



RESOLUCION DIRECTORAL

Huaycán, 06 JUN 2025

VISTO:

El Expediente N° 25-008837-001, que contiene el Informe Técnico N° 001-2025-ETGC-D/HH del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad, la Nota Informativa N° 59-2025-UPE-HH de la Unidad de Planeamiento Estratégico y el Informe Legal N° 056-2025-ETAL-DE-HH del Equipo de Trabajo de Asesoría Legal, y;

CONSIDERANDO:

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

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo; así también establece como uno de sus componentes, la Garantía y Mejoramiento de la Calidad, siendo una de las principales procesos la Seguridad del Paciente con herramientas prácticas para hacer más seguro los procesos de atención, protegiendo al paciente de riesgos evitables;

Que, con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprobó la Política Nacional de Calidad en Salud, que tiene por objeto establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de la salud en el sistema de salud en el Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 095-2012/MINSA, se aprobó la Guía Técnica: "Guía para la elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad", la cual tiene por finalidad contribuir a la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud y sus actividades, dirigidas a la mejora continua de los procesos a través de la aplicación de técnicas y herramientas para la gestión de la calidad;

Que, mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, se aprobó el Reglamento de establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el mismo que tiene por objeto establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;



Que, el artículo 9° del citado reglamento señala que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos integralmente contra riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponda;

Que, con Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", con el objetivo de establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, que expide el Ministerio de Salud, en el marco de sus funciones rectoras;

Que, a través de la Resolución Directoral N° 030-20185-D-HH-MINSA, de fecha 28 de febrero de 2018, se aprobó la "Directiva Administrativa N° 002-HH-MINSA/AP-UPE V.01" denominada "Lineamientos para la elaboración de los Planes de Trabajo en el Hospital de Huaycán", el cual tiene como objetivo establecer los lineamientos para la elaboración de los planes de Trabajo en cumplimiento de los objetivos institucionales permitiendo la mejora continua;

Que, con Resolución Directoral N° 74-2024-D-HH-MINSA, de fecha 08 de abril del 2024, se aprobó el "Plan de Seguridad del Paciente 2024" del Hospital de Huaycán;

Que, mediante Informe Técnico N° 001-2025-ETGC-D/HH, de fecha 29 de mayo del 2025, la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad remite a la Dirección el sustento técnico, así como el "Plan de Seguridad del Paciente 2025" del Hospital de Huaycán, para su aprobación mediante el acto resolutivo correspondiente, con eficacia anticipada al 03 de enero del 2025;

Que, el citado Plan tiene como objetivo general garantizar la seguridad del paciente durante el proceso de atención en salud en el Hospital de Huaycán, a través del fortalecimiento de una cultura de seguridad orientada a minimizar al máximo los riesgos y posibles daños que pudiera surgir como consecuencia de la atención;

Que, con Nota Informativa N° 59-2025-UPE-HH, de fecha 21 de mayo del 2025, el Jefe de la Unidad de Planeamiento Estratégico ha emitido pronunciamiento favorable en atención al Informe Técnico N° 0029-2025-ETPL-UPE/HH del Equipo de Trabajo de Planeamiento, ya que contempla los aspectos necesarios a la estructura establecida de acuerdo a la "Directiva Administrativa N° 002-HH-MINSA/AP-UPE V.01" denominada "Lineamientos para la elaboración de los Planes de Trabajo en el Hospital de Huaycán";

Que, asimismo, señala que respecto a la factibilidad de financiar el citado Plan, se efectuará mediante saldos disponibles en el Programa Presupuestal N° 00142;

Que, con la finalidad de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnicos administrativos a nivel institucional, resulta pertinente atender lo solicitado por el Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad y, en consecuencia, emitir el correspondiente acto resolutivo, aprobando el: "Plan de Seguridad del Paciente 2025" del Hospital de Huaycán;



Que, en el numeral 17.1 del artículo 17 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establece que: "La autoridad podrá disponer en el mismo acto administrativo que tenga eficacia anticipada a su emisión, solo si fuera más favorable a los administrados, y siempre que no lesione derechos fundamentales o intereses de buena fe legalmente protegidos a terceros y que existiera en la fecha a la que pretenda retrotraerse la eficacia del acto el supuesto de hecho justificativo para su adopción";

Con las visaciones de la Coordinadora del Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad, la Jefatura de la Unidad de Planeamiento Estratégico y el Coordinador del Equipo de Trabajo de Asesoría Legal;

De conformidad con la Resolución Ministerial N° 190-2004/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Huaycán y en uso de las atribuciones delegadas mediante Resolución Ministerial N° 089-2025/MINSA;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. – **APROBAR** con eficacia anticipada al 03 de enero del 2025, el “**PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025**” del Hospital de Huaycán, por las consideraciones expuestas en la presente resolución, que en adjunto forma parte integrante de la presente resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. – **DISPONER** que el Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad sea responsable de velar por la supervisión y monitoreo de la implementación del Plan aprobado en el artículo primero de la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO. - **DISPONER** que el Equipo de Trabajo de Comunicaciones e Imagen Institucional se encargue de publicar la presente resolución en la página Institucional del Hospital de Huaycán, el mismo día de su aprobación.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

