

Nº 181-06/2018-HCLLH/SD



Resolución Directoral

Puente Piedra, 06 de Junio del 2018

VISTO:

Los Expediente N° 0004991-2018 y N° 003909-2018, que contiene el Memorándum N° 083-02/2018-JUGC-HCLLH, mediante el cual la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH, solicita la aprobación del documento "Plan de Seguridad del Paciente Hospital Carlos Lanfranco la Hoz – Puente Piedra 2018"; el Memorándum N° 124-04/2018-OPE-HCLLH; de la Oficina de Planeamiento Estratégico;

CONSIDERANDO:

Que, de la Ley N° 26842 – "Ley General de Salud", se establece que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y protegerla; siendo de interés público la provisión de servicios de salud cualquiera sea la persona o institución que lo provea y es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud, mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objeto de establecer las normas que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención en el sistema de salud de nuestro país;

.....//

.....//

Que, mediante Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, se aprueba la "Guía Técnica, de Implementación de la Lista de Verificación de la seguridad de la Cirugía", cuya finalidad es disminuir los eventos adversos a la atención de los pacientes es sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es (...) *Contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos (...)*;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 414-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica" del Ministerio de Salud", cuya finalidad es (...) *Contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínicas que responden a las prioridades, nacionales, regionales y/o local (...)*;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre del 2016, se aprobó la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, la cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos Normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos más relevantes, del mismo modo, establecer la aplicación de procesos transparentes y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas;

Que, mediante Memorándum N° 083-02/2018-JUGC-HCLLH, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH, solicita la aprobación del documento "Plan de Seguridad del Paciente Hospital Carlos Lanfranco la Hoz – Puente Piedra 2018"; cuya finalidad es mejorar la seguridad de los pacientes, minimizando riesgos en la atención, fomentando una cultura de seguridad; en el Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz"; asimismo, tiene como objetivos específicos: Fortalecer al personal de salud sobre registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas; implementar la lista de verificación de seguridad de la Cirugía; e implementar las rondas de seguridad del paciente;

Que, mediante Memorándum N° 124-04/2018-OPE-HCLLH; la Oficina de Planeamiento Estratégico; emite opinión favorable para la emisión del acto resolutivo pertinente; por lo que en este contexto, resulta pertinente atender lo solicitado por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad del HCLLH, mediante el acto administrativo correspondiente

Que, en uso de las facultades conferidas por el artículo 8 literal c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010-MINSA;

Con las visaciones de la Oficina de Administración, Oficina de Planeamiento Estratégico, Asesoría Legal y la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

.....//

Nº 181-06/2018-HCLLH/SA



Resolución Directoral

.....//

SE RESUELVE:

ARTICULO 1º. - APROBAR el "Plan de Seguridad del Paciente Hospital Carlos Lanfranco la Hoz – Puente Piedra 2018"; el mismo que en anexo adjunto parte integrante de la presente resolución.

ARTICULO 2º. - DISPONER que la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, sea la responsable de monitorear y supervisar el cumplimiento de los objetivos y demás disposiciones que contiene el citado plan.

ARTICULO 3º. - La Oficina de Administración y la Oficina de Planeamiento Estratégico, garantizaran el financiamiento del Plan, de conformidad con la disponibilidad presupuestal.

ARTICULO 4º. - ENCARGAR a la Oficina de Comunicaciones publique en el Portal Institucional la presente Resolución.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE

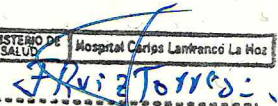
JFRT/JLC/FOR

Transcrito para los fines a:

- () Oficina de Planeamiento Estratégico
- () Oficina de Administración
- () Unidad de Gestión de la Calidad
- () Oficina de Comunicaciones
- () Archivo







MC. Jorge Fernando Ruiz Torres
CMP. 34237 - RNE. 20184
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

PLAN ANUAL



**"PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ –
PUENTE PIEDRA 2018 "**

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



INDICE

	PÁG
I. INTRODUCCIÓN	4
II. FINALIDAD	5
III. OBJETIVO GENERAL	5
IV. BASE LEGAL	6
V. AMBITO DE APLICACIÓN	6
VI. CONTENIDO	7
VII. METODOLOGÍA	17
VIII. FINANCIAMIENTO	18
IX. REQUERIMIENTO	18
X. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE REQUERIMIENTO	19
XI. ORGANIZACIÓN	20
XII. BIBLIOGRAFIA	21
XIII. ANEXO	

ANEXO 1: Cronograma de actividades de seguridad del paciente 2018.

