



H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

Nº 105-03/2017-HCLLH/SA.....



Resolución Directoral

Puente Piedra, 17 de Mayo..... del 2017

VISTO:

EL Exp. 959, que contiene el Memorandum N° 90-03-OPEE-HCLLH-AS-2017 emitido por la Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico y el Memorandum N° 044-01/2017-JUGC-HCLLH, mediante el cual, la jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, solicita la aprobación del "Plan Anual de Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Año 2017", y;

CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 Ley General de Salud establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprobó el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en el cual se establece los principios, políticas, objetivos y estrategias que orientan los esfuerzos para alcanzar la calidad en salud;

Que, el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, considera que las Rondas Médicas son una práctica recomendada para incrementar la seguridad de los servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado del paciente. Consiste en una visita planificada del equipo competente para evaluar el cumplimiento de las normas establecidas, por parte del personal involucrado en la atención al paciente, así como de las condiciones en las que se presta el servicio, utilizando como herramienta la metodología de la observación y la entrevista;





Que, mediante el documento de visto, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad presenta para su aprobación el "Plan Anual de Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Año 2017";

Que, mediante Informe N° 024-PP-OPE-HLLH-2017, la responsable del Área de Planes y Programas de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz da opinión favorable y solicita la aprobación mediante la resolución directoral respectiva;

Que, en este contexto, corresponde emitir el acto resolutivo para la aprobación del "Plan Anual de Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Año 2017";

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

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º - Aprobar el "Plan Anual de Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Año 2017", el mismo que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO 2º.- Disponer que los sistemas administrativos y asistenciales cumplan con la ejecución integral del presente Plan.

ARTÍCULO 3º.- Disponer que la Unidad de Gestión de la Calidad remita a la Dirección Ejecutiva un informe semestral sobre los logros, objetivos y metas alcanzados por la ejecución del Plan.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase

JTK/NGL/GPMP
C.c.

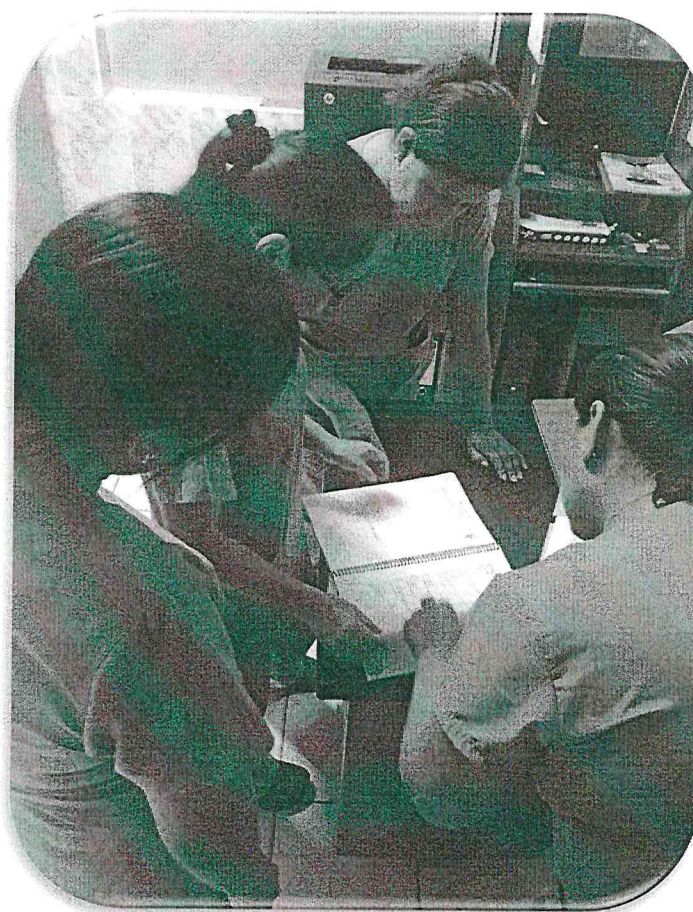
*Unidad de Gestión de la Calidad
*Oficina de Planeamiento Estratégico



Dr. Javier Tsukazankobashikawa
C.R.P. 21626
DIRECTOR EJECUTIVO HCLH



PLAN ANUAL 2017 "IMPLEMENTACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD" EN EL HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ".





