MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "SERGIO E. BERNALES"

N° 051 -2020-SA-DG-HNSEB

RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 09 MAR 2020

Vistos: El Expediente N° 01152-2020, con la Nota Informativa N°010-OGC-HNSEB-2020 de la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N°002-2019-EP/OEPE-HSEB y la Nota Informativa N°005-2020-EP-OEPE-HNSEB del Equipo de Planeamiento y accionado con la Nota Informativa N° 023-2020-OEPE-HSEB de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remiten el "**Plan de Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente en el HNSEB-2020**";

CONSIDERANDO*:*

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley Nº26842- 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, el Artículo 15° de la Ley señalada precedentemente, establece los derechos de toda persona el acceso a los servicios de salud, para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa, así con en su Artículo 37° , establece que, *"Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;*

Que, mediante Resolución Ministerial N°519-2006-SA/DM, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes a la garantía y mejoramiento de la calidad, siendo uno de los principales procesos, ofrecer la seguridad del paciente, con herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, protegiendo al paciente de riesgos evitables;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA de fecha 14.MAY.2015, se aprobó la NTS N°117 -MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuyo objetivo es establecer el marco normativo vigente para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de guías;

Que, con Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA de fecha 01.JUN.2015, se aprueba el Documento Técnico "Metodología para la elaboración de Guía de Práctica Clínica"

Que, con la Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA de fecha 28.OCT.2016, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud";

Que, mediante Vistos, la Nota Informativa N°010-OGC-HNSEB-2020 y la Nota Informativa N°018-OGC-HNSEB-2020 de la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, ha formulado y solicita entre ellos la aprobación del Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Sergio E. Bernales – 2020;

Que, mediante el Informe N°002-2019-EP/OEPE-HSEB y la Nota Informativa N°005-2020-EP-OEPE-HNSEB del Equipo de Planeamiento y accionado con la Nota Informativa N° 023-2020-OEPE-HSEB de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, se señala que los Planes cumplen con la normatividad vigente y tiene la finalidad de contribuir a brindar una atención segura al paciente en los diferentes servicios a fin de minimizar los riesgos en el proceso de atención;

Que, el Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Sergio E. Bernales – 2020, tiene como finalidad contribuir a brindar una atención segura al paciente en los diferentes servicios a fin de minimizar los riesgos en el proceso de atención; resultando necesario expedir el acto resolutivo correspondiente, que apruebe el "**Plan de Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente en el HNSEB-2020**";

En uso de las atribuciones conferidas por el Art. 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Sergio E. Bernales"; Aprobado mediante R.M. N° 795-2003-SA-DM, modificando por R.M. N° 512-2004-MINSA, R.M. N° 343-2007-MINSA y R.M. N° 124-2008-MINSA; y, con la visación de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- **APROBAR** el documento denominado "**Plan de Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente en el HNSEB-2020**", del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- **Encargar** a la jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, la responsabilidad de ejecución, difusión e implementación, monitoreo y evaluación del Plan aprobado en el Artículo precedente.

Artículo 3°.- **Encargar** a las jefaturas de Departamentos y Servicios asistenciales del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, el cumplimiento del citado Plan aprobado en el Artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 4°.- **Disponer** que la Oficina de Comunicaciones publique la presente resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

Mag. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS
DIRECTOR GENERAL
CMP 9373

JASR/MRR/EFVC/JZB/

DISTRIBUCIÓN:
- OEA
- OEPE
- OAJ
- OGC
- OC
- Dptos. Y Serv.

Archivo

PERÚ

Hospital Sergio E. Bernales

Oficina de Gestión de Calidad

PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HSEB AÑO 2020

MINISTERIO DE SALUD
GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

Dr. Julio Antonio Silva Ramos

DIRECTOR GENERAL

Dr. Juan Nina Cáceres

DIRECTOR ADJUNTO

Dra. Eida Fanny Valdiviezo Campos

JEFA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

EQUIPO TECNICO DE LA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD

Bach. Enf. Verónica J. Carbajal Gómez

Secretaria

Sra. Marisol Melgar Galiano

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

I. FINALIDAD 6
II. OBJETIVOS 6
III BASE LEGAL 6
IV. AMBITO DE APLICACIÓN 7
V. CONTENIDO 7
VI. ACTIVIDADES 10
VII. PRESUPUESTO, RECURSOS 11
IX. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES 12
X. ANEXOS 15

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2020

INTRODUCCION

La Seguridad del Paciente es un tema complejo que requiere un enfoque integrado y basado en el sistema, implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia así como buenas practicas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de Eventos adversos y propiciadas por una adecuada organización asistencial.

