



Nº 039 -2018-INSN-DG

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Lima, 16 de Marzo de 2018

Visto, el expediente con Registro DG -04110 -2018, que contiene el Memorando Nº395 -2018-OGC/INSN, con el cual la Oficina de Gestión de la Calidad se hace llegar el Documento Técnico "Plan de Seguridad del Paciente 2018: Rondas de Seguridad del paciente e Implementación de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura 2018", solicitando su aprobación mediante la Resolución Directoral correspondiente; y,

CONSIDERANDO:

Que, según el Artículo 96º del Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo de, establece que, a fin de garantizar la calidad y seguridad de atención de los pacientes, los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, deben evaluar continuamente la calidad de atención de salud que brindan;

Que, de conformidad con el Artículo 12º del Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Salud del Niño, aprobado por Resolución Ministerial Nº 083-2010/MINSA, de fecha 04 de Febrero del año 2010, la Oficina de Gestión de la Calidad es el Órgano encargado de implementar Normas y proponer indicadores de calidad y desarrollo de actividades para la mejora continua de la Gestión de la Calidad en el Instituto Nacional de salud del Niño;

Que, con Memorando Nº 395 -2018-OGC/INSN, de fecha 02 de marzo del año 2018 la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la aprobación del Documento Técnico "Plan de Seguridad del Paciente 2018: Rondas de Seguridad del paciente e Implementación de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura 2018";

Que, con Memorando Nº 186 -2018-DG/INSN, el Director General aprueba el Documento Técnico "Plan de Seguridad del Paciente 2018: Rondas de Seguridad del paciente e Implementación de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura 2018"; y,

Con la Visación de la Dirección Adjunta, de la Oficina de Gestión de la Calidad, y la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Salud del Niño;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el Documento Técnico "Plan de Seguridad del Paciente 2018: Rondas de Seguridad del paciente e Implementación de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura 2018" del Instituto Nacional de Salud del Niño, que consta de (22) Folios.

Artículo Segundo.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática la publicación del presente Documento Técnico aprobado en la página Web del Instituto Nacional de Salud del Niño.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese

ONA/CGS DISTRIBUCIÓN:

- () DG
- () OEA
- () OGC
- () OP
- () DEAC
- () DEIDAM
- () DEIDAC
- () DEIDAT
- () OEI

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO
M.C. OSWALDO RUIZ ALMACHE
Director General
C.M.P. 27698 - R.N.E. 11845



DOCUMENTO TÉCNICO "PLAN DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE: RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE E
IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA
CIRUGÍA SEGURA 2018"



OFICINA GESTION DE LA CALIDAD
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	2
II. FINALIDAD	2
III. OBJETIVOS	3
IV. BASE LEGAL	3
V. ALCANCE	4
VI. DEFINICIONES OPERATIVAS	4
VII. CONSIDERACIONES GENERALES	5
VIII. ACTIVIDADES A REALIZAR	6
IX. RECURSOS NECESARIOS	7
X. RESPONSABILIDADES	8
XI. ANEXOS	8
XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	21





I. INTRODUCCIÓN:

La seguridad es un principio fundamental del cuidado del paciente y un componente clave en la calidad de gestión y bioética. Desarrollar un sistema que garantice la seguridad al paciente es complejo y exige un gran esfuerzo, principalmente el establecer una Cultura de Seguridad entre todos los trabajadores de la Institución y que reúne una amplia gama de acciones, que se basan en prácticas para mejorar la seguridad en el entorno y la gestión de riesgo, incluyendo control de infecciones, el uso seguro de medicamentos, prevención de eventos adversos, el uso de buenas prácticas de atención, el control y mantenimiento del material médico a usar, entre otros. Requiriendo un exhaustivo y multidisciplinario sistema para identificar y gestionar los riesgos actuales y potenciales para la seguridad del paciente en servicios de atención, así como encontrar soluciones para el sistema a largo plazo.

Los problemas relacionados a la Seguridad del Paciente generan un mayor costo hospitalario de causas multifactoriales, así como el potencial perjuicio del paciente; por lo tanto, es de vital importancia para que la seguridad del paciente sea efectiva y logre su eficacia, debe existir liderazgo y compromiso por parte de la Alta Dirección, políticas claras, trabajo en equipo y mejora continua.