Dr. Javier Tsukazan Kobashikawa
DIRECTOR EJECUTIVO

Dr. Hernán Solís Verde
DIRECTOR ADJUNTO

EQUIPO TÉCNICO DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

Lic. Pilar del Carpio Antezana
JEFA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Lic. Norma Báez Tafur
ARÉA DE LA GARANTIA PARA LA CALIDAD.

Lic. Paula Zamora Ruíz
ARÉA DE LA MEJORA PARA LA CALIDAD

Tec. Adm. Mary Luz Cangana Melgarejo
ARÉA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD

Sra. Fiorella Yaringaño Tabraj.
Secretaria



ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	3
II. FINALIDAD	3
III. OBJETIVO GENERAL	4
IV. BASE LEGAL	4
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	5
VI. CONTENIDO	5
VII. METODOLOGIA.....	6
VIII. FINANCIAMIENTO.....	6
IX. REQUERIMIENTO.....	7
X. ESPECIFICACIONES TECNICAS DE REQUERIMIENTO.....	8
XI. ORGANIZACIÓN.....	8
XII. BIBLIOGRAFIA.....	9
XIII. Anexo	
a) Plan Anual de actividades de Rondas de Seguridad	
b) Guía de Rondas de Seguridad del Paciente	
c) Cronograma Anual de Rondas de Seguridad	
d) Valoración de Los Riesgos identificados en las Rondas de Seguridad.	



PLAN ANUAL 2017 “IMPLEMENTACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD”

I.- INTRODUCCION

Hoy en día la atención de los pacientes se enmarca en la seguridad del paciente, así la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente trabaja para mejorar la seguridad de la atención médica en el mundo, buscando y fortaleciendo medidas que garanticen la atención en salud. En este contexto el ente rector MINSA, viene implementando una serie de medidas para fortalecer la seguridad del paciente, como son las Rondas de Seguridad, prácticas recomendadas para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes, y cuyo componente fundamental es el involucramiento del personal ejecutivo en la cultura de seguridad institucional, así como la toma de conciencia y educación del personal asistencial, estableciendo una interacción directa con el personal y con los pacientes. El desarrollo de las Rondas de Seguridad del paciente permitirá conocer de manera directa los factores que condicionan riesgos para el paciente, así como evitar que los pacientes sufran daños durante el tratamiento y la atención.

La seguridad en la atención de los pacientes es un aspecto prioritario en la organización y funcionamiento de todo sistema de salud y tiene implicancias directas en la calidad de la atención. Para construir un sistema seguro es necesario buscar, analizar y solucionar las causas de los errores en la atención.

La Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las personas ha desarrollado el presente Plan Anual de implementación de Rondas de Seguridad del paciente 2017, buscando fortalecer la cultura de seguridad del paciente en todos las áreas, la cual está basada en la normatividad de seguridad vigente y será aplicado en servicios asistenciales.

II.- FINALIDAD

Contribuir con la disminución de los riesgos durante la atención de salud, a través de la implementación de las prácticas seguras. Movilizando la factibilidad política en la implementación de las practicas seguras.

III.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Implementar las Rondas de seguridad del paciente como herramienta de gestión de, fortaleciendo la cultura por la seguridad del paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

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 la 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: Categorías de Establecimientos de Sector Salud.

V.- AMBITO DE APLICACIÓN

Departamento y Servicios asistenciales del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

VI.- CONTENIDO

La Unidad de gestión de la Calidad y Derechos de las personas/Área de la Garantía para la Calidad, El Director Ejecutivo, los jefes de Departamentos y servicios, los responsables de las Unidades productoras de los servicios de salud y los responsables de la administración de las 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 las Rondas de Seguridad del Paciente estará conformado por:

- El Director Ejecutivo
- Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
- Jefe de la Unidad de Epidemiología
- Jefa del Departamento de Enfermería
- Jefe del Departamento de Farmacia.
- 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.

DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD

1. Las Rondas de seguridad del paciente estarán a cargo de la Unidad De Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas/ Área de Garantía para la Calidad, Servicios de Farmacia, Epidemiología, Enfermería, desplegando en su desarrollo técnicas de observación, verificación documentaria y entrevista.
2. El Director Ejecutivo del Hospital o su representante tiene la responsabilidad de acompañar al equipo para hacer cumplir el plan Anual de Rondas de seguridad.
3. La duración de la ronda de seguridad será aproximadamente una hora, y al finalizar se dejara un acta firmada por el equipo y los responsables de la atención involucrados.
4. El Director Ejecutivo del Hospital deberá asegurar el cumplimiento de la implementación de cada una de las recomendaciones según los informes de la ronda realizada, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.
5. El plan anual de Rondas de seguridad tendrá un cronograma de visitas programadas con el consenso de los integrantes del equipo.
6. Las observaciones encontradas deberán servir de insumo para la implementación de acciones o proyectos de mejora con la finalidad de mejorar la atención de salud.

ACTIVIDADES POR OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. **Mejorar los procesos de atención identificando la ocurrencia de prácticas inseguras y sus factores determinantes en los servicios asistenciales del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.**

ACTIVIDADES:

Elaboración y aprobación del Plan Anual de Rondas de seguridad del paciente.

Ejecución de las rondas de seguridad según programación anual.

Aplicación de los formatos y listas de chequeo previamente aprobados por el equipo responsable.

2. **Educar in situ al personal profesional y no profesional en relación a las prácticas seguras durante la atención del paciente generando compromisos para la mejora de la atención.**

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.

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 acciones inseguras durante la atención del paciente, según el listado de criterios de evaluación a ser utilizados (anexo 1) para ello el responsable del área de la Garantía para la Calidad / Unidad Gestión de la Calidad, es el encargado de determinar el listado final de los criterios que aplicarán para el servicio o UPSS a visitar.

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 Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, elaborará un informe de acuerdo a las acciones inseguras identificadas.

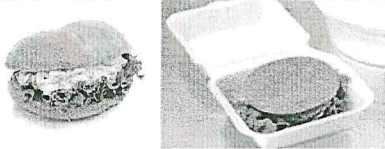
VIII.- FINANCIAMIENTO

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

IX.- REQUERIMIENTO

EQUIPOS REQUERIDOS		
FECHA:	EQUIPO	CANTIDAD
Mayo 2017	Equipo Multimedia	1 u.
	Lap top	1 u.
	Ecran	1 u.
MATERIALES REQUERIDOS		
FECHA	EQUIPO	CANTIDAD
Mayo 2017	Ponente - Consultor	1 u.
	Papelote	20 u.
	Hojas bond	500 u.
	Caja de plumones	5 u.
	Folders	50 u.
INSUMOS REQUERIDOS		
FECHA	REFRIGERIOS	CANTIDAD
Mayo 2017	Bebida natural	50 u.
	Sándwich de pollo	50 u.
MATERIALES REQUERIDOS		
FECHA	EQUIPO	CANTIDAD
Mayo 2017	Copias	1000 u.
	Lapiceros	100 u.
	Hojas bond	500 u.

X.- ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL REQUERIMIENTO

REFRIGERIOS	Especificación Técnica	Fotografía
Bebida natural	Refresco de Chicha morada con canela y azúcar al gusto, helado. Presentada en Vaso descartable de 12 Onzas descartable con tapa y sorbete.	
Sándwich de pollo	Sándwich de pollo desmenuzado, con apio y mayonesa. Presentación en plato descartable, embolsado con servilleta.	

