PERÚ | Ministerio de Salud | Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud | Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

ÁREA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD
UGC

2024

INDICE

I. INTRODUCCIÓN 3
II. FINALIDAD 3
III. OBJETIVOS 4
3.1 OBJETIVO GENERAL 4
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 4
IV. BASE LEGAL 4
V. AMBITO DE APLICACIÓN 5
VI. RECURSOS 5
VII. CONTENIDO 5
7.1 DEFINICIONES OPERATIVA 5
7.2 ANÁLISIS SITUACIÓN ACTUAL 8
7.2.1 ANTECEDENTES 8
7.2.2 PROBLEMA 9
7.2.3 CAUSAS DEL PROBLEMA 9
7.2.4 ALTERNATIVAS DE SOLUCIONES 9
7.3 ACTIVIDADES OPERATIVAS 10
VIII. ESTRATEGIAS DE TRABAJO 16
IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 18
X. ANEXOS 19

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ · UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD
V°B°
JEFATURA

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria, considerando que hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. La OMS describe que la deficiencia de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes donde se hace especial hincapié en fomentar la implementación y seguimiento como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria, teniendo en cuenta que se estima que en los países donde la atención en salud es altamente tecnificada 1 de cada 10 paciente sufre algún tipo de daño. Por otro lado, se calcula que se 100 pacientes hospitalizados, siete en países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. De estas se calcula que más de un 50 % puede reducirse adoptando medidas sencillas y de bajo costo.

En este contexto el ente rector MINSA , viene implementando una serie de medidas para fortalecer la seguridad del paciente, enmarcadas en los retos globales como Rondas de Seguridad, lista de verificación de cirugía segura, cultura de seguridad en notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas, buenas prácticas recomendadas para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes , así como la toma de conciencia y educación del personal asistencial , estableciendo una interacción directa con el personal y con los pacientes.

El siguiente plan de trabajo busca generar personas que formen parte de un cambio en beneficio de nuestra razón de ser como profesionales de salud brindando un cuidado humanizado minimizando las prácticas inseguras.

La Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas ha desarrollado el presente Plan Anual de Implementación de seguridad del paciente 2024, buscando fortalecer la cultura de seguridad del usuario interno como prioridad en todas las unidades prestadoras de salud, la cual está basada en la normatividad de seguridad vigente y será aplicado en servicios asistenciales.

II. FINALIDAD

Mejorar la seguridad de los pacientes, minimizando los riesgos en la atención y fomentando una cultura de seguridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz 2024.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una cultura orientada en la seguridad del paciente en las diferentes unidades prestadoras de salud del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente del HCLLH 2024.
- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión de Riesgo.
- Fortalecer el Sistema de Registro de Notificación – Análisis de Incidentes y Eventos Adversos.
- Implementar Rondas de Seguridad.
- Promover los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- Decreto Supremo Nº 013-2002-SA, que aprobó el reglamento de la ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA aprobó la 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.
- Resolución Ministerial N° 519-2006 /MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA - Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 533-2008 / MINSA, lista de chequeo de cirugía Segura.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N° 143-2006 / MINSA, que aprueba la conformación del Comité "Técnico para la Seguridad del Paciente".
- Resolución Ministerial N° 456-2007 / MINSA, que aprueba la Norma Técnica de salud para la acreditación de 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: Categoría de Establecimiento de Sector Salud.

V°B° JEFATURA UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

- RD N°292-12-2023-DE-HCLLH/MINSA se aprobó el Plan Operativo Institucional 2024.
- RD N° 014-01/2024-DE-HCLLH/MINSA se aprobó el Plan de trabajo anual de la Unidad de Gestión de la Calidad 2024.
- Resolución Directoral N°016-01/2023-DE-HCLLH/MINSA actualiza la conformación del equipo de fortalecimiento del sistema de registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas del HCLLH.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

Este Plan es de aplicación en todas las áreas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, sean estos servicios ambulatorios, Hospitalización, incluyendo áreas de cuidado crítico, por lo tanto, es de responsabilidad de todos los profesionales de salud que laboramos en la Institución.