Los avances sanitarios que se han producido en los últimos años son fruto del esfuerzo de todos los profesionales que trabajan por mantener un nivel asistencial adecuado a las exigencias actuales. Debemos sentirnos orgullosos de lo conseguido. Sin embargo, y dada la complejidad y el grado de desarrollo de nuestro sistema de salud, en ocasiones se producen eventos adversos secundarios a la atención sanitaria, que debemos evitar o, al menos, minimizar.

La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de estos eventos adversos a deficiencias en el diseño, en la organización y en el funcionamiento de los sistemas. Las estrategias propuestas por numerosas organizaciones internacionales están encaminadas, precisamente, a trabajar sobre esas deficiencias, a través del desarrollo de una cultura de seguridad, que integre el aprendizaje a partir de los errores y la gestión del riesgo, como una forma de trabajo. El Hospital Sergio E. Bernales, a través de todo su personal asistencial de la institución ha aglutinado multitud de actuaciones destinadas a mejorar la seguridad y reducir los eventos adversos de la atención al usuario.

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

El presente **Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente 2020 del HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES,** es un instrumento ordenador y orientador del accionar en el tema, en su contenido presenta objetivos, actividades y metas distribuidos en el año y los responsables operativos. Dichas actividades responden a los objetivos específicos, los mismos son complementados con los indicadores relevantes de monitoreo y evaluación en la parte final del documento.

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

I. FINALIDAD

Contribuir a brindar una atención segura al paciente en los diferentes servicios a fin de minimizar los riesgos en el proceso de atención en el Hospital Sergio E. Bernales.

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Lograr que los servicios de salud sean lugares seguros para la atención de los pacientes, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas y previniendo la ocurrencia de eventos adversos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Promover Buenas Practicas de Atención y Gestión del Riesgo por la seguridad del paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del paciente).
2. Fortalecer el sistema de notificación de Eventos Adversos y el Proceso de Aprendizaje del error y Análisis de los Eventos Centinela en el Hospital Sergio E. Bernales.
3. Difundir y monitorear la aplicación de las prácticas seguras de atención con el desarrollo de Guías de Práctica Clínica y de procedimientos y la lista de chequeo de cirugía segura basada en evidencia científica.

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
2. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud"

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

3. Resolución Ministerial Nº 676-2006/MINSA que aprueba El Documento Técnico "Plan nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.

4. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía

5. Directiva Sanitaria N° 005 – IGSS/ v.01: Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.

6. Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N0009-IGSS/V.01 Análisis de los Eventos Centinelas en la IPRESS y UGIPRESS del Instituto de gestión de Servicios de Salud.

7. RM Nº 308-2010-MINSA, que aprueba la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.

8. RM Nº 1021-2010-MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

9. RM N°168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

10. Documento Técnico: Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2010-2012.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Gestión de Riesgos Para la Seguridad del Paciente, comprende a todos los Subsistemas funcionales de atención de pacientes hospitalizados, y de emergencias del Hospital Sergio E. Bernales Nivel III-1.

V. CONTENIDO

5.1 Aspectos Técnicos Conceptuales de Seguridad del Paciente:

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. **Evento Adverso**: Todo accidente que hubiera causado daño al paciente o lo hubiera podido causar, ligado tanto a las condiciones de la asistencia como a las del propio paciente.
8. **Evento con Daño,** Son de tres tipos:

- **Leve**: cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación o tratamiento menor.
- **Moderado**: Cualquier evento adverso que ocasiona aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño a tener en cuenta pero no es permanente.
- **Grave:** Cualquier evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.

9. **Efecto Adverso**.-Una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente directamente asociado a la atención de salud.
10. **Error de Medicación:** Es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.

11. **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS):** Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) es uno de los principales indicadores de la calidad de la atención que se brinda en los establecimientos de salud.
12. **Notificación:** Acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento en el ámbito de la gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias, lo que se notifica es entre otros: los errores, los daños, los incidentes, el mal funcionamiento de los equipos, o los fallos en los procesos y otras situaciones peligrosas.
13. **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.
14. **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.
15. **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.
16. **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.
17. **Riesgo**.- Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

VI. ACTIVIDADES

Objetivo Específico 1: Promover las Buenas Practicas de Atención por la Seguridad del Paciente

1.1. Cuantificar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las cirugías, programadas de emergencia y ambulatorias

1.2. Evaluación correcta de la aplicación de las listas de verificación de la seguridad de la cirugía remitidas a la OGC.