XI.- ORGANIZACIÓN ESPECIFICACIONES TECNICAS DEL REQUERIMIENTO

El Equipo de las Rondas de Seguridad del Paciente estará conformado por:

1. Director Ejecutivo/ Javier Tsukazan Kobashikawa
2. Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas/- Lic. Pilar Del Carpio Antezana
3. Jefe de la Unidad de Epidemiología/ Sra. María Solier López
4. Jefa del Departamento de Enfermería/ Lic. Rosario Miraval Contreras
5. Jefe del Departamento de Farmacia/ Q.F. Corina Alvarado Puray

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.

XII.- BIBLIOGRAFIA

1.-Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud: Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS [internet]; 2002. Disponible en: <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 en: <http://hws.vhebron.net/epine/Descargas/EPINE%202011%20ESPA%C3%91A%20Resumen.pdf>

f

3.- Acta de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud Ginebra.

OMS; 2006. Disponible en:

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 sanitaria. 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 en:

<http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MS-C-D1/>

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 en:

http://libdoc.who.int/publications/2009/9789243598598_spa.pdf.

XIII.- ANEXOS

- a. Plan Anual de actividades de Rondas de Seguridad
- b. Guía de Rondas de Seguridad del Paciente
- c. Cronograma Anual de Rondas de Seguridad
- d. Valoración de Los Riesgos identificados en las Rondas de Seguridad.
- e. Glosario



PLAN ANUAL DE ACTIVIDADES RONDAS DE SEGURIDAD

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	INDICADORES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA			
						I	II	III	IV
1	Elaborar Directiva	1	1	Directiva	Equipo de la UGC-	X			
2	Elaborar el Plan anual de actividades	1	1	Plan		X			
3	Capacitación al Equipo de Rondas de Seguridad	Comité Capacitado	1		UGC, Comité de Rondas		I Semestre		
4	Evaluación de la correcta valoración de Riesgos Identificados en las Rondas	Informes	4	Cirugías programadas que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía %	Equipo de la UGC/ y Comité de Rondas	x	x	x	x
5	Aplicación del formato de Guía de Rondas	Informes	10	Cumplimiento de la aplicación de la encuesta para la implementación de la LVCS	Equipo de la UGC/ y Comité de Rondas		x		x
6	Continuar con la práctica de las Rondas de Seguridad de atención al paciente	N° de rondas	10	% de Rondas se Seguridad Ejecutadas	Dirección General, OGC, Jefes de los Dptos. Y Servicios		x	x	x
7	Elaboración de un Plan de Acción (para las prácticas inseguras encontradas en la ronda de Seguridad del Paciente)	Informe trimestral del plan de acciones de mejora post ronda	4	Acciones de mejora post ronda implementados.	Equipo de OGC		x	x	x
8	Supervisar las Buenas prácticas clínicas en Seguridad del paciente.	Supervisión	3		OGC, Supervisores de Enfermería		x	x	x
9	Monitorizar el uso del Manual de las Buenas Prácticas de la Prescripción	Supervisión	2		Monitorizar el uso del Manual de las Buenas Prácticas de la Prescripción		x		x

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
UNIDAD DE GESTIÓN 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	NO
I. HISTORIA CLINICA:	N°		N°		N°	
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						
Procedimientos realizados						
II.- APLICACIÓN DE TECNOLOGÍA DE SEGURIDAD						
Calidad de prescripción (5 CORRECTOS)						
Verificación de Ficha Terap. de Dosis Unitaria						
Lista de chequeo de Cirugía segura						
Higiene de Manos Frecuente del Personal						
Dispens. de Antisép. y Papel Toalla en Servicio						
III.- DISPOSICIÓN 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						
Verific. de Rotulación de Soluciones Intraven.						
Previs. de Medic. en las Trans. Asist. y Alta.						
V.- DISPOSICIÓN 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 actividad						
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						
Cambio de ropa de cama en forma frecuente						
Higiene corporal del paciente						
Uso de equipos en buen estado						



**VII. PERSONAL DE SALUD:**

Personal de planta identificado en turno según rol						
Personal en entrenamiento con asistente supervisor						