VI. RECURSOS

a. Recursos Humanos

GRUPO OCUPACIONAL	D.L 276	D.L 1057	SERVICIOS DE TERCERO	TOTAL
Medico			01	01
Lic. Enfermería		01		01

b. Recursos Informáticos y Equipo inmobiliario

N°	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
01	Silla	02	Bueno
02	Escritorio	01	Regular
03	Monitor	01	Regular
04	CPU (teclado y mouse)	01	Regular

VII. CONTENIDO

7.1 DEFINICIONES OPERATIVA

Paciente: Es todo usuario que recibe una atención de salud.

Seguridad del Paciente: Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

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 involucradas una o varias acciones inseguras.

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD V°B° JEFATURA

Cultura de seguridad: Es el patrón integrado del comportamiento individual y de la organización basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.

Cirugía: Es cualquier procedimiento que incluya la incisión, escisión, manipulación y sutura del tejido y que usualmente pero no siempre requieren sedación profunda o anestesia general o regional.

Cirugía Segura: Es aquella cirugía que se lleva acabo cumpliendo los criterios mininos aprobados por la OMS para garantizar la seguridad de la información.

Incidente: Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

Evento Adverso: Es una lesión imprevista que produce daño al paciente, es causada por la atención de salud y no está relacionada al proceso de la enfermedad.

Evento Adverso Leve: El paciente presenta síntoma leve o la perdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es 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.

Evento Adverso Moderado: Cualquier evento adverso que necesita de intervención, como por ejemplo una cirugía al paciente prolonga la estancia hospitalaria o que causa un daño o pérdida funcional de larga duración.

Evento Centinela: Es el evento adverso grave que produce una muerte o un daño físico o psicólogo severo de carácter; o perdida permanente e importante de una función.

Gestión del Riesgo: Se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son las actividades coordinar para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.

Ingreso a Centro quirúrgico: Es cuando el paciente va a hacer intervenido quirúrgicamente es recibido por la enfermera de Centro Quirúrgico.

Ingreso a Recuperación: Es cuando el paciente luego de haber sido intervenido quirúrgicamente es llevado a la sala de operaciones para su internamiento.

Ingreso a sala de operaciones: Es cuando el paciente que va hacer intervenido quirúrgicamente es llevado a Sala de Operaciones por la Enfermera Circulante de Centro Quirúrgico y recibido por Medico Anestesiólogo.

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.

Salida de sala de operaciones: Es cuando el paciente que ingreso para ser intervenido quirúrgicamente, sale de sala de operaciones acompañado por médico Anestesiólogo.

Enfermera circulante: Es un profesional en enfermería encargada de supervisar que el quirófano este limpio y ordenado. Conjuntamente con la enfermera instrumentista preparan el material quirúrgico. Recibe al paciente identificándose e identificándolo, mitigando en lo posible su ansiedad y temor.

Higiene de mano: Termino aséptico para prevenir enfermedades nosocomiales antes, durante y después de cada procedimiento o contacto con el paciente.

Riesgo: Es la probabilidad de ocurrencia de un incidente.

Prevención de Riesgos: Son acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezcan los eventos adversos, abordados de forma precoz para minimizar daños y evitar su recuperación reduciendo su impacto.

Prevención Primaria: Implica desarrollar estrategias para reducir la incidencia de eventos adversos, potenciando los factores que se mejoran la seguridad del paciente y reduciendo aquellos que contribuyen a la aparición de errores.

Prevención Secundaria: Procura minimizar consecuencias negativas para el paciente y el sistema de salud, mediante una detección y abordaje precoces de los eventos adversos. Esto puede conseguirse a través del establecimiento de sistemas de vigilancia y notificación, mejorando los sistemas de comunicación entre profesionales y servicios sanitarios y actuando de forma proactiva con los pacientes.

Prevención Terciaria: Se enfrenta el evento adverso reduciendo sus consecuencias y procurando evitar su reaparición. Tiene como base el análisis detallado y metodológicamente correcto del evento y la comunicación honesta y veraz con el paciente que debe recibir una atención individualizada del problema.

Rondas de Seguridad del 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, para identificar practicas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directamente con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

Unidad Productora de Servicios (UPS): Es la unidad básica funcional del establecimiento de Salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (Infraestructura, equipamiento, medicamento, procedimientos clínicos, entre otros). Organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.

Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS): Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud en relación directa con su nivel de complejidad.