1.3. Monitorizar la implementación de la LVCS a través de la encuesta para este fin.

1.4. Solicitar a la Oficina de Epidemiologia una copia del informe con los resultados del monitoreo, evaluación y supervisión de la "Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de manos en el HSEB"

1.5. Solicitar a la Oficina de Epidemiologia los Reportes mensuales de las IAAS en el HSEB.

Objetivo Especifico N° 2: Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo.

2.1 Elaboración del Plan de Rondas por la Gestión del Riesgo y Seguridad del Paciente.

2.2 Realizar Rondas de Seguridad del Paciente, según normas vigentes

2.2 Elaboración del plan de acción post ronda de seguridad y monitorizar el avance de su cumplimiento

Objetivo Especifico N° 3: Fortalecer el Sistema de Notificación de Eventos Adversos y el Proceso de Aprendizaje del error y Análisis de los Eventos Centinelas.

3.1 Realizar el seguimiento de la Notificación de Eventos Adversos en los departamentos y servicios del HSEB.

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

3.2 Consolidar la información remitida por parte de los Servicios con respecto a la Notificación de Eventos Adversos.

3.3 Implementar un sistema de difusión para mejorar la seguridad del paciente.

3.4 Fortalecer el sistema de Notificación de Eventos adversos y el Proceso de aprendizaje del error y análisis de eventos centinelas.

VII. PRESUPUESTO, RECURSOS

1. Presupuesto:

1.1 Las actividades programadas en el presente plan, se realizan como parte de las actividades cotidianas del personal de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Sergio E Bernales, no habiendo requerimiento de presupuesto adicional. Ya que el presupuesto para el desarrollo de las actividades de manera específica deberá ser incluido en la programación de cada área respectiva según responsabilidad como se detalla en la matriz de criterios de programación.

2. Recursos Humanos

2.1. Equipo de gestión

2.2. Jefe de departamentos y servicios asistenciales

2.3. Trabajadores de los servicios asistenciales

2.4. Personal profesional de la Oficina de Gestión de la Calidad.

VIII. RESPONSABILIDADES

El presente **Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente en el HSEB** es de cumplimiento de las Jefaturas de Departamentos y Servicios, Personal asistencial del Hospital Sergio E Bernales.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de monitorear y supervisar las actividades comprendidas en el plan.

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

IX. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2020

COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD

ACTIVIDAD				CRONOGRAMA											
01.- Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el HSEB.	**META**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**PERIODICIDAD DEL REPORTE**	**PROGRAMACION 2020**											
				EN	**FE**	**MA**	**AB**	**MA**	**JU**	**JU**	**AG**	**SE**	**OC**	**NO**	**DI**
TAREA N° 1 Cuantificar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las cirugías, programadas de emergencia y ambulatorias	**4**	Informe de la aplicación de la lista de verificación de La Seguridad de la Cirugía	**Trimestral**			x			x			x			x
TAREA N° 2: Evaluación correcta de la aplicación de las listas de verificación de la seguridad de la cirugía remitidas a la OGC.	**4**	Informe de la evaluación de la correcta aplicación de las listas de verificación de la seguridad de la cirugía remitidas a la OGC	**Trimestral**			x			x			x			x
TAREA N° 3: Monitorizar la implementación de la LVCS a través de la encuesta para este fin.	**2**	Encuesta aplicada para la implementación de la LVCS	**Semestral**						x						x
TAREA N° 4 Solicitar a la Oficina de Epidemiologia una copia del informe con los resultados del monitoreo, evaluación y supervisión de la "Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de manos en el HSEB"	**2**	Informe	**Semestral**						x						x
TAREA N° 5: Solicitar a la Oficina de Epidemiologia los Reportes mensuales de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en el HSEB.	**12**	Informe	**Mensual**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

