HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

N° 35 - 03/2021- HCLLH/SA

República del Perú

HOSPITAL "CARLOS LANFRANCO LA HOZ"
CERTIFICA: Que la presente copia fotostática es exactamente igual al documento original que he tenido a la vista y que fue devuelto en este mismo acto al interesado.
PUENTE PIEDRA, 24 MAR. 2021
Carmen Yessica Elias Rodriguez
FEDATARIO TITULAR
R.D. N° 164 - 10 / 2020 - HCLLH / SA

Resolución Directoral

Puente Piedra, 22 de Marzo del 2021.

VISTO:

El Expediente N° 874, el Informe N° 021-03-2021-EP-OPE-HCLLH del 01 de marzo del 2021, el Memorándum N° 029-02/2021-JUGC-HCLLH del 24 de febrero del 2021, documentos con los cuales se solicita la aprobación del Plan del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz-2021, y el Informe Legal N° 62 -AL-HCLLH/ MINSA, emitido por el Área de Asesoría Legal, y;

CONSIDERANDO:

Que, el articulo II y VI del Titulo Preliminar con la Ley N.° 26842- Ley General de Salud y sus modificatorias dispone su protección de la Salud es de interés público; por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, en condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que el artículo 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. Asi mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le presentan para la atencion de sus salud cumplan con los estándares con calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y 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, metodológicas y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N.° 727-2009-SA de fecha 31 de octubre de 2009, se aprobó el documento técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud mediante la implementación de

...//

...//

derechos emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante Resolución Ministerial N.° 302-2015 /MINSA de fecha 14 de mayo de 2015, se aprueba la Norma técnica N.° 117-MINSA/dgsp-v-01 " Norma Técnica de salud para Elaboración y Uso de Guías de Prácticas Clínica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Practicas 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 Resolución Ministerial N.° 414-2015/ MINSA, se aprueba el Documento Técnico " Metodología para la Elaboración de Guías Prácticas Clinica del Ministerio de Salud", cuya finalidad es contribuir a la mejora de la calidad de la atencion en slaud, on enfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a traves de la formulacion de Guias de prácticas clinicas que responde a las prioridades, ancionales, regionales y o local;

Que,mediante Resolución Ministerial N.° 850-2016/MINSA, de fecha 28 de octubre del 2016, se aprobo la Norma para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministrio de Salud, la cual tiene como objetio establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación difusion, implementacion y evaluacion de los documentos Normativos, asu cono estandarizar los elemnetos conceptuales, estructurales y metodoloficcos mas revelantes, del mismo modo, establecer la aplicación de procesos transparentes y explicitos para la emision de los documentos normativos, tamnien para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas;

Que, mediante Memorándum N.° 029-02-2021-JUGC-HCLLH de fecha 25 de febrero de 2021, el Jefe de la Unidad de Gestión de Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, remite a la Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, el "Plan de Seguridad del Paciente Hospital Carlos Lanfranco La Hoz- 2021", para su revisión y aprobación;

Que con el Informe Técnico N° 021-03/2021-EPE-OPE-HCLLH del 01 de marzo de 2021, el Coordinador del Equipo de Planeamiento recomienda el presente Plan al área correspondiente para la emisión del Acto Resolutivo;

Que, mediante Nota Informativa N.° 018-03-2021-OPE-HCLLH de fecha 01 de marzo de 2021, la Jefa de la oficina de Planeamiento Estratégico da opinión favorable al Plan de Seguridad del Paciente 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 Resolucion Ministerial N° 463-2010-MINSA;

Con las visaciones del Jefe de la Oficina de de Administración, Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico; Jefa de la Oficina de gestión de la Calidad y Asesoría Legal del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

SE RESUELVE:

<u>Artículo 1.°</u>.- Aprobar el Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz correspondiente al año 2021, que constan de 39 folios y, que forman parte integrante de la presente resolución.