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ V°B° JEFATURA UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

7.2 ANÁLISIS SITUACIÓN ACTUAL

7.2.1 ANTECEDENTES

En el marco de las políticas, Leyes, Normas Técnicas de Salud, y en cumplimiento de la "Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo" NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02, en especial de los Macroprocesos y criterios de evaluación relacionados con la seguridad para el paciente y en aras de mantener una mejora continua de la calidad y seguridad en la atención, el Instituto Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, desde su creación ha venido desarrollando diferentes estrategias con la finalidad de poder evaluar y medir la aplicación de buenas prácticas de atención en los diferentes servicios. Entre las desarrolladas el año anterior se puede mencionar: o Visitas Inopinadas a Centro Quirúrgico, con la finalidad de asegurar la correcta implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, disminuyendo los eventos adversos en los procedimientos y/o cirugías. o Desarrollo de doce (12) Rondas de Seguridad, mensuales, e inopinadas, para evaluar las buenas prácticas de atención otorgadas a nuestros pacientes durante su estancia en las diferentes UPSS de Hospitalización, Consultorio Externo, Emergencia, Centro Quirúrgico, que culminan en Planes de Trabajo con recomendaciones y acciones de mejora, las cuales son monitoreadas para su cumplimiento.

- Registro, Notificación y Análisis de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas, con reportes a las UPSS, reuniones de análisis y seguimiento a los planes de acciones de mejoras como parte de la prevención de riesgos y eventos adversos en los pacientes.
- Implementación de acciones de promoción y difusión de buenas prácticas en seguridad del paciente con la participación del personal asistencial, pacientes y familias.
- Monitoreo de la práctica de lavado de manos en trabajo conjunto con la Coordinación de Epidemiología en las diferentes UPSS del instituto.
- Desarrollo de eventos de capacitación dirigidas al personal de salud asistencial en Registro, Notificación y Análisis de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas y aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Asesoría y capacitación al Comité de Seguridad del Paciente, Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD JEFATURA

7.2.2 PROBLEMA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
• El hospital Carlos Lanfranco la Hoz cuenta con diferentes equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente. Tales como: • Procedimientos aprobados sobre eventos adversos, auditorias, gestión de reclamos, seguridad del paciente. • Se realiza informes mensuales, trimestrales y anuales de monitoreo y seguimiento de las actividades. • se realiza seguimiento al cumplimiento de recomendaciones y acciones de mejora	• Desconocimiento del personal de salud sobre normatividad y acciones en relación a seguridad del paciente • Personal asistencial con horarios limitados, lo que no le permiten asistir a eventos de capacitación • Procedimientos aprobados sobre eventos adversos, con más de 02 años de antigüedad. • Proceso de inducción limitado, no contempla capacitación en seguridad del paciente a personal nuevo. • Poca supervisión y adherencia al análisis de eventos adversos
OPORTUNIDADES	**AMENAZAS**
•Celebración del Día Mundial de Seguridad del Paciente: 17 de Setiembre • Convenios de Gestión MINSA.	• Cambios de Políticas en Salud. • No se encuentra estructurada la unidad orgánica de gestión de la calidad en el MINSA. • Limitación de presupuesto para disminución de brecha de recurso humano, para contratación de personal de salud (asistencial y administrativo) • Presencia de Epidemia o Pandemia que aumente la demanda y congestione la atención de los servicios

7.2.3 CAUSAS DEL PROBLEMA

- Desconocimiento del personal de salud sobre normatividad y acciones en relación a seguridad del paciente
- Alta rotación de personal
- Procesos de inducción cortos, limitados, donde no se incluye el tema de seguridad del paciente, aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía y reportes de eventos adversos.
- Personal de salud asistencial con limitaciones de horario para capacitaciones. Instituciones de Salud.

7.2.4 ALTERNATIVAS DE SOLUCIONES

Las actividades descritas a continuación, tienen como finalidad fortalecer una cultura de seguridad del paciente en la atención de salud que se brinda, en el personal asistencial que labora en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz:

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ · UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD · V°B° JEFATURA

- Desarrollo de eventos de capacitación sobre Registro, Notificación y Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Desarrollo de eventos de capacitación sobre importancia del correcto registro y aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
- Monitoreo mensual de buenas prácticas de atención en salud mediante la ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente, mensuales, inopinadas y al azar.
- Monitoreo constante al personal de salud para evaluar la técnica correcta de lavado de manos en las diferentes UPSS.
- Implementación de Proyecto de Mejora: "Fortalecimiento del Sistema de Notificación de Eventos Adversos mediante aplicativo electrónico".
- Desarrollo de acciones de promoción de buenas prácticas con pacientes, familias y personal de salud para prevenir eventos adversos y promover la seguridad del paciente.

7.3 ACTIVIDADES OPERATIVAS

A. DE LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

La dirección Ejecutiva y los jefes de Departamento Conforman el Comité "Fortalecimiento Del Sistema de Registro Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

UPSS que realizan Notificación

- Departamento de Enfermería
- Departamento de Medicina
- Servicio de Consulta Externa
- Servicio de Hospitalización
- Departamento de Cirugía
- Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos
- Departamento de Gineco - Obstetricia
- Servicio de Farmacia
- Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Departamento de Diagnóstico por Imágenes.
- Servicio de Nutrición
- Servicio Centro Obstétrico.

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ V°B° JEFATURA UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

1. **Procedimiento Del Registro De Incidentes, Eventos Adversos Y Eventos Centinelas**

El personal asistencial o administrativo que evidencie o tenga conocimiento de un incidente, evento adverso o centinela, deberá implementar acciones inmediatas de corresponder y dejara constancia de lo ocurrido en la Ficha de Registro de Incidente, Eventos Adversos y/o centinelas.

El personal asistencial o administrativo deberá identificar la severidad del evento adverso, para determinar si se trata de un evento centinela, de acuerdo a lo identificado deberá de actuar de la siguiente manera.

a) Si se trata de un incidente o evento adverso desarrollar el procedimiento de comunicación de incidente y evento adverso.

b) Si por la gravedad del evento adverso se tratase de un evento centinela, en primer lugar, continuar con el procedimiento de comunicación de incidentes y eventos adversos.

2. **Procedimiento De Comunicación De Incidentes Y Eventos Adversos**

Del personal Asistencial o Administrativo: Según lo señalado, el personal asistencial o administrativo que evidencie o tenga conocimiento de la ocurrencia de un incidente o evento adverso, deberá de dejar constancia de lo que ocurrió en el libro autocopiable de registro de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

Del Jefe del Servicio: Se encargara de recepcionar las fichas de registro de Incidentes, Eventos Adversos y/o centinelas de su servicio y consolidar la información en la *"Matriz De Consolidación De Incidentes, Eventos Adversos Y Eventos Centinelas"* (Anexo 3), en caso de no haberse presentado ningún incidente o evento adverso durante el mes, se deberá cumplir con remitir la matriz registrando que "NO SE PRESENTARON CASOS DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y/O CENTINELAS".
En un plazo no mayor a (05) cinco días útiles, el jefe de servicio remitirá al Jefe de Departamento la Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Centinelas del servicio", junto con las fichas de registro.

Del Jefe del Departamento : En un plazo no mayor a cinco días útiles , cada jefe de Departamento IPRESS , deberá remitir al Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad la "MATRIZ DE CONSOLIDACION DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS

Y EVENTOS CENTINELAS", de todos los servicios bajo su responsabilidad , junto con las fichas de registro de incidentes , eventos adversos y eventos centinelas recolectadas; asimismo conjuntamente con su Equipo de Gestión deberán hacer un análisis mensual de los Incidentes o Eventos Adversos más frecuentes para implementar las acciones de mejora correctivas correspondientes.

Del responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad: Recepcionar e Integrar todas las Matrices de Consolidación de Incidentes y Eventos Adversos de todos los servicios de la IPRESS en una sola matriz, clasificando los incidentes y Eventos Adversos según la categoría y el tipo de evento Adverso y/o centinela (Anexo N°3), Consolidándolo en la "Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de la IPRESS (Anexo 4).

Se debe Registrar el nombre de la UPSS/ servicios de la IPRESS que reportan la "Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas del Servicio" en el mes respectivo.

La matriz de "Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de la IPRESS", deberá ser remitido trimestral a la Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas, mediante correo electrónico sgallegosriveros@gmail.com, o tramite documentario a en la unidad, teniendo como fecha límite el décimo día hábil del mes siguiente al mes que se está consolidando.

3. Procedimiento De Notificación De Eventos Centinelas

Del Personal Asistencial o Administrativo: Según lo señalado, el personal asistencial o administrativo que evidencie o tenga conocimiento de la ocurrencia de un Evento Centinela deberá implementar acciones inmediatas de corresponder, y dejara constancia de lo ocurrido en la Ficha de registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas, (ANEXO 2), la misma que deberá ser entregada a su jefe inmediato superior según corresponda.

Del Jefe del Servicio: El jefe de Servicio verifica inmediatamente la Ocurrencia del Evento Centinela en la UPSS. Con carácter obligatorio deberá comunicar inmediatamente al jefe del departamento, la ocurrencia del Evento Centinela, registrando la Ficha autocopiable en el Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas copia.

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ · JEFATURA · UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

Del Jefe del Departamento: Con carácter obligatorio deberá comunicar inmediatamente la ocurrencia del evento Centinela, al director Ejecutivo del HCLLH y al responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas con un documento adjuntando una copia de la ficha del registro del Evento.

Del Director Ejecutivo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz: El Director Ejecutivo convocara al equipo de Análisis de Evento Centinela dentro de las siguientes 24 horas, ejecutando lo señalado en la Directiva Sanitaria "Análisis de Eventos Centinelas en la IPRESS y UGIPRESS del MINSA.

El director Ejecutivo deberá Comunicar inmediatamente la ocurrencia del Evento Centinela al Comité de Gestión de Eventos Centinelas del MINSA, remitiendo la Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas con documento que se presentó de la Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.

B. DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGO.

La unidad de gestión de la Calidad y Derechos de las personas / áreas de la garantía para la Calidad, El Directos Ejecutivo, los jefes de Departamento y Servicios, los responsables de las Unidades productoras de los Servicios de salud y los responsables de la administración de la IPRESS, garantizan el cumplimiento del presente Plan Anual en el ámbito de sus competencias.

El equipo de rondas de seguridad del paciente deberá ser reconocido oficialmente mediante Resolución Directoral por la Dirección Ejecutiva de la IPRESS, y deberá ser actualizado anualmente.

El equipo de Rondas de Seguridad del Paciente estará conformado por:

• El Director Ejecutivo del HCLLH o responsable	Presidente
• Jefe del Departamento de Enfermería.	Vicepresidente
• Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad.	Secretaria
• Director adjunto	Miembro
• Jefe del Departamento de Pediatría.	Miembro
• Jefe del Departamento de Emergencia	Miembro
• Jefe del departamento de Farmacia.	Miembro
• Jefe Unidad de Epidemiologia y Salud Ambiental	Miembro
• Jefe de la Unidad de Logística	Miembro

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ V° B° JEFATURA UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

Las Rondas de Seguridad deben realizarse en horario diferente a la Visita Médica, se sugiere que sea mínimo una y máximo dos Rondas de Seguridad del paciente por mes con todo el equipo establecido, con la finalidad de cumplir con el llenado de ficha de evaluación de los resultados, establecer la matriz de riesgos, priorizando la intervención, elaborando el Plan de Acción y Monitoreo.

Actividades Según El Objetivo

1. **Hacer seguimiento al cumplimiento de las prácticas seguras y detectar otras acciones potencialmente inseguras. Se busca identificar prácticas potencialmente inseguras en los servicios.**
   Realizar educación al personal en el mismo momento en que se evidencien estas acciones y tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con su seguridad.
2. **Educar In Situ al personal profesional y no profesional en relación a las prácticas seguras durante la atención del paciente generando compromisos para la mejora de la atención.**
   Información durante la ronda al personal profesional y no profesional sobre las practicas seguras. Retroalimentación escrita a los servicios visitados sobre el proceso de Rondas de Seguridad.
3. **Análisis, monitoreo y seguimiento de la implementación de las acciones correctivas en base a las observaciones realizadas.**
   Análisis de las observaciones y acciones inseguras encontradas en el lugar de verificación a cargo del equipo.
   Monitoreo y seguimiento de la implementación de las recomendaciones en base a los informes de las Rondas de Seguridad.
4. **Elaborar Actas de compromisos y plan de mejora para la seguridad del paciente.**
   Registra en el libro de actas los compromisos establecidos por el Personal de Salud.

C. DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Actividades Del Equipo Conductor

1. **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.
2. **Aplicar la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía**

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ · JEFATURA · UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

El equipo Conductor debe realizar la encuesta y enviar un informe del mismo a la Unidad de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

3. **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.

Partes Del Formato Lista De Chequeo De Cirugía Segura

El formato se encuentra dividido en 4 partes:

Datos generales del paciente

Registro antes de la inducción de la anestesia (INGRESO)

Registro antes de iniciar la intervención o procedimiento (PAUSA)

Registro antes de salir de Sala de Operaciones (SALIDA)

Del Procedimiento Para El Chequeo De Cirugía Segura

1. La aplicación de la lista de chequeo de Cirugía segura se iniciará cuando el personal de enfermería recibe al paciente en Centro Quirúrgico.
2. La enfermera circulante de sala de operaciones es la persona responsable del llenado del formato de la Lista de Chequeo.
3. La enfermera circulante aplica la lista de chequeo en tres (03) momentos: antes de la inducción de la anestesia (ENTRADA), antes de iniciar la incisión (PAUSA) y antes de salir de Sala de Operaciones (SALIDA), registrando los datos de acuerdo a lo indicado en la lista de chequeo.
4. Al ingreso del paciente a Sala de Operaciones; Se debe registrar los datos en el formato de la lista de chequeo. La información es solicitada al Médico Cirujano, al Médico Anestesiólogo y la Enfermera Instrumentista.
5. Antes de salir de Sala de Operaciones: Se registran los datos en el formato de la lista de chequeo correspondiente. La información será solicitada al Médico Cirujano, al Anestesiólogo y a la Enfermera Instrumentista según lo indicado en las instrucciones para el llenado del formato.
6. Al finalizar el llenado de la Lista de Chequeo, el equipo responsable de la intervención quirúrgica o del procedimiento realizado en Sala de Operaciones deben firmar el formato. La enfermera circulante se encarga de la entrega de la entrega del formato a la Jefatura del Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico y Central de Esterilización en forma diaria.

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ · V° B° JEFATURA · UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

7. El formato de la Lista de Verificación de Cirugía Segura el original debe de colocarse en la Historia Clínica de cada paciente y la copia se queda en el Servicio como para su archivo.

Del Procedimiento Para El Procesamiento Y Análisis De La Información

1. La Jefatura del Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico recibe diariamente las copias de los formatos llenado por las enfermeras circulantes, los mismos que se agrupan y son entregados cada fin de semana a la Unidad de Gestión de la Calidad/ área Garantía para la Calidad.
2. La Unidad de Gestión de la Calidad lleva a cabo el ingreso de la información de los formatos físicos a medio electrónico para luego ser procesados y consolidados.
3. La Unidad de Gestión de la Calidad presentara un informe cada mes a la Dirección Ejecutiva y a los jefes de los Servicios responsables del cumplimiento del llenado de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.

Del Procedimiento para la difusión de la Información

Procedimiento para la Difusión de la información

1. La difusión de la información registrada se lleva a cabo mediante un consolidado semestral de hallazgos encontrados en la encuesta, en el cual se obviarán los nombres y números de HCL de pacientes, así como los datos de los profesionales que registraron la información.

2. La información registrada en los formatos será confidencial por lo que su consulta solo podrá ser hecha con autorización de la Dirección Ejecutiva del Hospital.

VIII. ESTRATEGIAS DE TRABAJO

- identificar Incidentes, Eventos adversos y Eventos Centinelas, identificar las malas prácticas según en (anexo 2) y cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.
- realizar consolidados mensuales de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de los Servicios y Departamentos, los consolidados se realizará por

categoría y tipos de eventos adversos y trimestralmente se analizará según protocolo de Londres evaluando la causa raíz. (Anexo 3)

- planificar doce Rondas al año, se evaluarán según el anexo 9 (Criterios de evaluación); Al finalizar la ronda de Seguridad, el responsable del área de la Garantía para la Calidad / Unidad Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, remitirá un reporte de los resultados obtenidos a todos los miembros del Equipo de Rondas.
- elaborar un informe de acuerdo a las acciones inseguras identificadas solicitando un plan de mejora y se realiza el seguimiento de acciones mejoradas.
- Realizar Trimestralmente una medición basal y semestralmente del grado de cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. (anexo 10)
- Capacitaciones al personal de salud sobre seguridad del paciente utilizando medios audiovisuales y/o medios de autoayuda.

