

GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO
DIRECCIÓN REGIONAL DE AYACUCHO

SERVICIO DE EMERGENCIA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



PLAN DE TRABAJO ANUAL PARA LA
AUDITORIA DE HISTORIAS CLINICAS
DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

Ayacucho - Perú

2024

ELABORADO POR COMITÉ DE AUDITORIA

RESPONSABLES:

Lic. Enf. Gloria Chávez Gutiérrez (RESPONSABLE)
Lic. Enf. Hilda Esther Huarancca Aguilar
Lic. Enf. Henry Gallardo Huarcaya
Lic. Enf. Enma Palomino Quispe
Lic. Enf. Sara Rebeca Munaylla Laurente
Lic. Enf. Edwin Darío Velarde Ayme
Lic. Enf. Ramos Lujan Adonia Santa
Lic. Enf. Elizabeth Julia Llactahuaman Condor
Lic. Enf. Liliana Cristiana Curiñaupa Guzman
Tec. Enf. Virgilio Cuya Chate
Tec. Enf. Gloria Alarcon Callanaupa
Tec. Enf. Lisvia Antonio Torres
Tec. Enf. Martin Quispe Mendoza
Tec. Enf. Fredy Fidel De La Cruz Quispe
Tec. Enf. Wendy Yanlsse Martinez Delgado
Tec. Enf. Carmen Terres Quispe



ÍNDICE

INTRODUCCION	4
FINALIDAD	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVO ESPECIFICO	5
AMBITO DE APLICACIÓN	5
BASE LEGAL	6
CONTENIDO DEL PLAN	7
ANEXO	9



I. INTRODUCCIÓN

La historia clínica es el registro documental de los datos del paciente que ingresan a los diferentes servicios de atención, dejando escrita el motivo de atención médica. Por lo que, la historia clínica debe estar debidamente organizada, llenada correctamente los formatos de atención, ya que esto garantiza una adecuada aproximación para los diagnósticos y tratamientos del paciente.

Una historia clínica desorganizada, incompleta y letra ilegible genera deficiencias en la calidad de atención, complica el seguimiento de la evolución de paciente, y además se hace poco útil para la educación y la investigación.

La historia clínica es única, irremplazable y confidencial que involucra el secreto y ética profesional, por lo que, debe estar completo y bien ordenado para garantizar la disponibilidad en casos legales. La pérdida frecuente de los formatos de atención de enfermería y la historia clínica corta de emergencia genera insatisfacción en los pacientes, pues la historia clínica está sometido a constantes revisiones, aún más cuando son de urgencia o caso legal, ya que esto impide avanzar con la calidad de atención.

El presente Plan de trabajo se elaboró en mérito al cumplimiento de lo estipulado en la norma técnica N° 029- MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de la Auditoria de la calidad de la Atención en Salud" aprobado con RD. N° 502-2016/MINSA de fecha 15 de Julio del 2016 y que cumple según la metodología en el marco normativo que contempla actividades que dan mayor énfasis a la calidad de atención

Las actividades programadas están orientadas a mejorar las deficiencias en el registro y organización de los formatos de atención de enfermería (hoja de gráfica de funciones vitales, Kardex, balance hídrico estricto y SOAPIE) que forman parte de la historia clínica, ya que, en la última evaluación, nuestro servicio de emergencia presenta deficiencias el llenado correcto de estos formatos, débil organización de ello y pérdida frecuente de las cortas de atención. Una historia clínica de calidad siempre responderá a una buena calidad asistencial.



II. FINALIDAD

Mejorar la calidad del registro de los formatos de atención de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" con la participación del comité de auditoría del departamento de Enfermería

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de los registros de enfermería que forman parte de la historia clínica de los pacientes que ingresan al servicio de emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena"

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Auditar la calidad de registro de los formatos de atención de enfermería (hoja gráfica de funciones vitales, Kardex, balance hídrico y cortas de enfermería de salas de observación.
2. Describir la calidad de los registros de enfermería y llenado correcto de los mismos: Kardex, hoja grafica de los funciones vitales, balance hídrico y cortas de enfermería.
3. Implementar estrategias para realizar el llenado correcto de los registros de enfermería.

IV. AMBITO DE AMPLICACION

Servicio de emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena"

V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Ley N° 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.
- Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.



- Decreto Supremo N° 072-2003-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial No 456-2007/MINSA, que aprueba la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1158, Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
- Decreto Legislativo N° 1159, Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 826-2021-MINSA. Aprobar las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", que en documento adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.



VI. CONTENIDO DEL PLAN

6.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

Auditoría de la calidad de la atención en salud. - Es el procedimiento sistemático y continuo de evaluación del cumplimiento, por los profesionales de salud, de estándares y requisitos de calidad de los procesos de atención en salud a los usuarios de manera individual, y que tiene como finalidad fundamental la búsqueda de la mejora continua de las atenciones en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.

Auditoría interna. -Tipo de Auditoría realizada por el Comité de Auditoría del establecimiento en salud para una atención que se realizó allí mismo.

Auditoría externa. -Tipo de Auditoría realizada por un Comité de Auditoría ajeno al establecimiento de salud donde se realizó la atención auditada.

Auditoría médica. - Tipo de Auditoría sobre un Acto Médico, realizada por profesionales médicos, que no han participado en la producción de datos o la información, ni en la atención médica. Es la revisión detallada de registros y procesos médicos seleccionados con el objetivo de evaluar la calidad de la atención médica brindada.

Auditoría en salud. -Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud sobre todo el proceso de atención realizada, o sobre un aspecto en particular de la atención (de enfermería, obstetricia, u otros); es llevada a cabo por profesionales de salud, capacitados y formados para realizar Auditoría de la Calidad

Auditoría programada. - Tipo de Auditoría que se realiza en cumplimiento de la planificación anual que hace el establecimiento de salud, para auditar atenciones realizadas por departamento o servicio asistencial. Están incluidos en el Plan Anual.

Auditoría de caso. -Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud, que no está incluida en el Plan Anual. Se realiza ante la presencia de un incidente de tipo clínico, que ha generado daño real (evento adverso) o potencial al usuario en el proceso de atención, independiente de que genere repercusión en los medios públicos, o denuncias, reclamos o quejas de parte afectada o interesada.

Auditoría regular/ordinaria.-Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza de manera programada, puede ser auditoría interna o externa, auditoría médica o auditoría en salud, que evalúa la calidad de atención brindada.

Auditoría dirimente. - Tipo de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud que se realiza en determinadas circunstancias y dispuesta por la Autoridad de Salud. Establece la evaluación definitiva cuando tiene el antecedente de Auditorías de la Calidad previas sobre el mismo incidente clínico, y que han tenido conclusiones contradictorias u objetables. Se dispone como Auditoría de Caso y es externa.

Auditoría de gestión clínica. - Una modalidad de Auditoría de Gestión aplicada a los establecimientos y servicios de salud, que puede motivar oportunidades de mejoras en términos de eficiencia, efectividad, cobertura, costos, y calidad de la atención brindada.

Acción correctiva. - Acción tomada para eliminar la causa de una no conformidad detectada u otra situación indeseada.



Evidencia de la auditoría. - Son registros, declaraciones de hechos o cualquier información objetiva o demostrable que sustenta la existencia o veracidad de los hallazgos y que son verificables.

Fuentes para auditoría. - Son los documentos que registran la atención de salud del usuario y que constituyen el sustento del Informe de Auditoría, siendo la Historia Clínica (HC) la fuente por excelencia.

Guías de práctica clínica. - Recomendaciones basadas en la mejor evidencia científica y desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico.

Hallazgos de auditoría. - Se refieren a los resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría de la calidad de atención en salud, recopilada frente a los criterios de auditoría. Los hallazgos de la auditoría pueden indicar conformidad o no conformidad con los criterios de auditoría, u oportunidades de mejora.

Historia clínica (hc). - Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata, de la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente.

Incidente. - Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias.

Informe final de auditoría. - Es un documento que se emite al término de la auditoría, describe todos los pasos seguidos en el proceso, las conformidades y no conformidades, así como las recomendaciones necesarias para su corrección.



6.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN.

a) Criterios de inclusión:

- Se auditará los registros de enfermería de las historias clínicas de salas de observación del servicio de emergencia del hospital Regional de Ayacucho

b) Criterios de exclusión:

- No se auditará los registros de enfermería (corta estadía) de tópicos diferenciados y procedimientos rápidos del servicio de emergencia.

c) Obtención de la Muestra.

La muestra de historias clínicas a auditar es de carácter intencional siendo definida por los comités de auditoría teniendo como línea de base el número de registros de



c) Obtención de la Muestra.

La muestra de historias clínicas a auditar es de carácter intencional siendo definida por los comités de auditoría teniendo como línea de base el número de registros de enfermería auditadas en el año anterior -2023.

Las historias Serán escogidas al azar según programación.