ANEXO 2: Glosario

ANEXO 3: Matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y centinelas

ANEXO 4: Formato de plan de acción – Protocolo de Londres.

ANEXO 5: Formato de implementación de plan de acción

ANEXO 6: Categoría y tipo de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

ANEXO 7: Encuesta para evaluar la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Anexo 8: Cronograma de aplicación de las rondas de seguridad y gestión de riesgos.

Anexo 9: Lista de verificación de cirugía segura

Anexo 10: Guía de Ronda de seguridad del paciente

Anexo 11: Ficha de notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

I. INTRODUCCION

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 2018, 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 fomentando una cultura de seguridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz 2018.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Minimizar las prácticas inseguras en las diferentes unidades prestadoras de salud del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Fortalecer al personal de salud sobre el registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.
2. Implementar la lista de verificación de seguridad de la cirugía Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.
3. Implementación de las rondas de seguridad del paciente Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud
2. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
3. Resolución Ministerial N° 519-2006 /MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
4. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.
5. Documento Técnico: Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2010-2012.
6. MODELO: Plan de Seguridad del Paciente 2016 – IGSS.
7. Resolución Ministerial N° 533-2008 / MINSA, lista de chequeo de cirugía Segura.
8. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
9. Resolución Ministerial N° 143-2006 / MINSA, que aprueba la conformación del Comité "Técnico para la Seguridad del Paciente".
10. Resolución Ministerial N° 456-2007 / MINSA, que aprueba la Norma Técnica.
11. 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. AMBITO DE APLICACIÓN

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



VI. CONTENIDO

DE LAS AREAS QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO

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, Mejora de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

Servicios que realizan Notificación

1. Departamento de Medicina
2. Departamento de Consulta Externa
3. Departamento de Enfermeras
4. Departamento de cirugía
5. Departamento de Emergencia
6. Departamento de Gineco – Obstetricia
7. Departamento de Farmacia
8. Departamento de Laboratorio Clínico
9. Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
10. Departamento de Diagnóstico por Imágenes

PROCEDIMIENTO DEL REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

1. 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.

PORCEDIMIENTO 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 implementar acciones inmediatas de corresponder, y dejara constancia de lo que ocurrió en la ficha de registro de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

La misma que deberá ser entregada a su jefe inmediato superior según corresponda, y enviarlo lo más pronto a la Unidad de Gestión de la Calidad.

Del Jefe Inmediato Superior: (Medicina, Enfermería, Obstetricia, Tecnología Médica, Farmacia, Administrativos, Otros)

Se encargará de la custodia de las Fichas de registro de Incidentes y eventos adversos llenadas durante el mes, las que deberá remitir al jefe del servicio el primer día útil del mes siguiente.

Del Jefe del Servicio: Se encargara de decepcionar las fichas de registro de Incidentes, Eventos Adversos y/o centinelas de su servicio y consolidar la información en la "MATRIZ DE CONSOLIDACION DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS" (ANEXO2), 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 dos 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 analisis 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 mensualmente a la Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas, mediante correo electrónico @hotmail.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

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACION 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 1), la misma que deberá ser entregada a su jefe inmediato superior según corresponda.

Del Jefe Inmediato Superior: (Medicina, Enfermería, Obstetricia, Tecnología Médica, Farmacia, Administrativos, Otros)

Con carácter obligatorio deberá comunicar inmediatamente al jefe del servicio de la Ocurrencia. Del evento Centinela, Remitiendo la Ficha de Registro del Evento Centinela presentado.

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, remitiendo la Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas copia.

Del Jefe del Departamento: Con carácter obligatorio deberá comunicar inmediatamente la ocurrencia del evento Centinela, al director Ejecutivo del HCLH 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 sgtes 24 Hrs, , 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.

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 o responsable.
- Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad.

- Jefe de la Unidad de Epidemiología.
- Jefe del Departamento de Enfermería.
- Jefe del departamento de Farmacia.
- Jefe del Departamento de Pediatría.
- Jefe del Departamento de cirugía.
- Personal Designado por la Institución.

Las Rondas de Seguridad deben realizarse en horario diferente a la Visita Médica, se sugiere que sea una Ronda de Seguridad del paciente por mes con todo el equipo establecido, con la finalidad de cumplir con el llenado de ficha de monitoreo, evaluar 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.**

ACTIVIDADES

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 practicas seguras durante la atención del paciente generando compromisos para la mejora de la atención**

ACTIVIDADES:

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.**

ACTIVIDADES:

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.**

ACTIVIDADES:

Registra en el libro de actas los compromisos establecidos por el Personal de Salud.

