



HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

Nº 65 03/2022 de HCLLH/MINSA



HOSPITAL "CARLOS LANFRANCO LA HOZ" - PUENTE PIEDRA
 CERTIFICA: Que la presente copia fotostática es exacta y fiel al documento original que he tenido a la vista y que fue devuelto en este trámite, a su interesado.

PUENTE PIEDRA, **23 MAR. 2022**

Carmen Yessica Elias Rodriguez
 FEDATARIO TITULAR
 R.D. Nº 164 - 10 / 2020 - HCLLH / SA

Resolución Directoral

Puente Piedra, *23* de marzo de 2022.

VISTO:

El expediente 0001722, que contiene el Proveído N° 038-03-2022-OPE-HCLLH/MINSA, emitido por la Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico del HCLLH, que adjunta el Informe N° 030-03/2022-EP-OPE-HCLLH, de fecha 03 de marzo de 2022, emitido por el Coordinador de Equipo de Planeamiento del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz (HCLLH), mediante el cual otorga Opinión Favorable al "Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz - 2022"; Memorandum N° 120-02/2022-UGC-HCLLH/MINSA del 28 de febrero de 2022 y el Informe Legal N° 096-2022-AJ-HCLLH/MINSA;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud, señala que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la Salud es de interés público. Por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

Que, el artículo 2° de la presente Ley General de Salud, establece que toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le presentan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales profesionales;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, que tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejoría de la calidad de atención en los servicios de salud;

...II



//



Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009-SA, se aprobó la "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es la de contribuir a la mejora de la calidad en la atención de salud; a través del establecimiento de directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 302-2015/MINSA, se aprueba la Norma Técnica N° 117-MINSA/dgsp-v.01, "Norma Técnica de salud para Elaboración y Uso de Guías de Prácticas Clínica de salud, respaldadas por Guías de Prácticas Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de la prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos (...);



Que, mediante la Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN: Sanitaria de Rondas de seguridad del paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud, tiene como finalidad contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.1 Sistema de Registro y Notificaciones de incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas, tiene como objetivo fortalecer la cultura de registro, notificaciones y reporte de Incidentes, Eventos adversos y eventos centinelas a fin de identificados oportunamente para la reducción y mitigación de sus efectos durante el proceso de atención en salud;

Que, mediante la Resolución Directoral N° 219-12/2020-HCLLH/SA, que aprueba la Directiva Administrativa N° 009-HCLLH-2020/OPE "Directiva para la Elaboración de Planes de Trabajo y Planes de Acción V.01 del HCLLH, que tiene como finalidad lograr sistematizar la elaboración de los planes de trabajo, que se encuentren establecidos de acuerdos a las normas vigentes, para fortalecer las actividades, reducir las debilidades orientándose al sentido de la planificación y organización;

Que, mediante Memorandum N° 120-02/2022-UGC-HCLLH/MINSA, la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicita la revisión y aprobación mediante resolución directoral el Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022;

Que, mediante el Informe N° 030-03/2022-EP-OPE-HCLLH, el Coordinador de Equipo de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, emite opinión favorable al "Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2022";

Que, considerando que el "Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz – 2022", tiene como 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;

Con las Visaciones del Jefe de la Oficina de Administración, Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad y Asesoría Legal del "Hospital Carlos Lanfranco la Hoz";

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



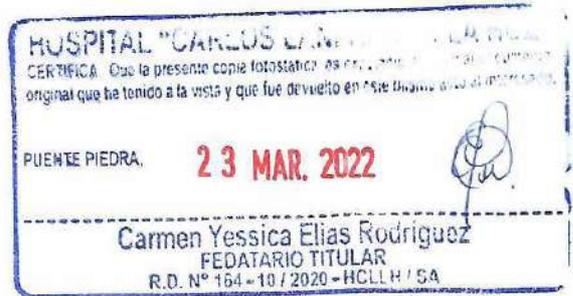
...//





HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

Nº 05.03/2022. de Normas



Resolución Directoral

//...

SE RESUEVE:

Artículo 1º.- APROBAR, el "Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz correspondiente al año 2022, el mismo que en anexo adjunto a folios veintitrés (23) forman parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2º.- DISPONER, que la jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, sea la responsable de monitorear y supervisar el cumplimiento de los objetivos y demás disposiciones que contiene el citado Plan y la oficina de Planeamiento Estratégico, garantizar el financiamiento del Plan, de conformidad con la disponibilidad presupuestal.