El Instituto Nacional de Salud del Niño, inicia actividades de Seguridad del paciente en el 2007. Las actividades trabajadas estuvieron dirigidas hacia la implementación del Plan Hospitalario de Seguridad del Paciente 2007 - 2008, y se plantearon objetivos que se alinearon al Plan Nacional del MINSA 2006 y 2008. Este Plan se aprobó con RD N° 158-DG-INSN-2008, quedando como objetivo general "Reducir los eventos adversos en la atención de salud, contribuyendo a hacer de los servicios del Instituto lugares más seguros para el niño usuario".

En el 2009 se conformó el Equipo Técnico de Seguridad del Paciente oficializándose con R.D. N° 375-DG-INSN-2009, con el que se diseñó el Plan de Seguridad del Paciente 2009, y ha sido actualizado el 2016 con la R.D. N° 211-2016-DG-INSN.

En el 2017 se aprueba con R.D. N° 107-2017-INSN-DG los Planes para la Seguridad del Paciente 2017: Plan de Rondas de Seguridad y Plan de Implementación de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura, continuando con las acciones destinadas a hacer del INSN un establecimiento más seguro en la atención de salud para el paciente pediátrico;

En el 2018 se está cumpliendo con la estandarización del Plan de Seguridad del paciente en el INSN, elaborado teniendo en cuenta los objetivos del Plan Anual de la Oficina de Gestión de la Calidad 2018, que a su vez se basa en los criterios de programación de actividades 2018 remitidos por el Ministerio de Salud",

El presente plan define las actividades a ser desarrolladas durante el 2018 en busca de la mejora continua de la calidad institucional.

II. FINALIDAD

El presente Documento tiene por finalidad contribuir que los servicios del Instituto Nacional de Salud del Niño sean lugares cada vez más seguros para la atención del paciente pediátrico y evitando los posibles errores, desarrollando una cultura de seguridad, difundiendo el conocimiento y fortaleciendo el uso de buenas prácticas seguras en la atención de salud.





III. OBJETIVOS

3.1. Objetivo General:

Lograr que las prestaciones brindadas en el Instituto Nacional de Salud del Niño sean cada vez más seguras, promoviendo una Cultura de Seguridad entre todos los trabajadores de la Institución, desarrollando un entorno más seguro disminuyendo los riesgos en la atención, previniendo la ocurrencia de eventos adversos e incentivando el uso de buenas prácticas de atención en salud.

3.2. Objetivos Específicos:

- a) Fortalecer la implementación de la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro quirúrgico.
- b) Fortalecer la Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente: Sistema de Registro – Notificación - Análisis y mejora del Incidente y Evento Adverso; Rondas de Seguridad del Paciente.
- c) Fortalecer la Gestión de la Información Sanitaria para la Calidad.

IV. BASE LEGAL

- a) Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- b) Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- c) Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- d) Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- e) Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del "Comité Técnico para la Seguridad del Paciente".
- f) Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- g) Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud".
- h) Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba "La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- i) Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba "La Guía Técnica de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- j) Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- k) Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA que aprueba la "La Guía Técnica para la elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de las herramientas para la Gestión de la Calidad".
- l) Resolución Jefatural N° 393-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.1: "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".
- m) Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1: "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela".
- n) Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.1: "Análisis de los Eventos Centinela en las IPRESS y UGIPRESS del IGSS".





V. ALCANCE

El presente Plan de Seguridad del Paciente comprende a todos los subsistemas funcionales de Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización, Servicios de Apoyo al Diagnóstico y otros que involucre la atención en salud de pacientes.

VI. DEFINICIONES OPERATIVAS

Atención Segura: Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y Poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son Consistentes con el conocimiento profesional actual.

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.

Complicación: Resultado clínico de probable aparición e inherente a las Condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

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.

Error: Es el fracaso de una acción planeada para el logro de un resultado esperado o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (comisión). Esta definición también incluye la falta de una acción no planificada que debería haber sido realizada (omisión). 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.

Estrategia de Cirugía Limpia: Incluye el lavado o higiene correcta de las manos 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.

Evento Adverso: Una lesión o un resultado indeseado, no intencional en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

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.

Evento con Daño: Son de tres tipos:

Leve: cualquier evento adverso que no prolonga 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.