De la lista de verificación de cirugía segura

ACTIVIDADES DEL EQUIPO CONDUCTOR

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

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

2. **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.

3. **Auditorias de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía**

El equipo conductor debe realizar la auditoria de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía mensualmente donde se evaluara el correcto llenado.

4. **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.

DEL PROCEDIMIENTO PARA EL CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA

1. La aplicación de la lista de chequeo de Cirugía segura se iniciara 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.

DEL FORMATO LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGIA SEGURA

El formato se encuentra dividido en 4 partes:

Datos generales del paciente

Registro antes de la inducción de la anestesia

Registro antes de iniciar la intervención o procedimiento

Registro antes de salir de Sala de Operaciones

1. La verificación de la seguridad del paciente será registrada en tres (03) momentos: al ingreso del paciente a Centro Quirúrgico; al ingreso del paciente a Sala de Operaciones; y antes de salir de Sala de Operaciones.
2. El llenado del formato se hará en base a la Directiva planteada.
3. La auditoría de la Calidad de registro del formato de Lista de Chequeo de Cirugía Segura será llevado a cabo por el equipo conductor y la Unidad de Gestión de la Calidad, en coordinación con el Departamento de Enfermería.
4. 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 será entregada a la Unidad de Gestión de la Calidad semanalmente.

DEL PROCEDIMIENTO PARA EL PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACION

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 trimestre 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 DIFUSION DE LA INFORMACION

Procedimiento para la Difusión de la información

1. La difusión de la información registrada se lleva a cabo mediante un consolidado trimestral de hallazgos, 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.

VII. METODOLOGIA

- La metodología será observación directa, revisión documentaria, fotografías y entrevistas a los trabajadores de salud y los usuarios externos.
- Las observaciones deberán estar centradas a identificar Incidentes, Eventos adversos y Eventos Centinelas, identificar las malas prácticas según en (anexo 3) y cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.

- Se realiza 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 4)
- 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.
- El responsable del área de la Garantía para la Calidad/ Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, elaborara un informe de acuerdo a las acciones inseguras identificadas solicitando un plan de mejora y se realiza el seguimiento de acciones mejoradas.
- Las observaciones deberán estar centradas a identificar si el equipo de sala de Operaciones está realizando el uso de la presente lista en los tres etapas de la LVCS.
- Trimestralmente se realizará una medición basal trimestral del grado de cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. (anexo 7)
- Capacitaciones al personal de salud sobre seguridad del paciente utilizando medios audiovisuales y/o medios de autoayuda
- Curso taller al personal asistencial de enfermería sobre seguridad del paciente contando con las participaciones de ponentes externos utilizando medios audiovisuales y medios de autoayuda.
- Capacitación a los comités de evaluación de seguridad del paciente.

VIII. FINANCIAMIENTO

El Plan será financiado por el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz teniendo en cuenta las actividades prioritarias y la disposición presupuestal.

IX. REQUERIMIENTO

EQUIPO REQUERIDOS		
FECHA:	EQUIPOS	CANTIDAD
ABRIL 2018	EQUIPO MULTIMEDIA	1u.
	LAP TOP	1u.
	ECRAN	1u.
MATERIALES REQUERIDOS		
FECHA	MATERIALES	CANTIDAD
ABRIL 2018	Ponente - Consultor	6 especialistas Externos
	Papelote	20u.
	Hojas Bond	800 u.
	Caja de plumones	10u.
	Folders	200u.
	Lapiceros	200 u.
	Copias	1000 u
INSUMOS REQUERIDOS		
FECHA ABRIL 2018	Bebida Natural	150 u.
	fruta	150 u.

X. ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL REQUERIMIENTO

REFRIGERIOS	ESPECIFICACION TECNICA	FOTOGRAFIA
BEBIDA NATURAL	Agua natural envasada de 500 ml	
FRUTA	Una manzana Fresca Mediana Roja	



