instructivo del Formato de Lista de Chequeo de Cirugía Segura.

IX. SEGUIMIENTO Y MONITOREO

El seguimiento del “Plan de la Garantía de la Calidad y Seguridad del Paciente 2023”, se realizará en base al cuadro denominado cronograma de actividades y metas del Hospital San Juan Bautista Huaral 2023, con los siguientes formatos:

- “Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo Para La Seguridad Del Paciente”.
- “Sistema de Registro y Notificación de Incidentes Eventos Adversos y Eventos Centinelas”.
- “Encuesta para Evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”

X. RESPONSABILIDADES

Las Unidades Productoras de Servicios de Salud, el Equipo de Seguridad del Paciente, Equipo Conductor de Cirugía Segura y la Unidad de Gestión de la Calidad del hospital San Juan Bautista de Huaral son las responsables de la implementación, aplicación y cumplimiento del presente Plan.



Anexo 2. ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DE LA "LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA"

(R.M. N° 1021-2

(para reporte semestral)

Fecha:

Nombre del Establecimiento:

Responsable de la Información: Dirección del EESS () Unidad de Calidad (X) Centro Quirúrgico () Ofic Epidemiología ()
 Dpto. Enfermería () Dpto. / Serv. 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?

2. ¿Cual 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

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 la Seguridad de la Cirugía?

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

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

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

GRACIAS



