



Resolución Directoral

Puente Piedra, 27 de febrero de 2023.

VISTOS:

El expediente N°0001388 que contiene la Nota Informativa N° 187-02-2023-UGC-HCLLH/MINSA, mediante el cual el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, solicita la Aprobación del Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2023; y el Informe N° 35-2023-AJ-HCLLH/MINSA, y;

CONSIDERANDO:

Que, en virtud del numeral IV 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 prestación de salud a la población, en termino socialmente aceptables de seguridad y calidad.

Que, con Resolución Ministerial N° 519-2006 SA/DM, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, el cual establece como uno de sus componentes a la garantía y paciente, con herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, protegiendo al paciente de riesgos evitables.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", en su octava Política Nacional de Calidad de la Atención de Salud; establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud, asume como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud:

Que, mediante Decreto Supremo N° 031-2014-SA, se aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD, el cual en el literal c) del inciso 33.1 del artículo 33°, considera como una circunstancia atenuante para aplicación de sanciones, hecho de que la IPRESS tenga implementado y en funcionamiento, antes de la fecha de detección de la infracción, un Sistema de Seguridad del Paciente y Control de Eventos Adversos:



Que, con Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud cuya finalidad es contribuir a la disminución de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) en los establecimientos de Salud, a través del cumplimiento de directrices en vigilancia, prevención y control de estos eventos.

Que, con la Resolución Ministerial N° 1124-2022/MINSA, se aprobó el Plan Operativo Institucional Anual 2023 del Ministerio de Salud, consistiendo con el presupuesto institucional de apertura 2023 del Pliego del Ministerio de Salud, incluyendo a la Unidad Ejecutora N° 036 Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Que, con el Informe Técnico N° 10-02/2023-PE-OPE-HCLLH de fecha 23 de febrero de 2023, la Coordinadora de Equipo de Planeamiento del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, emite opinión favorable al Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2023.

Que, en virtud a la normatividad expuesta, es que a través de la Nota Informativa N° 187-02-2023-UGC-HCLLH/MINSA de fecha 23 de febrero de 2023, el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad, remite el Plan Anual de Seguridad del Paciente Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2023, con opinión favorable, el mismo que se ejecutara de acuerdo al crédito presupuestal de la institución.

Con el Visación del Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y Asesoría Legal del "Hospital Carlos Lanfranco La Hoz".

En uso de las facultades conferidas por el artículo 8 literal c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010/MINSA.

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, para el periodo 2023.

Artículo 2°.- DISPONER que la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, sea responsable de la implementación, monitoreo y evaluación de las actividades del Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, para el periodo 2023.

Artículo 3°.- DISPONER se efectuó la publicación y difusión de la presente Resolución Directoral en el portal de transferencia estándar del Hospital.

JAMR/JABG/ldm

Distribución: Cc

Dirección

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

Asesoría Jurídica

archivo





**“PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ - 2023”**

**UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
ÁREA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD**



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	FINALIDAD	3
III.	OBJETIVOS	3
IV.	BASE LEGAL	4
V.	AMBITO DE APLICACIÓN	4
VI.	RECURSOS	4
VII.	CONTENIDO DEL PLAN	5
VIII.	ESTRATEGIAS DE TRABAJO	12
IX.	RESPONSABILIDADES	12
X.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	13
XI.	ANEXOS	15
XII.	BIBLIOGRAFIA	45





I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria, considerando que hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud. La OMS describe que la deficiencia de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial de Salud del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes donde se hace especial hincapié en fomentar la implementación y seguimiento como uno de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria, teniendo en cuenta que se estima que en los países donde la atención en salud es altamente tecnicizada 1 de cada 10 paciente sufre algún tipo de daño. Por otro lado, se calcula que se 100 pacientes hospitalizados, siete en países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. De estas se calcula que más de un 50 % puede reducirse adoptando medidas sencillas y de bajo costo.

En este contexto el ente rector MINSA, viene implementando una serie de medidas para fortalecer la seguridad del paciente, enmarcadas en los retos globales como Rondas de Seguridad, lista de verificación de cirugía segura, cultura de seguridad en notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas, buenas prácticas recomendadas para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes, así como la toma de conciencia y educación del personal asistencial, estableciendo una interacción directa con el personal y con los pacientes.

El siguiente plan de trabajo busca generar personas que formen parte de un cambio en beneficio de nuestra razón de ser como profesionales de salud brindando un cuidado humanizado minimizando las prácticas inseguras.

La Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas ha desarrollado el presente Plan Anual de Implementación de seguridad del paciente 2023, buscando fortalecer la cultura de seguridad del usuario interno como prioridad en todas las unidades prestadoras de salud, la cual está basada en la normatividad de seguridad vigente y será aplicado en servicios asistenciales.

II. FINALIDAD

Mejorar la seguridad de los pacientes, minimizando los riesgos en la atención y fomentando una cultura de seguridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz 2023.

III. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una cultura orientada en la seguridad del paciente en las diferentes unidades prestadoras de salud del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente del HCLLH 2023.
- ✓ Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión de Riesgo.
- ✓ Fortalecer el Sistema de Registro de Notificación – Análisis de Incidentes y Eventos Adversos.





- ✓ Implementar Rondas de Seguridad.
- ✓ Promover los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el reglamento de la ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 27314 – Ley General de Residuos Sólidos
- Resolución Ministerial N° 519-2006 /MINSAL que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSAL que aprueba el documento técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSAL - Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 533-2008 / MINSAL, lista de chequeo de cirugía Segura.
- Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSAL, que aprueba la guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N° 143-2006 / MINSAL, que aprueba la conformación del Comité "Técnico para la Seguridad del Paciente".
- Resolución Ministerial N° 456-2007 / MINSAL, que aprueba la Norma Técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios Médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 546-2011 / MINSAL, que aprueba la NTS N° 021-MINSAL/DGSP -V.03, Norma Técnica de Salud: Categoría de Establecimiento de Sector Salud.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

Este Plan es de aplicación en todas las áreas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, sean estos servicios ambulatorios, Hospitalización, incluyendo áreas de cuidado crítico, por lo tanto, es de responsabilidad de todos los profesionales de salud que laboramos en la Institución.

VI. RECURSOS

a) Recursos Humanos

GRUPO OCUPACIONAL	D.L 276	D.L 1057	SERVICIOS DE TERCERO	TOTAL
Medico	X		X	2
Técnico Administrativo			X	1

b) Recursos Informáticos y Equipo inmobiliario

ITEM	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
1	CPU	02	Regular
2	Monitor	02	Regular





3	Impresora	01	Regular
4	Escritorio	02	Regular
5	Silla	02	Bueno
6	Internet	01 punto	Regular
7	Tóner	02	Bueno
8	Archivadores	04	Regular
9	Libro de actas	01	Regular
10	Hoja Bond	04 millares	Bueno
11	Folders	200	Bueno
12	Lapiceros	200	Bueno
13	Refrigerios	200	Bueno

VII. CONTENIDO DEL PLAN

7.1. ASPECTOS TECNICOS CONCEPTUALES

- **Paciente:** Es todo usuario que recibe una atención de salud.
- **Seguridad del Paciente:** Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.
- **Acción Insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.
- **Cultura de seguridad:** Es el patrón integrado del comportamiento individual y de la organización basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.
- **Cirugía:** Es cualquier procedimiento que incluya la incisión, escisión, manipulación y sutura del tejido y que usualmente pero no siempre requieren sedación profunda o anestesia general o regional.
- **Cirugía Segura:** Es aquella cirugía que se lleva a cabo cumpliendo los criterios mínimos aprobados por la OMS para garantizar la seguridad de la información.
- **Incidente:** Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.
- **Evento Adverso:** Es una lesión imprevista que produce daño al paciente, es causada por la atención de salud y no está relacionada al proceso de la enfermedad.
- **Evento Adverso Leve:** El paciente presenta síntoma leve o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia. Por ejemplo en este tipo de daño pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad.





Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres

- **Evento Adverso Moderado:** Cualquier evento adverso que necesita de intervención, como por ejemplo una cirugía al paciente prolonga la estancia hospitalaria o que causa un daño o pérdida funcional de larga duración.
- **Evento Centinela:** Es el evento adverso grave que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter; o pérdida permanente e importante de una función.
- **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 coordinar para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.
- **Ingreso a Centro quirúrgico:** Es cuando el paciente va a hacer intervenido quirúrgicamente es recibido por la enfermera de Centro Quirúrgico.
- **Ingreso a Recuperación:** Es cuando el paciente luego de haber sido intervenido quirúrgicamente es llevado a la sala de operaciones para su internamiento.
- **Ingreso a sala de operaciones:** Es cuando el paciente que va hacer intervenido quirúrgicamente es llevado a Sala de Operaciones por la Enfermera Circulante de Centro Quirúrgico y recibido por Médico Anestesiólogo.
- **Pausa Quirúrgica:** Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.
- **Salida de sala de operaciones:** Es cuando el paciente que ingreso para ser intervenido quirúrgicamente, sale de sala de operaciones acompañado por médico Anestesiólogo.
- **Enfermera circulante:** Es un profesional en enfermería encargada de supervisar que el quirófano este limpio y ordenado. Conjuntamente con la enfermera instrumentista preparan el material quirúrgico. Recibe al paciente identificándose e identificándolo, mitigando en lo posible su ansiedad y temor.
- **Higiene de mano:** Termino aséptico para prevenir enfermedades nosocomiales antes, durante y después de cada procedimiento o contacto con el paciente.
- **Riesgo:** Es la probabilidad de ocurrencia de un incidente.
- **Prevención de Riesgos:** Son acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezcan los eventos adversos, abordados de forma precoz para minimizar daños y evitar su recuperación reduciendo su impacto.
- **Prevención Primaria:** Implica desarrollar estrategias para reducir la incidencia de eventos adversos, potenciando los factores que se mejoran la seguridad del paciente y reduciendo aquellos que contribuyen a la aparición de errores.
- **Prevención Secundaria:** Procura minimizar consecuencias negativas para el paciente y el sistema de salud, mediante una detección y abordaje precoces de los eventos adversos. Esto puede conseguirse a través del establecimiento de sistemas de vigilancia y notificación, mejorando los sistemas de comunicación entre profesionales y servicios sanitarios y actuando de forma proactiva con los pacientes.
- **Prevención Terciana:** Se enfrenta el evento adverso reduciendo sus consecuencias y procurando evitar su reaparición. Tiene como base el análisis detallado y metodológicamente correcto del evento y la comunicación honesta y veraz con el paciente que debe recibir una atención individualizada del problema.
- **Rondas de Seguridad del Paciente:** Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de Seguridad del Paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, para identificar practicas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directamente con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.





- **Unidad Productora de Servicios (UPS):** Es la unidad básica funcional del establecimiento de Salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (Infraestructura, equipamiento, medicamento, procedimiento clínicos, entre otros). Organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios, en relación directa con su nivel de complejidad.

Unidad Productora de Servicios de Salud (UPSS): Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud en relación directa con su nivel de complejidad.

7.2. DE LA NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

La dirección Ejecutiva y los Jefes de Departamento Conforman el Comité "Fortalecimiento Del Sistema de Registro Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

7.2.1 UPSS que realizan Notificación

- Departamento de Enfermería
- Departamento de Medicina
- Servicio de Consulta Externa
- Servicio de Hospitalización
- Departamento de Cirugía
- Departamento de Emergencia
- Departamento de Gineco – Obstetricia
- Departamento de Farmacia
- Departamento de Laboratorio Clínico
- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Departamento de Diagnóstico por Imágenes.
- Servicio de Nutrición y Dietética.
- Servicio Centro Obstétrico.

7.2.2 Procedimiento del registro de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

El personal asistencial o administrativo que evidencie o tenga conocimiento de un incidente, evento adverso o centinela, deberá implementar acciones inmediatas de corresponder y dejara constancia de lo ocurrido en la Ficha de Registro de Incidente, Eventos Adversos y/o centinelas.

El personal asistencial o administrativo deberá identificar la severidad del evento adverso, para determinar si se trata de un evento centinela, de acuerdo a lo identificado deberá de actuar de la siguiente manera.

Si se trata de un incidente o evento adverso desarrollar el procedimiento de comunicación de incidente y evento adverso.

Si por la gravedad del evento adverso se tratase de un evento centinela, en primer lugar, continuar con el procedimiento de comunicación de incidentes y eventos adversos.

7.2.3 Procedimiento de comunicación de incidentes y eventos adversos

- **Del personal asistencial o administrativo:** Según lo señalado, el personal asistencial o administrativo que evidencie o tenga conocimiento de la ocurrencia de un incidente o evento adverso, deberá de dejar constancia de lo que ocurrió



en el libro autocopiable de registro de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

- **Del Jefe del Servicio:** Se encargara de recepcionar las fichas de registro de incidentes, eventos adversos y/o centinelas de su servicio y consolidar la información en la "Matriz De Consolidación De Incidentes, Eventos Adversos Y Eventos Centinelas" (Anexo 3), en caso de no haberse presentado ningún incidente o evento adverso durante el mes, se deberá cumplir con remitir la matriz registrando que "NO SE PRESENTARON CASOS DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y/O CENTINELAS".

En un plazo no mayor a (05) cinco días útiles, el jefe de servicio remitirá al Jefe de Departamento la Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Centinelas del servicio", junto con las fichas de registro.

- **Del Jefe del Departamento :** En un plazo no mayor a cinco días útiles , cada jefe de Departamento IPRESS , deberá remitir al Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad la "MATRIZ DE CONSOLIDACION DE INCIDENTES , EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS", de todos los servicios bajo su responsabilidad , junto con las fichas de registro de incidentes , eventos adversos y eventos centinelas recolectadas; asimismo conjuntamente con su Equipo de Gestión deberán hacer un análisis mensual de los Incidentes o Eventos Adversos más frecuentes para implementar las acciones de mejora correctivas correspondientes.

- **Del responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad:** Recepcionar e Integrar todas las Matrices de Consolidación de incidentes y Eventos Adversos de todos los servicios de la IPRESS en una sola matriz, clasificando los incidentes y Eventos Adversos según la categoría y el tipo de evento Adverso y/o centinela (Anexo N°3), Consolidándolo en la "Matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas de la IPRESS (Anexo 4).

Se debe Registrar el nombre de la UPSS/ servicios de la IPRESS que reportan la "Matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas del servicio" en el mes respectivo.

La matriz de "Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de la IPRESS", deberá ser remitido trimestral a la Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas, mediante correo electrónico garantiacalidad@hcllh.gob.pe o tramite documentario a en la unidad , teniendo como fecha límite el décimo día hábil del mes siguiente al mes que se está consolidando.

7.2.4 Procedimiento De Notificación De Eventos Centinelas

- **Del Personal Asistencial o Administrativo:** Según lo señalado, el personal asistencial o administrativo que evidencie o tenga conocimiento de la ocurrencia de un Evento Centinela deberá implementar acciones inmediatas de corresponder, y dejara constancia de lo ocurrido en la ficha de registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas, (ANEXO 2), la misma que deberá ser entregada a su jefe inmediato superior según corresponda.

- **Del Jefe del Servicio:** El jefe de Servicio verifica inmediatamente la Ocurrencia del Evento Centinela en la UPSS. Con carácter obligatorio deberá comunicar inmediatamente al jefe del departamento, la ocurrencia





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

del Evento Centinela, registrando la Ficha autocopiable en el Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas copia.

- **Del Jefe del Departamento:** Con carácter obligatorio deberá comunicar inmediatamente la ocurrencia del evento centinela, al Director Ejecutivo del HCLLH y al responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas con un documento adjuntando una copia de la ficha del registro del Evento.

- **Del Director Ejecutivo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz:** El Director Ejecutivo convocara al equipo de Análisis de Evento Centinela dentro de las siguientes 24 horas, ejecutando lo señalado en la Directiva Sanitaria "Análisis de Eventos Centinelas en la IPRESS y UGIPRESS del MINSA. El director Ejecutivo deberá comunicar inmediatamente la ocurrencia del Evento Centinela al Comité de Gestión de Eventos Centinelas del MINSA, remitiendo la Ficha de Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas con documento que se presentó de la Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas.

7.3. DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTION DE RIESGO.

La Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las personas / áreas de la garantía para la Calidad, El Director Ejecutivo, los jefes de Departamento y Servicios, los responsables de las Unidades productoras de los Servicios de salud y los responsables de la administración de la IPRESS, garantizan el cumplimiento del presente Plan Anual en el ámbito de sus competencias.