...//

MINISTERIO DE SALUD
Carmen Yessica Elías Rodríguez
FEDATARIO
Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

HOSPITAL
Carlos Lanfranco La Hoz

N° 35-03/2021-HCLLH/SA

República del Perú

Resolución Directoral

...//

Artículo 2°.- Disponer, que la jefa 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 con la disponibilidad presupuestaria.

Artículo 3°.- Dejar sin efecto todo acto que se oponga a la presente Resolución.

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

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CUMPLASE.

PERÚ | MINISTERIO DE SALUD | HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

DR. ENRIQUE BRICEÑO ALIAGA
CMP N° 26793 RNE N° 30458
DIRECTOR EJECUTIVO (e) HCLLH

ETBA/ JMLC/ MMRC/EER/EPM.
Cc. a:
- ( )Oficina de Administración.
- ( )Oficina de Planeamiento Estratégico.
- ( )Unidad de Gestión de la Calidad.
- ( )Asesoría Legal.
- ( )Archivo.

HOSPITAL "CARLOS LANFRANCO LA HOZ"
CERTIFICA. Que la presente copia fotostática es exactamente igual al documento original que he tenido a la vista y que fué devuelto en este mismo acto al interesado.

PUENTE PIEDRA, 24 MAR. 2021

Carmen Yessica Elias Rodriguez
FEDATARIO TITULAR
R.D. N° 164-10 / 2020 - HCLLH / SA

HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

2021

INDICE

Pág.

I. Introducción..... 3

II. Objetivo..... 3
III. Base Legal..... 4
IV. Ámbito de aplicación..... 4
V. Disposiciones Específicas..... 5
VI. Metodología..... 8
VII. Financiamiento..... 9
VIII. Recursos y especificaciones..... 9
IX. Organización..... 9
X. Anexos

1. Cronograma de actividades del Plan de Seguridad del Paciente.....11
2. Glosario.....12
3. Ficha de Registro de Notificación de Incidente, Eventos Adversos.....16
4. Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y E.C.....17
5. Formato del Plan de Acción - Protocolo de Londres (a).....18
6. Formato de Plan de Londres (b).....19
7. Categoría y Tipos de Incidentes, Eventos Adversos y E.C. 20
8. Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente 2021.....21
9. Flujograma del aplicativo de Rondas de Seguridad.....24
10. Criterios de Evaluación de Rondas de Seguridad.....25
11. Encuesta para evaluar la implementación de la LVSC.....36
12. Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.....39

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 tecnificada 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 2021, 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. OBJETIVOS

a. OBJETIVO GENERAL

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

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente del HCLLH 2021.
- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión de Riesgo.
- Fortalecer el Sistema de Registro de Notificación –Análisis de Incidentes y Eventos Adversos.
- Implementar Rondas de Seguridad.
- Promover los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente.

III. BASE LEGAL

- ✓ Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- ✓ Decreto Supremo Nº 013-2002-SA, que aprobó el reglamento de la ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- ✓ Ley N° 27314 – Ley General de Residuos Sólidos.
- ✓ Resolución Ministerial N° 519-2006 /MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud".
- ✓ Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.
- ✓ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA - Política Nacional de Calidad en Salud.
- ✓ Resolución Ministerial N° 533-2008 / MINSA, lista de chequeo de cirugía Segura.
- ✓ Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.
- ✓ Resolución Ministerial N° 143-2006 / MINSA, que aprueba la conformación del Comité "Técnico para la Seguridad del Paciente".
- ✓ 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.
- ✓ 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.

IV. 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.

V. DISPOSICIONES ESPECIFICAS

❖ NOTIFICACION DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS:

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 mensualmente 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 límite 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.

❖ RONDAS DE SEGURIDAD Y GESTION DE RIESGO:

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.

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.

❖ 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.

3. **Revisión de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía**

   El responsable del área de garantía revisará la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía mensualmente donde se evaluará el correcto llenado.

4. **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.

VI. METODOLOGIA

- 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.
- Las observaciones deberán estar centradas a identificar si el equipo de sala de Operaciones está realizando el uso de la presente lista en las tres etapas de la LVCS.
- 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.