Incidente: Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso. El daño que podría haber ocasionado es innecesario e imprevisto (hay daños que son necesarios, como la lesión en la piel en una cirugía y que no constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión, se denomina Evento Adverso.

Pausa quirúrgica: Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de tres momentos críticos de la cirugía (pre-anestesia, pre-incisión, antes de la salida del paciente), a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

Protocolo de Londres: Es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos centinela, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.

Riesgo: Definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.

Rondas de Seguridad del Paciente: Las Rondas de Seguridad son una herramienta de gestión del riesgo y una práctica recomendada con la que cuentan los directivos y personal asistencial para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes. Consiste en una visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa.

Seguridad del Paciente: Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

VII. CONSIDERACIONES GENERALES

La Oficina de Gestión de Calidad cuenta con Comités que analizan las acciones en el ámbito de calidad que favorezca la buena práctica profesional en los servicios asistenciales:

- El Equipo Técnico de Seguridad del Paciente.
- El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- Equipo conductor para la Implementación de las LVCS.

Aprobados con Resolución Directoral N° 211-2016-INSN-DG.

RECOMENDACIONES PARA LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

- La asistencia en masa de varios ejecutivos a un servicio genera temor en el personal que allí labora y esto evidentemente se aleja del objetivo de la ronda. El temor en el personal dificulta la comunicación e impide un ambiente educativo, de mejoramiento y sinceridad.
- Cuando muchas personas llegan a un servicio al mismo tiempo usualmente ocupan a múltiples personas a la vez y se puede decir que "se para" la atención de los pacientes por atender a los ejecutivos. Con esto se aleja a





los trabajadores del cuidado de los pacientes que es realmente lo que más se debe preservar.

- Los pacientes y sus familias pueden pensar que la razón para que tantos directivos vayan en masa a un servicio es porque allí algo malo está sucediendo y se puede generar desconfianza entre los pacientes y sus familiares.
- La verificación del cumplimiento de las condiciones de calidad de un servicio no puede ser algo coyuntural y esporádico en el tiempo. Por el contrario, debe ser algo, deliberado, programado y continuo.

FORTALECIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA CIRUGÍA SEGURA

El fortalecimiento de "Implementación de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura" (LVCS), pretende reforzar las prácticas de seguridad establecidas y fomentar la comunicación y el trabajo en equipo para mejorar la seguridad de las operaciones y reducir el número de complicaciones y lograr el cumplimiento de las normas de atención básicas.

En el 2010 se aprobó el procedimiento que corresponde al proceso de "Protección, recuperación y Rehabilitación de la salud" con R.D N°138-DG-INSN-2010, dejándolo sin efecto con la Resolución Directoral N° 460-DG-INSN-2010 donde se actualiza el procedimiento de "Cirugía Segura".

En el 2018 se está cumpliendo con la estandarización de la Implementación de la Lista de Verificación para Cirugía Segura, conforme a la R.M N° 1021-2010/MINSA.

En el presente plan se definen las actividades a ser desarrolladas durante el 2018 para la mejora continua de la calidad.

VIII. ACTIVIDADES A REALIZAR

- Fortalecer la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro quirúrgico.
 - Actualizar la Resolución Directoral del Equipo conductor de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
 - Realización de la Encuesta de evaluación de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
 - Auditorias in situ de la correcta aplicación de la LVSC.
 - Capacitaciones para fortalecer la implementación de la LVSC.
 - Elaboración de Planes y/o proyectos de mejora para asegurar la sostenibilidad de la implementación de la LVSC.
- Fortalecer la Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente: Sistema de Registro – Notificación - Análisis y mejora del Incidente y Evento Adverso; Rondas de Seguridad del Paciente.
 - Elaboración y Documentado oficial de Registro y Notificación de Eventos Adversos.
 - Identificación de eventos adversos más frecuentes en el Instituto y los Servicios donde se originan analizan la causa más frecuente.
 - Capacitación en Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo en la Atención del paciente y prevención y análisis de eventos adversos.
 - Evaluación a los servicios asistenciales mediante Rondas de Seguridad.





- c) Fortalecer la Gestión de la Información Sanitaria para la Calidad.
- Monitorear de forma Integral la Prevención y control Interno de IAAS en el Instituto.
 - Se evaluará y analizará el consolidado del porcentaje de implementación de los seis lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS en la Institución.
 - Se solicita de Tasa de Infecciones Asociadas a las Atenciones de Salud institucional, de acuerdo a lo programado por la Of. de Epidemiología y Mapa Microbiológico.
 - Supervisión y Monitoreo de la práctica de higiene de manos en la Institución.

