

Nº 133-04/2017-HCLLH/SA



Resolución Directoral

Puente Piedra, 12 de Abril del 2017



VISTO:

El Expediente N° 2306-2017, que contiene el Memorandum N° 146-04/OPE-HCLLH-AS-2017, mediante el cual, la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz solicita la aprobación del Plan de Gestión del Riesgo y la Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, y;



CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 25842, 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, con Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que establece los principios, políticas, objetivos y estrategias que orientan los esfuerzos para alcanzar la calidad en salud;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", el mismo que en la octava política señala que las organizaciones proveedoras de atención de servicios de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen



mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de servicios de salud, teniendo como objetivo reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos;

Que, el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, considera que el Comité de Seguridad del Paciente articula esfuerzos en torno a la seguridad del paciente de una manera sistemática y organizada; asimismo, busca identificar la naturaleza de los eventos adversos en cada uno de sus servicios, para analizarlos, formular propuestas de mejora, socializar sus intervenciones e implementar buenas prácticas para la seguridad del paciente;

Que, en dicho contexto, la Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad a través del Memorándum N° 209-03-2017-JUGC-HCLLH solicita la aprobación del Plan de Gestión del Riesgo y la Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

Que, mediante Informe N° 44-PP-OPE-HCLLH-2017 la responsable del Área de Planes de la Oficina de Planeamiento Estratégico da opinión favorable para la aprobación del citado plan;

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

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar el Plan de Gestión del Riesgo y la Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz para el Año 2017, el mismo que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2.- El Comité Técnico de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz se encargará de la implementación, monitoreo y evaluación del Plan que se aprueba mediante el presente acto administrativo.

Artículo 3.- La Unidad de Gestión de la Calidad será la encargada de supervisar el cumplimiento e informar a la Dirección Ejecutiva la inobservancia o inconvenientes que se presenten a efecto de aplicar las medidas correctivas que sean pertinentes.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CUMPLASE.

JTK/HSV/GMPM
C.c.

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



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

Dr. Javier Tsukazari Kobashikawa
C.M.P.: 21626 R.N.E.: 27579
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

**PLAN DE GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS
PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
AÑO 2017**



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 Ruiz
ARÉA DE LA MEJORA PARA LA CALIDAD

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

Señora. Fiorella Yaringaño Tabraj.
Secretaria

Lima Perú
2017





ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	5
II. FINALIDAD	5
III. OBJETIVO GENERAL	6
IV. BASE LEGAL	7
V. ÁMBITO DE APLICACIÓN	7
VI. CONTENIDO	8
VII. METODOLOGIA	9
VIII. FINANCIAMIENTO	9
IX. REQUERIMIENTO	10
X. ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DE REQUERIMIENTO	11
XI. ORGANIZACIÓN	11
XII. BIBLIOGRAFIA	12
XIII. Anexo	
a) Glosario	
b) Cronograma de Actividades	





PLAN DE GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

I.- INTRODUCCIÓN

En todo el mundo, la prestación de atención de servicios de salud se enfrenta al desafío de una amplia gama de problemas de seguridad del paciente. El Hospital Carlos Lanfranco La Hoz no está exento a ello. Lo primero que debemos hacer es reconocer esta perturbadora realidad y lo más importante, tomar medidas para corregir los problemas que contribuyen a la atención no segura.

Todos los pacientes tienen derecho a una atención eficaz y segura en todo momento. El daño involuntario a pacientes que son sometidos a tratamientos no es un fenómeno nuevo. El registro más antiguo de este problema data del siglo XVII A.C. La respuesta en aquellos días era clara y exclusivamente punitiva. Hoy en día, las soluciones para mejorar la seguridad del paciente ofrecen un enfoque más constructivo, uno en el cual el éxito (una atención más segura) es determinado por lo bien que los profesionales médicos trabajan en equipo, cuán efectivamente se comunican entre sí y con los pacientes, y cuán cuidadosamente diseñados están los procesos de prestación de atención y los sistemas de apoyo de la atención.