Artículo 3º.- DEJAR, sin efecto todo acto administrativo que se oponga a la presente Resolución Directoral.

Artículo 4º. - DISPONER, que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución Directoral en la página web del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz".

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

HOSPITAL "CARLOS LANFRANCO LA HOZ"
J. Ruiz Torres
MC. Jorge Fernando Ruiz Torres
C.M.P. 34287 R.M.E. 27694
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

JFRT/JMLC/MMRV/EER/EPM

Cc.

- Oficina de Administración
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Unidad de Gestión de la Calidad
- Asesoría Legal





**"PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL CARLOS
LANFRANCO LA HOZ - 2022"**

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



PERÚ

Ministerio
de Salud

Centro de Promoción y
Atención de Salud

Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

INDICE

	PÁG
I. INTRODUCCIÓN	4
II. FINALIDAD	4
III. OBJETIVO	4
IV. BASE LEGAL	5
V. AMBITO DE APLICACIÓN	5
VI. CONTENIDO	5
VII. ESTRATEGIAS DE TRABAJO	11
VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	12
IX. BIBLIOGRAFIA	14
X. ANEXOS	15

8





ANEXO 1: Glosario

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: Fluxograma 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.

8





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 para la Seguridad 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 tecnicada 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 2022, 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 2022.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

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



**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente del HCLLH 2022.
2. Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión de Riesgo.
3. Fortalecer el Sistema de Registro de Notificación --Análisis de Incidentes y Eventos Adversos
4. Implementar Rondas de Seguridad.
5. Promover los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente.

IV. BASE LEGAL

1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud
2. Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el reglamento de la ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
3. Ley N° 27314 – Ley General de Residuos Sólidos.
4. Resolución Ministerial N° 519-2006 /MINSa que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
5. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSa que aprueba el documento técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.
6. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSa - Política Nacional de Calidad en Salud.
7. Resolución Ministerial N° 533-2008 / MINSa, lista de chequeo de cirugía Segura
8. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSa, que aprueba la guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
9. Resolución Ministerial N° 143-2006 / MINSa, que aprueba la conformación del Comité "Técnico para la Seguridad del Paciente".
10. Resolución Ministerial N° 456-2007 / MINSa, que aprueba la Norma Técnica de salud para la acreditación de establecimientos de salud y servicios Médicos de apoyo.
11. Resolución Ministerial N° 546-2011 / MINSa, que aprueba la NTS N° 021-MINSa/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. CONTENIDO**A. 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.

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.

1. 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.

- a) Si se trata de un incidente o evento adverso desarrollar el procedimiento de comunicación de incidente y evento adverso.
- b) 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.

2. 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 hairo2391@gmail.com, o tramite documentario a en la unidad , teniendo como fecha limite el décimo día hábil del mes siguiente al mes que se está consolidando

3. 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 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.

B. DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGO.

La unidad de gestión de la Calidad y Derechos de las personas / áreas de la garantía para la Calidad, El Directos 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. Secretaria
- 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





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

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.

Actividades Según El Objetivo

1. **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.

2. **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.

3. **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.

Monitoreo del cumplimiento del consentimiento informado, se evidencia con la constatación de la Historia clínica

4. **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.

C. DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Actividades Del Equipo Conductor

1. **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.

2. **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.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Ministerio
de Promoción y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

3. 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.
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 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 llenado 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.

VII. 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 del 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





PERÚ

Ministerio de Salud

Nuestro Cero
Contenido de La Muerte

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

"Año de la Universalización de la Salud"



VIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022

O.E.	OBJ. ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	MET A	CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN AÑO 2020												RESPONSABLE	
						ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGS	SET	OCT	NOV	DIC		
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 del HCLLH 2021	Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente del HCLLH, 2021.	Elaborar el Plan de Actividades.	Plan - RD	1	X													U. Gestión de la Calidad
		Conformar mediante Resolución Directoral los Equipos de Trabajo de Seguridad del Paciente.	Actualización de la RD del: -Comité de Seguridad. - 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.	Resolución Directoral	4		X												
	Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión de Riesgo	Capacitar a los Servicios Asistenciales, Notificación de Eventos Adversos, análisis de Eventos Centinelas y aprendizaje a partir del error.	Capacitación en el Sistema de Registro, Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos centinelas.	Informe	2						X						X		
Fortalecer el Sistema de Registro de-Notificación-	Fortalecer el Sistema de Registro de-Notificación-	Realizar el seguimiento de la Notificación de Eventos Adversos	Elaborar el Reporte de Servicios que notifican Incidentes y Eventos Adversos.	Reporte	4			X			X					X		X	Resp. Área de Garantía





PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Carlos G. Concha y Vega

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

"Año de la Universalización de la Salud"



<p>Análisis de Incidente y Evento Adverso</p>	<p>Verificar la implementación del Sistema de Notificación de Eventos Adversos</p>	<p>Consolidar la información remitida por parte de los Servicios respecto a la Notificación de Incidentes y Eventos Adversos.</p>	Informe	4				X					X					X	Resp. Área de Garantía
	<p>Ejecutar e Informar los resultados de la Rondas de Seguridad del Paciente</p>	<p>Ejecutar e informar los resultados de la ronda de seguridad del paciente utilizando el aplicativo del OGC y OP IGSS, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud e incluir acciones de mejora post ronda</p>	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de Rondas de Seguridad
	<p>Seguimiento del Cumplimiento del Plan de Acción Post Ronda de Seguridad</p>	<p>Seguimiento del Cumplimiento del Plan de Acción Post Ronda de Seguridad</p>	Informe	4				X			X			X				X	Equipo de Rondas de Seguridad
	<p>Promover los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente</p>	<p>Aplicación de la encuesta para evaluar a implementación de la LVSC</p>	<p>Realizar la encuesta para evaluar la implementación de la LVSC</p>	Informe	4				X					X				X	Equipo Conductor de la LVCS





VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: Seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud: Informe de la Secretaria. Ginebra: OMS (Internet); 2002.
Disponible
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81905/1/sa5513.pdf>
2. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE.
(Internet). 2011.
Disponible
<http://hws.vhebron.net/epine/descargas/EPINE%202011%20ESPA%C3%91A%20Resumen.pdf>
3. Acta de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud Ginebra. OMS; 2006
Disponible
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/24647/1/A59REC3_sp.pdf?ua=1
4. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia. 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/>
5. Manual de aplicación de la lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009, la cirugía segura salva vidas. OMS (INTERNET). 2009
Disponible
<http://libdoc.who.int/publications/2009/9789243598598.spa.pdf>





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Larrazolo de la Hoz

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



IX. ANEXOS

ANEXO 01: GLOSARIO

1. **Paciente:** Es todo usuario que recibe una atención de salud.
2. **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.
3. **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.
4. **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.
5. **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.
6. **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.
7. **Incidente:** Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.
8. **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.
9. **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.
10. **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.
11. **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.
12. **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.
13. **Ingreso a Centro quirúrgico:** Es cuando el paciente va a hacer intervenido quirúrgicamente es recibido por la enfermera de Centro Quirúrgico.
14. **Ingreso a Recuperación:** Es cuando el paciente luego de haber sido intervenido quirúrgicamente es llevado a la sala de operaciones para su internamiento.
15. **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.





16. **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.
17. **Salida de sala de operaciones:** Es cuando el paciente que ingreso para ser intervenido quirúrgicamente, sale de sala de operaciones acompañado por médico Anestesiólogo.
18. **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.
19. **Higiene de mano:** Termino aséptico para prevenir enfermedades nosocomiales antes, durante y después de cada procedimiento o contacto con el paciente.
20. **Riesgo:** Es la probabilidad de ocurrencia de un incidente.
21. **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.
22. **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.
23. **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.
24. **Prevención Terciaria:** Se enfrenta el evento adverso reduciendo sus consecuencias y procurando evitar su reaparición. Tiene como base el análisis detallado y metodológicamente correcto del evento y la comunicación honesta y veraz con el paciente que debe recibir una atención individualizada del problema.
25. **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.
26. **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.
27. **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.





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoza

"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

Nº DE FICHA

FECHA DE NOTIFICACIÓN

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nº 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 ***

- * 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/ PSICOLOGICA 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





PERÚ

Ministerio de Salud

Respetar. Cuidar. Confortar. La Vida.