ACTIVIDAD				CRONOGRAMA											
02.- Ejecutar Plan de Rondas y Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente	**META**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**PERIODICIDAD DEL REPORTE**	**PROGRAMACION 2020**											
				EN	**FE**	**MA**	**AB**	**MA**	**JU**	**JU**	**AG**	**SE**	**OC**	**NO**	**DI**
TAREA N° 1 Conformación del Equipo de Rondas de "Seguridad del Paciente" mediante Resolución Directoral	1	Resolución Directoral		x											
TAREA N° 1 Elaboración del Plan de Rondas y Gestión del Riesgo para la Seguridad del paciente	1	Resolución Directoral		X											
TAREA N° 2 Comité de Rondas por la Seguridad del Paciente realiza visitas programada de un Servicio seleccionado al azar de la institución para identificar practicas inseguras durante la atención de salud.	8	Informe de ejecución de Rondas de Seguridad programadas	**Mensual**	8	X	X	X	X	X	X					
TAREA N° 4: Remitir el Informe semestral del Plan de Rondas y Gestión del Riesgo para la Seguridad del paciente	2	Informes	**Semestral**	2					x						x
TAREA N° 5: Implementación de las acciones de mejora, post ronda de seguridad del paciente, según practicas inseguras identificadas en las UPSS	8	Informe de las acciones orientadas a gestionar y mitigar los riesgos durante la atención de salud (post ronda)	**Mensual**	8	X	X	X	X	X	X					

ACTIVIDAD				CRONOGRAMA											
02.- Ejecutar Plan de Rondas y Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente	**META**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**PERIODICIDAD DEL REPORTE**	**PROGRAMACION 2020**											
				EN	**FE**	**MA**	**AB**	**MA**	**JU**	**JU**	**AG**	**SE**	**OC**	**NO**	**DI**
TAREA N° 1 Conformación del Equipo de Rondas de "Seguridad del Paciente" mediante Resolución Directoral	1	Resolución Directoral		x											
TAREA N° 1 Elaboración del Plan de Rondas y Gestión del Riesgo para la Seguridad del paciente	1	Resolución Directoral		X											
TAREA N° 2 Comité de Rondas por la Seguridad del Paciente realiza visitas programada de un Servicio seleccionado al azar de la institución para identificar practicas inseguras durante la atención de salud.	8	Informe de ejecución de Rondas de Seguridad programadas	**Mensual**	8	X	X	X	X	X	X					
TAREA N° 4: Remitir el Informe semestral del Plan de Rondas y Gestión del Riesgo para la Seguridad del paciente	2	Informes	**Semestral**	2					x						x
TAREA N° 5: Implementación de las acciones de mejora, post ronda de seguridad del paciente, según practicas inseguras identificadas en las UPSS	8	Informe de las acciones orientadas a gestionar y mitigar los riesgos durante la atención de salud (post ronda)	**Mensual**	8	X	X	X	X	X	X					

X. ANEXOS

ANEXO 1

GUIA DEL SISTEMA DE REGISTRO, NOTIFICACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

I. DEFINICIÓN

Los resultados de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos son útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de éstos y en qué medida originan atenciones inseguras. El reporte es una metodología a través de la cual se puede detectar y medir cual es el perfil de los eventos adversos en una institución.

Para que el reporte de eventos adversos, sea útil es necesario que se desarrolle: Un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del EA. Definición del mecanismo para difundir las lecciones aprendidas, El mecanismo para la implementación de barreras de seguridad, Identificación de los procesos inseguros deberán ser rediseñados, y Finalmente, el apoyo institucional (Alta Dirección) a las acciones de mejoramiento.

Los sistemas de registro y notificación constituyen una parte en la construcción de una "Cultura de Seguridad", en la cual se considera a los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar más; que como fallos que deben ser escondidos y utilizados para sancionar a los involucrados.

II. OBJETIVO

El objetivo primordial de la notificación es aprender de las experiencias y también contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro de los ámbitos de trabajo.

III. ALCANCE

De aplicación a todos los profesionales de la salud y personal administrativo que trabajen directamente en las áreas asistenciales del Hospital Sergio E Bernales,

IV. CONCEPTOS

- **Evento:** Daño o riesgo de daño en un paciente como consecuencia de desviaciones en los procesos definidos para la atención en salud en los centros

asistenciales. El evento incluye errores prevenibles y riesgos o peligros.

- **Evento Adverso**: Daño en el paciente relacionado con la atención de salud y no con las complicaciones inherentes de la enfermedad.
- **Severidad del daño:**
  - El incidente llegó al paciente pero no le causó daño.
  - No causo daño pero preciso mayor seguimiento o monitorización.
  - Causo daño temporal pero no alargo la hospitalización.
  - Causo daño temporal y alargo la hospitalización.
  - Causo daño permanente.
  - Comprometió la vida del paciente.
  - Causo la muerte del paciente.

- **Notificación:** Acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento en el ámbito de la gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias, lo que se notifica es entre otros: los errores, los daños, los incidentes, el mal funcionamiento de los equipos, o los fallos en los procesos y otras situaciones peligrosas.