Con el creciente reconocimiento de los problemas de seguridad en la atención sanitaria, es momento de crear y difundir "Soluciones" para la seguridad del paciente.

Por ello el equipo de gestión de nuestro Hospital Carlos Lanfranco La Hoz está priorizando este gran desafío ya que cambia la dirección de los valores, las creencias y las conductas en los niveles de liderazgo, tanto el organizativo como el profesional, identifiquen la naturaleza de los eventos adversos, luego sean capaces de analizarlos, formular propuestas de mejora, socializar sus intervenciones e implementar las buenas prácticas para la seguridad del paciente involucrando al usuario en todo este proceso de mejora.

La Dirección Ejecutiva Del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Unidad de la Gestión de la calidad, como órganos responsables del cumplimiento del presente plan Institucional, cumplen con presentar el conjunto de acciones y estrategias sencillas para ser implementadas en los servicios médicos asistenciales; las cuales propenden a ofrecer herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, impactar en la mejora de la calidad y de proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan en la atención en salud.

II.- FINALIDAD

Mejorar la seguridad de los usuarios de los servicios asistenciales del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas previniendo los eventos adversos.

III.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la seguridad del paciente que acude a los servicios asistenciales del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas.



OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Fortalecer competencia en Buenas Practicas de Atención y Gestión del Riesgo.
2. Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación – Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso.
3. Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente.
4. Establecer las bases para lograr un enfoque sistemático y coordinado para la gestión del riesgo clínico en los procesos de atención en el 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. Resolución Ministerial N° 533-2008/MINSA, Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
7. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía
8. Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del Comité “Técnico para la Seguridad del Paciente”
9. Resolución Directoral N° 176-05-2016/HCLLH/SA, que aprueba la conformación del “Comité de Seguridad del Paciente”
10. Resolución Directoral N° 41-01-2017/HCLLH/SA, que aprueba la conformación del “Comité de Seguridad del Paciente”
11. Resolución Directoral N° 42-01-2017/HCLLH/SA, que aprueba la conformación del “Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente”
12. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica.
13. 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.
14. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía
15. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de la Calidad en Salud”.
16. Resolución Ministerial N° 308-2010/MINSA, que aprueba “La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.

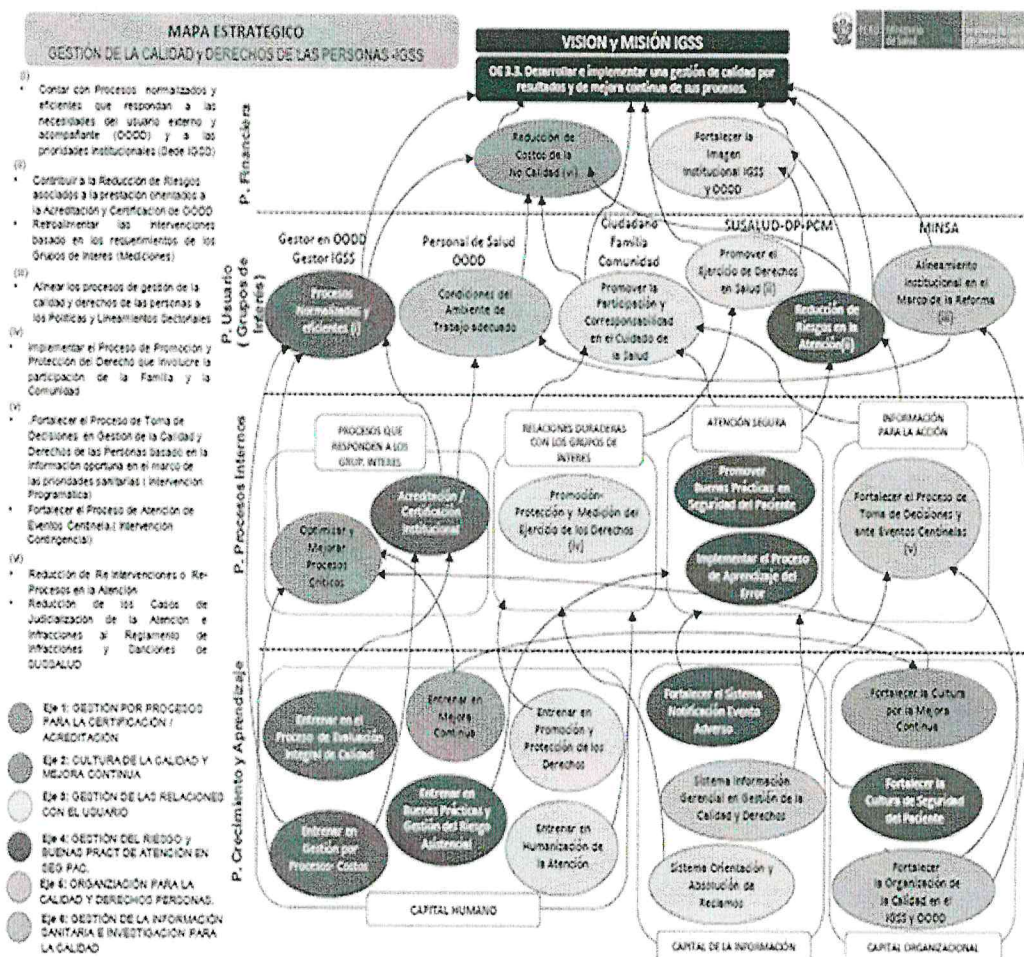
V.- AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Gestión del Riesgo y Buenas prácticas en Seguridad del Paciente tiene como ámbito de aplicación los Departamento, Servicios asistenciales, Centro quirúrgico. UPSS del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