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



ANEXO 3

FORMATO N° 02
MATRIZ DE CONSOLIDACION DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL CARLOS LANFANCO LA ROZA
MES y AÑO DE REPORTE: _____

UNIDAD DE LINEA: PUENTE PIEDRA
N° DE INCIDENTES u/o EVENTOS ADVERSOS QUE REPORTAR: _____

N° de Ficha	Fecha de notificación	Hora de notificación	Día/Sem	Nombre del asociado paciente	N° de H.C.	Sexo del Paciente	Edad	Diagnóstico principal	OPSA/OTSA	Nivel del "X" según correspondiente			Fecha del Incidente/Evento	Hora aprox. del Incidente/Evento	Descripción del Evento	Categoría CA	Tipo CA
										Incidencia	Evento Adverso	Evento Centinela					



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos
Lambrón de la Hija

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



ANEXO 4

Table with multiple columns and rows, mostly illegible due to fading. A handwritten 'P' is visible on the left side of the table area.

www.hcjh.gob.pe

Av. Saenz Peña Cdra. 06 - SIN

Puente Piedra - Lima, Peru
T. (51) 543-2010
Anexo: 110



Siempre
con el pueblo





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"



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 IMPLEMENTACIÓN	REQUERIMIENTO DE RECURSOS

9





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"



FORMATO DE PLAN DE ACCIÓN - PROTOCOLO DE LONDRES.

IPRESS: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.

EVENTO CENTINELA

FECHA:

Nº	FACTOR CONTRIBUTIVO	ACCIÓN DE MEDIDA CORRECTIVA	RESPONSABLE	PLAZO PARA SU IMPLEMENTACIÓN	EVIDENCIA DE IMPLEMENTACIÓN	ESTADO DE IMPLEMENTACIÓN	FECHA DE CIERRE FORMAL

www.hcilh.gob.pe

Av. Sáenz Peña Cdra. 06 - SIN

Puente Piedra - Lima, Perú
T. (51) 548-2010
Anexo 110



**Siempre
con el pueblo**





HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	*Nueve 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.	*Nueve 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 papet toalla en todos los lavamanos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	*Nueve 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-cama de al menos 1:10	Verificar el ratio mínimo recomendado.	*Nueve 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 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 02	*Nueve 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	*Nueve 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	*Nueve 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.	*Nueve 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





BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.	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"
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.	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"
	Cuidado y manejo de los calderines se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de bioseguridad y protección personal.	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"
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.	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"
	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundles" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para IAAS.	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"
	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Evidencia documental de actividades de vigilancia.	RM 482-1996-SADM/NT 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.
	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar señalización de correspondier.	RM 482-1996-SADM/NT 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.
	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar tránsito del personal en zonas señalizadas.	RM 482-1996-SADM/NT 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.
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	Verificar existencia de equipos biomédicos.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	Verificar operatividad de equipos biomédicos.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos según responsabilidad.	Utilización de equipos biomédicos por 02 profesionales de la salud elegidos al azar.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud" / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.	Decreto Supremo N°013-2005-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Seleccionar 03 equipos biomédicos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento.	Decreto Supremo N°013-2005-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo



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?

[Empty box for response]

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

[Empty box for percentage response]

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

SI NO

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

SI NO

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





Las intervenciones se gestionan oportunamente durante el turno	Revisión de registros físicos o electrónicos del turno realizado a los médicos/as	Criterios de Práctica Clínica / Normas técnicas de los IPRESS
La seguridad de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno	Revisión de registros físicos o electrónicos del turno realizado a los enfermeros/as o especialistas de ayuda al diagnóstico y tratamiento	Criterios de Práctica Clínica / Normas técnicas de los IPRESS
La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno	Revisión de registros físicos o electrónicos del turno realizado a los enfermeros/as o enfermeras	Criterios de Práctica Clínica / Normas técnicas de los IPRESS
Cumplimiento de las indicaciones de la receta del paciente según indicación del médico tratante	Correspondencia de la dieta administrada al paciente con la registrada en el HIC/Exámenes de agua	NTS N° 021-MINSA/DGSP V 03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes	Revisión del personal programado para el turno con el personal que se encuentra en el servicio	D.S. N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / NTS N° 020-MINSA/DGSP V 02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes	Verificar la existencia de un mecanismo de programación de sustitución o cubrimiento	D.S. N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / NTS N° 020-MINSA/DGSP V 02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
Personal en atención (usuarios, residentes, especialistas u otros) demuestran que tienen un personal esencial que cumple el rol de tutoría y supervisión	Identificar al personal tutor o supervisor de atención (usuarios, especialistas o enfermeras) en el turno	D.S. N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	Preguntar a los trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados acerca del mecanismo de reporte	D.S. N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / R.M. N° 876-2008 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2008-2009 / NTS N° 020-MINSA/DGSP V 02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS	Verificar la existencia de un sistema de registro físico y/o virtual de incidentes y eventos adversos de acuerdo a la NTS	D.S. N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / R.M. N° 876-2008 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2008-2009 / NTS N° 020-MINSA/DGSP V 02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	Revisar la evidencia de realizar análisis y plan de intervención	D.S. N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / R.M. N° 876-2008 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2008-2009 / NTS N° 020-MINSA/DGSP V 02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
Registro físico o digital de notificación de cumplimiento de trabajo del personal asistencial	Verificar la evidencia del registro en la UPSS	D.S. N° 009-2012-TR Reglamento de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	Verificar el uso de los formatos de consentimiento informado en 03 pacientes seleccionados al azar	D.S. N° 013-2008-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud
Tiene a sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo	Observar la existencia del sistema de llamado de auxilio para todos los puntos del servicio	Resolución para la Seguridad del Paciente - OMS / Estrategia para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
Barandales de los centros funcionan y están levantados para proteger al paciente	Observar la existencia de barandales y su uso	Resolución para la Seguridad del Paciente - OMS / Estrategia para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
En Consultorio Obstétrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de pastogramas	Utilizar la existencia de pastogramas	R.M. N° 1051-2005-MINSA que aprueba la Estrategia Nacional N° 001-MINSA/DGSP - V 01 "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud"
En Centro Obstétrico se evidencia el uso de pastogramas con línea de alerta	Observar el uso del pastograma	R.M. N° 895-2005-MINSA que aprueba la Guía Técnica "Criterios de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutiva y sus 10 niveles de Sector Salud"
En Centro Obstétrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (manos y guantes estériles, mascarilla, gorro, batas protectoras)	Verificar la existencia de Doppler fetal portátil y su uso	NTS N° 021-MINSA/DGSP V 03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal y Cardiotocógrafo operativo	Verificar la existencia de Monitor fetal y cardiotocógrafo y su uso	NTS N° 021-MINSA/DGSP V 03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo	Verificar la existencia de Ecógrafo y su uso	NTS N° 021-MINSA/DGSP V 03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Equipo de Protección Personal en Centro Obstétrico (máscara y guantes estériles, mascarilla, gorro, batas protectoras)	Observar el uso de Equipo de Protección Personal en Centro Obstétrico	R.M. N° 1422-2002 - Manual de identificación y esterilización hospitalaria R.M. N° 300-2005-MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Hospitalarias
En Centro Obstétrico se evidencia que la partera tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2	Revisar en la Historia Clínica de todos los procesos en trabajo de parto los resultados de prueba rápida ELISA para HIV-1 y HIV-2	R.M. N° 100-2004-MINSA que aprueba las Guías Integradas de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva - R.M. N° 721-2005-MINSA aprueba los Planes Clínicos de los siguientes Ejes Estratégicos Nacionales: Prevención y Control de las ITS, VIH-SIDA, RLS, N° 483-2007-MINSA aprueba el documento "Bases Plan Nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Bebe del VIH y SIDA" / R.M. N° 518-2014-MINSA NTS N° 100-MINSA/DGSP V 01 Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre Bebe del VIH y el SIDA
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 al cargo del Equipo Coordinador y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia del Informe (último informe semestral)	Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA Guía Técnica de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía al cargo del Equipo Coordinador y/o Comité de Seguridad del Paciente	Observar e identificar al coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA Guía Técnica de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía en el periodo correspondiente a la PAUSA	Accusar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA Guía Técnica de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
En Centro Quirúrgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía en el periodo correspondiente a la SALIDA	Accusar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía	Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA Guía Técnica de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo	Verificar la existencia de coche de intubación difícil y su uso	NTS N° 021-MINSA/DGSP V 03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativa	Verificar la existencia de Unidad / Máquina de Anestesia y su uso	NTS N° 021-MINSA/DGSP V 03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro (pO2 a e)	Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparametro y su uso	NTS N° 021-MINSA/DGSP V 03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Bomba de perfusión operativa	Verificar la existencia de bomba de perfusión y su uso	NTS N° 021-MINSA/DGSP V 03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con Cisterna Portátil con batería operativa	Verificar la existencia de Cisterna Portátil y su uso	NTS N° 021-MINSA/DGSP V 03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"

SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD

Nota: El presente documento es de carácter informativo y no constituye un instrumento de gestión. El contenido es de carácter confidencial y no debe ser divulgado.



IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Datos mínimos a ser verificados en el brazalete: Nombres y apellidos, DNI, N° de Historia Clínica.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	Datos mínimos a ser verificados en el cartel: nombres, apellidos y número de cama.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Datos mínimos a ser verificados y contrastados con la Historia Clínica: nombres y apellidos, N° DNI y N° de historia clínica.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Observar el proceso de identificación de pacientes antes de cualquier procedimiento.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Datos adicionales a ser verificados en el brazalete: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Verificación de la identificación correcta de los paciente antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológicos u otros.	Datos adicionales a ser verificados en el cartel: señalización de riesgo de caídas, RAM u otras alertas.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	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.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico comunicado por el médico, contrastándolo con la Historia Clínica.	Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre los procedimientos o cirugías que han sido o van a ser sometidos, contrastándolo con el Consentimiento Informado.	Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con ropa hospitalaria identificable.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.
	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todos los accesos a la UPSS cuentan con vigilancia y se realiza control de las pertenencias de pacientes y visitas.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.
	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Verificar la existencia de un sistema físico, digital o automatizado de control de entrada y salida en la UPSS.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.
	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Verificar si se valora el riesgo potencial de fuga en 03 Historias Clínicas tomadas al azar.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.
	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.
	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga: comunicación inmediata al responsable de la UPSS, al Supervisor/a de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicar inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2° Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.



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

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	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 correspondiente a la última atención. 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, Instrucción, 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 los antecedentes 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 la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, 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 clínico general y regional de corresponder	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 corresponder (presuntivos o 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 evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Diagnóstico, Interpretación de exámenes y comentario terapéutico y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio correspondientes a la última atención médica. 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 actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas	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 del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad)	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 gráficos actualizados de la Funciones Vitales	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 hidro - 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 e 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	NT N° 029-MINSA/DGSP-V 01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y 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	NT N° 029-MINSA/DGSP-V 01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
	Correspondencia entre 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	NT N° 029-MINSA/DGSP-V 01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
	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
	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciado	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar. Revisión del Sistema de Registro de Eventos Adversos	Recomendaciones del Estudio (EAS) Prevención de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica / D.S. N° 015-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Ayuda
	Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad 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 de alta del paciente Av. 5400 Pisco C/16 10 - 301	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 Piscata Piedra - Lima, Perú	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 procedimientos de procedimientos realizados al paciente T. 0111 544 2010 Área N° 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	
Registro de la Contaminación 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	
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	

www.hcjh.gob.pe

Siempre con el pueblo



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



ANEXO 7: CRONOGRAMA ANUAL DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022

IPRESS: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
 RESPONSABLE: Dr. Jorge Fernando Ruiz Torres

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1:	17/01/2022	10:30 am

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 2:	25/02/2022	10:30 am

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 3:	18/03/2022	10:30 am

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 4:	22/04/2022	10:30 am

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 5:	20/05/2022	10:30 am

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 6:	24/06/2022	10:30 am

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 7:	22/07/2022	10:30 am

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 8:	19/08/2022	10:30 am

SEPTIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 9:	23/09/2022	10:30 am

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 10:	21/10/2022	10:30 am

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 11:	18/11/2022	10:30 am

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 12:	16/12/2022	10:30 am

M^o Jorge Fernando Ruiz Torres
 SNIP: M271 RNE: 21091
 INSTRUCTOR DE CUATRO VIGILAS
 Titular Responsable de la IPRESS

Responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad

Responsable de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental

Responsable del Departamento de Enfermería
 UPEL - UPEL - UPEL - UPEL - UPEL
 Jefa del Departamento de Enfermería

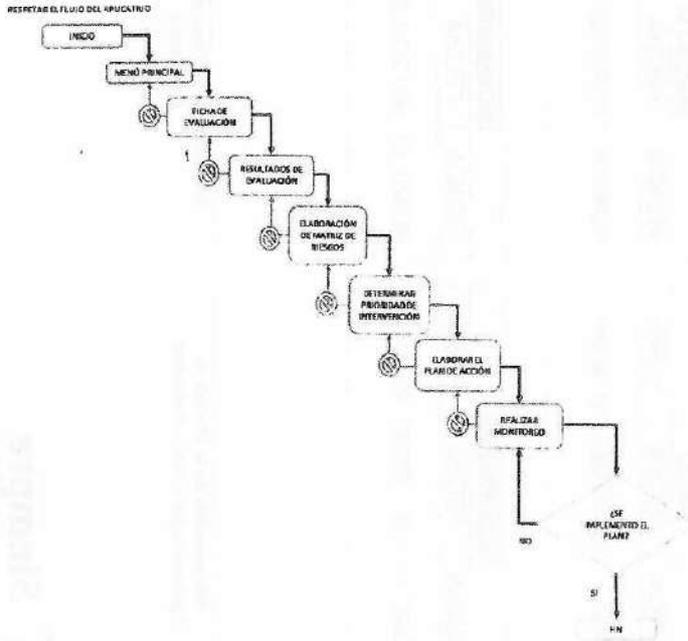
Fuente: Directiva Sanitaria N° 003 - JGSSN.1

www.hcdh.org.pe
 Av. Sáenz Peña Odra, 66 - SMI
 Pórtico Pichincha - Lima, Perú
 T. (51) 546-2010
 Anexo 150

Siempre con el pueblo



ANEXO 8: FLUJOGRAMA DEL APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD





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
	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
	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



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 Autolesiones
	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 iatrogénicos
	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
	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	1	Absceso secundario a inyección IM
	2	Corioamnionitis
	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



C	9	Muerte por infección nosocomial
	10	Neumonía intrahospitalaria
CATEGORIA	Nº	TIPO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, CENTINELAS
RELACIONADOS CON EL PROCEDIMIENTO D	1	Caput Sucedaneum
	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 E	1	No se hizo cuando estaba indicado
	2	No disponible
	3	Paciente erróneo
	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/ilegible/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





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"



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?

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de listas aplicadas de verificación de cirugía segura.}}{\text{N}^\circ \text{ de cirugía programadas}}$

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

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de listas aplicadas completas de verificación de cirugías segura}}{\text{N}^\circ \text{ de cirugías programadas}}$
--

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

8

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

www.hcllh.gob.pe

Av. Sáenz Peña Cdra. 06 - SIN

Puente Piedra - Lima, Perú
T. (511) 548-2010
Fax: 110

Siempre
con el pueblo



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"



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?

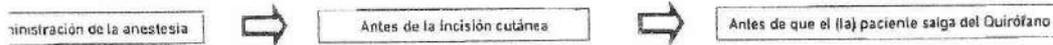
18. ¿Cuál es el número de incidentes y/o Eventos Adversos Notificados relacionados a cirugías electivas?

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



ENTRADA	PAUSA	SALIDA
<p>El (a) anestesiólogo(a), como mínimo:</p> <p>¿Se ha verificado la identidad del paciente, el sitio quirúrgico y su consentimiento?</p>	<p>Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función.</p>	<p>Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano</p> <p>El (la) enfermero(a) confirma verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento</p>
<p>¿Se ha verificado el sitio quirúrgico?</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del (de) la paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico</p>	<p><input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas</p>
<p>¿Se ha verificado la disponibilidad de los equipos de administración anestésica?</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica</p>	<p><input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)</p>
<p>¿Se ha verificado el oxímetro al paciente y funciona?</p>	<p>¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No Procede</p>	<p><input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos</p>
<p>¿Se ha verificado el modo de aspiración?</p>	<p>Previsión de Eventos Críticos</p> <p>Cirujano revisa:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista?</p>	<p>El (la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?</p>
<p>¿Se ha verificado si hay instrumental y equipos de ayuda?</p>	<p>Anestesiólogo(a) verifica:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico?</p>	
<p>¿Se ha verificado si el peso es > 500 ml (7 ml / Kg en niños)?</p>	<p>Equipo de Enfermería verifica:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de los indicadores)?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos?</p>	
<p>¿Se ha verificado si se ha previsto la disponibilidad de oxígeno u otros fluidos y dos vías de acceso?</p>	<p><input type="checkbox"/> ¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</p>	

www.hcjh.gob.pe

Anexo N° 01: Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

GUIA TÉCNICA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos L. Linares

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

SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren	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	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 International
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.	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 International
	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normalidad vigente.	Verificar la existencia del Coche de Paro en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo N° 01	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 International
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella	Verificar que todas las Soluciones endovenosas estén rotuladas.	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 International
	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.	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 International
	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Verificar rotulación de medicamentos de corresponder.	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 International
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria	Verificar el acondicionamiento de medicamentos y material quirúrgico en bodega 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 corresponder. Contrastar el almacenamiento SDMDU de 03 pacientes elegidos al azar con la terapéutica registrada en la Historia Clínica.	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 International / R.M. N° 552-2007/MINSA NTS 057 - Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del Sector Salud
	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento/caducidad.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos almacenados en el servicio correspondientes al Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar	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 International
	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos controlados. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar	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 International
Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos:	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (identificado por su nombre y púbera), medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dilución, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HC) y hora de administración correcta (contrastar con HC) y Kardex de Enfermería.	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 International	