El equipo de rondas de seguridad del paciente deberá ser reconocido oficialmente mediante Resolución Directoral por la Dirección Ejecutiva de la IPRESS, y deberá ser actualizado anualmente.

El equipo de Rondas de Seguridad del Paciente estará conformado por:

- El Director Ejecutivo del HCLLH o responsable Presidente
- Jefe del Departamento de Enfermería. Vicepresidente
- Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad. Secretaría
- Director adjunto Miembro
- Jefe del Departamento de Pediatría. Miembro
- Jefe del Departamento de Emergencia Miembro
- Jefe del departamento de Farmacia. Miembro
- Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental. Miembro
- Jefe del departamento de Logística Miembro

Las Rondas de Seguridad deben realizarse en horario diferente a la visita médica, se sugiere que sea mínimo una y máximo dos Rondas de Seguridad del paciente por mes con todo el equipo establecido, con la finalidad de cumplir con el llenado de ficha de evaluación de los resultados, establecer la matriz de riesgos, priorizando la intervención, elaborando el Plan de Acción y Monitoreo.

7.3.1 Actividades Según El Objetivo

- Hacer seguimiento al cumplimiento de las prácticas seguras y detectar otras acciones potencialmente inseguras. Se busca identificar prácticas potencialmente inseguras en los servicios.
- Realizar educación al personal en el mismo momento en que se evidencien estas acciones y tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con su seguridad.





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

- Educar In Situ al personal profesional y no profesional en relación a las prácticas seguras durante la atención del paciente generando compromisos para la mejora de la atención.
- Información durante la ronda al personal profesional y no profesional sobre las practicas seguras. Retroalimentación escrita a los servicios visitados sobre el proceso de Rondas de Seguridad.
- Análisis, monitoreo y seguimiento de la implementación de las acciones correctivas en base a las observaciones realizadas.
- Análisis de las observaciones y acciones inseguras encontradas en el lugar de verificación a cargo del equipo.
- Monitoreo y seguimiento de la implementación de las recomendaciones en base a los informes de las Rondas de Seguridad.
- Elaborar Actas de compromisos y plan de mejora para la seguridad del paciente.
- Registra en el libro de actas los compromisos establecidos por el Personal de Salud.

7.4. DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

7.4.1 Actividades Del Equipo Conductor

- **Supervisión de la aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la Cirugía**

El equipo conductor debe realizar la supervisión de la aplicación de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía una vez al mes con visitas inopinadas.

- **Aplicar la encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía**

El equipo Conductor debe realizar la encuesta y enviar un informe del mismo a la Unidad de Gestión de Calidad y Derechos de las Personas del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

- **Medición Basal de Cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía**

El equipo conductor debe realizar una medición basal trimestral del grado de cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

- **Partes Del Formato Lista De Chequeo De Cirugía Segura**

El formato se encuentra dividido en 4 partes:

- ✓ Datos generales del paciente
- ✓ Registro antes de la inducción de la anestesia (INGRESO)
- ✓ Registro antes de iniciar la intervención o procedimiento (PAUSA)
- ✓ Registro antes de salir de Sala de Operaciones (SALIDA)

- **Del Procedimiento Para El Chequeo De Cirugía Segura**

1. La aplicación de la lista de chequeo de Cirugía segura se iniciara cuando el personal de enfermería recibe al paciente en Centro Quirúrgico.





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

2. La enfermera circulante de sala de operaciones es la persona responsable del llenado del formato de la Lista de Chequeo.
 3. La enfermera circulante aplica la lista de chequeo en tres (03) momentos: antes de la inducción de la anestesia (ENTRADA), antes de iniciar la incisión (PAUSA) y antes de salir de Sala de Operaciones (SALIDA), registrando los datos de acuerdo a lo indicado en la lista de chequeo.
 4. 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.
 5. 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.
 6. 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.
 7. El formato de la Lista de Verificación de Cirugía Segura el original debe de colocarse en la Historia Clínica de cada paciente y la copia se queda en el Servicio como para su archivo.
- **Del procedimiento para el procesamiento y análisis de la información**
1. La Jefatura del Servicio 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 Unidad de Gestión de la Calidad/ área Garantía para la Calidad.
 2. La Unidad 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.
 3. La Unidad de Gestión de la Calidad presentara un informe cada mes a la Dirección Ejecutiva y a los jefes de los Servicios responsables del cumplimiento del llenado de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
- **Del procedimiento para La difusión de la información**
- Procedimiento para la difusión de la información
1. La difusión de la información registrada se lleva a cabo mediante un consolidado semestral de hallazgos encontrados en la encuesta, en el cual se obviarán los nombres y números de HCL de pacientes, así como los datos de los profesionales que registraron la información.
 2. La información registrada en los formatos será confidencial por lo que su consulta solo podrá ser hecha con autorización de la Dirección Ejecutiva del Hospital.





VIII. ESTRATEGIAS DE TRABAJO

- Las observaciones deberán estar centradas a identificar Incidentes, Eventos adversos y Eventos Centinelas, identificar las malas prácticas según en (anexo 2) y cumplimiento de la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura.
- Se realiza consolidados mensuales de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de los Servicios y Departamentos, los consolidados se realizará por categoría y tipos de eventos adversos y trimestralmente se analizará según protocolo de Londres evaluando la causa raíz. (Anexo 3)
- Se planifica doce Rondas al año; se evaluarán según el anexo 9 (Criterios de evaluación). Al finalizar la ronda de Seguridad, el responsable del área de la Garantía para la Calidad / Unidad Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, remitirá un reporte de los resultados obtenidos a todos los miembros del Equipo de Rondas.
- El responsable de! área de la Garantía para la Calidad/ Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, elaborara un informe de acuerdo a las acciones inseguras identificadas solicitando un plan de mejora y se realiza el seguimiento de acciones mejoradas.
- Trimestralmente se realizará una medición basal y semestralmente del grado de cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. (anexo 10)
- Capacitaciones al personal de salud sobre seguridad del paciente utilizando medios audiovisuales y/o medios de autoayuda.

IX. RESPONSABILIDADES

Director Ejecutivo: MC. José Mendoza Rojas.

Jefe de la Oficina de Administración: CPC. Johnny Navarro Mendoza.

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad: MC. Hernán Solís Verde.

Resp. Del Área de Garantía de la Calidad: MC. Hairo Dediós Solís.





"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

"Año de la Universalización de la Salud"

PERU Ministerio de Salud

X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

O.E.	OBJ. ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	MET A	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2020												RESPONSABLE
						E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
Fortalecer la Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente	Organizar los Equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente HCLLH 2023	Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente del HCLLH, 2023.	Elaborar el Plan de Actividades.	Plan RD	1	X												U. Gestión de la Calidad
	Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión de Riesgo	Conformar mediante Resolución Directoral los Equipos de Trabajo de Seguridad del Paciente. Capacitar a los Servicios Asistenciales, de Notificación de Eventos Adversos, y análisis de Eventos Centinelas a partir del error.	Actualización de la RD del: - Equipo de Fortalecimiento del Sistema de Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas - Equipo de Rondas de Seguridad - Equipo Conductor de la Implementación de la Lista de verificación de Cirugía Segura. Capacitación en el Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Adversos y eventos centinelas.	Resolución Directoral	1		X											U. Gestión de la Calidad Ejecutiva
																		U. Gestión de la Calidad



Av. Sáenz Peña Cdra. 06 - SIN
Puente Piedra - Lima, Peru
T. (511) 548-2010
Anexo: 110



Fortalecer la Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente		Elaborar el Reporte de Servicios que notifican Incidentes y Eventos Adversos.	Reporte	X	X	X	X	X	X	X	X	Resp. Área de Garantía
Fortalecer el Sistema de Registro de Notificación de Incidente y Evento Adverso	Realizar el seguimiento de la Notificación de Eventos Adversos	Consolidar la información remitida por parte de los Servicios respecto a la Notificación de Incidentes y Eventos Adversos.	Informe	4	X	X	X	X	X	X	X	Resp. Área de Garantía
Implementar Rondas de Seguridad	Ejecutar e informar los resultados de la Ronda de Seguridad del Paciente	Ejecutar e informar los resultados de la ronda de seguridad del paciente utilizando el aplicativo del OGC y OP IGSS, para identificar inseguras durante la atención de salud e incluir acciones de mejora post ronda	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de Rondas de Seguridad
Promover los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente	Seguimiento del Cumplimiento del Plan de Acción Post Ronda de Seguridad	Seguimiento del Cumplimiento del Plan de Acción Post Ronda de Seguridad	Informe	4	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de Rondas de Seguridad
	Aplicación de encuesta para evaluar implementación de la LVSC	Realizar la encuesta para evaluar la implementación de la LVSC	Informe	4	X	X	X	X	X	X	X	Equipo Conductor de la LVCS