6.2 Departamento de Emergencia:

Tabla N° 2

Resultados de la Evaluación de la calidad de registro de las HCL del Departamento de Emergencia del HRA -2023

Rubro	Puntaje esperado	Puntaje promedio obtenido	Porcentaje obtenido %	Calificación
Datos de Filiación	8	3.6	45%	deficiente
Anamnesis	13	7.76	60%	deficiente
Examen Clínico	10	5.95	60%	deficiente
Diagnóstico	20	8	40%	deficiente
Plan de Trabajo	19	12.3	65%	deficiente
Especifica indicaciones de Alta	3	1.62	54%	deficiente
Tratamiento	8	4.42	55%	deficiente
Notas de Evolución	11	6.03	55%	deficiente
Registro de Obstetricia y/o Enfermería	3	1.7	57%	deficiente
Atributos de la HCL	5	2.26	45%	deficiente

Elaboración propia en base a los datos obtenidos de la aplicación del anexo N° 06 de la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V. 02

CALIFICACIÓN SEGUN PUNTAJACION	CANT	PROM GENERAL
SATISFACTORIO POR MEJORAR	8	55.3
IGUAL O MAYOR 90% ENTRE 75 A 89 %	43	
DEFICIENTE MENOS 75%	68	
TOTAL	119	

En la tabla N°02 se observa que el Departamento de Emergencia obtuvo una calificación de **Deficiente** en todos los rubros. Este resultado muestra la oportunidad de enfocar las acciones correctivas y los recursos necesarios, a fin de mejorar la calidad de registro de las HCL entendiéndose este documento como la evidencia del proceso de atención brindada por el equipo de salud en los diferentes consultorios del servicio de Emergencia, que con los resultados obtenidos en términos de evidencia se aleja de los atributos de calidad.

Servicio de emergencia: Cirugía traumatología y ortopedia

13



PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES								
ACTIVIDAD	META	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES						RESPONSABLES
		IB	IIB	IIIB	IVB	VB	VI B	
reunión de comité para coordinación y elaboración de plan de trabajo	Plan elaborado		x					comité de auditoria
Reunión de coordinación del servicio de emergencia con el comité de calidad	01 reunión programada			x				comité de auditoria
elaboración y aprobación de la lista de checks list para la auditoria de los registros de enfermería (Kardex, hoja grafica de funciones vitales, balance hídrico estricto y notas de enfermería)	04 check list de registros de enfermería elaborados			x				comité de auditoría según la Norma técnica de Auditoria 029
primera auditoria y evaluación (salas de observación)	Según muestreo			x				comité de auditoria
segunda auditoria y evaluación (salas de observación)	Según muestreo				x			comité de auditoria
tercera auditoria y evaluación (salas de observación)	Según muestreo					x		comité de auditoria
evaluación final	promedio esperado igual o mayor al 90%						x	comité de auditoria

01

ANEXOS



FORMATOS DE EVALUACIÓN DE REGISTROS DE ENFERMERIA

ANEXO N° 9			
FORMATO DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LA HOJA GRÁFICA DE SIGNOS VITALES DE ENFERMERÍA			
I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORÍA			
FECHA DE AUDITORÍA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE	1	0	
ESTANCIA	2	0	
SEXO	1	0	
EDAD	1	0	
SUBTOTAL	11		
CONTENIDO DEL REGISTRO			
REGISTRA FRECUENCIA CARDIACA	7	0	
REGISTRA FRECUENCIA RESPIRATORIA	7	0	
REGISTRA PRESIÓN ARTERIAL	7	0	
REGISTRA TEMPERATURA	7	0	
REGISTRO BASAL DE LA TEMPERATURA EN 36 °C	7	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA CARDIACA EN 60/ MIN.	7	0	
REGISTRO BASAL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA 20/ MIN	7	0	
REGISTRA TRAZADO LINEAL (COLOR ROJO EN 37°C)	7	0	
SUBTOTAL	56		



OTROS REGISTROS			
REGISTRA OPERACIÓN Y DIAS POST OPERATORIOS SI EL CASO REQUIERE	4	0	NA
REGISTRA TOTAL DE EGRESOS EN 24 HORAS (orina, vómito, heces, drenajes, etc.)	4	0	
REGISTRA DÍAS DE MENSTRUACIÓN (GINECOLOGIA)	3	0	NA
PESO	4	0	
TALLA	4	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	4	0	NA
REGISTRA COMPONENTES SANGUINEOS	4	0	
SUBTOTAL	27		NA
CALIDAD DEL REGISTRO			
LETRA Y NÚMEROS LEGIBLES	2	0	
NO BORRONES NI ENMENDADURAS	2	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
SUBTOTAL	6		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			



ANEXO N° 10

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DEL KÁRDEX ENFERMERÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NÚMERO DE AUDITORIA			
FECHA DE AUDITORIA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	1	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
EDAD	1	0	
PESO	1	0	
FECHA Y HORA DE INGRESO	1	0	
DIAGNÓSTICO MÉDICO	1	0	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	1	0	
GRADO DE DEPENDENCIA	1	0	
REGISTRO DE ALERGIAS MEDICAMENTOSAS	1	0	
SUBTOTAL	12		
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
FECHA	7	0	
HORA	7	0	
REGISTRO DE DIETA INDICADA	7	0	
REGISTRA MEDICACIÓN CON CINCO CORRECTOS: NOMBRE PACIENTE, DOSIS, VIA, MEDICAMENTO, HORA	16	0	
REGISTRO DE EXAMENES DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO	7	0	
REGISTRO DE INTERCONSULTAS	7	0	NA
REGISTRO DE PRUEBAS ESPECIALES	7	0	NA
FECHA Y HORA DE CITA	7	0	NA
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	16	0	
SUBTOTAL	81		
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
LETRAS Y NÚMEROS LEGIBLES	1	0	
PULCRITUD	1	0	
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A) POR TURNO	3	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
SUBTOTAL	7		
TOTAL	100		



CALIDAD DEL KÁRDEX		CALIFICATIVO
REGISTRO DEL CHECK (Cumplimiento "1", Suspensión "0", no cumplimiento "0")		30
CUMPLIMIENTO DE TRATAMIENTO DE ACUERDO A INDICACIONES MÉDICAS		35
REGISTRA CUMPLIMIENTO Y EJECUCIÓN DEL PROCEDIMIENTO Y/O INTER-CONSULTA SOLICITADA		35
Total		100
CALIFICACIÓN		
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO	
III.- NO CONFORMIDAD		
IV.- CONCLUSION		
V.- RECOMENDACIONES		



ANEXO N° 11

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE REGISTRO DE LAS NOTAS DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

i) DATOS GENERALES DE LA AUDITORÍA

MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA	
NÚMERO DE AUDITORÍA	
FECHA DE AUDITORIA	
SERVICIO AUDITADO	
ASUNTO	
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA	
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA	
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL	
DIAGNÓSTICO	
CIE 10	

ii) OBSERVACIONES

DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRE Y APELLIDOS	2	0	
SEXO	2	0	
EDAD	2	0	
TIPO Y N° SEGURO, REGISTRO	2	0	
N° HISTORIA	2	0	
SERVICIO/UNIDAD	2	0	
N° DE CAMA	2	0	
SUBTOTAL	14		
CONTENIDO DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CONSIGNA LA FECHA Y HORA	4		
CONSIGNA DATOS SUBJETIVOS	12		
CONSIGNA DATOS OBJETIVOS	12		
CONSIGNA DX. DE ENFERMERÍA	12		
CONSIGNA PLAN DE CUIDADOS	10		
REGISTRA LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	8		
REGISTRA LA MEDICACIÓN ADMINISTRADA	7		
REGISTRA LA EXISTENCIA DE EVENTOS ADVERSOS	7		NA
REGISTRA LA EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES EJECUTADAS	9		
SUBTOTAL	81		
ATRIBUTOS DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
LETRA LEGIBLE	1		
PULCRITUD	1		
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	1		
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO(A)	2		
SUBTOTAL	5		
TOTAL	100		



CALIDAD DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
CONGRUENCIA ENTRE DATOS SUBJETIVOS, OBJETIVOS Y DIAGNÓSTICO	30		
CUMPLIMIENTO DE PLAN DE CUIDADOS	35		
EVALUACIÓN ACORDE CON EL RESULTADO ESPERADO	35		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			



ANEXO N° 8

**FORMATO DE EVALUACIÓN DEL REGISTRO DE LA HOJA DE BALANCE HÍDRICO ENFERMERÍA/ OBS-
TETRICIA**

I) DATOS GENERALES DE LA AUDITORIA			
MIEMBROS DEL COMITÉ DE AUDITORIA			
NUMERO DE AUDITORIA			
FECHA DE AUDITORIA			
SERVICIO AUDITADO			
ASUNTO			
FECHA DE LA ATENCIÓN BRINDADA			
CODIFICACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA			
CODIFICACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA/ OBS- TETRICIA			
DIAGNÓSTICO			
CIE 10			
II) OBSERVACIONES			
DATOS DE FILIACIÓN	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
NOMBRES Y APELLIDOS	2	0	
TIPO Y N° SEGURO	1	0	
N° HISTORIA	1	0	
SERVICIO/PISO/UNIDAD	1	0	
N° DE CAMA	1	0	
EDAD	2	0	
PESO (Segun sistema del servicio)	3	0	
FECHA	2	0	
SUBTOTAL	13		
CONTENIDO DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
VIA ORAL / ENTERAL	6	0	NA
VIA PARENTERAL	6	0	NA
AGUA DE OXIDACIÓN	6	0	
TRANSFUSIONES	6	0	NA
TOTAL DE INGRESOS	6	0	
REGISTRA LOS EGRESOS			
DIURESIS	6	0	
DEPOSICIÓN	6	0	
VÓMITOS	6	0	NA
PERDIDA INSENSIBLE	6	0	
OTROS EGRESOS	6	0	
TOTAL DE EGRESOS	6		
BALANCE TOTAL	11		
SUBTOTAL	77		



CALIDAD DEL REGISTRO	CONFORME	NO CONFORME	NO APLICA
REGISTRO LEGIBLE	2	0	
PULCRITUD	2	0	
FIRMA Y SELLO DEL ENFERMERO U OBSTETRA	4	0	
USO DE LAPICERO DE COLOR OFICIAL (AZUL Y ROJO)	2	0	
SUBTOTAL	10		
TOTAL	100		
CALIFICACIÓN			
SATISFACTORIO	90-100% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
POR MEJORAR	60-89% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
DEFICIENTE	<60% DEL PUNTAJE MÁXIMO ESPERADO		
III.- NO CONFORMIDAD			
IV.- CONCLUSION			
V.- RECOMENDACIONES			





HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO DE EMERGENCIA

PROYECTO DE MEJORA:

ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL SERVICIO
DE EMERGENCIA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL
DE AYACUCHO "MIGUEL A. MARISCAL LLERENA"-2024-
2025.