IX. RECURSOS NECESARIOS

9.1. Recursos Humanos

- Equipo Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Integrantes de los Comités y Equipos que dependen de la OGC.

9.2. Materiales

- Hojas Bond A4, para impresión/fotocopiado. Lápices 2B.
- Lapiceros color Azul y Rojo.
- Tableros acrílicos con sujetador.
- Tóner para impresora HP Laserjet 1022.
- Folders A4.
- Computadora
- Fotocopiadora
- Archivadores

9.3. Económicos

Tarea	Meta Anual 2018	Servicios	Bienes	Total Presupuesto
Fortalecer la implementación de la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro quirúrgico.	2	S/. 22,000	S/. 8,231	S/. 30,231
Procedimiento para el registro, notificación y el análisis sobre la ocurrencia de incidentes y/o eventos adversos RM N° 727-2009/MINSA, que aprueba el "Documento Técnico, Políticas de Calidad en Salud"	2	S/. 22,000	S/. 8,231	S/. 30,231
Gestión de la Información Sanitaria para la Calidad.	1	S/. 22,000	S/. 8,231	S/. 30,231
TOTAL	5	S/. 66,000	S/. 24,693	S/. 90,693

Fuente: Plan Anual de la OGC 2018





9.4. Otros

- Capacitaciones.
- Refrigerios.

X. RESPONSABILIDAD

La Oficina de Gestión de Calidad es la responsable de las coordinaciones y supervisiones con los Jefes de Departamentos, Servicios y Oficinas para el seguimiento, monitoreo y ejecución del Plan de Seguridad del Paciente.

Los responsables del monitoreo y cumplimiento de la Lista de Verificación para la Cirugía Segura son los Jefes de los Departamentos de Cirugía, Anestesiología y Enfermería y su cumplimiento por parte del personal de salud involucrado en el acto quirúrgico según norma.

XI. ANEXOS

Anexo N° 1 : Lista de Criterios de Verificación para las Rondas de Seguridad.

Anexo N° 2 : Lista de Chequeo para medir la Adherencia a la Lista de Verificación de Cirugía Segura.

Anexo N° 3 : Encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de Verificación la Cirugía Segura.



DOCUMENTO TÉCNICO "PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE E IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA CIRUGÍA SEGURA 2018"



BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		
			SI	NO	NO APLICA
HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar			
	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar			
	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar			
	Registro de la Contrareferencia del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar			
	La letra de la Historia Clínica es legible	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar			
	Historia clínica ordenada y limpia.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar			
SEGURIDAD EN LA UPSS	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a las interconsultas.			
	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los requerimientos de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento.			
	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los pedidos de medicamentos e insumos.			
	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	Correspondencia de la dieta administrada al paciente con lo registrado en 03 HCL tomados al azar.			
	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Revisión del personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio.			
	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de suplencias o retenes.			
	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad o similares en el turno.			
	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Preguntar a 03 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestreo aleatorio simple.			
	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Verificar la existencia de un sistema de registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos o su registro en la HCL.			
	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención.			
	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Verificar la existencia del registro en la UPSS.			
	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en 03 pacientes seleccionados al azar.			
	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Observar la existencia del timbre de llamado de fácil acceso para todos los pacientes del servicio.			
	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observar la existencia de barandas y su uso.			

21 MAR. 2018

609

 Reg. Nº

CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he firmado a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