VII. FINANCIAMIENTO

El plan será financiado por el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz teniendo en cuenta las actividades prioritarias la disposición presupuestal.

VIII. RECURSOS Y ESPECIFICACIONES

Recursos informáticos, equipo inmobiliario y materiales.

N°	DESCRIPCION	CANTIDAD
01	CPU	01
02	Monitor	01
03	Impresora	01
04	Escritorio	02
05	Silla	02
06	Internet	01 punto
07	Fotocopias	1000
08	Tóner	02
09	Archivadores	04
10	Libro de actas	01
11	Hoja Bond	04 millares
12	Folders	200
13	Lapiceros	200
14	Refrigerios	200

IX. ORGANIZACIÓN

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.

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 Epidemiologia y Salud Ambiental.	Miembro
• Jefe del departamento de Logística	Miembro

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

ANEXO 1:
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2021

O.E.	OBJ. ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	META	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											U. Gestión de la Calidad Dirección Ejecutiva
	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			U. Gestión de la Calidad
Fortalecer la Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en	Fortalecer el Sistema de Registro de-Notificación-Análisis de Incidente y Evento Adverso	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
		Verificar la implementación del Sistema de Notificación de Eventos Adversos	Consolidar la información remitida por parte de los Servicios respecto a la Notificación de Incidentes y Eventos Adversos.	Informe	4			X			X			X			X	Resp. Área de Garantía

	Implementar Rondas de Seguridad	Ejecutar e Informar los resultados de la Rondas de Seguridad del Paciente	Ejecutar e informar los resultados de la ronda de seguridad del paciente utilizando el aplicativo del OGC y OP IGSS, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud e incluir acciones de mejora post ronda	Informe	12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Equipo de Rondas de Seguridad
		Seguimiento del Cumplimiento del Plan de Acción Post Ronda de Seguridad	Seguimiento del Cumplimiento del Plan de Acción Post Ronda de Seguridad	Informe	4			X			X			X			X	Equipo de Rondas de Seguridad
	Promover los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente	Verificar presencialmente en centro quirúrgico la correcta aplicación de las listas de verificación	Monitorizar el cantado efectivo en las 3 etapas de la aplicación de la LVSC	Informe	4			X			X			X			X	Resp. Área de Garantía Jefatura de Centro Quirúrgico
		Aplicación de la encuesta para evaluar a implementación de la LVSC	Realizar la encuesta para evaluar la implementación de la LVSC	Informe	4			X			X			X			X	Equipo Conductor de la LVCS

ANEXO 2:
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 acabo cumpliendo los criterios mininos 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 perdida 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 psicólogo severo de carácter; o perdida 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 Medico 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, procedimientos 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.

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DIRECCIÓN EJECUTIVA

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ V°B° JEFATURA Área Garantía de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ ASESORÍA LEGAL

ANEXO 3

FICHA DE REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

HOSPITAL	CARLOS LANFRANCO LA HOZ
N° DE FICHA	
FECHA DE NOTIFICACIÓN	

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

N° DE HISTORIA CLÍNICA	
SEXO DEL PACIENTE	
EDAD	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL DEL CIE 10	

B. UBICACIÓN DEL PACIENTE

UPSS/SERVICIO	

C. SEVERIDAD (MARCAR CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA

INCIDENTE *		EVENTO ADVERSO **		EVENTO CENTINELA ***	

* 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/ PSICOLOGÍCA 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

ANEXO 4

PERÚ Ministerio de Salud | DIRECCION DE REDES INTEGRADAS LIMA NORTE "DIRIS LN" GESTION DE CALIDAD "Seguridad del Paciente"

MATRIZ DE CONSOLIDACION DE INCEDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

FORMATO N° 02

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD o IPRESS : HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