AYACUCHO-PERU

2024

EQUIPO DE MEJORA

RESPONSABLE

: Lic. AYALA GUTIERREZ, Luis

MIEMBROS

: Lic. CESPEDES AVENDAÑO ,Julio Cesar

Lic. SULCA QUISPE, Jane del Pilar

Lic. VARGAS CAMARENA María Sonia

Lic. NAVARRETE CALDAS, Karen

Lic. VILA HUAMAN, Magali

Lic. GARCIA ROJAS, Yannery Shurica

Lic. CASTILLO BRIGADA, Florielda

Lic. QUISPE PARIONA, Janeth

Lic. MEDINA VILLAGARAY, Jimema Kivvet

Lic. SANDOVAL ESPINOZA, Wilmer

Tec. SANCHEZ CCORIMANYA, Nelly Edith

Tec. PIANTO GOMEZ, Ana María

Tec. CISNEROS COLOS, Elizabeth

Tec. PILLACA GARCIA, Bertha Giovanna

Tec. AGUILAR IGNACIO, Nery

Tec. VALENZUELA CALLE, Esperanza

Tec. ORMEÑO QUISPE, Wilber Orlando

Tec. CONDE PAUCAR, Yolanda

Tec. GOMEZ OCHOA, Valeriana

Tec. HUAYTA MUJICA, Andres

Tec. MENDOZA CHATE, Ana Maria

Tec. GARAY SULLCARAI, Soledad Carolina



INDICE

Dependencia	4
Población objetivo	4
Lugar de ejecución	4
Periodo	4
Antecedentes	4
Causas	4
Justificación	5
Objetivo general	7
Objetivos específicos	7
Metodología	7
Resultados esperados	7
Cronograma de actividades	8
Presupuesto	10
Referencia bibliográfica	11



DEPENDENCIA: Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho.

POBLACIÓN OBJETIVO: Trabajadores del servicio de emergencia general.

LUGAR DE EJECUCION: Servicio de emergencia general del Hospital Regional de Ayacucho

PERIODO : 1 Año (mayo 2024-abril 2025).

ANTECEDENTES:

Según las rondas de seguridad reportan que hay deficiencias en el cumplimiento de los 5 momentos de lavado de manos, donde evaluaron con la semaforización; todas las áreas del servicio de emergencia general están catalogadas de color rojo.

De igual manera, según la evaluación de las rondas de seguridad del paciente en el servicio de emergencia el porcentaje obtenido es de 68% de manera general; mientras en el cumplimiento de la adherencia de lavado de manos se ha llegado a un 14%, este resultado nos muestra que el servicio se encuentra en riesgo inminente de generarlas IAAS, desde la puerta de entrada a los servicios del hospital; porque estas actividades deberían superar los 70% en el cumplimiento.



CAUSAS:

- Falta de compromiso del personal de salud para realizar el procedimiento de higiene de las manos.
- Desconocimiento de la importancia de higiene de manos
- Limitada disposición de materiales para higiene de manos
- Déficit de mantenimiento de redes de suministro de agua

JUSTIFICACIÓN:

El mecanismo más frecuente de transmisión de infección nosocomial es a través de las manos del personal de salud. Una práctica tan sencilla como antigua, la correcta higiene de manos, evita la propagación de infecciones cruzadas, mejorando la seguridad del paciente. Por ello la higiene de manos es uno de los pilares en la prevención y control de las infecciones nosocomiales.

El *enterococcus* es una bacteria que forma parte de la flora normal del tracto gastrointestinal y genitourinario humano. En los últimos tiempos estos organismos han adquirido importancia en el ámbito sanitario como patógenos nosocomiales. Agente infeccioso: es aquel organismo (virus, rickettsia, bacterias, hongos, protozooario o helminto) que sea capaz de producir una infección o una enfermedad infecciosa.

Los microorganismos mas frecuentes vistos en las IAAS son las siguientes; *staphylococcus aureus*, resistentes o no a maticilina así mismo entre los virus más importantes son la influenza, la varicela y los virus hepatotropicos.



Mecanismo de transmisión: proceso mediante el cual se produce la transmisión de patógenos, en este caso en el ambiente de la atención, el cual requiere de una serie de condiciones. La primera es la presencia de microorganismos en la piel o en los objetos de paciente. la segunda es el contacto de las manos del personal de la salud con dicho microorganismo, si estos tienen capacidad para sobrevivir por algunos minutos y no se realiza una adecuada higiene de manos. Esta transmisión puede continuar de manera cruzada por el contacto de las manos contaminada del profesional de la salud con otros pacientes-

Flora residente o permanente: organismo que viven y se multiplican en la piel y varia de una persona a otra, son por lo general, de baja virulencia y en raras ocasiones causa infecciones localizadas en la piel. La mayoría de los organismos residentes se encuentran en las capas superficiales de la piel, aproximadamente del 10 % al 20% viven en las capas epidérmicas profundas y por lo general no son patógenos. Entre los organismos considerados como flora residente se incluyen los estafilococos coagulosa y negativos y dipteroides.

Flora transitoria o temporal: Organismos que se han adquirido recientemente por el contacto con otra persona u objeto. se adquiere a través del contacto con los pacientes o personal de salud infectados o colonizados con las superficies contaminadas y se localiza temporalmente en las manos de las personas de la salud. Los organismos varían y dependen de su origen E Coli Pseudomonas serratia, Staphylococcus aureus, bacillus gran negativos, Klebsiella pneumoniae y enterococci, estos organismos sobreviven en la piel por periodos que van desde unos minutos hasta varias horas o días.



En el Servicio de Emergencia general del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho, se desarrollará el proyecto de mejora en la adherencia de higiene de manos para la preservación de la seguridad de los pacientes con la disminución de infecciones intrahospitalarias. mediante ello que permita medir el proceso de ejecución y posterior evaluación, teniendo como finalidad evitar las IAAS, siempre considerando el bienestar de los pacientes evitando infecciones cruzadas.

En el proyecto de mejora, se analizan las causas de los profesionales, de la organización y del equipamiento que conllevan a la baja adherencia;

proponiendo acciones de mejora para promover la adherencia de higiene de manos.

OBJETIVO GENERAL:

- Mejorar la adherencia de higiene de manos en el servicio de emergencia general del Hospital Regional de Ayacucho.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Implementar programa de capacitación relacionado a higiene de manos para el personal de emergencia general
- Implementar y asegurar la suficiencia de insumos.
- Realizar acciones de supervisión interna, para el aseguramiento de la implementación de esta estrategia
- Evaluar el cumplimiento de las metas programadas de forma bimestral

METODOLOGÍA:



Metodología ampliamente difundida que consiste en aplicar cuatro pasos perfectamente definidos, para el análisis y mejora de los procesos o ciclo PEVA (Planificación, Ejecución, Valoración y Acciones).

Utilizando instrumentos verificación validados por ministerio de salud de manera diaria por parte de los responsables de grupo de rotación.

RESULTADOS ESPERADOS: El 90% de los trabajadores de emergencia del hospital regional de Ayacucho practican lavado de manos correctamente teniendo en cuenta los 5 momentos, 11 pasos y 8 momentos en desinfección de manos.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDADES	UNID MED	INDICADORES	PERIODO 2024-2025													META	RESP		
			A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A				
Elaboración de proyecto para la implementación del proceso de higiene.	Proyecto elaborado y aprobado	N° de plan elaborado y aprobado	x	x														2	Equipo de coordinador
Conformar equipo de coordinador de higiene de manos en cada grupo de rotación	Equipo formado y compromisos	N° de equipos formados		x														1	Equipo de coordinador
Gestionar el reconocimiento con RD del equipo de trabajo	RD. Emitido	N° R. D.										x						1	Equipo de coordinador
Realizar talleres teórico-práctico a todo el equipo de emergencia	Talleres realizados	N° de talleres			x		x		x		x		x		x			6	Equipo de coordinador
Realizar reuniones y monitoreo con los coordinadores.	Reuniones realizadas	N° reuniones			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		11	Equipo de coordinador
Evaluación a la adherencia de higiene de manos	Informe	N° de evaluaciones			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			11	Equipo de coordinador
Capacitaciones y reforzamiento en los grupos de rotación sobre la técnica y momentos de higiene de manos de acuerdo a las estrategias innovadas en cada grupo	Capacitaciones realizadas por grupo.	N° de capacitaciones				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			10	Equipo de coordinador



monitoreo del abastecimiento de insumos de higiene de manos	Monitoreo de insumos realizados.	N° monitoreo			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11	Equipo de coordinador
Realizar el monitoreo de la adherencia de higiene de manos por grupos de rotación.	Monitoreo de la adherencia	N° monitoreo			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	11	Equipo de coordinador
Realizar evaluaciones de la técnica de higiene de manos al personal de salud	Personal evaluado	% del personal evaluado				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		10	Equipo de coordinador
Organizar y ejecutar concurso de innovación y excelencia de higiene de manos	Concurso realizado	N° concurso realizado							x						x		02	Equipo de coordinador
Organizar actividades por el día mundial de higiene de manos	Actividades realizadas	N° de actividades							x								01	Equipo de coordinador
Realizar asesoría técnica en los grupos de rotación sobre estrategia de higiene de manos	Asesoría técnica realizada	N° asesorías técnicas realizadas			x			x			x				x		04	Equipo de coordinador



PRESUPUESTO:

Actividades	Material	costo
capacitaciones	Materiales de escritorio	Autofinanciado
Talleres	Material audio visuales e insumo s de higiene de manos	Autofinanciado
Concursos	Materiales de escritorio	Autofinanciado



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.
2. Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, que aprueba el documento denominado, Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
3. Directiva sanitaria N° 92- MINSA/2020/GDAIN rondas de seguridad del paciente para la gestión de riesgo en la atención de salud.
4. Resolución Ministerial N°095-2012/ MINSA, Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.



HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO "MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA"

COMITÉ DE BIOSEGURIDAD.

SERVICIO DE EMERGENCIA.



DOCUMENTO TECNICO

PLAN DE MEJORA

BIOSEGURIDAD, SEGURIDAD DEL PACIENTE, EVENTOS
ADVERSOS Y BUZON DE SUGERENCIAS DEL SERVICIO
DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL "MIGEL ANGEL
MARISCAL LLERENA"

2024

INDICE

	PAG
INTRODUCCION.	1
FINALIDAD	2
OBJETIVOS	2
AMBITO DE APLICACIÓN	3
BASE LEGAL	4
CONTENIDO	5
COMITÉ DE BIOSEGURIDAD	5
BIOSEGURIDAD	5
PRINCIPIOS Y ELEMENTOS DE LA BIOSEGURIDAD	5
IMPORTANCIA DE LA BIOSEGURIDAD	6
RIESGO BIOLÓGICO	6
MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	7
LAVADO DE MANOS	7
LOS 11 PASOS DEL LAVADO DE MANOS	8
LOS 5 MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS	9
USO DE BARRERAS PROTECTORAS	10
PROTECCIÓN PERSONAL	10
SEGURIDAD DEL PACIENTE	11
EVENTOS ADVERSOS	12
BUZÓN DE SUGERENCIAS	13
RESPONSABILIDADES	14
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	15



I. INTRODUCCION.

Bioseguridad debe entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud de adquirir infecciones en el medio laboral, compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, ambiente éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos.

Se considera actividad fundamental en los Cuidados de Enfermería, en su Aplicación de Medidas de Bioseguridad, así como su inserción en los programas de prevención y control de las infecciones nosocomiales y su vigilancia frecuente. La prevención es la mejor manera de evitar los accidentes laborales.

Es relevante destacar la educación y capacitación continua del personal profesional y no profesional como única manera, a través de la comprensión, de estimular el cumplimiento de las normas de bioseguridad. Debe remarcarse que estas medidas tienden no solo a la prevención de la diseminación entre usuarios sino también a la protección del personal, seguridad del paciente sobre eventos adversos hospitalarios.

Si las personas que laboran en la institución conocen las normas de Bioseguridad y las aplican, pueden determinar su propia seguridad, la de sus compañeros, de los pacientes y de la colectividad general. El personal de salud que labora en servicio de emergencia del hospital regional, está obligado a cumplir con las normas de bioseguridad y los directivos de la institución que deben cumplir con facilidades para que esta norma sea aplicada.



II. FINALIDAD.

Reducir incidentes que puedan comprometer la salud del personal de salud tanto como del paciente que acude a las atenciones al servicio de emergencia del hospital regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena". El empleo de este plan de mejora es de carácter obligatorio.

III. OBJETIVOS:

3.1 OBJETIVOS GENERALES.

Asegurar que se brinden las condiciones adecuadas, así como la oportuna capacitación en temas de bioseguridad y el debido cumplimiento de las normas relacionadas a seguridad del paciente y eventos adversos en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena".

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ❖ Fortalecer los conocimientos de las normas de bioseguridad en las diferentes áreas (Triage, tópicos y observación) en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena".
- ❖ Promover las prácticas adecuadas en bioseguridad en los trabajadores el Servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena".
- ❖ Mejorar el conocimiento en relación con la seguridad del paciente, por medio de la aproximación a la magnitud, trascendencia e impacto de los Efectos Adversos (EA) y al análisis de las características de los pacientes y de la asistencia que se asocian a la aparición de EA evitables.



- ❖ Identificar áreas y problemas prioritarios de la seguridad del paciente para facilitar y dinamizar procesos de prevención para minimizar y mitigar los efectos adversos.
- ❖ Estimular a nuestros colaboradores para que expresen sus opiniones e ideas en buzón de sugerencias y participen en la solución de problemas con el fin de lograr una mejora continua e integral de nuestros sistemas de salud.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente plan de mejora de bioseguridad, seguridad del paciente, eventos adversos y la importancia del buzón de sugerencias tanto del paciente y del personal es elaborado por el comité de bioseguridad y se aplica a todos los trabajadores del Servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena".



V. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud del Trabajo.
- Decreto Supremo N° 014-2017-MINAM, que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1278, que aprueba la Ley de Gestión Integral de Residuos Sólidos.
- Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017- SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 614-2004/MINSA que aprueba la Norma Técnica N° 015-MINSA/DGSP-V 01, denominada "Manual de Bioseguridad".
- Resolución Ministerial N° 753-2004- MINSA, que aprueba la NT N°020-MINSA/ DGSP-V.01: "Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias".
- Resolución Ministerial N° 523-2020/MINSA, que aprueba la NTS N° 163-MINSA/2020/CDC: "Norma Técnica de Salud para la Vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- Resolución Ministerial N° 1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA "Norma Técnica de Salud Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación".
- Resolución Ministerial N° 452-2003- SA/DM, que aprueba el "Manual de Aislamiento Hospitalario".
- Resolución Ministerial N° 1472-2002-SA/DM, que aprueba el "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria".
- Resolución Ministerial N° 523-2007/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias".
- Decreto Supremo N° 023-2017-SA, que decreta en el Artículo 2 - "Dispóngase que el acervo documentario de la Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias sea Transferido a la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Ministerio de Salud".
- Resolución Ministerial N° 174-2011/MINSA, que aprueba el Reglamento Interno de la Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, creada por Decreto Supremo N° 052-2010-PCM.
- Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba Documento técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
- Resolución Ministerial N° 627-2008/MINSA, que aprueba la NTS N° 072-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud de la Unidad Productora de Servicios de Patología Clínica".
- R.M. N°826-2021/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud"
- RD N° 094-2020-DG-HVLH que recompone el Comité de Bioseguridad HVLH.



VI. CONTENIDO

6.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

- A) COMITÉ DE BIOSEGURIDAD.** - Es un grupo de trabajadores de Servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" conformado por el equipo de gestión, que se encarga en la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de la salud, así como la mejora de la calidad de servicio y las actividades que se desarrolla el personal de salud. Tiene como objetivo promover la cultura de bioseguridad e higiene del trabajo, mediante la adopción de medidas adecuada para la prevención de accidentes y enfermedades intrahospitalarios.
- B) BIOSEGURIDAD.** - De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la bioseguridad es un enfoque estratégico e integrado para **analizar y gestionar los riesgos relevantes para la vida y la salud humana, animal y vegetal y los riesgos asociados para el medio ambiente.** Se basa en el reconocimiento de los vínculos críticos entre sectores y en la posibilidad de que las amenazas se muevan dentro de los sectores y entre ellos con consecuencias para todo el sistema".

Atendiendo a su objetivo de eliminar o minimizar la contaminación biológica, cabe destacar tres conceptos en el campo de la bioseguridad:

- ❖ **Riesgo biológico:** es aquel susceptible de ser producido por una exposición no controlada a agentes biológicos con capacidad infecciosa, dañando a la persona.
- ❖ **Biocontención:** son las medidas utilizadas para evitar la salida de enfermedades infecciosas de centros de investigación o de cualquier lugar susceptible de originarlas.
- ❖ **Bioprotección:** es el conjunto de medidas destinadas a reducir el riesgo de pérdida, uso incorrecto o liberación intencional de patógenos o toxinas, incluidas las relativas al acceso a las instalaciones, el almacenamiento de materiales y datos, y las políticas de publicación.