FORMATOS

Se propone comenzar con un formato de notificación (Ficha de Registro) que contiene los siguientes campos: datos generales del paciente, descripción del evento, características del incidente a notificar, factores contribuyentes, otras causas, plan de intervención para evitar que se produzcan sucesos similares.

Se notificaran todos los eventos adversos y los incidentes aunque no hayan tenido ninguna repercusión clínica en el paciente. Existe un formulario específico a tal efecto.

ANÁLISIS Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS:

Recibida la notificación, la Oficina de Gestión de la Calidad, procederá a realizar una evaluación previa para definir el análisis del evento con el Comité de Seguridad del Paciente y de ser necesario se invitará al personal del servicio involucrado. Los resultados se enviarán al servicio implicado y al área notificante así como a las direcciones institucionales y comités.

MINISTERIO DE SALUD GESTION DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES , EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

N° DE FICHA	
FECHA DE NOTIFICACION	
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	
SEXO DEL PACIENTE	
EDAD	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	
B. UBICACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE	
UPS/SERVICIO	

C. SEVERIDAD (Marcar con una X según corresponda)

INCIDENTE		EVENTO ADVERSO		EVENTO CENTINELA	

D. DESCRIPCION DEL PACIENTE/EVENTO ADVERSO	
FECHA DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO	
HORA APROX. DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO	

BREVE DESCRIPCION DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO

E. EJEMPLOS DE EVENTOS ADVERSOS

EVENTOS ADVERSOS GENERALES QUE PUEDEN SUCEDER EN CUALQUIER SERVICIO	
CAIDA DE PACIENTE CON DAÑO	
ERROR EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
EXTRAVASACION DE VIA ENDOVENOSA	
ERROR EN LA MEDICACION (PRESCRIPCION, DISPENSACION Y ADMINISTRACION)	
FLEBITIS ASOCIADA A CATETER VENOSO PERIFERICO	
NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA	
ULCERA POR PRESION	

EVENTOS ADVERSOS OBSTETRICOS	EVENTOS ADVERSOS QUIRURGICOS	EVENTOS ADVERSOS PEDIATRICOS
DEHISCENCIA POST CESAREA	CIRUGIA EN EL LUGAR EQUIVOCADO DEL CUERPO	CEFALOHEMATOMA
DEHISCENCIA DE SUTURA EN EPISIORRAFIA	LESION EN UN ORGANO DURANTE LA INT. QX	CAPUT SUCEDANEUM
DESGARRO PERINEAL III- IV	OLVIDO DE CUERPO EXTRANO DURANTE INTERVENCION	FRACTURA DURANTE LA ATENCION DEL RN.
HEMATOMA POST PARTO	DEHISCENCIA DE HERIDA OPERATORIA	LESION DEL PLEXO BRAQUIAL DEL RN
HEMORRAGIA INTRA Y/O POST OPERATORIA	HEMORRAGIA INTRA Y /O POST OPERATORIA	MUERTE SUBITA DEL PCTE NO ESPERADA
HEMORRAGIA POST CESAREA	**EVENTOS ADVERSOS ANESTESICOS**	ERROR EN LA IDENTIFICACION DEL PCTE
HEMORRAGIA INTRA Y POST PARTO	HIPOTENSION ARTERIAL	ERROR EN LA ENTREGA DE PCTES O TUTORES
MUERTE MATERNA INESPERADA	ALTERACION DEL RITMO O ACTIVIDAD ELECTRICA CARDIACA	ASFIXIA
PERFORACION UTERINA	CEFALEA POST PUNCION DE LA DURA MADRE	
RETENCION DE MEMBRANAS	MUERTE SUBITA DE PCTE NO ESPERADA	

MINISTERIO DE SALUD GESTION DE LA CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

ANALISIS DE CAUSAS DE EVENTOS ADVERSOS

FACTORES CONTRIBUYENTES: marcar con un aspa (X) los factores que crees pudieron influir para que se produjera el incidente/evento (marcar en el

PACIENTES Y FAMILIA

- Condiciones anatómicas y fisiológicas del paciente.
- No acatamiento de normas de seguridad del hospital
- Poca colaboración del paciente.
- Suministro de información insuficiente sobre antecedentes.

METODOS Y PROCESOS

- No existen procesos para el desarrollo de la tarea.
- Etapas del proceso poco claras o definidas.
- No se dispone de guías, protocolos o estándares.
- Las guías, protocolos o estándares no están disponibles para su aplicación.