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES O TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente del HCLLH, 2024.	Plan-RD	X												1
Realizar semestralmente ronda de seguridad del paciente 2024	Informe							X					X	2
Realizar trimestralmente ronda de seguridad del paciente 2024	Informe			X			X			X			X	4
Realizar encuesta de lista de verificación de cirugía segura 2024	Informe			X			X			X			X	4

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ · UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD · V° B° JEFATURA

X. ANEXOS

ANEXO 1: Ficha de notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

ANEXO 2: Matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y centinelas

ANEXO 3: Formato de Plan de acción – Protocolo de Londres.

ANEXO 4: Formato de implementación de Plan de acción

ANEXO 5: Categoría y tipo de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

ANEXO 6: Cronograma de aplicación de las rondas de seguridad y gestión de riesgos.

ANEXO 7: Flujograma del aplicativo de rondas de seguridad

ANEXO 8: Criterios de evaluación en la Ronda de seguridad del paciente

ANEXO 9: Encuesta para evaluar la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía

ANEXO 10: Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ V°B° JEFATURA UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

I. ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

FICHA DE REGISTROS DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

HOSPITAL	CARLOS LANFRANCO LA HOZ
N° DE FICHA	
FECHA DE NOTIFICACIÓN	

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

N° DE HISTORIA CLÍNICA	
SEXO DEL PACIENTE	
EDAD	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL DEL CIE 10	

B. UBICACIÓN DEL PACIENTE

UPSS/SERVICIO	

C. SEVERIDAD (MARCAR CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA

INCIDENTE *		EVENTO ADVERSO **		EVENTO CENTINELA ***	

ES UNA CIRCUNSTANCIA QUE PODRIA HABER OCASIONADO UN DAÑO INNECESARIO A UN PACIENTE

* DAÑO INVOLUNTARIO AL PACIENTE POR UN ACTO DE COMISIÓN O DE OMISIÓN, NO POR ENFERMEDAD O DEL TRANSTORNO DEL FONDO DEL PACIENTE.

** ES UN EVENTO ADVERSO QUE PRODUCE LA MUERTE, LESIÓN FISICA/ PSICOLOGÍCA GRAVE O LA PERDIDA PERMANENTE E IMPORTANTE DE UNA FUNCIÓN.

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ JEFATURA UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

D. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/ EVENTO ADVERSO/ EVENTO CENTINELA

FECHA	
HORA APROX	
CATEGORIA Y NÚMERO	

BREVE DESCRIPCIÓN

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD V° B° JEFATURA

ANEXO 2

PERÚ Ministerio de Salud | DIRECCION DE REDES INTEGRADAS LIMA NORTE "DIRIS LN" GESTION DE CALIDAD "Seguridad del Paciente"

MATRIZ DE CONSOLIDACION DE INCEDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

FORMATO N° 02

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD o IPRESS : HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

MES y AÑO DE REPORTE

DISTRITO DE LIMA: PUENTE PIEDRA

N° DE INCIDENTES y/o EVENTOS ADVERSOS QUE REPORTAN

N° de Ficha	Fecha de Notificacion	Hora de Notifica cion	Distrito	Nombre del establecimiento	N° de H.CL	Sexo del Pcte	Edad	Diagnostico principal	UPSS/Servicio	Marcar con "X" según corresponda			Fecha del Incidente/ Evento	Hora aprox. Del Incidente/ Evento	Descripcion del Evento	Categoria EA	Tipo EA
										Incidente	Evento Adverso	Evento Centinela					

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ JEFATURA UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD

ANEXO 3

FORMATO DE PLAN DE ACCIÓN - PROTOCOLO DE LONDRES.

IPRESS: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.

EVENTO CENTINELA		**FECHA:**	

Nª	**FACTOR CONTRIBUTIVO**	**ACCIÓN DE MEDIDA CORRECTI**	**NIVEL DE RECOMENDACIÓN**	**RESPONSABLE**	**PLAZO PARA SU IMPLEMENTACIÓ**	**REQUERIMIENTO DE RECURSOS**

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ · UNIDAD DE GESTION DE CALIDAD · V° B° JEFATURA