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanús de La Hoz

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
PARA MUJERES Y HOMBRES"



"Año de la Universalización de la Salud"

XI. ANEXOS

- ANEXO 2: Ficha de notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.
- ANEXO 3: Matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y centinelas
- ANEXO 4: Formato de Plan de acción – Protocolo de Londres.
- ANEXO 5: Formato de implementación de Plan de acción
- ANEXO 6: Categoría y tipo de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.
- ANEXO 7: Cronograma de aplicación de las rondas de seguridad y gestión de riesgos.
- ANEXO 8: Flujograma del aplicativo de rondas de seguridad
- ANEXO 9: Criterios de evaluación en la Ronda de seguridad del paciente
- ANEXO 10: Encuesta para evaluar la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía
- ANEXO 11: Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"



"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO 2: FICHA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

FICHA DE REGISTROS DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

HOSPITAL

CARLOS LANFRANCO LA HOZ

N° DE FICHA

FECHA DE NOTIFICACIÓN

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

N° DE HISTORIA CLÍNICA

SEXO DEL PACIENTE

EDAD

DIAGNOSTICO PRINCIPAL DEL CIE 10

B. UBICACIÓN DEL PACIENTE

UPSS/SERVICIO

C. SEVERIDAD (MARCAR CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA)

INCIDENTE *

EVENTO ADVERSO **

EVENTO CENTINELA ***





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfán - La Oroya

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"



"Año de la Universalización de la Salud"

*ES UNA CIRCUNSTANCIA QUE PODRIA HABER OCASIONADO UN DAÑO INNECESARIO A UN PACIENTE

**DAÑO INVOLUNTARIO AL PACIENTE POR UN ACTO DE COMISIÓN O DE OMISIÓN, NO POR ENFERMEDAD O DEL TRANSTORNO DEL FONDO DEL PACIENTE.

***ES UN EVENTO ADVERSO QUE PRODUCE LA MUERTE, LESIÓN FISICA/ PSICOLÓGICA GRAVE O LA PERDIDA PERMANENTE E IMPORTANTE DE UNA FUNCIÓN.

D. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/ EVENTO ADVERSO/ EVENTO CENTINELA

FECHA

HORA APROX

CATEGORIA Y NÚMERO

BREVE DESCRIPCIÓN





“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”

“Año de la Universalización de la Salud”



ANEXO 5

MATRIZ DE CONSOLIDACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS SENTINELAS

REPÚBLICA DEL PERÚ
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
REGIONAL DE CALIDAD
SUPERVISORÍA

PERU
Ministerio de Salud

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD o IPRESS :

HOSPITAL CARLOS LANZARUCCI LA HOZ

FORMATO N° 02

MES Y AÑO DE REPORTE

N° DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS QUE REPORTAN

DISTRITO DE LIMA

PUENTE PIEDRA

N° de Ficha	Fecha de Notificación	Hora de Notificación	DISTRITO DE LIMA		PUENTE PIEDRA			N° de LCL	Sexo del Paciente	Edad	Diagnóstico principal	UPSS del vecino	Marcar con "X" según corresponda			Fecha del Incidente/Evento	Hora aprox. Del Incidente/Evento	Descripción del Evento	Categoría EA	Tipo EA	
			Distrito	Nombre del establecimiento	Incidente	Evento Adverso	Evento Sentinela														

LABORATORIO
con el pueblo

Av. Saenz Peña Cdra. 06 - SIN
Puente Piedra - Lima, Peru
T. (511) 548-2010
Anexo: 110



ANEXO 4

FORMATO DE PLAN DE ACCIÓN - PROTOCOLO DE LONDRES.

IPRESS: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.
EVENTO CENTINELA

FECHA:

Nº	FACTOR CONTRIBUTIVO	ACCIÓN DE MEDIDA CORRECTIVA/NIVEL DE RECOMENDACIÓN RESPONSABLE	PLAZO PARA SU IMPLEM. EMENTA/CIO	REQUERIMIENTO DE RECURSOS





"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

"Año de la Universalización de la Salud"



ANEXO: 5

FORMATO DE PLAN DE ACCIÓN - PROTOCOLO DE LONDRES.

IPRESS: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZA. EVENTO CENTINELA		FECHA:				
Nº FACTOR CONTRIBUTIVO	ACCION DE MEDIDA CORRECTIVA	RESPONSABLE	PLAZO PARA SU IMPLEMENTACIÓN	EVIDENCIA DE IMPLEMENTACIÓN	ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE CIERRE FORMAL



Av. Sáenz Peña Cdra. 06 - SIN
Puente Piedra - Lima, Perú.
T. (511) 548-2010
Anexo: 110



"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO 6

CATEGORÍA Y TIPOS DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, EVENTOS
CENTINELAS

CATEGORIA	Nº	TIPO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, CENTINELAS
RELACIONADO CON CUIDADOS A	1	Actos impropios de naturaleza sexual contra paciente
	2	Agresiones y / o Autoclesiones
	3	Caída del paciente con daño
	4	Edema agudo de pulmón (EAP) e insuficiencia respiratoria
	5	Eritema de pañal
	6	Error en la identificación del paciente
	7	Error en la entrega del paciente a padres o tutores
	8	Extravasación de vía endovenosa
	9	Distress Respiratoria por extubación
	10	Manejo inadecuado de bolsa colectora de orina
	11	Suicidio del paciente
	12	Úlcera por presión
RELACIONADO CON LA MEDICACIÓN B	1	ACV – TEP por medicamentos
	2	Alteraciones neurológicas por fármacos
	3	Desequilibrio de electrolitos iatrogenicos
	4	Deterioro de la función renal por dosis excesiva
	5	Edema pulmonar por sobrehidratación
	6	Encefalopatía por oxigenación inadecuada
	7	Error en la medicación (Prescripción, dispensación y administración)
	8	Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación en inmunización -- ESAVI
	9	Hemorragia digestiva
	10	Hemorragia por anticoagulación





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"



"Año de la Universalización de la Salud"

	11	Hipoglucemia por manejo inadecuado de tratamiento con insulina
	12	Hipotensión arterial por medicamentos
	13	Hipoxia fetal en el parto por uso de oxitocina
	14	Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor
	15	Muerte o grave discapacidad por medicamentos
	16	Nauseas vómitos y / o diarreas por fármacos
	17	Reacciones adversa a medicamentos
	18	Reacción transfusional por incompatibilidad de grupo ABO - Rh y/u otro subgrupo
	19	No se hizo cuando estaba indicado
	20	Incompleto o inadecuado
	21	No disponible
	22	Paciente erróneo
	23	Proceso o servicio erróneo
RELACIONADO CON LAS INFECCIONES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN EN SALUD C	1	Absceso secundario a inyección IM
	2	Corioamionitis
	3	Endometritis
	4	Flebitis asociada a Catéter Venoso Periférico
	5	Infección de Prótesis Ortopédica
	6	Infección en sitio quirúrgico
	7	Infección al torrente sanguíneo asociada a catéter Venoso Central
	8	Infección Secundaria a derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia
	9	Muerte por infección nosocomial
	10	Neumofa intrahospitalaria
CATEGORIA	Nº	TIPO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, CENTINELAS
	1	Caput Succedaneum



Siempre con el pueblo



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Lanfranco La Hoz"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
PARA MUJERES Y HOMBRES"*"Año de la Universalización de la Salud"*

RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO D	2	Cirugía en el lugar equivocado del cuerpo
	3	Cirugía en paciente equivocado
	4	Cuerpo extraño intra abdominal quirúrgico
	5	Cefalea post punción duramadre
	6	Cefalea post punción
	7	Deshiscencia post cesárea
	8	Deshiscencia de sutura en episiorrafia
	9	Deshiscencia de herida operatoria
	10	Desgarro perineal grado III - IV
	11	Desgarro Vaginal
	12	Encefalopatía hipoxica
	13	Eventración o evisceración
	14	Fractura durante la atención del recién nacido
	15	Hematoma Post Parto (de Pared, episiorrafia)
	16	Hematoma Post procedimiento
	17	Hemorragia intra y/o post operatoria
	18	Lesión de plexo braquial del recién nacido
	19	Lesión de un órgano durante intervención quirúrgica
	20	Neumotórax
	21	Perforación uterina
	22	Quemadura por uso de electrocauterio
	23	Retención de membranas
	24	Trombo embolismo pulmonar post cirugía
	25	Trombo venosa profunda post cirugía
	RELACIONADOS CON PROCESOS O PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES	1
2		No disponible
3		Paciente erróneo

Siempre
con el pueblo



"Año de la Universalización de la Salud"

E	4	Incompleto o inadecuado
	5	Proceso/ tratamiento/ procedimiento erróneo
	6	Parte/ lado/ lugar del cuerpo erróneo
RELACIONADO CON ERRORES EN LA DOCUMENTACIÓN F	1	Documentos ausentes o no disponibles
	2	Documentos para un paciente erróneo o documento erróneos
	3	Demora en el acceso a los documentos
	4	Información en el documento poco clara/ambigua/illegible/incompleta
RELACIONADO CON LA SANGRE O SUS DERIVADOS G	1	Información/ instrucciones de dispensación erróneas
	2	Sangre/ Producto sanguíneo erróneo
	3	Dosis o frecuencia errónea
	4	Paciente erróneo
	5	Cantidad errónea
	6	Contraindicación
	7	Condiciones de conservación inadecuadas
	8	Omisión de medicamentos o la dosis
	9	Sangre / derivado sanguíneo caducado
CATEGORIA	Nº	TIPO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, CENTINELAS
RELACIONADOS CON EL COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL H	1	Incumplidor / no colaborador / obstructivo
	2	Desconsiderado / grosero / hostil
	3	Inapropiado
	4	Problema de uso / abuso de sustancias
	5	Discriminación / Prejuicio
	6	Vagabundeo / fugas
	7	Agresión verbal
	8	Acoso
	9	Agresión física



"Año de la Universalización de la Salud"

	10	Agresión sexual
	11	Agresión objeto inanimado
	12	Amenaza de muerte
RELACIONADOS CON EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE I	1	Incumplidor / no colaborador / obstructivo
	2	Desconsiderado / grosero / hostil
	3	Inapropiado
	4	Problema de uso / abuso de sustancias
	5	Discriminación / Prejuicio
	6	Vagabundeo / fugas
	7	Agresión verbal
	8	Acoso
	9	Agresión física
	10	Agresión sexual
	11	Agresión objeto inanimado
	12	Amenaza de muerte
RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN J	1	Paciente erróneo
	2	Dieta errónea
	3	Cantidad errónea
	4	Frecuencia errónea
	5	Consistencia errónea
	6	Condiciones de conservación inadecuada
RELACIONADOS CON LAS ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO O GASES MEDICINALES K	1	Paciente erróneo
	2	Gas/ vapor erróneo
	3	Velocidad / concentración / caudal erróneo
	4	Modo de administración erróneo
	5	Contraindicación
	6	Condiciones de conservación inadecuadas





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital de
Lambayeque

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
PARA MUJERES Y HOMBRES"



"Año de la Universalización de la Salud"

	7	Ausencia de administración
	8	Contaminación
RELACIONADOS CON LOS DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MÉDICOS L	1	Inadecuación a la tarea
	2	Error de usuario
	3	Presentación / envasado deficiente
	4	Falta de disponibilidad
	5	Sucio / no estéril
	6	Avería / mal funcionamiento
	7	Desplazamiento / conexión incorrecta / retirada



Siempre
con el pueblo



ANEXO 7: CRONOGRAMA ANUAL DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2023

IPRESS: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
RESPONSABLE: Dr. José Mendoza Rojas

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1:	27/01/2023	10:30 am

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 2:	03/02/2023	10:30 am

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 3:	03/03/2023	10:30 am

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 4:	07/04/2023	10:30 am

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 5:	05/05/2023	10:30 am

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 6:	02/06/2023	10:30 am

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 7:	07/07/2023	10:30 am

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 8:	04/08/2023	10:30 am

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 9:	01/09/2023	10:30 am

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 10:	06/10/2023	10:30 am

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 11:	03/11/2023	10:30 am

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 12:	01/12/2023	10:30 am

PERU MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
Dr. José Antonio Mendoza Rojas
CMP 30059 RNE 31673
Director Ejecutivo
Titular Responsable de la IPRESS

PERU MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
BERNARDO SOLÍS BERDE
COP N° 18173 - R.N.E. N° 17748
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

PERU MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
Lic. M. Antonia Valencia
COP N° 16136 - R.N.E. N° 14
Responsable de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental

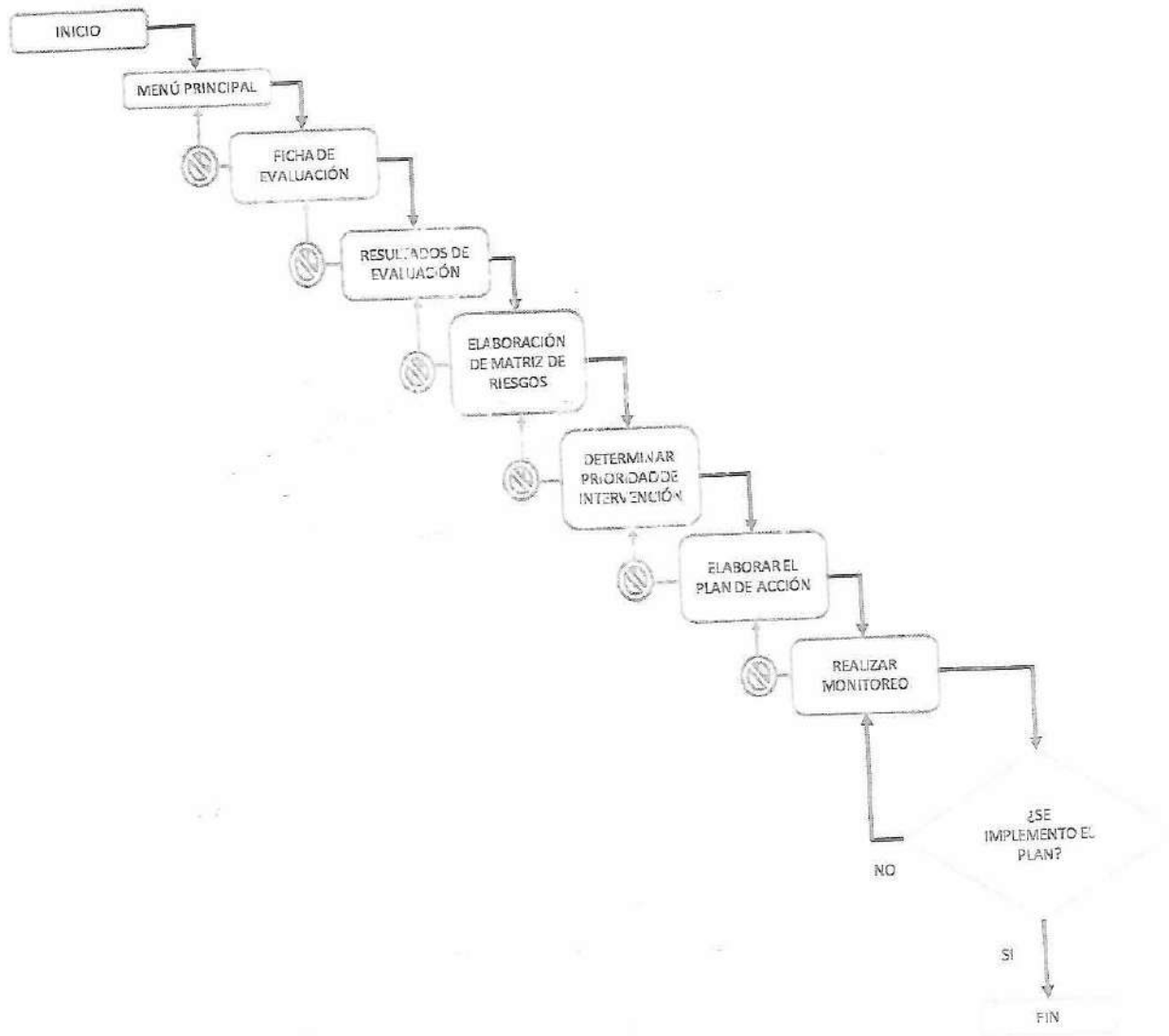
PERU MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
Lic. Justo Rojas Segano
Responsable del Departamento de Enfermería