XI. ORGANIZACIÓN

De Las Áreas que participan en el proceso

NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS	RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIEZGOS DEL PACIENTE	LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD EN LA CIRUGÍA
1. Director Ejecutivo 2. Jefe del Departamento de Enfermeras 3. Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad 4. Jefe del Departamento de Consulta de Externa 5. Jefe del Departamento de Medicina 6. Jefe del Departamento de cirugía 7. Jefe del Departamento de Emergencia 8. Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia 9. Jefe del Departamento de Farmacia 10. Jefe del Departamento de Laboratorio Clínico 11. Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico 12. Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes	1. El Director Ejecutivo 2. Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad 3. Jefe de la Unidad de Epidemiología 4. Jefe del Departamento de Enfermería 5. Jefe del departamento de Farmacia 6. Jefe del Departamento de Pediatría 7. Jefe del departamento de Medicina 8. Personal Designado por la Institución	1. Jefe del departamento de anestesiología 2. Jefe del departamento de Enfermería 3. Jefe del departamento de cirugía 4. Jefe de la UGC 5. Jefe de enfermeras del servicio de SOP.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: Seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud: Informe de la Secretaria. Ginebra: OMS (Internet); 2002.
Disponible
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81905/1/sa5513.pdf>
2. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE.
(Internet).2011.
Disponible
<http://hws.vhebron.net/epine/descargas/EPINE%202011%20ESPA%C3%91A%20Resumen.pdf>
3. Acta de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud Ginebra. OMS; 2006
Disponible
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/24647/1/A59REC3_sp.pdf?ua=1
4. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia. Agencia de Calidad para el sistema Nacional de Salud. Secretaria General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España (Internet). Madrid.2006.
Disponible
<http://www.seguridaddelpaciente.es/formación/tutoriales/MS-C-CD1/>
5. Manual de aplicación de la lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009, la cirugía segura salva vidas. OMS (INTERNET). 2009
Disponible
<http://libdoc.who.int/publications/2009/9789243598598.spa.pdf>



ANEXO 1: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y/O CENTINELAS

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD	META	INDICADORES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA											
						I			II			III			IV		
						ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
1	Elaborar Directa	1	1	Directiva	Equipo de la UGC			X									
2	Elaborar el Plan Anual de Actividades	1	1	Plan				X									
3	Formación del Equipo de Fortalecimiento del Sistema de Notificación de Incidentes , Eventos Adversos y/o Centinelas, rondas de seguridad y gestión de riegos del paciente y lista de verificación de cirugía segura	1	1	Resolución Directoral				X									
4	Capacitación al comité de evaluación de seguridad y gestión de riegos del paciente	Comité capacitado	1		UGC				X								
5	Capacitación a profesionales de la salud en los Registros y Notificación de eventos adversos en el HCLLH	Informe	1	Jefatura de Dptos. y servicios con equipos entrenados en Notificación de Eventos Adversos					X							X	
6	Evaluación de la correcta aplicación de la LVCS	% De cirugías programadas que aplican la LVCS	4	Nº de cirugías realizadas / Nº de cirugías que aplican el chek List	Equipo de unidad de gestión Dpto de anestesiología			X			X					X	

[illegible]

ANEXO 2: GLOSARIO

1. **ACCION 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.
2. **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 daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.
3. **COMPLICACIONES POST OPERATORIA:** Es aquella que aparece en el periodo post operatorio inmediato, como resultado de la técnica quirúrgica aplicada.
4. **CIRUGIA:** 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.
5. **CIRUGIA SEGURA:** Es aquella cirugía que se lleva acabo cumpliendo los criterios mínimos aprobados por la OMS para garantizar la seguridad del paciente.
6. **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.
 - 6.1 **EVENTO ADVERSO LEVE.-** El paciente presenta síntomas leves 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.
 - 6.2 **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.
7. **EVENTO CENTINELA :** Es el evento adverso grave que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.
8. **GESTION DEL RIESGO:** Se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.
9. **INGRESO A CENTRO QUIRURGICO:** Es cuando el paciente va a hacer intervenido quirúrgicamente es recibido por la enfermera circulante de Centro Quirúrgico.
10. **INGRESO A RECUPERACION:** Es cuando el paciente luego de haber sido intervenido quirúrgicamente es llevado por el Medico Anestesiólogo a Sala de Recuperación para su internamiento.



11. **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 el Medico Anestesiólogo.
12. **PACIENTE:** Es todo usuario de salud que recibe una atención.
13. **SALIDA DE SALA DE OPERACIONES:** Es cuando el paciente que ingreso para ser intervenido quirúrgicamente, sale de Sala de operaciones acompañado por el medico Anestesiólogo.
14. **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.
15. **ENFERMERA CIRCULANTE:** Es una 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. Se encargara del correcto traslado del paciente a la camilla quirúrgica.
16. **HIGIENE DE MANOS:** Termino aséptico para prevenir enfermedades nosocomiales antes, durante y después de cada procedimiento o contacto con el paciente.
17. **PREVENCION 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 reparación reduciendo su impacto.
18. **RIESGO:** Es la probabilidad de ocurrencia de un incidente.
19. **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.
20. **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, medicamentos, procedimiento clínicos, entre otros). Organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.
21. **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.
22. **GESTION DE PREVENCION DE RIESGO**