VI.- CONTENIDO

El contenido del presente plan se desarrollará de acuerdo a las estrategias y a los Ejes de las líneas de acción para la seguridad del paciente.

5.1.- Mapa estratégico de Gestión de La Calidad y Derechos de las personas.





5.2.- Estrategias

- Participación plena del personal de Salud en los servicios asistenciales para la mejora de la seguridad en la atención de pacientes.
- Participación de los usuarios de los servicios asistenciales en la mejora de la seguridad en la atención de pacientes.
- Establecer mecanismos que faciliten el aprendizaje colectivo y permanente para la prevención y manejo de los eventos adversos en el Hospital.
- Realizar coordinación permanente y participativa entre los órganos de línea y de asesoría en el diseño, ejecución y evaluación de la gestión del riesgo en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

5.3.- Líneas de Acción para la Seguridad del Paciente

EJE 4: "GESTION DEL RIESGO Y BUENAS PRACTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE"

1. FORTALECER COMPETENCIAS EN BUENAS PRACTICAS DE ATENCION Y GESTION DEL RIESGO.
 - 1.1. Actualizar la lista de representantes del "Comité de Seguridad del Paciente" mediante Resolución Directoral.
 - 1.2. Realizar actividades de capacitación dirigidas a las jefaturas de los departamentos y servicios referentes a la gestión de eventos adversos.
 - 1.3. Elaborar un acta de compromiso de los asistentes para la retroalimentación a sus compañeros dentro de la institución. (médicos residentes, internos, estudiantes, etc)
 - 1.4. Integrar al equipo de Plataforma de atención a los usuarios; para la entrega de dípticos de los derechos del paciente de acuerdo a ley 29414 "consentimiento informado en el paciente" (distribuido al usuario interno y externo)
2. FORTALECER EL SISTEMA DE REGISTRO – NOTIFICACION- ANALISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO
 - 2.1. Realizar actividades de capacitación dirigidas a las jefaturas de los departamentos y servicios referentes a la seguridad del paciente.
 - 2.2. Elaborar un acta de compromiso de los asistentes para la retroalimentación a sus compañeros dentro de la institución. (médicos residentes, internos, estudiantes, etc)
 - 2.3. Monitoreo del sistema de identificación, notificación, análisis de eventos adversos.
 - 2.4. Monitoreo de un correcto sistema de identificación del paciente en todas las áreas asistenciales.
3. PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE ATENCION POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
 - 3.1. Realizar actividades de Capacitación al personal de salud. (Humanización)
 - 3.2. Promover la adopción de las buenas prácticas y herramienta en la calidad y Seguridad del paciente (Lavado de manos, lista de chequeo de la seguridad de la cirugía, rondas de seguridad)
 - 3.3. Evaluación de la correcta aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.