 **MINISTERIO DE SALUD**
HOSPITAL DE HUAYCÁN

M.C. NIGGEN PERCY HUAMANI QUISPE
CMP. 41632
DIRECTOR

NPHQ/ICC/MFML/LEOV/kmhb

Distribución:

- () Dirección
- () Unidad de Planeamiento Estratégico
- () Equipo de Trabajo de Gestión de la Calidad
- () E.T. Asesoría Legal
- () E.T. Comunicaciones
- () Archivo



PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025

HOSPITAL DE HUAYCÁN



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

HOSPITAL DE HUAYCAN

DIRECCION

MC NIGOEN PERCY HUAMANI QUISPE

Coord. E.T. de Gestión de la Calidad

LIC. CONDOR CAMPOS IRMA

Equipo Responsable

Dr. BERNAOLA CUADROS LEONID RICHARD

Dra. NAMUCHE DONAYRE JEANETTE CAROLINA

ZAPATA PARE ANYELINA RUBY





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

II. DATOS GENERALES

- | | |
|----------------------------|---|
| a. ENTIDAD | : MINISTERIO DE SALUD |
| b. DEPENDENCIA | : HOSPITAL DE HUAYCAN |
| c. LUGAR | : Av. José Carlos Mariátegui S/N Zona "B" |
| d. CENTRO DE COSTO | : Dirección |
| e. EQUIPO DE TRABAJO | : E.T. Gestión de la Calidad |
| f. CATEGORÍA PRESUPUESTAL | : 9001. Acciones Centrales |
| g. PRODUCTO PRESUPUESTAL | : 3999999. Sin Producto |
| h. ACTIVIDAD PRESUPUESTAL | : 5000003. Gestion Administrativa |
| i. SUB-FINALIDAD /TAREA | : 0007981. Acciones del Sistema de Gestión
de la Calidad |
| j. TIEMPO DE DURACIÓN | : Periodo 2025 |
| k. DIRECTOR | : M.C. Nigoen Percy Huamani Quispe |
| l. JEFE DE UNIDAD ORGÁNICA | : M.C. Nigoen Percy Huamani Quispe |
| m. COORDINADOR DE E. T. | : Lic. Irma Condor Campos |
| n. BENEFICIARIOS | : Usuarios internos del Hospital de Huaycán |





III. INTRODUCCION

El panorama mundial de la atención sanitaria está cambiando, en un contexto en el que los sistemas de salud deben funcionar en circunstancias cada vez más complejas. Si bien los nuevos modelos de tratamiento, tecnologías y atención pueden ofrecer amplias posibilidades terapéuticas, cada año, millones de pacientes sufren lesiones o mueren a causa de una atención sanitaria poco segura y de mala calidad. Muchas prácticas médicas y riesgos relacionados con la atención sanitaria se están convirtiendo en problemas importantes para la seguridad de los pacientes y contribuyen significativamente a la carga de daños por atención poco segura.

La situación señalada convierte a la seguridad del paciente – durante la prestación de servicios de salud seguros y de alta calidad – como un requisito previo para fortalecer los sistemas de atención de la salud y avanzar hacia una cobertura sanitaria universal efectiva para garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades.

En ese sentido, la seguridad del paciente tiene como objetivo prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. La piedra angular para lograr dicho objetivo es la mejora continua, basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos.

Por ello, el Hospital de Huaycán, a través de su Equipo Técnico de Gestión de la Calidad, propone el presente Plan de Seguridad del Paciente 2025 el cual propone un conjunto de actividades orientadas a lograr un entorno hospitalario a prueba de errores, en el que los sistemas, los procesos y tareas estén bien diseñados, centrándonos en los sistemas que permite que se produzca el daño para que haya una mejora, propiciando un entorno abierto y transparente en el que prevalezca una cultura de seguridad.

El presente plan incluye actividades y metas orientadas a lograr la seguridad del paciente durante el proceso de atención en salud en el Hospital de Huaycán, mediante el fortalecimiento de una cultura de seguridad que busca reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de su atención. Ello se plantea la promoción y fortalecimiento de la Higiene de Manos, las Rondas de Seguridad del Paciente, la aplicación de la Lista de verificación de la seguridad de la cirugía y el Registro y Notificación de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.



IV. BASE LEGAL



1. Ley N.º 26842, "Ley General de Salud".
2. Ley N.º 29414, "Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud".
3. Decreto Legislativo N.º 1161, "Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".
4. Decreto Supremo N.º 013-2006-SA, "Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
5. Decreto Supremo N.º 008-2017-SA, "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud".



6. Resolución Ministerial N.º 1472-2002-SA/DM, "Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria".
7. Resolución Ministerial N.º 452-2003-SA/DM, "Manual de Aislamiento Hospitalario".
8. Resolución Ministerial N.º 753 - 2004/MINSA, "Norma técnica de Prevención y Control de las infecciones Intrahospitalarias".
9. Resolución Ministerial N.º 489-2005/MINSA, "Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios".
10. Resolución Ministerial N.º 519-2006/MINSA, "Documento Técnico Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
11. Resolución Ministerial N.º 523-2007/MINSA, "Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias".
12. Resolución Ministerial N.º 184-2009/MINSA, "Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias".
13. Resolución Ministerial N.º 727-2009/MINSA "Política Nacional de Calidad en Salud".
14. Resolución Ministerial N.º 308-2010/MINSA, "Lista de verificación de la seguridad de la cirugía".
15. Resolución Ministerial N.º 1021-2010-MINSA, "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
16. Resolución Ministerial N.º 372-2011/MINSA, "Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
17. Resolución Ministerial N.º 546-2011/MINSA, "Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector Salud".
18. Resolución Ministerial N.º 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".
19. Resolución Ministerial N.º 773-2012/MINSA, "Directiva Sanitaria para Promocionar el Lavado de Manos Social como práctica Saludable en el Perú".
20. Resolución Ministerial N.º 660-2014/MINSA, "Norma Técnica de Salud de Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención".
21. Resolución Ministerial N.º 168-2015/MINSA, "Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".
22. Resolución Ministerial N.º 302-2015/MINSA, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud".
23. Resolución Ministerial N.º 414-2015/MINSA, "Documento Técnico Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica".
24. Resolución Ministerial N.º 255-2016/MINSA, "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
25. Resolución Ministerial N.º 1295-2018/MINSA, "Norma Técnica de Salud: Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación".
26. Resolución Ministerial N.º 163-2020-MINSA, "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".
27. Resolución Jefatural N.º 631-2016/IGSS, aprueba la Directiva Sanitaria N.º 005-IGSS/V.01, "Sistema de Registro y Notificación de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".





28. Resolución Jefatural N.º 764-2016/IGSS, aprueba la Directiva Sanitaria N.º 009-IGSS/V.01, "Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud".
29. Resolución Directoral N.º 00138-2005-DISA IV LE-DG-DESP-OAJ, otorga la Categoría II-1 "Hospital de Baja Complejidad Huaycán".
30. Resolución Directoral N.º 22 -2023 -D-HH-MINSA, Reconforma el Equipo Coordinadores de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por Turno Quirúrgico para el periodo 2023 del Hospital de Huaycán.
31. Resolución Directoral N.º 009 -2025 -D-HH-MINSA, Ratifica el Equipo de Rondas de Seguridad del Hospital de Huaycán, para el periodo 2025.
32. Resolución Directoral N.º 065 -2025 -D-HH-MINSA, Reconforma el Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2025 del Hospital de Huaycán.
33. Resolución Directoral N.º 073 -2025 -D-HH-MINSA, Ratifica el Equipo coordinador de la Implementación del Proceso de Higiene de Manos 2025 en el Hospital de Huaycán.
34. Resolución Directoral N.º 074 -2025 -D-HH-MINSA, Conformar el Comité de Seguridad del Paciente 2025 del Hospital de Huaycán.

V. MARCO TEÓRICO

Seguridad del Paciente es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

Para brindar una atención sanitaria segura al paciente, se debe reducir al mínimo el riesgo que ello implica, entendiéndolo como el factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.

La Gestión del Riesgo es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados.

La gestión del riesgo busca:

1. Evitar las **acciones inseguras**, es decir, aquellas conductas que ocurren durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo.
2. Evitar los **incidentes relacionados con la seguridad del paciente**, es decir, aquellos sucesos imprevistos y no intencionales durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias.
3. Reducir al mínimo los **eventos adversos**, es decir, las lesiones o resultados indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud, debido a errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente, especialmente aquellos que producen la muerte o un



daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida del paciente, es decir, un **evento centinela**.

4. Reducir al mínimo las **Infecciones Asociada a la Atención de Salud – IAAS**, es decir, aquella condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o su(s) toxina(s) en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria.

Para ello, es necesario:

1. Identificar, analizar y evaluar el riesgo - **apreciación del riesgo**.
2. Adoptar **acciones de mejora**, mediante un conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos, con el fin de **prevenir el riesgo**, adoptando medidas orientadas a aminorar la frecuencia y la gravedad del riesgo, modificando el sistema para reducir las probabilidades de que surja el temido evento y regresar a un nivel de riesgo aceptable. Para ello es necesario implementar entre otras medidas, las siguientes:
 - a. **Higiene de manos**: Es la medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano.
 - b. **Ronda de Seguridad del Paciente**: Es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.
 - c. **Lista de verificación de la seguridad de la cirugía**: Es una herramienta que se encuentra a disposición de los profesionales sanitarios con el objetivo de mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas, reduciendo así cualquier evento adverso que pueda ocurrir.
 - d. **Registro y Notificación de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas**: Es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.

En último término, se trata pues de implantar un **Cultura de Seguridad**, caracterizado por un 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.



**PERÚ****Ministerio
de Salud****Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud****Hospital de Huaycán**

VI. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

6.1. Rondas de seguridad del Paciente

Durante el año 2022 se efectuaron 12 Rondas de Seguridad del Paciente a razón de una por mes, a los servicios de Ginecología (2), Medicina (2), Pediatría (2), Cirugía (2), Emergencia (2), Neonatología (1) y Traumatología (1). Los resultados en términos de porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas de atención en salud y valoración del riesgo se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro n. ° 01
Cumplimiento de Buenas Prácticas y Valoración de Riesgo*
según Servicio evaluado. Hospital de Huaycán. Año 2022.

UPSS	% De cumplimiento de Buenas Prácticas		Valoración de Riesgo	
	Semestre I	Semestre II	Semestre I	Semestre II
Servicio de Ginecología	80	82	IMPORTANTE	MODERADO
Servicio de Medicina	72	73	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Servicio de Pediatría	86	87	MODERADO	MODERADO
Servicio de Cirugía	65	79	INTOLERABLE	IMPORTANTE
Servicio de Emergencia	73	78	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Neonatología	78		IMPORTANTE	
Traumatología	80		IMPORTANTE	

(*) Intolerable (50-65%), Importante (66-80%), Moderado (81-94%), Riesgo Muy Bajo (95-99%)

Fuente: Informe de Rondas de Seguridad del Paciente 2022.

Elaborador por: E.T de Gestión de la Calidad.

Según se advierte en el cuadro anterior, la valoración de riesgo en los servicios evaluados fluctúa entre "Intolerante" y "Moderado", no habiéndose encontrado ningún servicio con riesgo muy bajo. Sin embargo, el servicio de cirugía paso de riesgo "intolerable" en el primer semestre a riesgo "importante" en el segundo semestre. Por otro lado, el servicio de ginecología paso de riesgo "importante" en el primer semestre a riesgo "moderado" en el segundo semestre. En ambos casos se evidencia mejoría.

Durante el año 2023 se efectuaron 12 Rondas de Seguridad del Paciente a razón de una por mes, a los servicios de Traumatología (2), Medicina (2), Ginecología - obstetricia (2), Pediatría (2), Emergencia (2) y Cirugía y Anestesiología (2). Los resultados en términos de porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas de atención en salud y valoración del riesgo se muestran en el cuadro siguiente:





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

Cuadro n. ° 02
Cumplimiento de Buenas Prácticas y Valoración de Riesgo*
según Servicio evaluado. Hospital de Huaycán. Año 2023.

UPSS	% De cumplimiento de		Valoración de Riesgos	
	Semestre I	Semestre II	Semestre I	Semestre II
Servicio de cirugía y Anestesiología (Traumatología)	79%	71%	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Servicio de Medicina	61%	71%	INTOLERABLE	IMPORTANTE
Servicio de Gineco – Obstetricia	75%	75%	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Servicio de Pediatría	80%	82%	IMPORTANTE	MODERADO
Servicio de Emergencia	76%	75%	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Servicio de Cirugía y Anestesiología	79%	71%	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Promedio	75%	74%		

(*) Intolerable (50-65%), Importante (66-80%), Moderado (81-94%), Riesgo Muy Bajo (95-99%)

Fuente: Informe de Rondas de Seguridad del Paciente 2022.

Elaborador por: E.T de Gestión de la Calidad.

Se advierte en el cuadro anterior, que la valoración de riesgo en los servicios evaluados fluctúa entre “Intolerante” y “Moderado”, no habiéndose encontrado ningún servicio con riesgo muy bajo. Sin embargo, el servicio de medicina paso de riesgo “intolerable” en el primer semestre a riesgo “importante” en el segundo semestre. Por otro lado, el servicio de pediatría paso de riesgo “importante” en el primer semestre a riesgo “moderado” en el segundo semestre. En ambos casos se evidencia mejoría.

Durante el año 2024 se efectuaron 12 Rondas de Seguridad del Paciente a razón de una por mes, a los servicios de Pediatría (2), Ginecología - obstetricia (2), Emergencia (2), UVI (2), Centro Obstétrico (2) y Centro Quirúrgico (2). Los resultados en términos de porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas de atención en salud y valoración del riesgo se muestran en el cuadro siguiente:

Cuadro n. ° 03
Cumplimiento de Buenas Prácticas y Valoración de Riesgo*
según Servicio evaluado. Hospital de Huaycán. Año 2024.

UPSS	% de Cumplimiento de		Valoración de Riesgos	
	Semestre I	Semestre II	Semestre I	Semestre II
Servicio de Pediatría	70 %	70%	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Servicio de Gineco – Obstetricia (Patología)	70%	70%	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Servicio de Gineco – Obstetricia (Centro Obstétrico)	70%	73%	IMPORTANTE	IMPORTANTE
UVI	70%	70%	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Servicio de Cirugía y Anestesiología (Centro Quirúrgico)	70%	72%	IMPORTANTE	IMPORTANTE
Servicio de Emergencia	70%		IMPORTANTE	IMPORTANTE
Promedio	70%	71%	IMPORTANTE	IMPORTANTE

(*) Intolerable (50-65%), Importante (66-80%), Moderado (81-94%), Riesgo Muy Bajo (95-99%)

Fuente: Informe de Rondas de Seguridad del Paciente 2022.

Elaborador por: E.T de Gestión de la Calidad.

Según se advierte en el cuadro anterior, la valoración de riesgo en los servicios evaluados es de nivel “Importante”, no habiéndose encontrado ningún servicio con riesgo muy bajo. Sin embargo, el servicio de gineco - obstetricia paso de un porcentaje de “70%” en el primer semestre a un





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

porcentaje de "73%" en el segundo semestre. Por otro lado, el servicio de Cirugía y Anestesiología (Centro Quirúrgico) paso de porcentaje de "70%" en el primer semestre a un porcentaje de "72%" en el segundo semestre. En ambos casos se evidencia mejoría.

De acuerdo con los resultados expuesto, en los años 2022, 2023 y 2024, el porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas ha mostrado un comportamiento fluctuante, haciendo que la valoración de riesgos varíe entre "Intolerable", "Moderado" e "Importante", siendo la valoración "importante" la que más predomina. En tal sentido, en el periodo señalado, se advierte un estancamiento en el cumplimiento de buenas prácticas, lo que sigue manteniendo un riesgo significativo para la seguridad de los pacientes.

6.2. Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.

Durante el año 2023 se realizaron 420 intervenciones quirúrgicas, habiéndose aplicado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) a todas ellas.

Cuadro n. ° 04
Número de Intervenciones Quirúrgicas en las que se aplicó la Lista de Seguridad de la Cirugía. Hospital de Huaycán. Año 2023.

Mes	N. ° de Intervenciones Quirúrgica
Enero	18
Febrero	45
Marzo	60
Abril	50
Mayo	44
Junio	28
Julio	30
Agosto	42
Setiembre	30
Octubre	25
Noviembre	24
Diciembre	24
Total	420

Fuente: Informe de Lista de Seguridad de la Cirugía 2023
Elaborador por: E.T de Gestión de la Calidad

Durante el año 2024 se realizaron 603 intervenciones quirúrgicas, habiéndose aplicado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) a todas ellas.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

Cuadro n. ° 05
Número de Intervenciones Quirúrgicas en las que se aplicó la Lista de
Seguridad de la Cirugía. Hospital de Huaycán. Año 2024.

Mes	N° de Intervenciones Quirúrgica
Enero	103
Febrero	128
Marzo	123
Abril	119
Mayo	128
Junio	91
Julio	100
Agosto	115
Setiembre	113
Octubre	101
Noviembre	98
Diciembre	76
Total	603

Fuente: Informe de Lista de Seguridad de la Cirugía 2024
Elaborador por: E.T de Gestión de la Calidad

6.3. Registro y Notificación de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas

De acuerdo con el registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas, durante el año 2022 se registraron y notificaron 4 eventos adversos, en los meses de enero (1), marzo (1), setiembre (1) y diciembre (1).

Asimismo, durante el periodo 2023 se registraron y notificaron 15 eventos adversos en los meses de enero (1), febrero (2), marzo (3), abril (3), junio (1), julio (1), agosto (2), setiembre (1) y noviembre (1).

Por otro lado, durante el periodo 2024 se registraron y notificaron 30 eventos adversos en los meses de febrero (2), marzo (3), abril (3), mayo (5), junio (6), julio (1), agosto (1), setiembre (3), octubre (2), noviembre (3) y diciembre (1).

Se advierte pues que en el año 2024 hubo un incremento significativo de eventos adversos registrados y notificados, elevándose 30 eventos registrados con relación al año 2022 y 2023.

Asimismo, se advierte que (11) de los eventos adversos registrados y notificados en el año 2024, ocurrieron en el II trimestre.

Los datos señalados se muestran en el cuadro siguiente:





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

Cuadro n. ° 06
Registro y Notificación de incidentes, Eventos Adversos
y Eventos Centinelas. Hospital de Huaycán. Año 2022-2024.

Mes	Eventos Adversos		
	2022	2023	2024
Enero	1	1	0
Febrero	0	2	2
Marzo	1	3	3
Abril	0	3	3
Mayo	0	0	5
Junio	0	1	6
Julio	0	1	1
Agosto	0	2	1
Setiembre	1	1	3
Octubre	0	0	2
Noviembre	0	1	3
Diciembre	1	0	1
Total	4	15	30

Fuente: Registro y Notificación de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas 2022-2024.

Elaborador por: E.T de Gestión de la Calidad

6.4. Higiene de Manos

En el primer semestre de año 2022, se efectuó una evaluación respecto a la adherencia del lavado de manos en el Hospital de Huaycán.

Entre los principales resultados se obtuvo:

- De 197 trabajadores de salud evaluados, 152 (77.16%) cumplieron con la higiene de manos y 45 (22.84%) no lo hicieron.
- Entre los grupos profesionales, el cumplimiento del lavado de manos alcanza al 64.42% de los médicos, 66.67% de la Obstetrickes, 80.46% de las enfermeras y 83.87% en los técnicos de enfermería.
- Los servicios no quirúrgicos son los menos adherentes frente a los quirúrgicos.

Durante el año 2023 no se efectuó la evaluación de la adherencia del lavado de manos en el Hospital de Huaycán.

En el 2024, durante las (12) Rondas de Seguridad del Paciente programadas, se llevaron a cabo las evaluaciones respecto a la adherencia del lavado de manos en el Hospital de Huaycán.

VII. JUSTIFICACIÓN

La identificación de incumplimientos de buenas prácticas de atención en salud y, por lo tanto, una baja valoración del riesgo durante el año 2024, justifica la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos

**PERÚ****Ministerio
de Salud****Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud****Hospital de Huaycán**

identificados y mitigar sus efectos, mediante una adecuada gestión del riesgo que permita mejorar la seguridad del paciente.

En este sentido, contar con un Plan de Seguridad del Paciente 2025, que prevea actividades orientadas a la identificación, mitigación, evaluación y retroalimentación de situaciones que pongan en riesgo la seguridad del paciente, resulta imprescindible, toda vez que se constituye como un instrumento necesario para la programación y ejecución temporal de las actividades programadas, así como su monitoreo, evaluación y la asignación de los recursos financieros y logísticos correspondientes.

VIII. FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Garantizar la seguridad del paciente durante el proceso de atención en salud en el Hospital de Huaycán, a través del fortalecimiento de una cultura de seguridad orientada a minimizar al máximo los riesgos y posibles daños que pudiera surgir como consecuencia de la atención.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

OE1:

Promover y fortalecer la higiene de manos como una medida para la reducción de la transmisión de enfermedades infecto contagiosas.

OE2:

Promover y fortalecer la ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente como una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud.

OE3:

Promover y fortalecer la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía como una herramienta para mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas.

OE4:

Promover y fortalecer el Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas como una herramienta para el análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.

ACTIVIDADES:

OE1:

1. Reunión de socialización de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.
2. Reunión de asistencia técnica para la implementación de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.
3. Capacitación proceso de higiene de manos al personal de la salud.





4. Supervisión y monitoreo de la implementación de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.
5. Evaluación de la implementación de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.

OE2:

1. Elaboración de los Listados de Criterios de Evaluación que se aplicaran a la UPSS a visitar en cada ronda de Seguridad.
2. Realizar rondas de seguridad del paciente.
3. Supervisión de los planes de acción para la implementación de acciones correctivas.
4. Monitoreo de la implementación de acciones correctivas.

OE3:

1. Capacitación a jefes de servicios y equipos de salud en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
2. Difusión sobre la importancia del uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
3. Designar a un coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por turno.
4. Desarrollar la encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
5. Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
6. Monitoreo de los resultados quirúrgicos a partir de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
7. Evaluación del cumplimiento de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y la medición del impacto.

OE4:

1. Registro y Notificación de Incidentes.
2. Registro y Notificación de Eventos Adversos.
3. Registro y Notificación de Eventos Centinelas.
4. Análisis de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas notificados y propuestas de acciones correctivas.





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

5. Supervisión, monitoreo y evaluación de la implementación de acciones correctivas.

IX. POBLACION OBJETIVO

Dirigido a todas las unidades orgánicas y funcionales del Hospital de Huaycán con mayor énfasis en aquellas que participan en la entrega de servicios de salud.

X. RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

10.1. Bienes en Almacén:

N°	BIENES / SERVICIOS	Clasificador	Unidad	Precio unitario	Cantidad	Precio total
1	Papel bond 80 g Tamaño A4	2.3.1 5.1 2	Emp. x 500	S/ 18.88	10	S/ 188.80
2	Bolígrafo (lapicero) de tinta seca punta fina color azul	2.3.1 5.1 2	Unidad	S/ 0.80	60	S/ 48.00
3	Folder Manila Tamaño A4	2.3.1 5.1 2	Emp. x 25	S/ 4.35	4	S/ 17.40
4	Banderita Señalizadora 1.27 cm x 4.4 cm aprox. x 50 hojas	2.3.1 5.1 2	Unidad	S/ 2.14	8	S/ 17.12
5	Nota Autoadhesiva 3 in x 3 in x 5 colores x 400 hojas	2.3. 1 5. 1 2	Unidad	S/ 9.09	5	S/ 45.45
6	Sujetador para papel (tipo fastener) de metal	2.3. 1 5. 1 2	Emp. X 50	S/ 2.57	2	S/ 5.14
MONTO TOTAL						S/ 321.91

10.2. Bienes y Servicios por adquirir:

N°	BIENES / SERVICIOS	Clasificador	Unidad	Precio unitario	Cantidad	Precio total	Especificaciones
1	ROSQUITAS DE MANTECA CON AJONJOLI	2.3.1 1. 1 1	UNIDAD	S/.3.00	150	S/ 450.00	85 gr. aprox
2	BEBIDA HIDRATANTE	2.3.1 1. 1 1	UNIDAD	S/. 3.50	150	S/ 525.00	500 ml aprox., sabores varios
MONTO TOTAL						S/ 975.00	

CONSOLIDADO DE COSTO DE RECURSOS

N°	BIENES Y SERVICIOS	PRECIO TOTAL
1	BIENES EN ALMACEN	S/ 321.91
2	REQUERIMIENTO DE BIENES Y SERVICIOS PARA ADQUISICION	S/ 950.00
TOTAL		S/ 1,271.21





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	MES												RESPONSABLE
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
OE1: Promover y fortalecer la higiene de manos como una medida para la reducción de la transmisión de enfermedades infecto contagiosas.	Reunión de socialización de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.	Acta	3							3						Comité de Seguridad del Paciente
	Reunión de asistencia técnica para la implementación de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.	Acta	6					1	1	1	1	1	1			Comité de Seguridad del Paciente
	Reunión de capacitación al personal de la salud	Acta	4					1	1	1	1					Comité de Seguridad del Paciente
	Supervisión y monitoreo de la implementación de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.	Informe	8					1	1	1	1	1	1	1	1	ET Gestión de la Calidad
	Evaluación de la implementación de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.	Informe	1												1	ET Gestión de la Calidad
OE2: Promover y fortalecer la ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente como una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud.	Elaboración de los Listados de Criterios de Evaluación que se aplicaran a la UPSS a visitar en cada ronda de Seguridad	Listado	6						6							Comité de Rondas de Seguridad del Paciente
	Realizar rondas de seguridad del paciente	Hoja de Resultados de	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Comité de Rondas de Seguridad del Paciente
	Supervisión de los planes de acción para la implementación de acciones correctivas	Informe	4			1			1			1			1	ET Gestión de la Calidad
	Monitoreo de la implementación de acciones correctivas	Informe	8					1	1	1	1	1	1	1	1	ET Gestión de la Calidad





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

OBJETIVOS ESPECIFICOS	ACTIVIDADES	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	MES												RESPONSABLE
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC	
OE3: Promover y fortalecer la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía como una herramienta para mejorar la seguridad de las intervenciones quirúrgicas.	Capacitación a jefes de servicios y equipos de salud en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Acta	2						2							Equipo conductor
	Difusión sobre la importancia del uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Informe	2					1		1						Equipo conductor
	Designar a un coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por turno	Resolución Directoral		1												Director / ET Gestión de la Calidad
	Desarrollar la encuesta para evaluar la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Informe							1						1	Equipo conductor
	Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Lista de verificación	1218	101	103	101	101	101	101	101	103	101	103	101	101	coordinador de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
	Monitoreo de los resultados quirúrgicos a partir de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía	Informe				1			1			1			1	ET Gestión de la Calidad
	Evaluación del cumplimiento de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía y la medición del impacto	Evaluación													1	ET Gestión de la Calidad
OE4: Promover y fortalecer el Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas como una herramienta para el análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.	Registro y Notificación de Incidentes	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Jefaturas de servicios
	Registro y Notificación de Eventos Adversos	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Jefaturas de servicios
	Registro y Notificación de Eventos Centinelas	Informe	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Jefaturas de servicios
	Análisis de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas notificados y propuestas de acciones correctivas	Informe	4						1			1			1	ET Gestión de la Calidad / ET Epidemiología
	Supervisión, monitoreo y evaluación de la implementación de acciones correctivas	Informe	4						1			1			1	ET Gestión de la Calidad





XII. RESPONSABILIDADES

1. El Equipo de Trabajo Gestión de la Calidad en forma trimestral remitirá a la Dirección General el informe de cumplimiento de ejecución del Plan de Seguridad del paciente.
2. La Dirección General remitirá a la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este - DIRIS LE el informe semestral de ejecución del Plan de Seguridad.

XIII. ANEXOS:

ANEXO N. ° 1

Cronograma de Rondas de Seguridad

ANEXO N. ° 2

Formato de plan de acción para la implementación de acciones correctivas

ANEXO N. ° 3

Formato Ficha de monitoreo

ANEXO N. ° 4

Flujograma de registro notificación de eventos centinelas

ANEXO N. ° 5

Flujograma de registro notificación de Incidentes y Eventos Adversos

ANEXO N. ° 6

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

ANEXO N. ° 7

Notificación de Eventos Adversos





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

ANEXO N. ° 1

Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente

RONDAS DE SEGURIDAD	AÑO 2025											
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC
Ronda 1	X											
Ronda 2		X										
Ronda 3			X									
Ronda 4				X								
Ronda 5					X							
Ronda 6						X						
Ronda 7							X					
Ronda 8								X				
Ronda 9									X			
Ronda 10										X		
Ronda 11											X	
Ronda 12												X

ANEXO N. ° 2

Formato de plan de acción para la implementación de acciones correctivas

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL ICUTO CESAR GARAYAR GARCIA	TRIMESTRE:	SELECCIONA:	AÑO:	SELECCIONA:
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACIÓN:	(DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:		RESP. EPIDEMIOLOGIA:			
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:		RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:			
		OTROS RESPONSABLES:			

ACTUALIZAR (SI CORRESPONDE)

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses/años)





PERÚ

Ministerio
de Salud

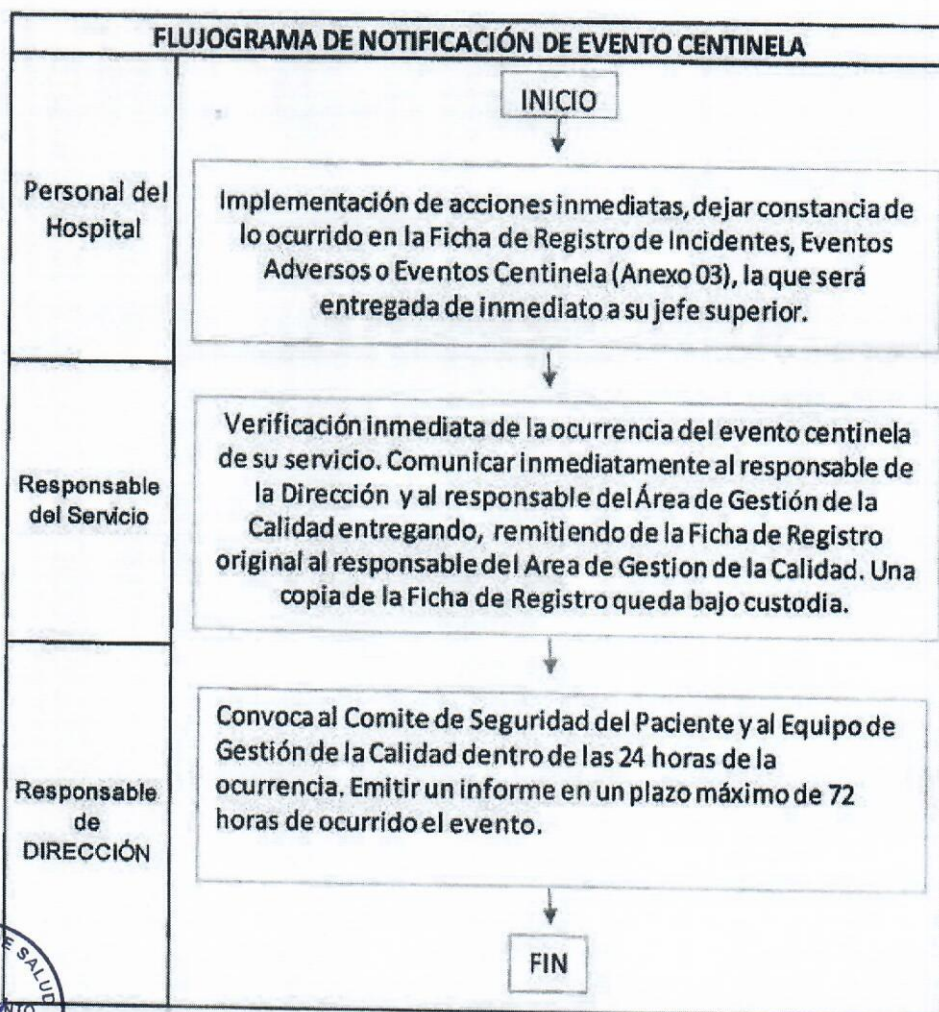
Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

ANEXO N.º 3: Formato de Ficha de Monitoreo

FICHA DE MONITOREO							
IPRES:	HOSPITAL: QUILTO S. CESAR GARAYAR GARCIA	TRIMESTRE:	SELECCION:	AÑO:	SELECCION:		
UPSE:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACION:	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	RESP. DE LA UPSE:	COMUNICACION:		
TITULAR RESPONSABLE IPRES:		RESP. DE LA UPSE:	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	OTRO RESPONSABLE:			
RESP. DE ADMINISTRACION:							
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA:							
PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN							
PRECEDENCIA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR/SEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (SEMANAS)	MONITOREO (SEMANAS)	IMPLEMENTACIÓN
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION

ANEXO N.º 4 Flujograma de registro notificación Evento Centinela





PERÚ

Ministerio
de SaludViceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

ANEXO N. ° 6

Lista de verificación de la seguridad de la cirugía

Antes de la administración de la anestesia		Antes de la incisión cutánea		Antes de que el (a) paciente salga del Quirófano	
ENTRADA		PAUSA		SALIDA	
Con el (a) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo		Con el (a) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano		Con el (a) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano	
¿Ha confirmado el (a) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? ☐ Sí		☐ Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función		El (a) enfermero(a) confirma verbalmente: ☐ El nombre del procedimiento ☐ El recuento de instrumentos, gases y agujas ☐ El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) ☐ Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos	
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? ☐ Sí ☐ No procede		☐ Confirmar la identidad del / de la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico			
¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? ☐ Sí		☐ Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica			
¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona? ☐ Sí		¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? ☐ Sí ☐ No procede		El (a) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: ☐ ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?	
¿Tiene el (a) paciente... ...Alergias conocidas? ☐ No ☐ Sí ...Vía aérea difícil / riesgo de aspiración? ☐ No ☐ Sí En este caso, hay instrumental y equipos / ayuda disponible? ☐ No ☐ Sí ...Riesgo de hemorragia > 500 ml (7ml / Kg. en niños) ☐ No ☐ Sí En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (TV / central)? ☐ No ☐ Sí		PREVISIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS Cirujano revisa: ☐ ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados? ☐ ¿Cuánto durará la operación? ☐ ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista? Anestesia verifica: ☐ ¿Presenta el paciente algún problema específico? Equipo de Enfermería verifica: ☐ ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de los indicadores) ☐ ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos? ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales? ☐ Sí ☐ No procede			
N° Historia Clínica _____ Nombres y Apellidos del / de la paciente _____ Fecha _____					
Firma del / de la coordinador(a)		Firma del / de la cirujano(a)		Firma del / de la anestesiólogo(a)	
				Firma del / de la enfermero(a)	





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

ANEXO N. ° 7

Notificación de Eventos Adversos



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital de Huaycán

EQUIPO DE TRABAJO GESTION DE LA CALIDAD DEL HOSPITAL
DE HUAYCAN



MATRIZ DE CONSOLIDACION DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS DE SERVICIOS / AREA

SERVICIO / AREA

MES/AÑO DE
REPORTE

N° DE FICHA	FECHA DE NOTIFICACION	N° DE H.C.	SEXO DEL PACIENTE	EDAD	DIAGNOSTICO PRINCIPAL	SERVICIO/ AREA	MARCA CON "X" SEGÚN			FECHA DEL INCIDENTE/ EVENTO	HORA APROXIMADA DEL INCIDENTE/ EVENTO	DESCRIPCION DEL EVENTO
							INCIDENTE	EVENTO ADVERSO	EVENTO CENTINELA			

PERSONAL DE SALUD QUIEN CONSOLIDA LA INFORMACION:

NO MEDICO-ESPECIFICAR

FIRMA Y SELLO DEL PERSONAL DE SALUD