VIII. ENTREVISTA CON EL PACIENTE:

Paciente informado sobre su enfermedad						
Explicación para firmar consentimiento informado						
Conocimiento del tratamiento						
Conocimiento de la Cirugía						

IX. FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS:

Funcionalidad de equipos						
Conocimiento del personal para el manejo de equipos nuevos						
Cuenta con plan de Mantenimiento de equipos						
Kardes de verificación						
Calibración de Equipos						
Accesibilidad de Equipos						

X. IDENTIFICACION DE OTROS RIESGOS DE DAÑO SOBRE EL PACIENTE:

Infraestructura						
Ventilación de ambiente						
Limpieza ambiente						
Disposición de camas						
Conexiones para equipos médicos en buen estado						
Servicios Higienicos						

XI. GUIAS CLINICAS:

Guías clínicas Actualizados y aprobadas con RD. del HPP						
Las guías clínicas deberían de estar en los servicios donde se						

XII. FIRMA DE ACTA DE COMPROMISO**OBSERVACIONES:**

Fecha:

Fecha:

Fecha:





CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

IPRESS: Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
RESPONSABLE: Área de la Garantía 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
Ronda	21/03/2017	10: AM

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda	18/04/2017	10: AM

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda	23/05/2017	10: AM

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda	20/06/2017	10: AM

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda	18/07/2017	10: AM

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda	22/08/2017	10: AM

SEPTIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda	19/09/2017	10: AM

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda	17/10/2017	10: AM

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda	21/11/2017	10: AM

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda	09/12/2017	10: AM

DIRECTOR DE LA IPRESS

OFICINA/ UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

OFICINA DE INTELIGENCIA SANITARIA

DEPARTAMENTO O SERVICIO DE ENFERMERA



GLOSARIO

1. **Acción Insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.
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. **Cirugía:** Es cualquier procedimiento que incluya la incisión, escisión, manipulación y sutura del tejido y que usualmente pero no siempre requieren sedación profunda o anestesia general o regional.
5. **Cirugía Segura:** Es aquella cirugía que se lleva a cabo 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 enfermedad.
 - a) **Evento adverso Leve:** El paciente presenta síntomas leves o la pérdida 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.
 - b) **Evento adverso Moderado:** Cualquier evento adverso que necesita de intervención, como por ejemplo una cirugía al paciente, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o pérdida funcional de larga duración
 - c) **Evento Adverso Grave:** El paciente requiere una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o medida mayor, acorta la esperanza de vida o causa un daño o pérdida funcional importante y permanente y permanente o de larga duración.
7. **Evento Centinela:** es 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 o cambio en el estilo de vida.
8. **Gestión del Riesgo:** se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.
9. **Ingreso a Centro Quirúrgico:** Es cuando el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente es recibido por la Enfermera Circulante de Centro Quirúrgico.
10. **Ingreso a Recuperación:** Es cuando el paciente luego de haber sido intervenido quirúrgicamente es llevado por el Médico Anestesiólogo a Sala de Recuperación para su internamiento.
11. **Ingreso a Sala de Operaciones:** Es cuando el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente es llevado a Sala de Operaciones por la Enfermera Circulante de Centro Quirúrgico y recibido por el Médico Anestesiólogo.
12. **Paciente:** Es todo usuario de salud que recibe una atención.

- 13. Salida de Sala de Operaciones:** Es cuando el paciente que ingresó para ser intervenido quirúrgicamente, sale de Sala de Operaciones acompañado por el Médico 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 encargará del correcto traslado del paciente a la camilla quirúrgica
- 16. Higiene de manos:** Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la higiene de manos.
- 17. Prevención de Riesgos:** son acciones que buscan: disminuir el riesgo de que aparezcan los eventos adversos, abordarlos de forma precoz para minimizar **daños** y evitar su reaparición 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, procedimientos 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. Gestión de Prevención de Riesgo**
- Gestión 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 implantación 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 éstos 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. Prevención 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.

La prevención 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.

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

La 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.