MEDIO AMBIENTE ENTORNO HOSPITALARIO

- Congestión, desorden, falta de espacio.
- Temperatura, luz, humedad, ruido.
- Falla en el suministro de agua, energía, aire, etc.
- Estructura y diseño de las áreas.

EVENTO ADVERSO

MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS (MEDICOS QUIRURGICOS, EQUIPOS BIOMEDICOS, REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO.

- Preparación o acondicionamiento.
- Productos defectuosos.
- Claridad en etiquetas o instructivos.
- Falla de funcionamiento.
- Instalación y mantenimiento.
- No disponible.

MANO DE OBRA (FACTOR HUMANO)

- Decisiones erradas.
- Personal insuficiente.
- Lapsus o distracciones.
- Comunicación deficiente.
- Falta de conocimiento y entrenamiento.
- Incumplimiento de normas y procedimientos de trabajo.
- Errores en el manejo del sistema de información (Programación, SGH).
- Exceso de confianza.

OTRAS CAUSAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MINISTERIO DE SALUD GESTION DE LA CALIDAD

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EVITAR QUE SE PRODUZCAN SUCESOS ASI:

CAUSA IDENTIFICADA	QUE HACER	QUIEN	CUANDO		
			D	M	A

VERIFICACION DE LAS ACCIONES DE INTERVENCION Y CIERRE DEL REPORTE.

Fecha de Verificación	
Jefe de área:	
Observaciones:	
Jefe de Unidad de Gestión de la Calidad :	
Responsable de Seguridad del Paciente:	

INFORMACION DEL REPORTANTE:

CARGO	SERVICIO

MINISTERIO DE SALUD GESTION DE CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

ANEXO 3

GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

I. FINALIDAD:

Mejorar la Seguridad del paciente y la Calidad de atención mediante la implementación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en el Hospital Sergio E. Bernales.

II. OBJETIVO GENERAL:

Establecer el procedimiento a seguir en los lineamientos en la verificación de criterios mínimos para la seguridad del paciente quirúrgico del Hospital Sergio E. Bernales.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Implementar el uso de la lista de chequeo de criterios mínimos de seguridad quirúrgica en el HSEB.
- Registrar información sobre la aplicación de los criterios de cirugía segura.
- Identificar, analizar y plantear solución ante prácticas inseguras en la atención de los pacientes en Centro Quirúrgico.
- Sensibilizar al personal de los Departamentos Quirúrgicos: Cirugía, Gineco Obstetricia, Anestesiología y Centro Quirúrgico sobre la importancia de la Cirugía Segura.

III. DEFINICIÓN:

La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía es una herramienta para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos.

Se enmarca en el Reto Mundial "La Cirugía Segura Salva Vidas", de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir el número de complicaciones de origen quirúrgico.

La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía se ha diseñado asimismo para que sea simple y breve. Se trata de verificar hasta qué punto están integradas esas medidas esenciales de seguridad en las Intervenciones quirúrgicas.

MINISTERIO DE SALUD GESTION DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

Cada uno de los puntos de control de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía ha sido incluido basándose en la evidencia científica, o en la opinión de los expertos de que su inclusión puede reducir la probabilidad de daño quirúrgico serio, evitable, y considerando que es poco probable que la adherencia al mismo origine daños o costes significativos.

IV. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

Los Coordinadores o responsables de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del Hospital Sergio E. Bernales a los profesionales de Enfermeras que se desempeñan en cada turno quirúrgico:

- Enfermera Circulante 1er Turno Quirúrgico (7.00am a 1.00pm)
- Enfermera Circulante 2do Turno Quirúrgico (1.00pm a 7.00 pm)
- Enfermera Circulante 3er Turno Quirúrgico (7.00pm a 7.00am)

Designar como Miembros del "Equipo Conductor de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del HSEB" al profesional que se desempeña como circulante en cada turno quirúrgico los siguientes:

• Enfermeras de Centro Quirúrgico	Lic. Laura Roa Campos
	Lic. Maria E. Ricra Ricra
	Lic. Milagros Hurtado Morales
	Lic. Bidelmina M. Quiñones Córdova
	Lic. Maribel N. Rivera Vega
• Jefe del Dpto Anestesiología y Centro Quirúrgico.	MC Julio C. Calderón Vivanco
• Representante del Dpto de Cirugía	MC: Gilmar Hurtado Guerrero
• Representante del Dpto de Gineco Obstetricia	MC. José M. Vílchez Requejo
• Representante del Servicio de Cirugía	MC. Elva R. Aguilar Linares
• Responsable de la Unidad de Gestión de Calidad	Dra Obst. Eida F. Valdiviezo Campos
• Área de Seguridad del Paciente	Bach. Enf. Verónica J, Carbajal Gómez