C) PRINCIPIOS Y ELEMENTOS DE LA BIOSEGURIDAD. - La bioseguridad es una disciplina compleja y no exenta de peligros, por ello **el conjunto de normas y barreras destinadas a prevenir el riesgo biológico** derivado de la exposición a agentes biológicos infecciosos es fundamental. De manera general, los principios y elementos de la bioseguridad pueden resumirse en:

EVALUACIÓN DE RIESGOS. - Los trabajadores que manipulan agentes biológicos potencialmente infectados deben conocer los riesgos y dominar las prácticas y técnicas requeridas para manejarlos de forma segura. Deben valorar de forma constante y sistemática la probabilidad de que ocurran daños o infecciones

UNIVERSALIDAD. - Las medidas de bioseguridad deben ser cumplidas por todos, ya que cualquier persona es susceptible de portar microorganismos patógenos.

BARRERAS. - Los elementos utilizados como contención contra la contaminación biológica suelen dividirse en dos grupos: por un lado, la inmunización (vacunas) y, por otro lado como:

- ❖ **Las barreras primarias.** - Equipos de seguridad: guantes, trajes o mascarillas etc.
- ❖ **Las barreras secundarias.** - Desde áreas de trabajo aisladas hasta lavamanos o sistemas de ventilación.

Todas ellas son obligatorias para evitar la exposición directa a todo tipo de muestras potencialmente contaminadas.

ELIMINACIÓN. - Cualquier residuo generado debe desecharse siguiendo de forma estricta unos procedimientos específicos en función de su tipología.

D) IMPORTANCIA DE LA BIOSEGURIDAD EN CENTROS HOSPITALARIOS

Los asuntos de seguridad y salud pueden ser atendidos de la manera más convincente en el entorno de un programa completo de prevención que tome en cuenta todos los aspectos del ambiente de trabajo, que cuente con la participación de todo equipo de salud



E) RIESGO BIOLÓGICO. - Los agentes biológicos pueden afectar al hombre, a los animales y a las plantas y se clasifican teniendo en cuenta el riesgo individual que enfrenta el trabajo y el peligro que representa para la comunidad y el medio ambiente, la naturaleza propia del agente para su patogenicidad y virulencia reconocidas, si es endémico o no en el país, el modo de transmisión, la disponibilidad de medidas profilácticas, la existencia de tratamiento eficaz y las consecuencias socioeconómicas

F) MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD. - Es necesario que antes de realizar un procedimiento se cumpla con distintas medidas que son inevitables de cumplir, para efectuarlas de la mejor manera y así evitar riesgos de adquirir una infección o enfermedad no deseada. Durante las labores asistenciales no se deben usar anillos, pulseras, y relojes sin importar el material de que estén hechos. Tampoco se debe usar esmalte de uñas las cuales siempre debe estar limpias y cortas.

Entre las medidas de seguridad más importantes tenemos:

G) LAVADO DE MANOS. - Es el método más eficiente para disminuir el traspaso de material infectante de un individuo a otro y cuyo propósito es la reducción continua de la flora residente y desaparición de la flora transitoria de la piel. Se considera que la disminución o muerte de ésta es suficiente para prevenir las infecciones hospitalarias cruzadas. El lavado de manos elimina la mayor parte de los contaminantes patógenos y la higiene con agua y jabón es suficiente en la mayoría de los casos. Las indicaciones del lavado de manos se deben realizar:

- ✓ Al ingresar al área de trabajo y al retirarse del mismo - (lavado corto).
- ✓ Al terminar el turno en el lugar de trabajo - (lavado corto).
- ✓ Al tocar zonas anatómicas del cuerpo - (lavado corto).
- ✓ Antes y después de ingerir líquidos y alimentos - (lavado corto).
- ✓ Después de usar los sanitarios. - (lavado corto).
- ✓ Al finalizar la jornada laboral - (lavado corto).

Después de estornudar, toser, tocarse la cara, arreglarse el cabello (lavado corto).

Se debe usar:

- ✓ Jabón común neutro para el lavado de manos de preferencia líquido.
- ✓ Jabón con detergente antimicrobiano o con agentes antisépticos en situaciones específicas

Los tipos de lavado de manos se clasifican de acuerdo al tiempo de contacto del jabón con las manos:

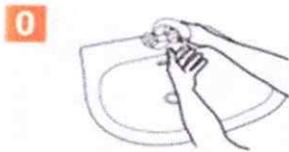


- ✓ Lavado Corto: 15 segundos de contacto con el jabón neutro líquido.
- ✓ Lavado Mediano: 2 minutos de exposición al jabón líquido antiséptico.
- ✓ Lavado Largo: 5 minutos de contacto al jabón líquido antiséptico

PASOS DE LAVADO DE MANO SEGÚN OMS.

Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica.

0 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



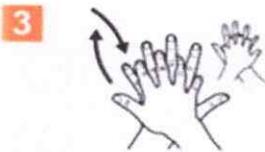
Mójese las manos con agua;



Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



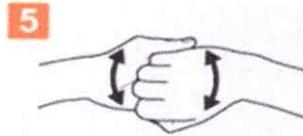
Frótese las palmas de las manos entre sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



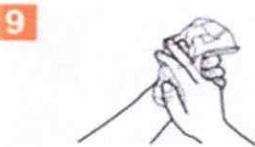
Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



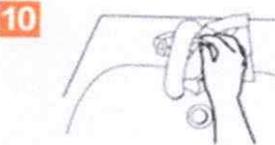
Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



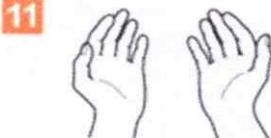
Enjuáguese las manos con agua;



Séquese con una toalla desechable;



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;



Sus manos son seguras.



Organización
Mundial de la Salud

Seguridad del Paciente

UNA ALIANZA MUNDIAL PARA UNA ATENCIÓN MÁS SEGURA

SAVE LIVES
Clean Your Hands

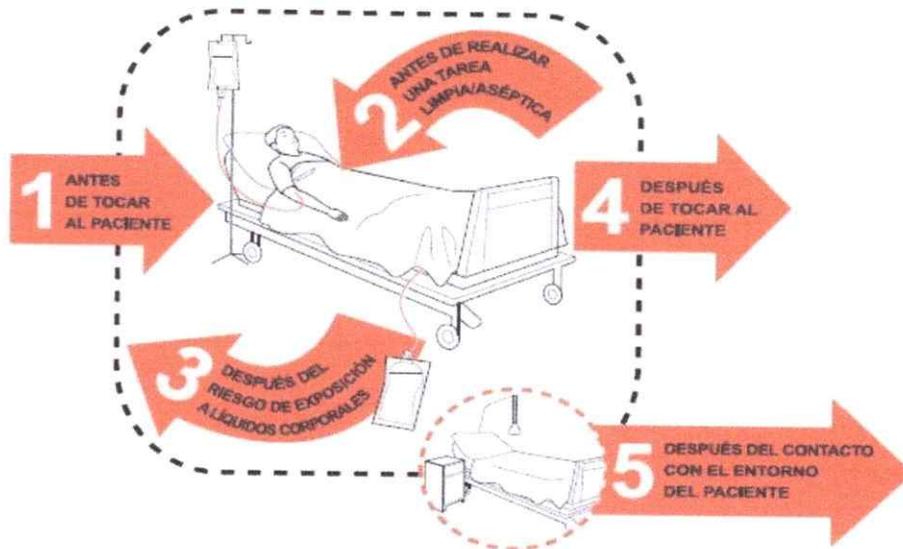


LOS 5 MOMENTOS DEL LAVADO DE MANOS:

- a) **ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE:** lave sus manos antes de tocar al paciente, mientras se acerca a él o ella. Ejemplo: cuando se le da la mano, lo acomoda, realiza un examen clínico.
- b) **ANTES DE REALIZAR UNA TAREA ASEPTICA:** lave sus manos inmediatamente antes de realizar una tarea aséptica. Ejemplo: cuidado dental/oral, secreción de aspiraciones, extraer sangre, colocar un catéter, curar una herida, preparar medicación, administrar medicación o alimentos.
- c) **DESPUES DE LA EXPOSICION CON FLUIDOS CORPORALES O RIESGO DE CONTACTO CON LOS FLUIDOS:** lave sus manos inmediatamente después de riesgo de exposición con fluidos corporales e inmediatamente después de retirarse los guantes. Ejemplo: manipular sangre, vaciar la bolsa de orina, manipular heces u orina.
- d) **DESPUES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE:** lave sus manos cuando sale de la habitación después de tocar a un paciente y/o su medio ambiente cercano. Ejemplo: le dio la mano, lo acomodo, entro para el pase de sala y toco algún equipo del paciente, lo examino, etc.
- e) **DESPUES DEL CONTACTO CON EL MEDIO AMBINETE CERCANO AL PACIENTE.** - lave sus manos cuando sale de la habitación después de tocar el medio ambiente cercano al paciente, aun cuando no toco al paciente. Ejemplo: corrigió el sistema de infusión, cambio el frasco de suero, apago o conecto una alarma.