MES y AÑO DE REPORTE

DISTRITO DE LIMA: PUENTE PIEDRA

N° DE INCIDENTES y/o EVENTOS ADVERSOS QUE REPORTAN

N° de Ficha	Fecha de Notificacion	Hora de Notifica cion	Distrito	Nombre del establecimiento	N° de H.CL	Sexo del Pcte	Edad	Diagnostico principal	UPSS/Servicio	Marcar con "X" según corresponda			Fecha del Incidente/ Evento	Hora aprox. Del Incidente/ Evento	Descripcion del Evento	Categoria EA	Tipo EA
										Incidente	Evento Adverso	Evento Centinela					

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

V°B° JEFATURA Área Gerencia de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ OFICINA DE PLANEAMIENTO Y ESTRATEGIA

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ ASESORÍA LEGAL

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DIRECCIÓN EJECUTIVA

ANEXO 5

FORMATO DE PLAN DE ACCIÓN - PROTOCOLO DE LONDRES.						
IPRESS: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.						
EVENTO CENTINELA					**FECHA:**	
Nª	**FACTOR CONTRIBUTIVO**	**ACCIÓN DE MEDIDA CORRECTI**	**NIVEL DE RECOMENDACIÓN**	**RESPONSABLE**	**PLAZO PARA SU IMPLEMENTACIÓ**	**REQUERIMIENTO DE RECURSOS**

ANEXO 6

FORMATO DE PLAN DE ACCIÓN - PROTOCOLO DE LONDRES.

IPRESS: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ.

EVENTO CENTINELA		**FECHA:**	

Nª	FACTOR CONTRIBUTIVO	ACCIÓN DE MEDIDA CORRECTIVA	RESPONSABLE	PLAZO PARA SU IMPLEMENTACIÓN	EVIDENCIA DE IMPLEMENTACIÓ	ESTADO DE IMPLEMENTACIÓ	FECHA DE CIERRE FORMAL

ANEXO 7
CATEGORÍA Y TIPOS DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS, EVENTOS CENTINELAS

CATEGORIA	N°	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 iatrógenicos
	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 inmusupresor
	15	Muerte o grave discapacidad por medicamentos
	16	Nauseas vómitos y / o diarreas por fármacos
	17	Reacciones adversa a medicamentos
	18	Reacción transfuncional por incompatibilidad de grupo ABO – Rh y/u otro subgrupo
	19	No se hizo cuando estaba indicado
	20	Incompleto o inadecuado
	21	No disponible
	22	Paciente erróneo
	23	Proceso o servicio erróneo
RELACIONADO CON LAS INFECCIONES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN EN SALUD **C**	1	Absceso secundario a inyección IM
	2	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
	9	Muerte por infección nosocomial
	10	Neumonía intrahospitalaria

CATEGORIA	N°	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, episiorrofia)
	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

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DIRECCIÓN EJECUTIVA

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ OFICINA DE ABASTECIMIENTO Y ESTERILIZACIÓN

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ JEFATURA Área Garantía de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ ASESORÍA LEGAL

CATEGORIA	N°	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

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DIRECCIÓN EJECUTIVA

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ OFICINA DE ABASTECIMIENTO Y SERVICIO GENERAL

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ V°B° JEFATURA Área Garantía de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ ASESORÍA LEGAL

ANEXO 8: CRONOGRAMA ANUAL DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2021

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

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 1: 17/02/2021		10:30 am

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 2: 24/02/2021		10:30 am

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 3: 8/03/2021		10:30 am

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 4: 12/04/2021		10:30 am

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 5: 10/05/2021		10:30 am

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 6: 07/06/2021		10:30 am

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 7: 12/07/2021		10:30 am

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 8: 09/08/2021		10:30 am

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 9: 13/09/2021		10:30 am

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 10: 11/10/2021		10:30 am

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 11: 08/11/2021		10:30 am

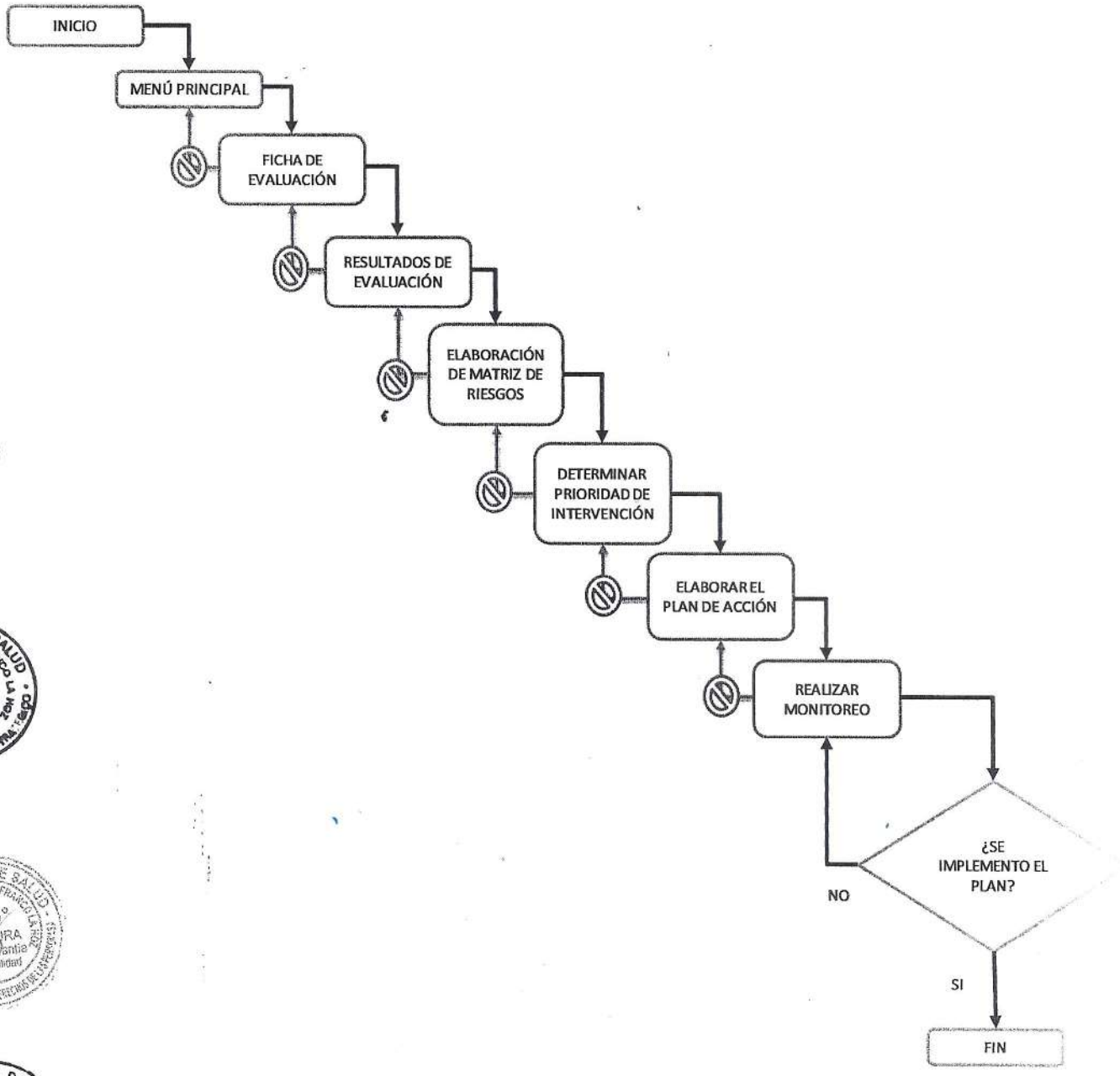
DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
ROND 12: 13/12/2021		10:30 am