GESTION DEL RIESGO



Las prestaciones de salud están basadas en proceso de toma de decisiones en el que se ven involucrados distintos agentes a diferentes niveles de atención, desde la macro gestión a las intervenciones clínicas directas, desde la macro gestión deben articularse medidas que favorezcan:

- a) El uso de prácticas seguras basadas en la evidencia
- b) La implementación de una cultura de seguridad del paciente y excelencia en un entorno no punitivo.
- c) La formación de los profesionales.
- d) El desarrollo de los sistemas de información sanitaria y de notificación que registren eventos adversos.
- e) La reducción de las condiciones sistémicas que faciliten la aparición de los eventos adversos

De esta manera un elemento esencial en la gestión del riesgo, es la mejora de las barreras sistémicas, dirigidas a evitar los eventos adversos para conseguir, es necesario:

- a) Establecer sistemas de comunicación seguros entre profesionales y entre estos y los pacientes.
- b) Definir las necesidades de los recursos humanos, las funciones de los profesionales y los requerimientos para acceder a cada puesto de trabajo.
- c) Supervisar las tareas complejas por profesionales con experiencia
- d) Automatizar y estandarizar procedimientos seguros de diagnóstico y tratamiento.

23. **PREVENCION DE RIESGO:** El primer paso en la gestión del riesgo es la prevención de sucesos adversos en su triple vertiente: disminuir el riesgo de que aparezcan los Eventos Adversos, abordarlos de forma precoz, para minimizar los daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.

23.1 PREVENCION PRIMARIA: Implica desarrollar estrategias para reducir la incidencia de eventos adversos, potenciando los factores que mejoran la seguridad del paciente y reduciendo aquellos que contribuyen a la aparición de errores. Algunas de las estrategias Son plenamente aplicables:

- a) Fomentar una cultura de seguridad del paciente en la organización y en la formación de los profesionales.
- b) Erradicar los procedimientos innecesarios o peligrosos no apoyados por la evidencia y de los que existan alternativas más seguras.
- c) Aplicar la evidencia en la organización de la prestación asistencial y la elección de métodos terapéuticos.
- d) Establecer alertas clínicas y barreras de Seguridad en el Sistema.
- e) Realizar mapas de riesgos de los procesos más prevalentes.
- f) Revisar las condiciones estructurales de las unidades hospitalarias.
- g) Incorporar Sistemas de Identificación inequívoca de pacientes.

23.2 PREVENCION 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.

23.3 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 adverso y la comunicación honesta y veraz con el paciente que debe recibir una atención individualizada del problema.





ANEXO 3

MATRIZ DE CONSOLIDACION DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

NOMBRE DE LA IPRESS: HCLLH

HCLTH

MES Y AÑO DE REPORTE:

UPSS:

N°	FECHA DE NOTIFICACION	HCL	SEXO	EDA D	D X PRINCIPAL	UPSS/SERVICIO	INCIDENTES	E.ADVERSO	E CENTINELA	FECHA DEL SUCESO	HORA APROX
TOTAL :											



IPRESS: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.

[illegible]



ANEXO : 5 FORMATO DE PLAN DE ACCIÓN - PROTOCOLO DE LONDRES.

IPRESS: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.

[illegible]

ANEX06



PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

“Año del Buen Servicio al Ciudadano”



CATEGORIA Y TIPOS DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, CENTINELAS.

CATEGORIA	N°	TIPO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, CENTINELAS
RELACIONADO CON LOS CUIDADOS A	1	Actos impropios de naturaleza sexual contra paciente
	2	Agresiones y /o Autolesiones
	3	Caída de paciente con daño
	4	Edema Agudo de pulmón (EAP) e insuficiencia respiratoria
	5	Eritema del pañal
	6	Error en la identificación del paciente
	7	Error en la entrega del paciente a padres o tutores
RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN B	1	ACV - TEP por medicamentos
	2	Alteraciones neurológicas por fármacos
	3	Desequilibrio de electrolitos iatrogénicos
	4	Deterioro de la función renal por dosis excesiva
	5	Edema pulmonar por sobrehidratación
	6	Encefalopatía por oxigenación inadecuada
	7	Error en la medicación (Prescripción , Dispensación y Administración)
	8	Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación e inmunización - ESAVI
	9	Hemorragia digestiva
	10	Hemorragia por anticoagulación
	11	Hipoglucemia por manejo inadecuado de tratamiento con insulina
	12	Hipotensión arterial por medicamentos
	13	Hipoxia fetal en parto por uso de oxitocina
	14	Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor
	15	Muerte o grave discapacidad por medicamentos
	16	Nauseas vómitos y / o diarreas por fármacos
	17	Reacción adversa a medicamentos
	18	Reacción transfusional por incompatibilidad de grupo ABO- Rh y/u otro subgrupo
	19	No se realiza cuando está indicado
	20	Incompleto o inadecuado
	21	No disponible
	22	Paciente erróneo
	23	Proceso o servicio erróneo
RELACIONADO CON LA INFECCIONES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN EN SALUD C	1	Absceso secundario a inyección IM
	2	Corioamnionitis
	3	Endometritis
	4	Flebitis asociada a Catéter Venoso Periférico
	5	Infección de Prótesis Ortopédicas
	6	Infección del sitio quirúrgico
	7	Infección del torrente sanguíneo asociada a catéter Venoso Central
	8	Infección secundaria a derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia
	9	Muerte por infección nosocomial
	10	Neumonía intrahospitalaria



PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

“Año del Buen Servicio al Ciudadano”



CATEGORIA	N°	TIPO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, CENTINELAS
RELACIONADOS CON EL COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL H	1	Incumplidor/no colaborador/obstructivo
	2	Desconsiderado/grosero/hostil/
	3	Inapropiado
	4	Problema de uso/abuso de sustancias
	5	Discriminación/prejuicio
	6	Vagabundeo/fugas
	7	Agresión verbal
	8	Acoso
	9	Agresión física
	10	Agresión sexual
	11	Agresión a objeto inanimado
	12	Amenaza de muerte
RELACIONADOS CON EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE I	1	Incumplidor/no colaborador/obstructivo
	2	Desconsiderado/grosero/hostil/
	3	inapropiado
	4	Problema de uso/abuso de sustancias
	5	Discriminación/prejuicio
	6	Vagabundeo/fugas
	7	Auto Agresión verbal
	8	Acoso
	9	Agresión física
	10	Agresión sexual
	11	Agresión a objeto inanimado
	12	Amenaza de muerte
RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN J	1	Paciente erróneo
	2	Dieta erróneo
	3	Cantidad errónea
	4	Frecuencia errónea
	5	Consistencia errónea
	6	Condiciones de conservación inadecuada.
RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO O DROGAS MEDICINALES K	1	Paciente erróneo
	2	Gas/vapor erróneo
	3	Velocidad/concentración/caudal erróneo
	4	Modo de administración erróneo
	5	Contraindicación
	6	Condiciones de conservación inadecuadas
	7	Ausencia de administración
	8	Contaminación
RELACIONADOS CON LOS DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MEDICOS L	1	Inadecuación a la tarea
	2	Error del usuario
	3	Presentación/envasado deficiente
	4	Falta de disponibilidad
	5	Sucio/no estéril
	6	Avería/mal funcionamiento





PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

“Año del Buen Servicio al Ciudadano”



CATEGORIA	N°	TIPO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, CENTINELAS
D RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO	1	Caput Sucedaneum
	2	Cirugía en el lugar equivocado del cuerpo
	3	Cirugía en paciente equivocado
	4	Cuerpo extraño intra abdominal quirúrgico
	5	Cefalea post punción de duramadre
	6	Cefalea post punción
	7	Dehiscencia post cesárea
	8	Dehiscencia de sutura en episiorrafia
	9	Dehiscencia de herida operatoria
	10	Desgarro perineal grado III - IV
	11	Desgarro Vaginal
	12	Encefalopatía hipoxica
	13	Eventración o evisceración
	14	Fractura durante atención del recién nacido
	15	Hematoma Post Parto (de pared , episiorrofia)
	16	Hematoma Post Procedimiento
	17	Hemorragia intra y/o post operatoria
	18	Lesión de plexo braquial de recién nacido
	19	Lesión en un órgano durante intervención quirúrgica
	20	Neumotórax
	21	Perforación uterina
	22	Quemadura por uso de electrocauterio
	23	Retención de membranas
	24	Trombo embolismo pulmonar post cirugía
	25	Trombo venosa profunda post cirugía
E RELACIONADOS CON PROCESOS O PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES	1	No se hizo cuando estaba indicado
	2	No disponible
	3	Paciente erróneo
	4	Incompleto o inadecuado
	5	Proceso/ tratamiento/ procedimiento erróneo
	6	Parte/lado/lugar del cuerpo erróneo
F RELACIONADOS CON ERRORES EN LA DOCUMENTACIÓN	1	Documentos ausentes o no disponibles
	2	Documentos para un paciente erróneo o documento erróneos
	3	Demora en el acceso a los documentos
	4	Información en el documento poco clara/ambigua/ ilegible/ incompleta
G RELACIONADOS CON LA SANGRE O SUS DERIVADOS	1	Información/instrucciones de dispensación erróneas
	2	Sangre / Producto sanguíneo erróneo
	3	Dosis o frecuencia errónea
	4	Paciente erróneo
	5	Cantidad incorrecta
	6	Contraindicación
	7	Condiciones de conservación inadecuadas
	8	Omisión de medicación o la dosis