"Año de la Universalización de la Salud"

ANEXO 8: FLUJOGRAMA DEL APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD

RESPECTAR EL FLUJO DEL APLICATIVO





ANEXO 9: CRITERIOS DE EVALUACIÓN EN LA RONDA DE SEGURIDAD
METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN Y REFERENCIA NORMATIVA

PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA
Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos		Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 HCl tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Inscripción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro de la enfermedad actual.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro de las enfermedades del paciente		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro de las Funciones Biológicas: anéclita, sod. sódico, orina, deposiciones, estado de ánimo.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro completo del examen físico o clínico general y regional de correspondiente.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de correspondiente (definitivos)		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro de evaluación del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y fecha, Firma del médico responsable.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro actualizado de Plan de trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médicos e Infirmieros a realizarse.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro y gráfico actualizado de la Función Vital.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro de la Hoja de Balance diario - electrolítico actualizado.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro o inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Un caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normalidad vigente.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro de la fecha y hora del alta del paciente		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro: Estado, Lugar, Fecha y Hora de ingreso al paciente.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro: Puntaje Piedra - Lima, Part		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro: (64)548200 referencia del paciente Anexo-110		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
La letra de la Historia Clínica es legible		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Historia clínica ordenada y limpia		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica

Procedimiento	Descripción	Referencia Normativa
La interconsulta se gestiona oportunamente durante el turno	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestiona oportunamente durante el turno	Guía de Práctica Clínica / Normas técnicas de los IPRES-S
La solicitud de modificaciones o insumos se gestiona oportunamente durante el turno	Revisión de requisitos básicos de estructura del turno revisados al momento de programación de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento	Guía de Práctica Clínica / Normas técnicas de los IPRES-S
Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante	Revisión de cumplimiento de la dieta administrada al paciente con la registrada en el H.C.	Guía de Práctica Clínica / Normas técnicas de los IPRES-S
Cumplimiento de la asistencia y puntualidad del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Revisión del personal programado en el turno con el personal que se encuentra en el servicio	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de suplencias o reemplazos	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
Garantizar la atención de los pacientes	Identificar al personal que atiende los pacientes con la registrada en el H.C.	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión	Programar a los especialistas de diversos grupos ocupacionales seleccionados al realizar un proceso de abastecimiento	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	Verificar la existencia de un sistema de registro de incidentes y eventos adversos	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPRS	Revisar la evidencia de realizar informes y plan de intervención	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	Verificar la existencia del registro en la UPRS	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal a largo plazo	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en los procedimientos de atención	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
Utilización del formato de consentimiento informado para el paciente y/o el operador	Observar la existencia del formato de consentimiento informado para todos los procedimientos de atención	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
Timbre o sistema de llamado se encuentran cerca del paciente y/o el operador	Observar la existencia de timbres y/o sistema de llamado	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
Barra de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente	Observar la existencia de barras de las camas	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Consultorio Obstétrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de gestogramas.	Observar el uso del patrón gestográfico	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Obstétrico se evidencia el uso de programas con línea de alerta	Verificar la existencia de programas gestográficos y de alerta	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardiotocograma operativo	Verificar la existencia de Monitor fetal y Cardiotocograma	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo	Verificar la existencia de Ecógrafo	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (manos y guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectoras)	Observar el uso de Equipo de Protección Personal (EPP) en el Centro Obstétrico	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Obstétrico se evidencia que la pariterapia tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2	Verificar la existencia de pruebas rápidas de ELISA para HIV-1 y HIV-2	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Quirúrgico se evidencia el último informe remitido a la Dirección sobre el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor	Verificar la existencia de los últimos informes remitidos a la Dirección sobre el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Quirúrgico se evidencia que existe un(a) Coordinador(a) de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía correspondiente al Turno Quirúrgico	Verificar la existencia de un(a) Coordinador(a) de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el período correspondiente a la PAUSA	Verificar la existencia de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía en el período correspondiente a la PAUSA	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el período correspondiente a la SALIDA	Verificar la existencia de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía en el período correspondiente a la SALIDA	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo	Verificar la existencia de coche de intubación difícil operativo	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativa	Verificar la existencia de Unidad / Máquina de Anestesia operativa	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro (de 3 a 8)	Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa	Verificar la existencia de bomba de perfusión operativa	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Calidad Porfóli (con batería operativa)	Verificar la existencia de Calidad Porfóli (con batería operativa)	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Quirúrgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermería y el anestesiólogo	Observar el proceso de recuperación de pacientes en recuperación	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Quirúrgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica	Verificar la existencia de registros de evaluación pre, durante y post-anestésica	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología
En Centro Quirúrgico se evidencia que firma y sella del anestesiólogo responsable	Verificar la existencia de firma y sello del anestesiólogo responsable	DS N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Atención Primaria y de Salud Bucal y Odontología



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año de la Universalización de la Salud"

PERÚ
Ministerio de Salud
Hospital General de Esmeraldas

<p>ACREDITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN</p>	<p>Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p>
<p>Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.</p>	<p>Datos mínimos a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica</p>
<p>Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.</p>	<p>Datos mínimos a ser verificados en el cartel: nombres, apellidos y número de cédula.</p>
<p>Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.</p>	<p>Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la Historia Clínica: nombres y apellidos, N° DNI y N° de Historia Clínica.</p>
<p>Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.</p>	<p>Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.</p>
<p>Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete como en el cartel visible.</p>	<p>Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalación de riesgo de caídas, RAM u otras alertas</p>
<p>Verificación de la identificación correcta de los paciente antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.</p>	<p>Datos adicionales a ser verificados en el cartel: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas</p>
<p>Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.</p>	<p>Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) alejados al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico concurando con la Historia Clínica.</p>
<p>Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.</p>	<p>Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) alejados al azar, sobre los procedimientos o cirugías que han sido o van a ser sometidos, contrastando con el Consentimiento Informado.</p>
<p>Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.</p>	<p>Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cumplan con ropa hospitalaria identificable.</p>
<p>Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.</p>	<p>Observar que todos los accesos a la UPSS cuenten con vigilancia y se realice control de las pertenencias de pacientes y visitas.</p>
<p>Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.</p>	<p>Verificar la existencia de un sistema físico, digital o automatizado de control de entrada y salida en la UPSS.</p>
<p>Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrió a la contención mecánica.</p>	<p>Verificar si se valora el riesgo potencial de fuga en 03 Historias Clínicas tomadas al azar.</p>
<p>Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.</p>	<p>Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.</p>
<p>Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.</p>	<p>Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga: comunicación inmediata al responsable de la UPSS, al Supervisor de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicarse inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.</p>

CIÓN DE LA
: PACIENTES



PERÚ
Ministerio de Salud
"Año de la Universalización de la Salud"

<p>Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.</p>	<p>Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el tratamiento que recibe y la hora de administración, contrastándolo con la Historia Clínica.</p>	<p>R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional</p>
<p>Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.</p>	<p>Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.</p>	<p>R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional</p>
<p>Coche de parto cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.</p>	<p>Verificar la existencia del Coche de Parto en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo N° 01</p>	<p>R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional</p>
<p>Soluciones eutroicasas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contentivos en ella.</p>	<p>Verificar que todas las soluciones eutroicasas estén rotuladas.</p>	<p>R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional</p>
<p>Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.</p>	<p>Verificar el almacenamiento de los medicamentos.</p>	<p>R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional</p>
<p>Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.</p>	<p>Verificar rotulación de medicamentos de correspondencia.</p>	<p>R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional</p>
<p>Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.</p>	<p>Verificar el almacenamiento de medicamentos y material quirúrgico en forma individualizada según lo descrito por el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de correspondencia. Contrastar el almacenamiento SDMDU de 03 pacientes elegidos al azar con la terapéutica registrada en la Historia Clínica.</p>	<p>R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional</p>
<p>Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento y caducidad.</p>	<p>Verificar la existencia de un registro de medicamentos almacenados en el servicio no correspondientes al Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria. El registro debe incluir nombre, presentación, N° Lot y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.</p>	<p>R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional</p>
<p>Existencia de un registro de medicamentos controlados.</p>	<p>Verificar la existencia de un registro de medicamentos controlados. El registro debe incluir nombre, presentación, N° Lot y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.</p>	<p>R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional</p>
<p>Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.</p>	<p>Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos, paciente correcto (identificado por su nombre y número), medicamento correcto (identificación, fecha de medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dosis, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HCl) y hora de administración correcta (contrastar con HCl) y Kardex de Enfermería.</p>	<p>R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional</p>

SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
 “Año de la Universalización de la Salud”

Ministerio de Salud
 Hospital Carlos; C
 Camacho y Pozo

Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza	Verificar en los Historiales Clínicos sometidos al examen si se realiza la valoración	Nota descriptiva N° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional
Revaloración diaria de pacientes ancianos sometidos a polifarmacia, los disfuncionantes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos	Verificar en los Historiales Clínicos sometidos al examen si se realiza la revaloración	Nota descriptiva N° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional
Información a los pacientes sobre los efectos secundarios que pueden afectar la tolerancia al sensorio	Preguntar a los pacientes sobre sus responsabilidades al usar el medicamento	Nota descriptiva N° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional
En casos de sedación y delirio cognitivo severo se utilizarán barreras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado	Verificar según sea el caso el uso de contención mecánica	Nota descriptiva N° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional
Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los inodoros, cambios posturales, ejercicios, etc.	Preguntar a los pacientes o familiares responsables al usar el medicamento	Nota descriptiva N° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional
Producto que estabiliza, cubrición objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación, supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica	Verificar la existencia del producto respectivo	Nota descriptiva N° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe utilizar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado	Nota descriptiva N° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional
asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente	Verificar el retroceso de las vendas de inmovilización de las vendas	Nota descriptiva N° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional
Si el paciente se encuentra en posición supina comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantar la cama	Verificar movilidad del paciente	Nota descriptiva N° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional
Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada	Verificar que no este obstruidas las vías aéreas	Nota descriptiva N° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional
Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión	Verificar en la HCU la ejecución y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación in situ de la ausencia de lesiones por fricción en cualquier zona	Nota descriptiva N° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional



Av. Sáenz Peña Ctra. 05 - SIN
 Pucallpa - Lima, Peru
 T. (51) 548-2010
 Anexo: 110



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
 "Año de la Universalización de la Salud"

PERÚ
 Ministerio de Salud
 Hospital Central de Lima

<p>Eválúo el paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctima o de cometer agresiones sexuales; desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su médico.</p>	<p>Verificar en 03 Unidades Clínicas turnadas al azar si se realiza la valoración.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.</p>
<p>Información disponible y clara referente a las consecuencias pona es de las agresiones sexuales.</p>	<p>Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.</p>
<p>El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.</p>	<p>Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.</p>
<p>Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.</p>	<p>Verificar si se realiza algún control al respecto.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.</p>
<p>Ante detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.</p>	<p>Verificar en 02 Unidades Clínicas turnadas al azar por muestra aleatoria simple se registre la terapéutica específica.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.</p>
<p>Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas.</p>	<p>Verificar si la UPESS cuenta con un protocolo al respecto y el flujo de información al respecto.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente. Servicios de salud mental y seguridad del paciente.</p>

IDAD SEXUAL



Av. Sáenz Peña Cdra. 05 - SIN
 Puente Piedra - Lima, Perú
 T. (511) 548-2010
 Anexo: 110



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año de la Universalización de la Salud"



<p>DECLARACIÓN DE RÍO DE JANEIRO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO DERECHO UNIVERSAL (OCTUBRE 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>	<p>Verificar en 03 Historias Clínicas brnadas al azar si se realiza la valoración.</p>	<p>Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización</p>	<p>Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>
<p>DECLARACIÓN DE RÍO DE JANEIRO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO DERECHO UNIVERSAL (OCTUBRE 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>	<p>Verificar en 03 Historias Clínicas brnadas al azar si se realiza la valoración.</p>	<p>Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.</p>	<p>Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>
<p>DECLARACIÓN DE RÍO DE JANEIRO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO DERECHO UNIVERSAL (OCTUBRE 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>	<p>Verificar en 03 Historias Clínicas brnadas al azar si se realiza la revaloración.</p>	<p>Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.</p>	<p>Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>
<p>DECLARACIÓN DE RÍO DE JANEIRO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO DERECHO UNIVERSAL (OCTUBRE 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>	<p>Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo de riesgo.</p>	<p>Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.</p>	<p>Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>
<p>DECLARACIÓN DE RÍO DE JANEIRO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO DERECHO UNIVERSAL (OCTUBRE 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>	<p>Preguntar a 03 pacientes (o similar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto</p>	<p>Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión</p>	<p>Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>
<p>DECLARACIÓN DE RÍO DE JANEIRO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO DERECHO UNIVERSAL (OCTUBRE 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>	<p>Verificar informes al Respeto. Preguntar a 03 pacientes (o similar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto</p>	<p>Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.</p>	<p>Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>
<p>DECLARACIÓN DE RÍO DE JANEIRO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO DERECHO UNIVERSAL (OCTUBRE 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>	<p>Verificar la existencia de riesgos y su guía actualizado</p>	<p>Notificación de úlceras por presión, (incidencia y prevalencia) en un registro diario insaurado en los servicios de hospitalización.</p>	<p>Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>
<p>DECLARACIÓN DE RÍO DE JANEIRO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO DERECHO UNIVERSAL (OCTUBRE 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>	<p>Verificar la existencia de la Guía de Atención. Verificar existencia de Anuncios de desiertos en la guía</p>	<p>Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.</p>	<p>Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>
<p>DECLARACIÓN DE RÍO DE JANEIRO SOBRE LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN COMO DERECHO UNIVERSAL (OCTUBRE 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>	<p>Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto</p>	<p>Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio</p>	<p>Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>

VENCIÓN Y
CCIÓN DEL
GO DE LAS
ERAS POR
RESIÓN



Av. Sáenz Peña Ctra. 06 - SJN
Puente Piedra - Lima, Perú
T. (511) 548-2010
Anexo: 110



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
 Año de la Universalización de la Salud



<p>Identificación del riesgo de suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos de suicidios previos, conductas suicidas en el entorno cercano.</p>	<p>Verificar en 03 Historias Clínicas tratadas al azar si se realiza la valoración</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelis Donabedian</p>
<p>Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)</p>	<p>Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelis Donabedian</p>
<p>Ubicación al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.</p>	<p>Corroborar la ubicación del paciente de acuerdo al riesgo valorado.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelis Donabedian</p>
<p>Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que presenten un riesgo de auto o heteroagresividad.</p>	<p>Preguntar a 03 pacientes (o familiares responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelis Donabedian</p>
<p>El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanezca en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.</p>	<p>Verificar que el almacén de medicamentos se encuentren seguros.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelis Donabedian</p>
<p>El coche de limpieza transportar los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes</p>	<p>Verificar el coche de limpieza y su uso por el personal responsable.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelis Donabedian</p>
<p>La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.</p>	<p>Verificar si el personal de nutrición / alimentación conoce un protocolo al respecto. Evidenciar su registro.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelis Donabedian</p>
<p>El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.</p>	<p>Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.</p>	<p>Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente / Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelis Donabedian</p>

CIÓN DEL.
Y LESIONES



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año de la Universalización de la Salud"



<p>La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.</p> <p>Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.</p> <p>La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.</p> <p>Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.</p> <p>Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionando al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.</p> <p>Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.</p> <p>Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.</p> <p>Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información, más reciente.</p> <p>La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.</p> <p>El resumen de la información del traslado de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.</p>	<p>Verificar los mecanismos de comunicación de la UPSS. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p> <p>Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p> <p>Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p> <p>Verificar documentos remitidos por la UPSS y las respuestas a los mismos.</p> <p>Verificar documentalmente el cambio de turno entre médicos. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno, en los profesionales médicos.</p> <p>Verificar documentalmente el cambio de turno entre profesionales encargados del cuidado de pacientes. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno entre los profesionales encargados del cuidado del paciente.</p> <p>Verificar la disponibilidad de todas las historias clínicas completas.</p> <p>Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar, si se encuentran actualizadas.</p> <p>Verificar que todo paciente trasladado o transfiriendo a otro servicio lleva su Historia Clínica.</p> <p>Verificar el contenido de la información del paciente trasladado o transfiriendo a otro servicio.</p>	<p>"Nuevo estándares para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>"Nuevos estándares para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p>
---	--	--