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

Fuente: Directiva Sanitaria N° 003 – IGSS/V.1

ANEXO 9: FLUJOGRAMA DEL APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD

RESPETAR EL FLUJO DEL APLICATIVO



ANEXO 10: 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 CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clinica y/o Registros Médicos.	Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atencion. Muestra: 03 HCI 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 HCI, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civi, 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 animo.	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 ó 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, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapeútica 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 atencion médica. Muestra: 03 HCI 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 gráfico actualizado 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 examenes 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 Auditoria de la Calidad de Atención en Salud
	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NT N° 029-MINSA/DGSP-V 01 Norma Técnica de Auditoria de la Calidad de Atención en Salud
	Correspondencia entre el plan de trabajo y los examenes 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 Auditoria de la Calidad de Atención en Salud
	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	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 HCI o en algún medio de registro evidenciable.	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 IBEAS Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica / D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
	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 del alta del paciente	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
	Registro de la Contrarreferencia 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

	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a las interconsultas	Guías de Práctica Clínica / Normas internas de las IPRESS
	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los requerimiento de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento	Guías de Práctica Clínica / Normas internas de las IPRESS
	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	Revisión de registros físicos o electrónicos del trámite realizado a los pedidos de medicamentos e insumos.	Guías de Práctica Clínica / Normas internas de las IPRESS
	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	Correspondencia de la dieta administrada al paciente con lo registrado en 03 HCI tomados al azar.	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° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / NTS N° 050-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 suplencias o retenes.	D.S N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Identificar al personal tutor o supervisor de internos, residentes, especialidad o similares en el turno.	D.S. N° 013-2006-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 03 trabajadores de diversos grupos ocupacionales seleccionados al azar por muestreo aleatorio simple.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / 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.
	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 o su registro en la HCI.	D.S. N° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / 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.
	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° 013-2006-SA Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. / 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.
	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Verificar la existencia del registro en la UPSS.	D. S. N° 005-2012-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° 013-2006-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.
	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Observar la existencia del timbre de llamado de fácil acceso para todos los pacientes del servicio.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Observar la existencia de barandas y su uso.	Soluciones para la Seguridad del Paciente - OMS / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	En Consultorio Obstetrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de gestogramas.	Observar la existencia del gestograma.	R.M. N° 1001-2005/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-MINSA/DGSP - V.01: "Directiva para la Evaluación de las Funciones Obstetricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud"
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS DE SALUD	En Centro Obstetrico se evidencia el uso de partogramas con línea de alerta.	Observar el uso del partograma.	R.M. N° 695-2005/MINSA, que aprueba la Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención de las Emergencias Obstetricas según nivel de capacidad resolutiva y sus 10 anexos.
	En Centro Obstetrico se evidencia que cuenta con Doppler fetal portátil operativo.	Verificar la existencia de Doppler fetal portatil y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
	En Centro Obstetrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardiotocógrafo operativo.	Verificar la existencia de Monitor fetal o cardiotocógrafo y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
	En Centro Obstetrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Verificar la existencia de Ecografo y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
	En Centro Obstetrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectores).	Observar el uso de Equipos de Protección Personal en Centro Obstétrico.	RM N° 1472-2002 - Manual de desinfección y esterilización hospitalaria RM 523-2003/MINSA Guia Técnica para la Evaluacion Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
	En Centro Obstetrico se evidencia que la parturienta tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2.	Revisar en la Historia Clínica de todas las pacientes en trabajo de parto los resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2.	R.M. N° 668-2004/MINSA que aprueba las Guias Integrales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. /R.M. N° 721-2005/MINSA aprobar los Planes Generales de las siguientes Estrategias Sanitarias Nacionales: Prevención y Control de las ITS VIH-SIDA R.M. N° 463-2007/MINSA aprueba el documento técnico: Plan nacional de Prevención y Control de la Transmisión Madre Niño del VIH y Sifilis. / R.M. N° 619-2014-MINSA NTS N°108-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Prevención de la Transmisión Madre-Niño del VIH y la Sifilis"
	En Centro Quirurgico se evidencia el último informe remitido a la Dirección sobre el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia del Informe. (ultimo informe semestral)	Resolución Minsterial N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
	En Centro Quirurgico 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 a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente	Verificar la existencia de la Encuesta Semestral. (ultimo semestre)	Resolución Minsterial N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
	En Centro Quirurgico se evidencia que existe un(a) Coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía correspondiente al Turno Quirúrgico.	Observar e identificar al coordinador de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	Resolución Minsterial N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
	En Centro Quirurgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la ENTRADA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	Resolución Minsterial N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
	En Centro Quirurgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la PAUSA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	Resolución Minsterial N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
	En Centro Quirurgico se evidencia que el (la) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía, en el periodo correspondiente a la SALIDA.	Acompañar al Coordinador y observar la correcta aplicación de Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía.	Resolución Minsterial N° 1021-2010/MINSA Guía Técnica de la Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
	En Centro Quirurgico 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 Quirurgico se evidencia que cuenta con Unidad / Máquina de Anestesia operativo	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 Quirurgico se evidencia que cuenta con Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro (de 6 a 8).	Verificar la existencia de Columna de Gases Clínicos / Monitor Multiparámetro y su uso.	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
	En Centro Quirurgico 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 Quirurgico se evidencia que cuenta con Cialítica Portátil con batería operativa.	Verificar la existencia de Cialítica Portatil y su uso	NTS N° 021-MINSA/DGSP V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud"
	En Centro Quirurgico se evidencia que en recuperación, el paciente es recibido por la enfermera y el anestesiólogo.	Observar el proceso de recepción de pacientes en recuperación	RM N°486-2005-MINSA NT N°030-MINSA-DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Anestesiología
	En Centro Quirurgico se evidencia que existe registro de la evaluación pre, durante y post-anestésica en cada paciente intervenido, con firma y sello del anestesiólogo responsable.	Revisar en la Historia Clínica de todos los pacientes en sala de recuperación el registro de la evaluación pre, durante y post anestésica, con firma y sello del anestesiólogo responsable	RM N°597-2006-MINSA NTS N°022-MINSA-DGSP-V.02 Norma Técnica de Salud para la Gestion de la Historia Clínica VI 1.2 Formatos de la Historia Clínica Formatos Especiales Formatos de Anestesia