U.C. Carmen Leticia Martínez Espinoza

 Jefe del Oficina de Implementación de

 E.P. D. A. L. INS



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	
			SI	NO
SEGURIDAD EN LA UPSS	En Centro Quirúrgico se evidencia el último informe remitido a la Dirección sobre el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia del Informe. (último informe semestral)		
	En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia de la Encuesta Semestral. (último semestre)		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) Coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía correspondiente al Turno Quirúrgico.	Observar e identificar al coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la ENTRADA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la PAUSA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la SALIDA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.	Verificar la existencia de coche de intubación difícil y su uso.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativo	Verificar la existencia de Unidad / Máquina de Anestesia y su uso.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro (de 6 a 8).	Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro y su uso.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso.		
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Cialitica Portátil con batería operativa.	Verificar la existencia de Cialitica Portátil y su uso.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.	Observar el proceso de recepción de pacientes en recuperación.		
	En Centro Quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica en cada paciente intervenido, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	Revisar en la Historia Clínica de todos los pacientes en sala de recuperación el registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica, con firma y sello del anestesiólogo responsable.		
	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Datos mínimos a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica		
	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: nombres, apellidos y número de cama.		
	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la Historia Clínica: nombres y apellidos, N° DNI y N° de historia clínica.		
	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.		
	Identificación de riesgo de caídas del paciente como en el cartel visible.	Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.		
	Verificación de la identificación correcta de los pacientes antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos y otros	Datos adicionales a ser verificados en el cartel: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.		





BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO	
		SI	NO	SI	NO
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico, contrastándolo con la Historia Clínica.			
	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre los procedimientos o cirugías que han sido o van a ser sometidos, contrastándolo con el Consentimiento Informado.			
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con ropa hospitalaria identificable.			
	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todos los accesos a la UPSS cuentan con vigilancia y se realiza control de las pertenencias de pacientes y visitas.			
	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Verificar la existencia de un sistema físico, digital o automatizado de control de entrada y salida en la UPSS.			
	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Verificar si se valora el riesgo potencial de fuga en 03 Historias Clínicas tomadas al azar.			
	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.			
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga: comunicación inmediata al responsable de la UPSS, al Supervisor/a de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicar inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.			
	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el tratamiento que recibe y la hora de administración, contrastándolo con la Historia Clínica.			
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.			
	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Verificar la existencia del Coche de Paro en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo N° 01			
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	Verificar que todas las Soluciones endovenosas estén rotuladas.			
	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.			
	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Verificar rotulación de medicamentos de corresponder.			
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Verificar el acondicionamiento de medicamentos y material quirúrgico en forma individualizada según lo descrito por el			

PERU Ministerio de Salud
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - BREA
 CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

21 MAR. 2018
609

Lic. Carmen Urbina-Martínez Espinoza
 Jefe de Oficina Ejecutiva de Asesoría Técnica
 Dirección General de Epidemiología

Evidencia de

Expediente N° 609-.....

Reg.: N°

21 MAR. 2018

CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que me ha sido remitida a la vista y que he devuelto en este mismo acto al Interesado.

PERU

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - INENI

Luzmila J. Huayta

FEDATARIO - INMS

Lic. Carmen Ulises Valenzuela Espinoza
Jefe del Organismo de Administración de Archivos - Archivo INMS

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		
			SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.			
	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.			
	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.			
	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	Verificar si se realiza algún control al respecto.			
	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Verificar en 02 Historias Clínicas tomadas al azar por muestreo aleatorio simple si se registra la terapéutica específica.			
	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto y el flujo de información respectivo.			
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.			
	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.			
	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.			
	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.			
	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.			
	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Verificar informes al Respecto. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.			
	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.			
	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	Verificar la existencia de la Guía de Curación. Verificar existencia de los insumos descritos en la guía.			
	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.			
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.			
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.			
	Ubicar al paciente en el Servicio /Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	Corroborar la ubicación del paciente de acuerdo al riesgo valorado.			


PERU Ministerio de Salud
CERTIFICADO que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

21 MAR. 2018
609
 Reg.: N°
 Dr. Carmen Linares Martínez Espinoza
 Jefe del Departamento de Asesoría y Apoyo
 al Sistema de Atención al Paciente

DOCUMENTO TÉCNICO "PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE: RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE E IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA CIRUGÍA SEGURA 2018"



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO		
			SI	NO	NO APLICA
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.			
	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.	Verificar que el almacén de medicamentos se encuentren seguros.			
	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes	Verificar el coche de limpieza y su uso por el personal responsable.			
	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	Verificar si el personal de nutrición / alimentación conoce un protocolo al respecto. Evidenciar su registro.			
COMUNICACIÓN EFECTIVA	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.			
	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	Verificar los mecanismos de comunicación de la UPSS. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.			
	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.			
	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.			
	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	Verificar documentos remitidos por la UPSS y las respuestas a los mismos.			
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentadamente el cambio de turno entre médicos. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno en los profesionales médicos.			
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentadamente el cambio de turno entre profesionales encargados del cuidado de pacientes. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno entre los profesionales encargados del cuidado del paciente.			
	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	Verificar la disponibilidad de todas las historias clínicas completas.			
	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se encuentran actualizadas.			
	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.	Verificar que todo paciente trasladado o transferido a otro servicio lleva su Historia Clínica.			
	El resumen de la información del traslado de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.	Verificar el contenido de la información del paciente trasladado o transferido de otro servicio.			