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Larrañaga La Merced

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



PREVENCIÓN DE LA CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas a azar si se realiza la valoración	Nota descriptiva N° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Revaloración diaria de pacientes ancianos aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas a azar si se realiza la revaloración	Nota descriptiva N° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sentido	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto	Nota descriptiva N° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado	Observar según sea el caso el uso de contención mecánica	Nota descriptiva N° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos cambios posturales periódicos, etc.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto	Nota descriptiva N° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica	Verificar la existencia del protocolo respectivo	Nota descriptiva N° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado	Nota descriptiva N° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Asegurarse que las técnicas de inmovilización pueden ser retiradas fácilmente	Verificar el retiro fácil de las técnicas de inmovilización utilizadas	Nota descriptiva N° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y la altura de la cama	Verificar la movilidad del paciente	Nota descriptiva N° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	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 sea obstruidas las vías aéreas	Nota descriptiva N° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	Verificar en la HCL la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación in situ de la ausencia de úlceras por presión en cualquier grado	Nota descriptiva N° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International	





PERÚ Ministerio de Salud

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
Luchando por la Vida

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



SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio	Verificar en 03 Habitaciones Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración	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.
	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	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.
	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	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.
	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	Verificar si se realiza algún control al respecto.	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.
	Al 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.	Verificar en 02 Habitaciones Clínicas tomadas al azar por muestra aleatoria simple si se registra la terapia específica.	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.
	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicaran las medidas médicas y legales que resulten oportunas.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto y el flujo de información respectivo.	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.

www.hcitrn.gob.pe

Av. Sáenz Peña Cdra. 06 - SIN
Puente Piedra - Lima, Perú
T. (511) 540-2010
Aéreo 116



Siempre con el pueblo



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos L. Haya
La Molina, Lima, Perú

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



PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Declaración de Rio 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
	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Declaración de Rio 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
	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la reevaluación.	Declaración de Rio 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
	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	Declaración de Rio 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
	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Declaración de Rio 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
	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Verificar informes al Respecto. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Declaración de Rio 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
	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.	Declaración de Rio 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
	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	Verificar la existencia de la Guía de Curación. Verificar existencia de los informes escritos en la guía.	Declaración de Rio 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
	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	Declaración de Rio 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





PERÚ Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfранco La Hija

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



COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y familiares y el proceso para obtener atención	Verificar los mecanismos de comunicación de la UPSS. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	"Nueve 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
	Los pacientes y las familias reciben información sobre como acceder a los servicios de la UPSS.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	"Nueve 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
	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	"Nueve 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
	Se evidencian comunicaciones reciprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	Verificar documentos remitidos por la UPSS y las respuestas a los mismos.	"Nueve 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
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electronica) e intercambio de información entre los profesionales médicos 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.	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.	"Nueve 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
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electronica) 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.	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.	"Nueve 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
	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	Verificar la disponibilidad de todas las historias clínicas completas.	"Nueve 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
	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se encuentran actualizadas.	"Nueve 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
	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.	Verificar que todo paciente trasladado o transferido a otro servicio lleva su Historia Clínica.	"Nueve 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
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.	Verificar el contenido de la información del paciente trasladado o transferido de otro servicio.	"Nueve 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	

PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	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 suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	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 Avedis Donabedian
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de afrontaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	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 Avedis Donabedian
	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	Corroborar la ubicación del paciente de acuerdo al riesgo valorado.	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 Avedis Donabedian
	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Proguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	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 Avedis Donabedian
	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	Verificar que el almacén de medicamentos se encuentren seguros.	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 Avedis Donabedian
	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes	Verificar el coche de limpieza y su uso por el personal responsable.	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 Avedis Donabedian
	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.	Verificar si el personal de nutrición / alimentación conoce un protocolo al respecto. Evidenciar su registro.	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 Avedis Donabedian
	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.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	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 Avedis Donabedian