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
 “Año de la Universalización de la Salud”



Disponibilidad de dispensadores con preparados de base etanolica para manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos
Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos
Cumplimiento del ratio lavamanos/paciente -ama de al menos 1:10	Verificar el ratio mínimo recomendado	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Verificar en CC trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 02	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 03	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos
Porcentaje de cumplimiento > 80% del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. Ver Anexo N° 04	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos
Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.	"Nuevas soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004 / Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos

SE DE MANOS



Av. Sáenz Peña Cdra. 05 - SIN
 Puente Piedra - Lima, Perú
 T. (51) 548-2010
 Anexo: 110



“DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES”
 “Año de la Universalización de la Salud”

PERU
 Ministerio de Salud
 Subgerencia de Promoción y Salud

<p>Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.</p>	<p>Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.</p>	<p>R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA/DIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"</p>
<p>Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.</p>	<p>Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.</p>	<p>R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA/DIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"</p>
<p>Cuidado y manejo de los cateteres se realiza de acuerdo a normas.</p>	<p>Verificar medidas de bioseguridad y protección personal</p>	<p>R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA/DIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"</p>
<p>Cumplimiento de las medidas de aislamiento.</p>	<p>Verificar equipos de protección personal</p>	<p>R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA/DIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"</p>
<p>El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" e Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.</p>	<p>Verificar existencia de medidas de prevención para IAS.</p>	<p>R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA/DIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"</p>
<p>Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAS en la UPSS.</p>	<p>Evidencia documental de actividades de vigilancia</p>	<p>R.M. 482-1996-SADM/INT para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, Capítulo IV Unidades de Atención: 4.6. Unidad de Centro Quirúrgico RM 523-2003/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.</p>
<p>Se observa si se encuentran señalizadas las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.</p>	<p>Observar señalización de correspondencia</p>	<p>RM 482-1996-SADM/INT para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, Capítulo IV Unidades de Atención: 4.6. Unidad de Centro Quirúrgico RM 523-2003/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.</p>
<p>Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.</p>	<p>Observar manejo del personal en zonas señalizadas</p>	<p>RM 482-1996-SADM/INT para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria, Capítulo IV Unidades de Atención: 4.6. Unidad de Centro Quirúrgico RM 523-2003/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.</p>
<p>Equipos biométricos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad</p>	<p>Verificar existencia de equipos biométricos</p>	<p>NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" y NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>
<p>Equipos biométricos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad</p>	<p>Verificar operatividad de equipos biométricos</p>	<p>NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" y NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>
<p>Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biométricos, según responsabilidad.</p>	<p>Utilización de equipos biométricos por el personal de la salud elegidos al azar</p>	<p>NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" y NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>
<p>Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biométricos (inclusive los nuevos).</p>	<p>Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.</p>	<p>Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>
<p>Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biométricos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas</p>	<p>Seleccionar 03 equipos biométricos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento</p>	<p>Decreto Supremo N° 013-2006-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo</p>

GURIDAD

MANEJO DE EQUIPOS



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"

"Año de la Universalización de la Salud"



ANEXO 10: ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

Fecha:

Nombre del Establecimiento: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

Responsable de la Información: MC.

Dirección del Establecimiento () Oficina de Epidemiología ()

UG de la Calidad () Dpto. de Enfermería ()

Centro Quirúrgico (X) Dpto. / Servicio de Cirugía ()

Nombre y cargo del personal que informa: MÉD. ERIKA ROJAS

Trimestre que informa:

1.- En su establecimiento de salud. ¿Se ha implementado la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

SI

NO

En caso que respondiera NO. ¿Por qué?

2.- ¿Cuál es el porcentaje de aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en su establecimiento?

%

3. ¿Se realizó la sensibilización/ preparación previa al profesional asistencial del establecimiento?

¿Ha detectado problemas para implementar de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

En caso que respondiera SI, está relacionado a:

- Falta de personal
- Falta de conocimiento del personal
- Falta de motivación del personal
- Falta de entrenamiento del personal
- Procesos administrativos como:
- Distribución del personal / tareas
- Infraestructura





- Equipamiento
- Insumos
- Apoyo de la gestión
- Otro especificar

4. ¿Ha elaborado algún indicador relacionado con la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía?

SI NO

En caso que respondiera SI, ¿Cuáles?

N° de listas aplicadas de verificación de cirugía segura. <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> N° de cirugía programadas
--

¿Qué otros indicadores cree Ud, que se podrían medir?

N° de listas aplicadas completas de verificación de cirugías segura <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> N° de cirugías programadas

5. ¿Qué indicadores plantea Ud. 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 la Seguridad de la Cirugía?

SI NO

En caso que respondiera SI, ¿Por qué?

7. Indique el número de quirófanos presupuestados

8. Indique el número de quirófanos operativos

9. Cuál es el tiempo 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 quirúrgicas programadas suspendidas?

Durante:

El primer semestre de este año

 %

11. ¿Cuenta con farmacia en Centro Quirúrgico?

 SI NO

12. ¿Cuál es el porcentaje de desabastecimiento de Medicamentos trazadores para el centro quirúrgico?

 %

13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intra operatoria?

 %

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

 %

15. ¿Cuál es la tasa de re intervenciones no programadas?

 %

16. ¿Cuál es el número de cirugías electivas realizadas?

17. ¿Cuál es el número de cirugías de emergencia realizadas el primer SEMESTRE de este año?

18. ¿Cuál es el número de incidentes y/o Eventos Adversos Notificados relacionados a cirugías electivas?

19. ¿Cuál es el número de incidentes y/o Eventos Adversos Notificados relacionados a cirugía de emergencia?





ANEXO 11: LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Antes de que el (la) paciente salga del quirófano

Antes de la incisión cutánea

Antes de la administración de la anestesia

ENTRADA	PAUSA	SALIDA
Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo ¿Ha confirmado el (la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede	Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano <input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función. <input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del/la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico <input type="checkbox"/> Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica	Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano El (la) enfermero(a) confirma verbalmente: <input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento <input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas <input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente) <input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos
¿Se ha marcado el sitio quirúrgico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede	<input type="checkbox"/> ¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede	El (la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica? SI: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede	El (la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede	El (la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
¿Tiene el (la) paciente... ... Alergias conocidas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede	El (la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
... Via aérea difícil riesgo de aspiración? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede	El (la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
... En este caso, hay instrumental y equipo/ ayuda disponible? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede	El (la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml / Kg en niños) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede	El (la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
... En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV / central)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede	El (la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan: <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?
N° Historia Clínica _____ Nombres y Apellidos del/la paciente _____ Fecha _____	Firma del/la cirujano(a) _____ Firma del/la anestesiólogo(a) _____	Firma del/la enfermero(a) _____



XII. BIBLIOGRAFIA

- ✓ Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: Seguridad del paciente. 55^a Asamblea Mundial de la Salud: Informe de la Secretaría. Ginebra: OMS (Internet); 2002.
- ✓ Disponible
- ✓ <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81905/1/sa5513.pdf>
- ✓ Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE.
- ✓ (Internet).2011.
- ✓ Disponible
- ✓ <http://hws.vhebron.net/epine/descargas/EPINE%202011%20ESPA%C3%91A%20Resumen.pdf>
- ✓ Acta de la 59^a Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud Ginebra. OMS; 2006
- ✓ Disponible
- ✓ http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/24647/1/A59REC3_sp.pdf?ua=1
- ✓ Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia. Agencia de Calidad para el sistema Nacional de Salud. Secretaria General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España (Internet). Madrid.2006.
- ✓ Disponible
- ✓ <http://www.seguridaddelpaciente.es/formación/tutoriales/MS-C-CD1/>
- ✓ Manual de aplicación: de la lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009, la cirugía segura salva vidas. OMS (INTERNET). 2009
- ✓ Disponible
- ✓ <http://libdoc.who.int/publications/2009/9789243598590.espa.pdf>