MOMENTOS PARA LA HIGIENE DE LAS MANOS.



H) USO DE BARRERAS PROTECTORAS

Tal y como su nombre indica, las llamadas barreras primarias son la primera línea de defensa cuando se manipulan materiales biológicos que puedan contener agentes patógenos. El concepto de barrera primaria podría asimilarse a la imagen de una "burbuja" protectora que resulta del encerramiento del material considerado como foco de contaminación. Cuando no es posible el aislamiento del foco de contaminación, la actuación va encaminada a la protección del trabajador mediante el empleo de prendas de protección personal.

- I) **PROTECCIÓN PERSONAL.** - Se define el equipo de protección individual como cualquier equipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de uno o varios riesgos que puedan amenazar su seguridad o su salud, así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

Protección Corporal.- Uso de mandil: La utilización de mandiles o batas es una exigencia multifactorial en la atención a pacientes por parte de los integrantes del equipo de salud; Estas batas adecuadas protegen a los trabajadores, para proteger la piel y evitar ensuciar la ropa durante actividades que puedan generar

salpicaduras o líquidos pulverizables de sangre, fluidos corporales o de los derrames de la salpicaduras de medicamentos peligrosos, materiales de desecho y además evitan que los microorganismo de los brazos y dorso lleguen al paciente.

J) SEGURIDAD DEL PACIENTE. - La seguridad del paciente es la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción hasta un mínimo aceptable del riesgo de causarles innecesariamente daños al atenderlos.

En el contexto asistencial más amplio, consiste en un conjunto de actividades organizadas que permiten establecer procesos, sistemas de valores, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos de atención con los que reducir los riesgos de forma constante y sostenible, prevenir la aparición de daños evitables, reducir la probabilidad de causarlos y mitigar sus efectos cuando se producen.

LAS CAUSAS HABITUALES DE DAÑOS A LOS PACIENTES SON:

- ❖ **Errores en la prescripción de medicamentos.** Uno de los daños al paciente como consecuencia de los medicamentos que toma, y dichos daños son graves e incluso potencialmente mortales.
- ❖ **Errores asociados a intervenciones quirúrgicas.** Son errores con una frecuencia que continúa siendo elevada a pesar de que se conocen sus posibles efectos adversos. Concretamente, se produce en este contexto, sobre todo antes y después de las intervenciones.
- ❖ **Infecciones asociadas a la atención de salud.** Estas infecciones prolongan las estancias hospitalarias y causan problemas crónicos de discapacidad, resistencias a los antimicrobianos, muertes evitables y gastos para los pacientes, sus familiares y los sistemas de salud.



Sepsis. La sepsis es un síndrome grave que se produce cuando nuestro sistema inmunitario responde con mucha intensidad a una infección, de ese modo, y causa daños en órganos y tejidos.

- ❖ **Errores diagnósticos.** En interacciones entre médicos y pacientes se producen errores en el diagnóstico. De acuerdo con una serie de informes realizados por médicos, en al menos el 0,7% de los ingresos hospitalarios

de adultos se encontraron errores diagnósticos perjudiciales, y las cifras indican que la mayoría de las personas se enfrentan con este problema al menos una vez en su vida.

- ❖ **Caídas de pacientes.** El evento adverso más frecuente en los hospitales son las caídas de pacientes con una incidencia de 3 a 5 casos por cada mes.
- ❖ **Úlceras de decúbito.** Las úlceras de decúbito pueden aparecer cuando determinadas partes del cuerpo presionan una superficie durante un periodo prolongado, y pueden afectar a la piel y los tejidos blandos. A pesar de que este problema se puede prevenir en gran medida, afecta a 1 de cada 10 pacientes hospitalizados.
- ❖ **Errores relativos a la identificación de pacientes.** No identificar correctamente a un paciente puede ocasionar muchos problemas y repercutir gravemente en la atención de salud que se le presta. Por ejemplo, podría tener consecuencias catastróficas como practicarle una intervención quirúrgica en un lugar erróneo.
- ❖ **Prácticas riesgosas de inyección.** Las prácticas de inyección poco seguras exponen a los pacientes y a los trabajadores de salud y asistenciales al riesgo de sufrir eventos adversos tanto de carácter infeccioso como de otra índole.

K) EVENTOS ADVERSOS. Se denomina a aquellos sucesos no intencionales que se presentan durante la atención en salud y que le generan una afectación al paciente. Estos eventos no se encuentran relacionados con la enfermedad de fondo. Las causas pueden ser múltiples, dentro de las que se destacan las condiciones generales del sistema, temas de infraestructura y el actuar de los participantes en la atención en salud. Según OMS existen dos tipos:



Eventos adversos prevenibles. - Son aquellos incidentes que se hubieran podido evitar en las circunstancias particulares del caso, cumpliendo con los estándares del cuidado a tener en cuenta durante un momento determinado en la atención al paciente.

Eventos adversos no prevenibles. - Son aquellos eventos inevitables dado el estado actual de los conocimientos, los cuales pueden ocurrir incluso cumpliendo todos los protocolos de seguridad del paciente.

El último estudio IBEAS sobre la prevalencia del evento adverso en los hospitales de Latinoamérica confirmó que se relaciona con: una infección durante la estadía del paciente en la entidad de salud (nosocomial) en un 37,14%, algún procedimiento médico en un 28,69%, el cuidado del paciente en un 13,27%, el uso de medicamentos en un 8,23%, y por el diagnóstico en un 6,15%. Estos resultados han demostrado que el evento adverso es una problemática global, debido a esto, las entidades de salud deben consolidar una cultura de seguridad que vele por los cuidados del paciente, involucrando a todo el personal que participa en la atención en salud: los profesionales y las ocupaciones en salud, las personas que se encargan de la gestión, los cargos administrativos y de funcionamiento de las instituciones y las autoridades sanitarias.

L) BUZON DE SUGERENCIAS. - Este es el mecanismo que facilita al usuario la presentación por escrito de su sugerencia en el servicio de Emergencia donde se llega a presentar la problemática de la queja, ya que las sugerencias solamente son expresivas.

Este tiene la función de captar todas aquellas quejas y sugerencias interpuestas por los usuarios y los servidores públicos dentro de la unidad de Emergencia. Esto con el fin que se dé solución al a problemática presentada y dar seguimiento a las sugerencias interpuestas para agradecer su opinión o felicitación a través de este medio.



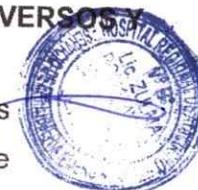
VII. RESPONSABILIDADES.

El comité de bioseguridad, en coordinación de jefatura de servicio de emergencia del hospital regional de Ayacucho son responsables en velar el cumplimiento de las actividades del presente plan.

VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES. - Las actividades se desarrollan de acuerdo a los objetivos



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: PLAN DE MEJORA ANUAL DE BIOSEGURIDAD, SEGURIDAD DEL PACIENTE, EVENTOS ADVERSOS Y BUZON DE SUGERENCIAS 2024.



FINALIDAD: Reducir incidentes que puedan comprometer la salud del personal de salud tanto como del paciente que acude a las atenciones al servicio de emergencia del hospital regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena". El empleo de este plan de mejora es de carácter obligatorio.

OBJETIVO GENERAL: Asegurar que se brinden las condiciones adecuadas, así como la oportuna capacitación en temas de bioseguridad y el debido cumplimiento de las normas relacionados a seguridad del paciente y eventos adversos en el servicio de emergencia del hospital regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena".

ACTIVIDADES	META ANUAL	1T	2T	3T	MEDIDA	RESPONSABLE
		AGOS	OCTU	DICIE		
Realizar charlas sobre normas de bioseguridad y manejo de residuos sólidos en cada grupo de rotación	03	01	01	01	Hoja de registros de participantes	Comité de bioseguridad
Participar activamente en verificación y supervisión de segregación adecuada de residuos solidos	08	02	04	02	Fotos y /o informes	Comité de bioseguridad
Reportar el adecuado lavado de manos en el personal de salud	09	03	03	03	Acta de supervisión	Comité de bioseguridad
Realizar curso anual de gestión de riesgos, eventos adversos y seguridad del paciente.	01		01		Hoja de registros de participantes	Comité de bioseguridad
Realizar curso anual de gestión de residuos solidos	01		01		Hoja de registros de participantes	Comité de bioseguridad
Realizar charlas de riesgo de material punzocortante y manejo epidemiológico	03	01	01	01	Hoja de registros de participantes	Comité de bioseguridad
Informe y reporte de buzón de sugerencias hospitalarias	03	01	01	01	Fotos y /o informes	Comité de bioseguridad
Charlas sobre manejo adecuado de barreras de protección	04	01	01	01	Registro de participantes	Comité de bioseguridad

OK

INFORME N°003-2024-HRA-EMERG-LNUC

A : Lic. ZULMA POMATAYLLA ESCALANTE
JEFA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

DE : Lic. LIZ NADIA UNTIVEROS CUCHO
COORDINADORA DEL COMITÉ DE CALIDAD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

ASUNTO: : ABSOLUCIÓN DE OBSERVACIONES

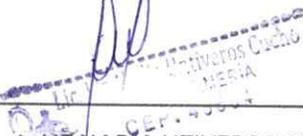
FECHA : 17 DE JUNIO DEL 2024

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez hacerle llegar a su despacho el plan de trabajo del comité de calidad con las respectivas absoluciones de las correcciones realizadas.

Es todo cuanto hago de su conocimiento para los procedimientos respectivos, no sin antes agradecer por la atención

Atentamente;





LIZ NADIA UNTIVEROS CUCHO



“Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA DE AYACUCHO

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

SERVICIO DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIA



PLAN DE TRABAJO

COMITÉ DE CALIDAD

AYACUCHO – PERÚ

2024



INTEGRANTES

1. Lic. Untiveros Cucho Liz Nadia.
2. Lic. Pianto Gómez Miryam Pamela.
3. Lic. Ipurre Palomino Nancy.
4. Lic. Cahuana Canchari María Deysi.
5. Lic. Huamán Quispe Flor María.
6. Lic. Almora Morales Ana María.
7. Lic. Escalante Berrocal, Flor Johana.
8. Lic. Quispe Auccapuella Millccami Cirila.
9. Lic. Noriega Gutiérrez Vladimir Raúl.
10. Lic. Colos Cisneros Grimaldo.
11. Lic. Sulca Barron Wilber.
12. Tec. Quispe Barrientos Yesenia.
13. Tec. Alviar Casavilca Marisol.
14. Tec. Huamani Román Alicia.
15. Tec. Urbina Aybar Pelayo.
16. Tec. Bendezú Huertas Liliana Mirshalida.
17. Tec. Rojas Martínez Elizabeth Roxana.
18. Tec. Quispe Paullo Yaneth Hermelinda.
19. Tec. Huacre Bendezu Gredna.
20. Tec. Rodas Ramírez Roxana.
21. Tec. Mendoza Llallahui Beatriz.
22. Tec. Huamán Vera Olga.
23. Tec. Mallqui Sauñe Nilton.
24. Tec. Carlos Gutierrez Huayllasco.





ÍNDICE

	Pag
INTRODUCCION -----	4
JUSTIFICACIÓN -----	5
BASE LEGAL -----	5
OBJETIVOS GENERAL -----	6
OBJETIVO ESPECÍFICO -----	6
ALCANCES -----	6
METAS -----	6
RECURSOS -----	6
CONTENIDO -----	7
ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES -----	7
IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA -----	8
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES -----	9
ANEXO -----	12





I. INTRODUCCION

En la actualidad, la calidad se ha convertido en un factor determinante en la competitividad y el éxito de las organizaciones en distintos sectores. La implementación de sistemas de gestión de calidad, como la Norma ISO 9001, se ha vuelto cada vez más común en busca de la mejora continua y la satisfacción de clientes y usuarios.

La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente así como con bases legales con las que el MINSA ha elaborado el Plan Nacional de Seguridad del Paciente, el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena De Ayacucho, como miembro activo de la institución, continuará en el trabajo, de mejoramiento continuo de la Calidad en uno de los aspectos que más importancia ha tomado en los últimos años como es el de la Seguridad del Paciente, con el involucramiento de sus trabajadores asistenciales, e incluso los administrativos y mediante la implementación de estrategias que permitan el uso de herramientas para prevenir en forma sistemática y más organizada los eventos Adversos y así lograr que nuestro servicio sea más seguro.

Los protocolos de atención en salud son fundamentales para garantizar una atención segura, efectiva y de calidad para los pacientes. Su implementación adecuada en las instituciones de salud puede tener un impacto positivo en los resultados clínicos, la experiencia del paciente y la eficacia de los sistemas de salud en su conjunto.

Por los motivos expuestos el Servicio de emergencias y áreas críticas continuará en la aplicación de un sistema de Gestión para disminuir la aparición de los riesgos promoviendo la mejora de la calidad asistencial mediante la identificación de los eventos adversos que puedan ocasionar daños en los pacientes manejando una actitud preventiva y educativa.



II. JUSTIFICACIÓN

El comité de la Calidad, es la responsable de proponer estrategias que contribuyan a la mejora de los procesos; dirigir, supervisar y evaluar los indicadores de calidad para dar plena seguridad y satisfacción en la atención de salud del paciente.

La intención de este Plan de Trabajo es mostrar el número de acciones que se realiza en el servicio con el fin de garantizar la calidad y la seguridad del paciente y su familia, también promover una cultura de calidad donde se renueven en forma constante los procesos, en la búsqueda de la eficacia y eficiencia, que se nos corresponde como un sistema estatal por excelencia en beneficio de nuestra población.

III. BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842 ley General de la Salud y sus modificatorias.
- ✓ Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- ✓ Decreto Supremo N° 023-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA que conforma el Comité técnico para la Seguridad del Paciente.
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- ✓ Documento Técnico Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2010-2012.
- ✓ RM N° 676- 2006 que aprueba la Norma Técnica Plan Nacional de la Seguridad del Paciente 2006 -2008
- ✓ RM N°26-2021 MINSA que aprueba Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- ✓ Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia: NT N° 042-MINSA/DGSP





IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho. 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Implementar y desarrollar Rondas de Seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" Ayacucho 2024.
2. Desarrollar e implementar guías y procedimientos de atención del Servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" Ayacucho 2024.
3. Implementar un plan de mejora continua en el servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" Ayacucho 2024.

V. ALCANCES

El presente plan de trabajo está dirigido al personal asistencial del Servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" Ayacucho 2024.

VI. METAS

Para finalizar el año 2024, el Servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" Ayacucho, contará con protocolos de aprobación de las buenas prácticas para futuras evaluaciones y garantizará una atención de calidad al usuario.

VII. RECURSOS

7.1. Recursos Humanos:

- ✓ Miembros del comité de calidad.
- ✓ Personal asistencial del servicio de emergencia del HRAMAMLL.

7.2. Recursos Materiales:

- ✓ Materiales de escritorio.





IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar el cumplimiento de los estándares de calidad y seguridad del Servicio de Emergencia del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena de Ayacucho. 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Implementar y desarrollar Rondas de Seguridad del paciente en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" Ayacucho 2024.
2. Desarrollar e implementar guías y procedimientos de atención del Servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" Ayacucho 2024.
3. Implementar un plan de mejora continua en el servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" Ayacucho 2024.

V. ALCANCES

El presente plan de trabajo está dirigido al personal asistencial, tales como personal de Enfermería, Tec. En Enfermería y médicos del Servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" Ayacucho 2024.

VI. METAS

Para finalizar el año 2024, el Servicio de Emergencia del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" Ayacucho, contará con protocolos de aprobación de las buenas prácticas para futuras evaluaciones y garantizará una atención de calidad al usuario.

VII. RECURSOS

7.1. Recursos Humanos:

- ✓ Miembros del comité de calidad.
- ✓ Personal asistencial del servicio de emergencia del HRAMAMLL.

7.2. Recursos Materiales:

Materiales de escritorio.





VIII. CONTENIDO

8.1. ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

8.1.1. Calidad

Conjunto de características de un producto o servicio orientadas a su capacidad para satisfacer las necesidades del usuario.

8.1.2. Calidad en Salud

Según la OMS La calidad de la atención es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal.

8.1.3. Protocolo

Los protocolos de atención en salud son guías o procedimientos estandarizados que establecen las mejores prácticas y recomendaciones basadas en evidencia para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de diversas condiciones médicas.

8.1.4. Importancia de los Protocolos de Atención en Salud

La importancia de los protocolos de atención en salud radica en varios aspectos:

1. **Calidad y seguridad del paciente:** Los protocolos ayudan a estandarizar la atención médica, reduciendo errores y mejorando la seguridad del paciente. Al seguir pautas establecidas, se minimiza el riesgo de eventos adversos y se promueve la calidad asistencial.

2. **Eficiencia y coordinación:** Al establecer procedimientos claros y prescritos, los protocolos permiten una atención más eficiente y coordinada entre los profesionales de la salud. Esto facilita la comunicación, reduce la duplicación de esfuerzos y optimiza la utilización



de recursos.

3. **Mejora en los resultados clínicos:** Los protocolos están diseñados para reflejar las mejores prácticas clínicas y terapéuticas disponibles en un momento dado. Al seguir estas directrices, se espera mejorar los resultados clínicos y la recuperación de los pacientes.

4. **Reducción de variabilidad:** La variabilidad en la práctica clínica puede llevar a resultados heterogéneos y a una calidad asistencial desigual. Los protocolos ayudan a reducir esta variabilidad al estandarizar los procesos de atención y tratamiento.

5. **Facilitan la formación y educación:** Los protocolos son herramientas útiles para la formación y educación continua de los profesionales de la salud. Ayudan a guiar a los profesionales, especialmente a aquellos menos experimentados, en el manejo de situaciones clínicas complejas.

6. **Cumplimiento normativo y ético:** Los protocolos en salud suelen basarse en principios éticos y legales, lo que ayuda a garantizar el cumplimiento de normativas y regulaciones vigentes. Esto contribuye a una atención médica ética y transparente.