Ministerio de Salud
INstituto Nacional de Salud del Niño - EPMN
CERIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado.

21 MAR. 2018

Reg. N° **609**
 Lic. Carmen Lora T. M. H. Espinoza
 Jefe del Órgano de Asesoría Técnica de Asesoría Técnica

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO	
		SI	NO	SI	NO
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.			
	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.			
	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.			
	Cumplimiento del ratio lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10	Verificar el ratio mínimo recomendado.			
	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 02			
	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 03			
	Porcentaje de cumplimiento > 80% del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. Ver Anexo N° 04			
	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.			
	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.			
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.			
BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de bioseguridad y protección personal.			
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.			
	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para IAAS.			
	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Evidencia documentaria de actividades de vigilancia.			
	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar señalización de corresponder.			
	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar transito del personal en zonas señalizadas.			
	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar existencia de equipos biomédicos.			
	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar operatividad de equipos biomédicos.			
	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Utilización de equipos biomédicos por 02 profesionales de la salud elegidos al azar.			
	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.			
MANTENIMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Seleccionar 03 equipos biomédicos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento.			


PERÚ Ministerio de Salud
 Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña

CERTIFICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en el mismo acto al interesado.

21 MAR. 2018
 Reg. N° **609**
 Lic. Carmen Lucio Martínez Espinoza
 Jefe del Órgano de Administración de Archivos - Archivo Central
 FEDATARIO - INEN

Anexo N° 2

LISTA DE CHEQUEO PARA LA MEDIR LA ADHERENCIA A LA LISTA DE VERIFICACION PARA LA CIRUGIA SEGURA						
FECHA:						
Nº	PACIENTE	H.C.	SERVICIO	CUMPLIMIENTO (✓ o X)		OBSERVACIONES
				ENTRADA	PAUSA QX	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

PERU

Ministerio de Salud

Instituto Nacional de Salud del Niño - Dirección

CRITICO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado

21 MAR. 2018

609

Reg.: Nº

.....

Lic. Carmen Lúcia Espinoza

Archivista - Archivo Central

FEDATARIO - INSN

17



Anexo N° 3

GUÍA TÉCNICA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA
R. M. - N° 1021- 2010/MINSA

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

Fecha:

Nombre del Establecimiento: Instituto Nacional de Salud del Niño

Responsable de la información:

Dirección del Estab. de Salud ()

Oficina de Epidemiología ()

Of. Gestión de la Calidad ()

Dpto. Enfermería ()

Centro Quirúrgico ()

Dpto./ Servicio de Cirugía ()

Of. de Estadística e Informática ()

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

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

☐ SI

☐ NO

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

☐ SI

☐ NO

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?

☐ 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 I° semestre de este año

El II° semestre de este año



Reg: N° 609



11. ¿Cuenta con farmacia en centro quirúrgico?

☐ SI

☐ NO

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

☐ SI

☐ NO

13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intraoperatoria?