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Anexo 7: ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

Fecha:

Nombre del Establecimiento:

Responsable de la Información:

Dirección del Establecimiento ()

Oficina de Epidemiología ()

UG de la Calidad ()

Dpto. de Enfermería ()

Centro Quirúrgico ()

Dpto./ Servicio de Cirugía ()

Nombre y cargo del personal 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 de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

☐ SI

☐ NO



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

En caso que respondiera SI, está relacionado 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 ☐
- Otro especificar ☐

4. ¿Ha 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 Ud, que se podrían medir?

5. ¿Qué indicadores plantea Ud. para medir el impacto del uso de la Lista de Verificación de Seguridad?





"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

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

☐ SI ☐ NO

En caso que respondiera SI, ¿Por qué?

7. Indique el número de quirófanos presupuestados

8. Indique el número de quirófanos operativos

9. Cuál es el tiempo en días que espera el paciente
Desde que se define la necesidad de la Intervención
Quirúrgica en consultorio externo y es Hospitalizado
Para programar la cirugía?

10. ¿Cuál es el porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas?

Durante:

El año pasado

El primer semestre de este año

11. ¿Cuenta con farmacia en Centro Quirúrgico?

☐ SI ☐ NO

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

13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intra operatoria?

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





"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

15. ¿Cuál es la tasa de re intervenciones no programadas?

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

El año pasado

El primer semestre de este año

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

El año pasado

El primer semestre de este año

18. ¿Cuál es el número de incidentes y/o Eventos Adversos Notificados relacionados a cirugías electivas?

19. ¿Cuál es el número de incidentes y/o Eventos Adversos Notificados relacionados a cirugía de emergencia?

GRACIAS.





ANEXO: 8 CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LAS UPSS 2018

IPRESS : HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
 RESPONSABLE : AREA DE LA GARANTIA PARA LA CALIDAD

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
Elaboración de Directiva del Plan Anual de Rondas de Seguridad 2017		
Conformación del Equipo		

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
Aprobación con RD la Directiva, el Plan Anual, el equipo de rondas.		

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
C.E DE INMUNIZACIONES 08/03/18		
C.E CIRUGIA 12/03/18		

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
OBSERVACIÓN DE ADULTOS		
EMG		

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
UCI ADULTO		
17/05/18		

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
CENTRO OBSTETRICO		
EMERGENCIA 15/06/18		
CENTRO QUIRURGICO 12/05/18		



JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
	05/07/18	10:00 am
HOSPITALIZACION DE CIRUGIA		

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
	10/08/18	10:00 am
HOSPITALIZACION DE MEDICINA		

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
	10/09/18	10:00 am
HOSPITALIZACION DE GINECOLOGIA		

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
	04/10/18	10:00 am
HOSPITALIZACION DE PEDIATRIA		

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
	06/11/18	10:00 am
HOSPITALIZACION DE ARO		

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
		09:00 am
NUTRICION 03/12/18 ANATOMIA PATOLOGICA 10/12/18		

DIRECTOR DE LA IPRESS	OFICINA/UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD	OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA	DEPARTAMENTO O SERVICIO DE EMERGENCIA
-----------------------	---	--------------------------	---------------------------------------





ANEXO 9 Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

Antes de la administración de la anestesia



Antes de la Incisión Cutánea



Antes de que el (la) paciente salga del Quirófano

ENTRADA	PAUSA	SALIDA
Con el (la) enfermero (a) y anestesiólogo (a), como mínimo ¿Ha confirmado el (la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? ☐ Si	Con el (la) enfermero (a) y anestesiólogo (a) y cirujano ☐ Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función.	Con el (la) enfermero (a) y anestesiólogo (a) y cirujano El (la) enfermero (a) confirma Verbalmente: ☐ El Nombre del procedimiento. ☐ El recuento de instrumentos, gases, y agujas. ☐ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta voz alta, incluido el nombre del paciente) ☐ Si ☐ No ☐ Existen problemas por resolver relacionados con el instrumental y los equipos. ☐ Si ☐ No
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? ☐ Si ☐ No ☐ NA	☐ Confirmar la identidad del / de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico.	
¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? ☐ Si	☐ Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica.	
¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona? ☐ Si	Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? ☐ Si ☐ No ☐ NA	
¿Tiene el (la) paciente... Alergias conocidas? Proponer a Gestión de la Calidad brazaletes refiriendo todas las alergias. ☐ Si ☐ No Vía aérea difícil/ riesgo de aspiración? ☐ Si ☐ No En este caso, hay instrumental y equipos / ayuda disponible? ☐ Si ☐ No Riesgo de hemorragia > 500ml (7ml / Kg en niños) ☐ Si ☐ No En este caso se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV/ central) ☐ Si ☐ No ☐	Prevención de eventos críticos Cirujano revisa : ☐ ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados? ☐ ¿Cuánto durará la operación? ☐ ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista? Anestesia verifica : ☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico? ☐ Si ☐ No Equipo de enfermería verifica: ☐ ¿Se ha confirmado la esterilidad de la ropa, instrumental y equipos? (con resultados de los indicadores) ☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos? Adjuntar todos los indicadores, en parte de atrás de la copia de hoja check list	El (la) Cirujano , anestesiólogo (a) y enfermero (a) revisan : ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de los pacientes? ☐ Si ☐ No
¿Pueden Visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? ☐ Si ☐		

N° Historia Clínica

Nombres y apellidos del / de la paciente

Fecha

Cirugía Realizada:

Hora de Ingreso:
Hora de Inicio de Cirugía:
Hora Término de Cirugía:
Destino:

244

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año del Dialogo y la Reconciliación Nacional"



ANEXO 10

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

GUIA DE RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nombre del Servicio : _____
Jefe del Servicio : _____
Departamento : _____
Hora : _____

ASPECTOS A EVALUAR	SI	NO	SI	NO	SI
I. HISTORIA CLINICA					
Identificación del paciente					
Historia Clínica actualizada					
Ordenada					
Letra legible					
Hoja de Consentimiento Informado					
Código de Enfermedad según CIE X					
Firma y Sello del responsable de la atención					
Exámenes Auxiliares					
Diagnóstico por Imágenes					
II. APLICACIÓN DE TECNOLOGIA DE SEGURIDAD					
Calidad de prescripción (5 CORRECTOS)					
Verificación de Ficha Terap. de Dosis Unitaria					
Lista de Cheque de Cirugía Segura					
Higiene de Manos Frecuente del Personal					
Dispens. De Antisep. Y Papel Toalla en Servicio					
III. DISPOSICION DE MEDICAMENTOS					
Almacenamiento Correcto					
Ordenamiento adecuado					
Rotulación					
Fecha de Vencimiento					
IV. APLICACIÓN DE ALERTAS DE SEGURIDAD					
Medicamentos de Aspecto o Nombre Parecido					
Identificación del paciente en su Unidad					
Comunicación para el Traslado de Pacientes					
Verificación de Rotulación de Soluciones Intravenosa					
Previs. de Medic. En las Trans. Asist. y Alta					
V.- DISPOSICION DE RESIDUOS HOSPITALARIOS					
Uso de bolsas diferenciadas					
Tachos para material descartado con tapa					
Recojo de residuos sólidos en forma frecuente					
Asignación de personal de limpieza para realización de actividades					
VI MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD					
Uso correcto del uniforme institucional					
Uso correcto de uniforme de protección de acuerdo al servicio					
Uso de bata para los pacientes					



ANEXO 11



PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



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 CLINICA	
SEXO DEL PACIENTE	
EDAD	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL CIE 10	

B. UBICACIÓN DEL PACIENTE

UPSS/SERVICIO	
---------------	--

C. SEVERIDAD (MARCAR CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA)

INCIDENTE*	☐	EVENTO ADVERSO**	☐	EVENTO CENTINELLA***	☐
------------	--------------------------	------------------	--------------------------	----------------------	--------------------------

- * 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 LA ENFERMEDAD O EL TRANSTORNO DEL FONDO DEL PACIENTE.
- *** ES UN EVENTO ADVERSO QUE PRODUCE LA MUERTE, LESIÓN FÍSICA/ PSICOLÓGICA GRAVE O LA PERDIDA PERMANENTE E IMPORTANTE DE UNA FUNCIÓN.

D. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO/EVENTO CENTINELLA

FECHA	
HORA APROX	
CATEGORIA Y NÚMERO	
BREVE DESCRIPCIÓN	