4.1 Verificación de la Seguridad Quirúrgica

a. La Verificación de la *Seguridad Quirúrgica* es el proceso por el cual el personal profesional de salud que realice una intervención quirúrgica o algún *Procedimiento en Sala de Operaciones* comprueba la aplicación de los criterios mínimos

MINISTERIO DE SALUD GESTION DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

establecidos por la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* para su ejecución.

b. La comprobación de los criterios mínimos para una cirugía segura se lleva a cabo mediante la aplicación de una lista de chequeo, con la cual se examinan las condiciones en las que el paciente ingresa y sale de la Sala de Operaciones de Centro Quirúrgico.

4.2 Responsabilidades en la ejecución de la Lista de Chequeo

a. La responsabilidad en el cumplimiento del llenado de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura será compartida por las Jefaturas del Departamento de Anestesiología, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Jefatura de Enfermería de Centro Quirúrgico

b. El responsable de la capacitación del personal en el uso del formato de lista de chequeo será del equipo conductor de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura del Hospital Sergio E. Bernales

c. La difusión de los lineamientos básicos de cirugía segura entre el personal profesional de salud será de responsabilidad de la Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación con la Oficina de Comunicaciones del Hospital Sergio E. Bernales.

d. El abastecimiento de los formatos de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura estará a cargo de la Jefatura del Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico.

e. Los responsables del Monitoreo del cumplimiento de la ejecución de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura por parte del personal de salud las Jefaturas del Departamento de Anestesiología, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Jefatura de Enfermería de Centro Quirúrgico

f. El Coordinador responsable de dirigir todos los componentes de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura y chequear las casillas del listado durante el turno quirúrgico estará a cargo de el/la enfermero (a) circulante, debiéndose garantizar su programación en el rol.

4.3 Formato Lista de Chequeo de Cirugía Segura

a. El formato se encuentra dividido en 4 partes:

- Datos Generales del Paciente
- Registro antes de la induccion de la anestesia
- Registro antes de iniciar la intervención o procedimiento.
- Registro antes de salir de Sala de Operaciones.

b. La verificación de la seguridad del paciente será registrada en tres (3) momentos: al

ingreso del paciente a Centro Quirúrgico; al ingreso del paciente a Sala de Operaciones; y antes de salir de Sala de Operaciones

.

c. El llenado del formato se hará en base a la Directiva planteada.

d. La auditoría de la calidad de registro del formato de Lista de Chequeo de Cirugía Segura será llevado a cabo por la Oficina de Gestión de la Calidad, en coordinación con el Departamento de Enfermería.

e. El Formato de la Lista de Verificación de Cirugía Segura original debe de colocarse en la Historia Clínica de cada paciente y la copia será entregada a la Oficina de Gestión de la Calidad semanalmente.

4.4 Procedimiento Formato Lista de Chequeo de Cirugía Segura

a. La aplicación de la lista de chequeo de Cirugía Segura se iniciará cuando el personal de enfermería recibe al paciente en Centro Quirúrgico.

.

b. La Enfermera circulante de sala de operaciones es la persona responsable del llenado del formato de la Lista de Chequeo.

.

c. La enfermera circulante aplica la lista de chequeo en tres (3) momentos: antes de la inducción de la anestesia, antes de iniciar la incisión y antes de salir de Sala de Operaciones, registrando los datos de acuerdo a lo indicado en la lista de chequeo..

d. Al ingreso del paciente a Sala de Operaciones: Se debe registrar los datos en el formato de la lista de chequeo. La información es solicitada al Médico Cirujano, al Médico Anestesiólogo y la Enfermera instrumentista.

e. Antes de salir de Sala de Operaciones: Se registran los datos en el formato de la lista de chequeo correspondiente. La información será solicitada al Médico Cirujano, al Anestesiólogo y a la Enfermera instrumentista según lo indicado en las instrucciones para el llenado del formato.

f. Al finalizar el llenado de la Lista de Chequeo, el equipo responsable de la intervención quirúrgica o del procedimiento realizado en Sala de Operaciones deben firmar el formato. La enfermera circulante se encarga de la entrega del formato a la Jefatura del Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico y Central de Esterilización en forma diaria.