IX. IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS
48	Seguridad Sexual.
48	Prevención y reducción del riesgo de la úlceras por presión.
24	Prevención de fuga de pacientes.
24	Prevención del suicidio y lesiones.
12	Seguridad de las UPSS.

FUENTE: Ficha de evaluación de rondas del paciente (28/02/2024)

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

10.1. Objeto Específico 1:



Implementar y desarrollar Rondas de Seguridad del paciente del Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho 2024.

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES														
BUENAS PRACTICAS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	CRONOGRAMA										RESPONSABLE
				ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
BUENAS PRACTICAS	Conformación del Comité o equipo técnico de Rondas de seguridad en el servicio de emergencia.	RD	1		X									GRUPO 1.
	Ejecución de Rondas de Seguridad del paciente en el servicio de emergencia.	Informe	8		X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Monitoreo de las acciones de mejora post ronda.	Reporte	3							X	X	X		
	Aprobación del plan de calidad.	Informe	1	X										BASE
	Difusión del plan de calidad.	Informe	1		X									COMITÉ DE CALIDAD.



10.2. Objeto Específico 2:

Desarrollar e implementar guías y procedimientos de atención del Servicio de Emergencia del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” Ayacucho 2024.

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES														
BUENAS PRACTICAS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	CRONOGRAMA										RESPONSABLE
				ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC		
BUENAS PRACTICAS	Consolidar el listado de guías y procedimientos asistenciales vigentes.	Informe											GRUPO 1.	
	formulación de listados de verificación	Informe	2	X	X									
Prevención y reducción del riesgo de Lesiones por presión.	Implementar guías de atención para la prevención y control de lesión por presión.	Informe	1				X	X					GRUPO 2.	
	Contar con registro de Lesión por presión.	Formatos	1				X	X						
	Contar y aplicar la guía de curación de lesión por presión según estadios.	Informe	10					X	X					
Prevención de fuga de pacientes.	Implementar protocolos que se active en caso de fuga de pacientes.	Informe	1						X	X			GRUPO 3.	
Prevención del suicidio y lesiones.	Implementar protocolos de prevención de conductas suicidas.	Informe	1							X	X		GRUPO 4.	
Seguridad de las UPSS.	Aplicar el registro de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Informe	6							X	X		GRUPO 4.	



10.3. Objeto Específico 3:

Implementar un plan de mejora continua en el servicio de Emergencia del Hospital Regional “Miguel Ángel Mariscal Llerena” Ayacucho 2024.

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES												
ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	CRONOGRAMA									RESPONSABLE
			ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	
ENLACE DE TURNO DE ENFERMERÍA	INFORME	1				X						Comité de Calidad.

2

ANEXO

NRO.	GRUPO	INTEGRANTES
1	GRUPO 1	Lic. Miryam Pamela Pianto Gómez.
2		Lic. Liz Nadia Untiveros Cucho.
3		Lic. María Deisi Cahuana Cachari.
4		Lic. Flor Johana Escalante Berrocal.

NRO.	GRUPO	INTEGRANTES
1	GRUPO 2	Lic. Nancy Ipurre Palomino.
2		Lic. Grimaldo Colos Cisneros.
3		Tec. Pelayo Urbina Aybar.
4		Tec. Marisol Alviar Casavilca
5		Tec. Yaneth Hermelinda Quispe Paullo.
6		Tec. Beatriz Mendoza Llallahui.
7		Tec. Nilton Mallqui Sauñe.

NRO.	GRUPO	INTEGRANTES
1	GRUPO 3	Lic. Millccami Cirila Quispe Aucapuclla.
2		Lic. Wilber Sulca Barron.
3		Lic. Ana María Almora Morales.
4		Tec. Liliana Mirshalida Bendezú Huértas.
5		Tec. Gredna Huacre Bendezú.
6		Tec. Roxana Rodas Ramirez.

NRO.	GRUPO	INTEGRANTES
1	GRUPO 4	Lic. Vladimir Raúl Noriega Gutierrez.
2		Lic. Flor María Huamán Quispe.
3		Tec. Carlos Gutierrez Huayllasco.
4		Tec. Roxana Rojas Martinez.
5		Tec. Alicia Huamaní Roman
6		Tec. Olga Huamán Vera.
7		Tec. Yesenia Quispe Barrientos.



on



HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA" DE AYACUCHO

SERVICIO DE EMERGENCIA



PLAN DE CAPACITACIÓN

AYACUCHO - 2024

INDICE

- I. INTRODUCCION
- II. FINALIDAD
- III. OBJETIVOS
- IV. BASE LEGAL
- V. AMBITO DE APLICACIÓN
- VI. RESPONSABLES
- VII. DESARROLLO
- VIII. CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES



I. INTRODUCCION

El Plan de Capacitación es un instrumento de gestión que coadyuva los esfuerzos para alcanzar las metas programadas en el servicio, este plan se viene desarrollando desde hace algunos años, en base a las Normas y Directiva de la Institución.

La importancia de esta herramienta de capacitación es contribuir a mejorar las competencias de los servidores en sus puestos de trabajo y brindar la seguridad para la toma de decisiones.

La capacitación es la respuesta a la necesidad que tienen las organizaciones de contar con personal altamente calificado y productivo, mediante conocimientos teóricos y prácticos para que alcancen mayores niveles de eficiencia y eficacia, y presten efectivamente mejores servicios de calidad frente a las dolencias de nuestros pacientes.

Asimismo, el proceso de evaluación es de vital importancia ya que ayudar a medir el nivel que estamos obteniendo y si nos encontramos en el camino correcto para alcanzar el nivel esperado, por ello, este PDC 2024, se ha elaborado con el propósito de cumplir con los objetivos estratégicos del servicio, identificando la problemática y las mejoras para continuar con el cambio que se desea alcanzar.

II. FINALIDAD

El programa de capacitación del profesional de enfermería tiene la finalidad de contribuir en una atención de calidad, humanizada, eficiente, pertinente, oportuno logrando recurso humano estratégico que consoliden la categoría de nuestra institución.

III. OBJETIVOS

Objetivo General

Fortalecer las capacidades de nuestros recursos humanos para viabilizar y atender las Urgencias y Emergencias Médicas, basados en el desarrollo de competencias en diferentes áreas como el de personal social, asistencial, preventiva y de proyección social, docente e investigación.

Objetivos específicos

- Fortalecer las capacidades de los recursos humanos para el logro de una atención integral y satisfacción del usuario, basados en la calidad y atención especializada.



- Fortalecer las capacidades de los recursos humanos consolidando nuestra cultura organizacional, desarrollando un clima organizacional positivo y trabajo colaborativo multidisciplinario en equipo.
- Fortalecer las capacidades de los recursos humanos que contribuyan a la mejora de nuestra capacidad resolutive.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de salud.
- Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública
- D.L. N° 1025 Normas de capacitación y rendimiento para el Sector Publico.
- D.S. 009-2010-PCM Reglamento del Decreto Legislativo N° 1025 sobre Normas de capacitación y rendimiento para el Sector Publico.
- D.S. N° 027-2007-PCM Política Nacional en materia de Descentralización, capacitar sectorialmente a los Gobiernos Regionales y Locales.
- D.S. N° 047-2009-PCM Establece que cada Ministerio, aprobara su respectivo Plan Sectorial de Desarrollo de Capacidades para el ejercicio de las funciones transferidas. R.M. N° 993-2005/MINSA. Lineamientos de Política Sectorial para las Inversiones en Salud.
- R.M. N° 1007-2005/MINSA. Lineamientos de Política Nacional para el Desarrollo de Recursos Humanos en Salud

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El programa de capacitación del profesional de enfermería tendrá un ámbito de aplicación en el Servicio de Emergencia General, siendo los beneficiarios el profesional de Enfermería y Técnicos en Enfermería que laboran en el Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Ayacucho "MAMLL".



VI. RESPONSABLES

RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Unidad de Capacitación y Docencia	Garantizar la certificación del plan de capacitación del Departamento de Enfermería.
Jefatura del Servicio de Enfermería	Garantizar la gestión para la certificación y el cumplimiento del plan de capacitación.

Comité de Capacitación y Fortalecimiento de Capacidades	Elaborar el plan de Capacitación
Personal de Enfermería que labora en el Servicio de Emergencia	Asistir a los cursos presenciales programados y aprobados por el Servicio de Emergencia, dando cumplimiento para lograr el fortalecimiento y éxito en la atención al usuario.

VII. DESARROLLO

El desarrollo del Programa de Capacitación se desarrollará en forma continua desde el mes de mayo 2024 hasta diciembre del 2024. De acuerdo a las siguientes modalidades:

- El desarrollo de las actividades del programa de capacitación se realizará de acuerdo al cronograma establecido de forma presencial o virtual, cuyos temas de capacitación y ponentes serán propuestos por la jefa de servicio y coordinadores de cada comité de trabajo.

VIII. CRONOGRAMA DE CAPACITACION ANUAL 2024

OBJETIVO	FECHA DE PONENCIA	TEMARIO
Fortalecer el clima Laboral	JULIO	Sensibilización al recurso humano sobre comunicación, relaciones interpersonales, normatividad del clima laboral
Fortalecer el clima Laboral	SETIEMBRE	Promover el trabajo en equipo
Fortalecer el clima Laboral	NOVIEMBRE	Taller de clima organizacional