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

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

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

El año pasado

El I° semestre de este año

El II° semestre de este año

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

El año pasado

El I° semestre de este año

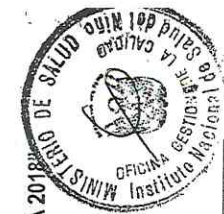
El II° semestre de este año

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

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

GRACIAS





XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	PERIODICIDAD DE REPORTE	META ANUAL	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												RESPONSABLE
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
Fortalecer la implementación de la lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en Centro quirúrgico.	Actualizar la Resolución Directoral del Equipo conductor de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	RD, con la designación oficial del Equipo Conductor de la Seguridad de la Cirugía.	Uno (01)	ANUAL	1												Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. Quirúrgico / OGC
	Planes y/o proyectos de mejora para asegurar la sostenibilidad de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.	Informe de Proyecto del Plan de Mejora para la implementación de la LVSC.	Uno (01)	ANUAL								1					Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. Quirúrgico / OGC
	Encuesta de evaluación de la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía de todos los establecimientos de salud donde se realizan intervenciones quirúrgicas.	Encuesta aplicada para la implementación de la LVSC	Dos (02)	SEMESTRAL						1					1		Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. Quirúrgico / OGC
	Cirugías Programadas que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.	Informe de la Evaluación de la correcta aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (observación directa de la aplicación de la LVSC)	Cuatro (04)	TRIMESTRAL		1				1			1				Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. Quirúrgico / OGC
	Capacitaciones para fortalecer la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el instituto.	Informe de Capacitación de la LVSC	Uno (01)	ANUAL				1									Equipo Conductor de la LVSC / Dpto. Quirúrgico / OGC / Of. De Personal.
Gestionar el Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.	Documentado oficial de Registro y Notificación de Eventos Adversos	RD aprobando la Directiva para el registro y Notificación de Eventos Adversos.	Uno (01)	ANUAL	1												Oficina de Gestión de la Calidad.
	Identificar eventos adversos más frecuentes en el Instituto y los Servicios donde se originan analizan la causa más frecuente.	Consolidado de los informes remitidos por los servicios de salud que vienen implementando Registro y Notificación de Eventos Adversos, donde detalla la metodología causa raíz para el análisis de los Eventos Adversos	Cuatro (04)	TRIMESTRAL			1			1			1			1	Oficina de Gestión de la Calidad / Servicios Asistenciales del Instituto.
	Capacitación en Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgo en la Atención del paciente y prevención y análisis de eventos adversos.	Informe de Capacitación (pre y post-test).	Uno (01)	ANUAL				1									Equipo Técnico de la OGC / DIDAA / Dpto de Enfermería / Of. de personal.
	Evaluación a los servicios asistenciales mediante Rondas de Seguridad.	Informe Trimestral de Rondas de Seguridad Ejecutadas	Cuatro (04)	Trimestral			1			1			1			1	Equipo Técnico de la Oficina de gestión de la Calidad.

**PERÚ**
Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Salud del Niño - Breña

Reg.: N° 609
21 MAR. 2018
CERTIFICADO: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al original que he tenido a la vista y que he devuelto en este mismo acto al interesado
Edmundo S. Huayta
Lc. Carmen Llanos Espinoza
Jefe del Oficina de Administración de Archivos - Archivo Central
FEDATARIO - INSN

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	PERIODICIDAD DE REPORTE	META ANUAL	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES												RESPONSABLE
					ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
Gestión de la Información Sanitaria para la Calidad.	Evaluar y Supervisar de forma Integral la Prevención y control interno de IAAS/IIH Resolución Ministerial N° 523 - 2007 MINSA que aprueba la guía Técnica para la "Evaluación Interna De La Vigilancia, Prevención Y Control De Las Infecciones Intrahospitalarias"	Informe sobre las avaluaciones realizadas por el equipo de prevención y control interno de las IAAS/IIH	Dos (02)	SEMESTRAL						1					1		Oficina de Gestión de la Calidad / Comité Avaluador de las IAAS.
	Evaluar y analizar la Tasa de Infecciones Asociadas a las Atenciones de Salud (IAAS), así como el seguimiento de la implementación de las recomendaciones para reducir su incidencia. RM 754-2004/MINSA, que aprueba la NT de Prevención y Control de IIH	Informe de Tasa de Infecciones Intrahospitalarias Mapa Microbiológico	Dos (02)	SEMESTRAL						1					1		Of. De Epidemiología / Laboratorio
	Implementación de los seis lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS. Evaluación interna para VPC de las IAAS. RM 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la prevención y control de las IAAS"	Informe semestral consolidado en relación al porcentaje de implementación de los seis lineamientos para la Prevención y Control de las IAAS.	Dos (02)	SEMESTRAL						1					1		Oficina de Gestión de la Calidad / Comité Avaluador de las IAAS.
	Fortalecer la práctica de higiene de manos en el Instituto Guía Técnica Para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud (RM N° 255-2016/MINSA)	Informe de la Adherencia de lavados de manos	Dos (02)	SEMESTRAL						1					1		Epidemiología / Oficina de Gestión de la Calidad