- 3.4. Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
4. IMPLEMENTAR EL PROCESO DE APRENDIZAJE DEL ERROR RONDAS DE SEGURIDAD; IDENTIFICACION- REGISTRO- NOTIFICACION-ANALISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO
- 4.1. Continuar con la práctica de las Rondas de seguridad según cronograma.
- 4.2. Implementar acciones de mejora post. Ronda según situación encontrada.
- 4.3. Consolidación mensual de eventos adversos.
- 4.4. Análisis de eventos adversos y toma de decisiones para disminuir los EA.
- 4.5. Reportar y gestionar el evento centinela de acuerdo al protocolo de Londres.
- 4.6. Supervisar las Buenas prácticas clínicas en seguridad del paciente.

VII.- METODOLOGIA

La metodología para el plan de gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente será a través de la observación directa, revisión documentaria, fotografías y entrevistas a los trabajadores de salud y los usuarios externos.

VIII.- FINANCIAMIENTO

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

IX.- REQUERIMIENTO

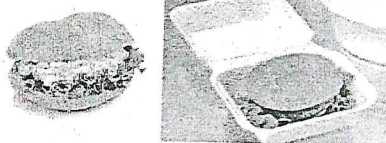
EQUIPOS REQUERIDOS		
FECHA:	EQUIPO	CANTIDAD
Mayo 2017	Equipo Multimedia	1 u.
	Lapto	1 u.
	Ecran	1 u.
MATERIALES REQUERIDOS		
FECHA	EQUIPO	CANTIDAD
Mayo 2017	Ponente - Consultor	1 u.
	Papelote	20 u.
	Hojas bond	500 u.
	Caja de plumones	5 u.
	Folders	50 u.
INSUMOS REQUERIDOS		
FECHA	REFRIGERIOS	CANTIDAD
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.

*Los requerimientos serán financiados por el Hospital teniendo en cuenta las actividades prioritarias y la disposición presupuestal.

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.	

*Los requerimientos serán financiados por el Hospital teniendo en cuenta las actividades prioritarias y la disposición presupuestal.

XI.- ORGANIZACIÓN

El Comité Gestión Del Riesgo y Las Buenas Prácticas En Seguridad De Paciente Del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz estará conformado por:

- Presidente /Director Ejecutivo/ Dr. Javier Tsukazan Kobashikawa
- Vicepresidente /Jefa Del Departamento De Enfermería/ Lic. Rosario Miraval Contreras
- Secretario/Jefe De La Unidad De Gestión De La Calidad/ Lic. Pilar Del Carpio Antezana
- Vocal Titular/Director Adjunto/ Dr. Hernán Solís Verde
- Vocal Titular/ Jefe Del Departamento De Pediatría/ Dr. José Luis Torres Quintana
- Vocal Titular/ Jefe Del Departamento De Cirugía/ Dr. José Luis Linares Chicote
- Vocal Titular/Jefe Del Departamento De Diagnóstico por Imágenes: Dr. Marco Segura Salas
- Vocal Titular/Jefe Del Departamento De Ginecología y Obstetricia/ Dr. Wilfredo Hernández Guerra
- Vocal Titular/ Jefe Del Departamento De Emergencia/ Dr. Héctor Mejía Cordero



- j. Vocal Titular/ Jefe Del Departamento De Farmacia/ Q.F. Corina Alvarado Puray
- k. Vocal Titular Jefe Del Departamento De Anestesiología y Centro Quirúrgico/ Dr. Simón Vite Panta

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

XIII.- ANEXOS

Anexo 1 Glosario

Anexo 2 Cronograma de Actividades





GLOSARIO

1. **Seguridad del Paciente:** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través de uso de mejores prácticas que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.
2. **Acción Insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por la acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden ser involucrados una o varias acciones inseguras.
3. **Acciones de Mejora:** son aquellas acciones que incrementa la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.
4. **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.
5. **Barrera de Seguridad:** Son restricciones administrativas ó técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
6. **Complicación.-** Resultado clínico desfavorable de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de la enfermedad.
7. **Efecto Adverso:** Una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente directamente asociado a la atención de salud.
8. **Incidente:** Evento adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias ó que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
9. **Evento Centinela:** Es un tipo de evento adverso que produce una muerte ó un daño físico ó psicológico severo de carácter permanente que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.
10. **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.
11. **Rondas de seguridad:** Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención de salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo (instituciones prestadoras de servicios de salud), para identificar practicas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud y no punitiva.
12. **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.
13. **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.
14. **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.
15. **Complicación:** Resultado clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.



- 16. Equipo Quirúrgico:** Se entiende a los cirujanos, anestelistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.
- 17. 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.
- 18. Error:** Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.
- 19. Estrategia de anestesia segura:** Presencia de un anestesiólogo entrenado, pulsioxímetro disponible, monitorización de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura.
- 20. Estrategia de cirugía limpia:** Incluye el lavado e higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida.
- 21. 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.
- 22. Pausa quirúrgica:** Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.
- 23. Estrategia de anestesia Segura:** Presencia de un anestesiólogo entrenado pulsioximetría.
- 24. 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 a los pacientes. disponible, monitorización de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura.
- 25. Seguridad del Paciente:** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.
- 26. 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.
- 27. 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.
- 28. Complicaciones Post Operatoria:** es aquella que aparece en el periodo post operatorio inmediato, como resultado de la técnica quirúrgica aplicada.
- 29. 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.
- 30. Cirugía Segura:** Es aquella cirugía que se lleva a cabo cumpliendo los criterios mínimos aprobados por la OMS para garantizar la seguridad del paciente.
- 31. 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.
- 32. 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.
- 33. 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.
- 34. 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.
- 35. 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.
- 36. 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.

37. 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 individual.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ - 2017

1. FORTALECER COMPETENCIAS EN BUENAS PRACTICAS DE ATENCION Y GESTION DEL RIESGO.

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	CRONOGRAMA			
					I	II	III	IV
1	Elaboración Del Plan De Gestión Del Riesgo y Las Buenas Prácticas En Seguridad Del Paciente.	Plan elaborado	1	Equipo de la UGC	X			
2	Aprobación Del Plan De Gestión Del Riesgo y Las Buenas Prácticas En Seguridad Del Paciente	Plan aprobado	1	Dirección General	X			
3	Actualizar Resolución Directoral del Comité Gestión Del Riesgo y Las Buenas Prácticas En Seguridad Del Paciente.	Resolución Directoral	1	Equipo de la UGC	X			
4	Capacitación al Comité de Gestión Del Riesgo y Las Buenas Prácticas En Seguridad Del Paciente.	Comité capacitado	1	Equipo de la UGC	I Semestre			
5	Elaboración de la Directiva "Lineamientos para la Verificación de Criterios Mínimos en la Seguridad Quirúrgica de los Pacientes del HCLLH".	Directiva elaborado	1	Equipo de la UGC	X			
6	Aprobación de la Directiva "Lineamientos para la Verificación de Criterios Mínimos en la Seguridad Quirúrgica de los Pacientes del HCLLH"	Directiva aprobado	1	Dirección General	X			
7	Difusión y Sensibilización al personal sobre la Directiva "Lineamientos para la Verificación de Criterios Mínimos en la Seguridad Quirúrgica de los Pacientes del HCLLH"	Directiva Difundida Reuniones de sensibilización	1	Equipo de la UGC	X			
8	Conformación del equipo Conductor de la Lista de verificación de la Cirugía Segura con respectiva RD	Resolución Directoral	1	Equipo de la UGC	X			

2. FORTALECER EL SISTEMA DE REGISTRO – NOTIFICACION- ANALISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	INDICADORES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA			
						I	II	III	IV
1	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	Equipo de la UGC	I Semestre			
2	Recopilar y consolidar información relacionada a eventos adversos	Informes	4	N° Total Informes de Eventos Adversos reportados por UPSS.	Equipo de la UGC	X	X	X	X
3	Realizar el análisis con la metodología Causa Raíz de los eventos adversos	Actas de reuniones	4		Equipo de la UGC y el Comité de Seguridad del Paciente	X	X	X	X
4	Reunión con el personal involucrado en la intervención del Evento adverso.	Actas de reuniones	4		Equipo de la UGC y el Comité de Seguridad del Paciente		X	X	X
5	Presentación de Informes del análisis de Causa – Raíz de los eventos adversos	Informes	4		Equipo de la UGC		X	X	X
6	Seguimiento de las recomendaciones del análisis causa raíz de los eventos adversos	Informes	4		Equipo de la UGC		X	X	X

3. PROMOVER BUENAS PRACTICAS DE ATENCION POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	RESPONSABLE	CRONOGRAMA			
					I	II	III	IV
1	Capacitación al Comité de Seguridad del Paciente, y personal asistencial del HCLH en temas de Calidad y Seguridad del Paciente	Informe	1	Equipo de la UGC	I Semestre			
2	Difundir la guía de seguridad del paciente quirúrgico	Guías entregadas	1	Equipo de la UGC		X	X	X
3	Monitorear el correcto llenado del consentimiento informado para los procedimientos a realizarse.	# de registros consentimiento informado	4	Equipo de la UGC		X	X	X
4	Monitorear la Correcta identificación de los pacientes en los servicios de hospitalización y emergencia	Registros de correcta identificación	4	Equipo de la UGC		X	X	X
5	Fomentar la participación de los familiares en el proceso de atención al usuario.	# Charlas informativas a familiares	A demanda	Dpto. de Enfermería		X	X	X
6	Difundir la normatividad de Seguridad de Paciente.	Normas Entregadas		Equipo de la UGC/ Jefes de los Dptos. y Servicios		X		X
7	Supervisar el cumplimiento de la Adherencia a las Guías de Práctica Clínica en los Dptos. y Servicios.	Supervisión	3	OGC, Jefes de los Dptos. y Servicios, Dpto. de Enfermería		X	X	X

4. IMPLEMENTAR EL PROCESO DE APRENDIZAJE DEL ERROR (RONDAS DE SEGURIDAD; IDENTIFICACION- REGISTRO- NOTIFICACION- ANALISIS Y MEJORA DEL INCIDENTE Y EVENTO ADVERSO)

N°	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META	INDICADORES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA			
						I	II	III	IV
						I Semestre			
1	Capacitación al Equipo conductor de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	Comité Capacitado	1		UGC				
2	Evaluación de la correcta aplicación de la LVCS	Informes	4	Cirugías programadas que aplican Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía %	Equipo de la UGC/ Jefes de los Dptos. de Anestesiología	X	X	X	X
3	Aplicación de la encuesta para evaluar la implementación de la LVCS	Encuesta	2	Cumplimiento de la aplicación de la encuesta para la implementación de la LVCS	Equipo de la UGC/ Jefes de los Dptos. de Anestesiología		X		X
4	Continuar con la práctica de las Rondas de Seguridad de atención al paciente	Nº de rondas	10	% de Rondas se Seguridad Ejecutadas	Dirección General, UGC, Jefes de los Dptos. Y Servicios		X	X	X
5	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	3	Acciones de mejora post ronda implementados.	Equipo de UGC Jefes de los Dptos. Y Servicios		X	X	X
6	Supervisar las Buenas prácticas clínicas en Seguridad del paciente.	Supervisión	3		UGC, Supervisores de Enfermería		X	X	X
7	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