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 caidas 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 caidas, 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 examenes de laboratorio, radiológicos u otros.	Datos adicionales a ser verificados en el cartel: señalización de riesgo de caidas, 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 aclado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciandose 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, contrastandolo 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 facilmente 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.

	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 Internatonal
	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 Internatonal
	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones criticas según normatividad 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 rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	Verificar que todas las Soluciones endovenosas esten 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
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	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 forma individualizada según lo descrito por el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de corresponder. Contrastar el almacenamiento SDMDU de 03 pacientes elegidos al azar con la terapeutica 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 no 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 Internatonal
	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 pulsera), medicamento correcto (identificación inequivoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dilusión, velocidad de infusión), via de administración correcta (contrastar con HCl) y hora de administración correcta (cotrastar con HCl y Kárdex de Enfermeria.	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

PREVENCIÓN DE LA CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caida de todo paciente que se hospitaliza.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Nota descriptiva N.° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission 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 al azar si se realiza la revaloración.	Nota descriptiva N.° 344 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Nota descriptiva N.° 344 - Caidas - 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 - Caidas - 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 periodicos, etc.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Nota descriptiva N.° 344 - Caidas - 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 mecanica.	Verificar la existencia del protocolo respectivo.	Nota descriptiva N.° 344 - Caidas - 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 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International
	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	Verificar el retiro facil de las técnicas de inmovilización utilizadas.	Nota descriptiva N.° 344 - Caidas - 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 levantarla de la cama.	Verificar la movilidad del paciente.	Nota descriptiva N.° 344 - Caidas - 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 este afectadas las vias aéreas.	Nota descriptiva N.° 344 - Caidas - 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 - Caidas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International

MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ - V°B° JEFATURA Área Garantía de la Calidad - ASESORÍA DE LA CALIDAD Y DERECHOS DE LA PERSONA

MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ - OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ - ASESORÍA LEGAL

MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ - OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

MINISTERIO DE SALUD - HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ - DIRECCIÓN EJECUTIVA

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 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 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 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 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 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 Historias Clínicas tomadas al azar por muestreo aleatorio simple si se registra la terapeutica especifica.	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 seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.
	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán 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 seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ V°B° JEFATURA Área Garantía de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ OFICINA DE PLANEAMIENTO Y PRESUPUESTO

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ ASESORÍA

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DIRECCIÓN EJECUTIVA

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 Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	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 Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	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 revaloración.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	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 Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	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 Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	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 Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	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 Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	Verificar la existencia de la Guía de Curación. Verificar existencia de los insumos descritos en la guía.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo
	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 Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011) / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

PREVENCIÓN DEL UICIDO 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 especificas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento especificos)	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.	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 / 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 almacen 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

	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o 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 cómo 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
COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) 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 documentadamente 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 electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentadamente 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

-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 papel 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 Nº 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 Nº 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 Nº 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

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ V°B° JEFATURA Área Garantía de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ ASESORÍA LEGAL

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ DIRECCIÓN EJECUTIVA

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: "Gestion 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: "Gestion y Manejo Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
	Cuidado y manejo de los catéteres 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: "Gestion 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: "Gestion y Manejo Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
	El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle" 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: "Gestion 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 documentaria de actividades de vigilancia.	RM 482-1996-SA/DM NT para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria. Capítulo IV Unidades de Atención. 4.6. Unidad de Centro Quirúrgico RM 523-2003/MINSA Guia Técnica para la Evaluacion 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 corresponder.	RM 482-1996-SA/DM NT para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria. Capítulo IV Unidades de Atención. 4.6. Unidad de Centro Quirúrgico RM 523-2003/MINSA Guia Técnica para la Evaluacion 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 transito del personal en zonas señalizadas.	RM 482-1996-SA/DM NT para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria. Capítulo IV Unidades de Atención. 4.6. Unidad de Centro Quirúrgico RM 523-2003/MINSA Guia Técnica para la Evaluacion 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°013-2006-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°013-2006-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo

ANEXO 11: 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 Epidemiologia	( )
UG de la Calidad	( )	Dpto. de Enfermería	( )
Centro Quirúrgico	(X)	Dpto. / Servicio de Cirugía	( )

Nombre y cargo del personal que informa: MÉD. SIMÓN VITE PANTA
Trimestre que informa:

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

☐ SI ☐ NO

En caso que respondiera NO. ¿Por qué?

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

%

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

☐ 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 ☐
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?

Nº de listas aplicadas de verificación de cirugía segura. / N° de cirugía programadas

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

Nº de listas aplicadas completas de verificación de cirugías segura / N° de cirugías programadas

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

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

☐ SI NO ☐

En caso que respondiera SI, ¿Por qué?

☐

7. Indique el número de quirófanos presupuestados

8. Indique el número de quirófanos operativos

9. ¿Cuál es el tiempo en días que espera el paciente Desde que se define la necesidad de la Intervención Quirúrgica en consultorio externo y es Hospitalizado para programar la cirugía?

10. ¿Cuál es el porcentaje de intervenciones quirúrgicas programadas suspendidas? Durante:

El primer semestre de este año %

11. ¿Cuenta con farmacia en Centro Quirúrgico?

☐ SI ☐ NO

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

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 12: LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Antes de la administración de la anestesia ⇨ Antes de la incisión cutánea ⇨ Antes de que el (la) paciente salga del Quirófano

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

N° Historia Clínica _____ Nombres y Apellidos del/de la paciente _____ Fecha _____

Firma del/de la coordinador(ra) Firma del/de la cirujano(a) Firma del/de la anestesiólogo(a) Firma del/de la enfermero(a)

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ · DIRECCIÓN EJECUTIVA

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ · OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ · V°B° JEFATURA Área Garantía de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ · OFICINA DE PLANEAMIENTO ESTRATÉGICO

MINISTERIO DE SALUD · HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ · ASESORÍA LEGAL