4.5 Procedimiento para el Procesamiento y análisis de la información

a. La Jefatura de Enfermería en Centro Quirúrgico recibe diariamente las copias de los formatos llenados por las enfermeras circulantes, los mismos que se agrupan y son entregados cada fin de semana a la Oficina de Gestión de la Calidad.

b. La Oficina de Gestión de la Calidad lleva a cabo el ingreso de la información de los formatos físicos a medio electrónico para luego ser procesados y consolidados.

c. La Oficina de Gestión de la Calidad presentará un informe cada trimestre a la Dirección General, Jefes de los Departamentos de Cirugía, Gineco-Obstetricia; Anestesiología, y Enfermería.

d. La Dirección General y Jefaturas antes mencionadas se encargaran de socializar con todo el personal a su cargo la información derivada del cumplimiento del llenado de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.

4.6 Procedimiento para la difusión de la información

a. La difusión de la información registrada se lleva a cabo mediante un consolidado trimestral de hallazgos, en el cual se obviarán los nombres y números de historias clínicas de los pacientes, así como los datos de los profesionales que registraron la información.

b. La información registrada en los formatos será confidencial, por lo que su consulta sólo podrá ser hecha con autorización de la Dirección General del Hospital.

V. RESPONSABILIDADES

5.1 La aplicación de la presenta Directiva es responsabilidad de los Jefes de Anestesiología, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Jefatura de Enfermería de Centro Quirúrgico.

5.2 Aplicación de Encuesta semestral para evaluar el grado de cumplimiento de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por el equipo Conductor del Anexo N° 02 y enviarla a la Dirección General conocimiento y demás fines.

5.3 La Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación con la Oficina de Comunicaciones apoyarán en las actividades de difusión de la presente Directiva.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

FECHA:

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

RESPONSABLE DE LA INFORMACION:

Direccion del Estab. de Salud — Oficina de Epidemiologia

Unidad de Calidad — Dpto. Enfermeria

Centro Quirurgico — Dpto./ Servicio de Cirugia

Otros(especificar):

NOMBRE Y CARGO DEL PROFESIONAL QUE INFORMA:

SEMESTRE QUE INFORMA:

1. En su establecimiento de Salud ¿ Se ha implementado la Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia?

SI ☐ ☐ **NO**

En caso respondiera NO. ¿Por qué?

En caso respondiera SI ( ) Pasa a la preg. 2

2. ¿Cuál es el porcentaje de aplicación de la Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia en esu establecimiento? ☐

3. ¿Se realizo la sensibilizacion/preparacion previa al profesional asistencial del establecimiento?

SI ☐ ☐ **NO**

Ha detectado problemas para implementar la Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia?

SI ☐ ☐ **NO**

En caso respondiera SI, relacionados a:

Falta de personal ☐

Falta de conocimiento de personal ☐

falta de motivacion del personal ☐

Falta de entrenamiento del personal ☐

Procesos administrativos como:

Distribucion del personal/tareas ☐

Infraestructura ☐

Equipamiento ☐

Insumos ☐

Apoyo a la gestion ☐

Otros especificar:

4. Han elaborado algun indicador relacionado con la Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia

SI ☐ ☐ **NO**

En caso respondiera SI ¿Cuáles?

MINISTERIO DE SALUD - GESTION DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

¿Qué otros indicadores cree usted que se podrian medir?

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

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

SI ☐ ☐ **NO**

En caso que respondiera SI, ¿Por qué?

7. Indique el Numero de quirófanos presupuestados

☐

8. Indique el Numero de quirófanos operativos

☐

9. ¿Cuál es el tiempo promedio en días que espera el paciente desde que se define la necesidad de la intervención quirúrgica en consultorio externo y es hospitalizado para programar la cirugía?

☐

10. ¿Cuál es el porcentaje de intervenciones quirurgicas programadas durante:

El año pasado ☐ El primer semestre de este año ☐

11. ¿Cuenta con farmacia en centro quirurgico?

SI ☐ ☐ **NO**

12¿ Cual es el porcentaje de desabastecimiento de medicamentos trazadores para el centro quirurgico?

☐

13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intraoperatoria?

☐

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

☐

15¿ Cual es la tasa de reintervenciones no programadas?

☐

16. ¿Cuál es el numero de cirugias electivas realizadas?

El año pasado ☐ El primer semestre de este año ☐

17. ¿Cuál es el numero de cirugias de emergencia realizadas?

El año pasado ☐ El primer semestre de este año ☐

18¿ Cual es el numero de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugias electivas?

☐

19¿ Cual es el numero de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugias de emergencia?

☐

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES