



H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

N° 017-01/2024-DE-HCLLH/MINSA



Resolución Directoral

Puente Piedra, 29 de enero de 2024

VISTO:

El expediente N°00000744 que contiene la Nota Informativa N.° 058-01-2023-UGC-HCLLH/MINSA, Informe Técnico N.° 02-01/2024-PE-OPE-HCLLH, Proveído N.° 025-01/2024-OPE-HCLLH/MINSA; y el Informe Legal N° 10-01/2024-AJ-HCLLH/MINSA, y;

CONSIDERANDO:

Que, en virtud del numeral IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842 — Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada prestación de salud a la población, en términos socialmente: aceptables de seguridad y calidad.

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

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

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

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



Que, con la Resolución Ministerial N° 1171-2023/MINSA, se aprobó el Plan Operativo Institucional Anual 2024 del Ministerio de Salud; consensado con el presupuesto institucional de apertura 2024 del Pliego del Ministerio de Salud, incluyendo a la Unidad Ejecutora N° 036 Hospital Carlos Lanfranco La Hoz.

Que, con el Informe Técnico N° 02-01/2024-PE-OPE-HCLLH de fecha 29 de enero de 2024, la Coordinadora de Equipo de Planeamiento del Hospital Carlos Lafranco La Hoz, emite opinión favorable al Plan de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lafranco La Hoz 2024, el mismo que hizo suyo en todos sus extremos el jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico de acuerdo al proveído N.° 019-01/2024-OPE-HCLLH/MINSA;

Que, el proyecto de Seguridad del Paciente 2024 tiene como objetivo general como objetivo general desarrollar una cultura orientada en la seguridad del paciente en las diferentes unidades prestadoras de salud del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

Que, el artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010/MINSA, establece las atribuciones y responsabilidades del Director, entre las cuales se encuentra la de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Con la Visación del Jefe de la Oficina de Planeamiento Estratégico, la jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, del Asesor Legal de la Dirección Ejecutiva del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, y de conformidad con lo dispuesto en la Resolución Ministerial N° 829-2010/MINSA y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010/MINSA, y demás normas pertinentes.

SE RESUELVE:

Artículo 1°. – **APROBAR** el Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, para el periodo 2024.

Artículo 2°. – **DISPONER** que la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, sea responsable de la implementación, monitoreo y evaluación de las actividades del Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, para el periodo 2024.

Artículo 3°. – **ENCARGAR** a la Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, la publicación de la presente resolución en el Portal institucional.

REGISTRESE, COMUNIQUESE Y CÚMPLASE

 **MINISTERIO DE SALUD** Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
J. LINDO

MC. Jorge Fernando Ruiz Torres
CMP. 34237 RNE. 27694
DIRECTOR EJECUTIVO HCLLH

JFRT/DSRC

C.c.:

- Asesoría Jurídica,
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Unidad de Gestión de la Calidad
- Responsable del Portal de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
- Interesados
- Archivo.



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz



H O S P I T A L
Carlos Lanfranco La Hoz

**PLAN DE
SEGURIDAD DEL PACIENTE**

ÁREA DE GARANTÍA DE LA CALIDAD
UGC

2024



INDICE

- I. INTRODUCCIÓN 3
- II. FINALIDAD 3
- III. OBJETIVOS 4
 - 3.1 OBJETIVO GENERAL 4
 - 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 4
- IV. BASE LEGAL 4
- V. AMBITO DE APLICACIÓN 5
- VI. RECURSOS 5
- VII. CONTENIDO 5
 - 7.1 DEFINICIONES OPERATIVA 5
 - 7.2 ANÁLISIS SITUACIÓN ACTUAL 8
 - 7.2.1 ANTECEDENTES 8
 - 7.2.2 PROBLEMA 9
 - 7.2.3 CAUSAS DEL PROBLEMA 9
 - 7.2.4 ALTERNATIVAS DE SOLUCIONES 9
 - 7.3 ACTIVIDADES OPERATIVAS 10
- VIII. ESTRATEGIAS DE TRABAJO 16
- IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 18
- X. ANEXOS 19





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 2024, buscando fortalecer la cultura de seguridad del usuario interno como prioridad en todas las unidades prestadoras de salud, la cual está basada en la normatividad de seguridad vigente y será aplicado en servicios asistenciales.

II. FINALIDAD

Mejorar la seguridad de los pacientes, minimizando los riesgos en la atención y fomentando una cultura de seguridad en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz 2024.





III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

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

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Organizar los equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente del HCLLH 2024.
- Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión de Riesgo.
- Fortalecer el Sistema de Registro de Notificación – Análisis de Incidentes y Eventos Adversos.
- Implementar Rondas de Seguridad.
- Promover los Objetivos Internacionales de Seguridad del Paciente.

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 – Ley General de Salud
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el reglamento de la ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA aprobó la Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN: Directiva Sanitaria de Rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud.
- 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.





- RD N°292-12-2023-DE-HCLLH/MINSA se aprobó el Plan Operativo Institucional 2024.
- RD N° 014-01/2024-DE-HCLLH/MINSA se aprobó el Plan de trabajo anual de la Unidad de Gestión de la Calidad 2024.
- Resolución Directoral N°016-01/2023-DE-HCLLH/MINSA actualiza la conformación del equipo de fortalecimiento del sistema de registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas del HCLLH.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

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

VI. RECURSOS

a. Recursos Humanos

GRUPO OCUPACIONAL	D.L 276	D.L 1057	SERVICIOS DE TERCERO	TOTAL
Medico			01	01
Lic. Enfermería		01		01

b. Recursos Informáticos y Equipo inmobiliario

N°	DESCRIPCION	CANTIDAD	ESTADO
01	Silla	02	Bueno
02	Escritorio	01	Regular
03	Monitor	01	Regular
04	CPU (teclado y mouse)	01	Regular

VII. CONTENIDO

7.1 DEFINICIONES OPERATIVA

Paciente: Es todo usuario que recibe una atención de salud.

Seguridad del Paciente: Es la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de mejores prácticas que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

Acción Insegura: Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.





Cultura de seguridad: Es el patrón integrado del comportamiento individual y de la organización basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.

Cirugía: Es cualquier procedimiento que incluya la incisión, escisión, manipulación y sutura del tejido y que usualmente pero no siempre requieren sedación profunda o anestesia general o regional.

Cirugía Segura: Es aquella cirugía que se lleva a cabo cumpliendo los criterios mínimos aprobados por la OMS para garantizar la seguridad de la información.

Incidente: Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

Evento Adverso: Es una lesión imprevista que produce daño al paciente, es causada por la atención de salud y no está relacionada al proceso de la enfermedad.

Evento Adverso Leve: El paciente presenta síntoma leve o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia. Por ejemplo en este tipo de daño pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad.

Evento Adverso Moderado: Cualquier evento adverso que necesita de intervención, como por ejemplo una cirugía al paciente prolonga la estancia hospitalaria o que causa un daño o pérdida funcional de larga duración.

Evento Centinela: Es el evento adverso grave que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter; o pérdida permanente e importante de una función.

Gestión del Riesgo: Se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.

Ingreso a Centro quirúrgico: Es cuando el paciente va a ser intervenido quirúrgicamente es recibido por la enfermera de Centro Quirúrgico.

Ingreso a Recuperación: Es cuando el paciente luego de haber sido intervenido quirúrgicamente es llevado a la sala de operaciones para su internamiento.

Ingreso a sala de operaciones: Es cuando el paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente es llevado a Sala de Operaciones por la Enfermera Circulante de Centro Quirúrgico y recibido por Médico Anestesiólogo.

Pausa Quirúrgica: Es una pausa momentánea que se toma al equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles de seguridad esenciales.

Salida de sala de operaciones: Es cuando el paciente que ingresa para ser intervenido quirúrgicamente, sale de sala de operaciones acompañado por médico Anestesiólogo.





Enfermera circulante: Es un profesional en enfermería encargada de supervisar que el quirófano este limpio y ordenado. Conjuntamente con la enfermera instrumentista preparan el material quirúrgico. Recibe al paciente identificándose e identificándolo, mitigando en lo posible su ansiedad y temor.

Higiene de mano: Termino aséptico para prevenir enfermedades nosocomiales antes, durante y después de cada procedimiento o contacto con el paciente.

Riesgo: Es la probabilidad de ocurrencia de un incidente.

Prevención de Riesgos: Son acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezcan los eventos adversos, abordados de forma precoz para minimizar daños y evitar su recuperación reduciendo su impacto.

Prevención Primaria: Implica desarrollar estrategias para reducir la incidencia de eventos adversos, potenciando los factores que se mejoran la seguridad del paciente y reduciendo aquellos que contribuyen a la aparición de errores.

Prevención Secundaria: Procura minimizar consecuencias negativas para el paciente y el sistema de salud, mediante una detección y abordaje precoces de los eventos adversos. Esto puede conseguirse a través del establecimiento de sistemas de vigilancia y notificación, mejorando los sistemas de comunicación entre profesionales y servicios sanitarios y actuando de forma proactiva con los pacientes.

Prevención 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.

Rondas de Seguridad del Paciente: Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de Seguridad del Paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, para identificar practicas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directamente con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

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

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





7.2 ANÁLISIS SITUACIÓN ACTUAL

7.2.1 ANTECEDENTES

En el marco de las políticas, Leyes, Normas Técnicas de Salud, y en cumplimiento de la "Norma Técnica en Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios de Apoyo" NTS N°050-MINSA/DGSP-V.02, en especial de los Macroprocesos y criterios de evaluación relacionados con la seguridad para el paciente y en aras de mantener una mejora continua de la calidad y seguridad en la atención, el Instituto Hospital Carlos Lanfranco la Hoz, desde su creación ha venido desarrollando diferentes estrategias con la finalidad de poder evaluar y medir la aplicación de buenas prácticas de atención en los diferentes servicios. Entre las desarrolladas el año anterior se puede mencionar: o Visitas Inopinadas a Centro Quirúrgico, con la finalidad de asegurar la correcta implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, disminuyendo los eventos adversos en los procedimientos y/o cirugías. o Desarrollo de doce (12) Rondas de Seguridad, mensuales, e inopinadas, para evaluar las buenas prácticas de atención otorgadas a nuestros pacientes durante su estancia en las diferentes UPSS de Hospitalización, Consultorio Externo, Emergencia, Centro Quirúrgico, que culminan en Planes de Trabajo con recomendaciones y acciones de mejora, las cuales son monitoreadas para su cumplimiento.

- Registro, Notificación y Análisis de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas, con reportes a las UPSS, reuniones de análisis y seguimiento a los planes de acciones de mejoras como parte de la prevención de riesgos y eventos adversos en los pacientes.
- Implementación de acciones de promoción y difusión de buenas prácticas en seguridad del paciente con la participación del personal asistencial, pacientes y familias.
- Monitoreo de la práctica de lavado de manos en trabajo conjunto con la Coordinación de Epidemiología en las diferentes UPSS del instituto.
- Desarrollo de eventos de capacitación dirigidas al personal de salud asistencial en Registro, Notificación y Análisis de los Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas y aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Asesoría y capacitación al Comité de Seguridad del Paciente, Equipo Conductor para la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC)





7.2.2 PROBLEMA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • El hospital Carlos Lanfranco la Hoz cuenta con diferentes equipos para la implementación del Plan de Seguridad del Paciente. Tales como: <ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos aprobados sobre eventos adversos, auditorías, gestión de reclamos, seguridad del paciente. • Se realiza informes mensuales, trimestrales y anuales de monitoreo y seguimiento de las actividades. • se realiza seguimiento al cumplimiento de recomendaciones y acciones de mejora 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento del personal de salud sobre normatividad y acciones en relación a seguridad del paciente • Personal asistencial con horarios limitados, lo que no le permiten asistir a eventos de capacitación • Procedimientos aprobados sobre eventos adversos, con más de 02 años de antigüedad. • Proceso de inducción limitado, no contempla capacitación en seguridad del paciente a personal nuevo. • Poca supervisión y adherencia al análisis de eventos adversos
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> • Celebración del Día Mundial de Seguridad del Paciente: 17 de Setiembre • Convenios de Gestión MINSa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de Políticas en Salud. • No se encuentra estructurada la unidad orgánica de gestión de la calidad en el MINSa. • Limitación de presupuesto para disminución de brecha de recurso humano, para contratación de personal de salud (asistencial y administrativo) • Presencia de Epidemia o Pandemia que aumente la demanda y congestione la atención de los servicios

7.2.3 CAUSAS DEL PROBLEMA

- Desconocimiento del personal de salud sobre normatividad y acciones en relación a seguridad del paciente
- Alta rotación de personal
- Procesos de inducción cortos, limitados, donde no se incluye el tema de seguridad del paciente, aplicación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía y reportes de eventos adversos.
- Personal de salud asistencial con limitaciones de horario para capacitaciones. Instituciones de Salud.

7.2.4 ALTERNATIVAS DE SOLUCIONES

Las actividades descritas a continuación, tienen como finalidad fortalecer una cultura de seguridad del paciente en la atención de salud que se brinda, en el personal asistencial que labora en el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz:





- Desarrollo de eventos de capacitación sobre Registro, Notificación y Análisis de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
- Desarrollo de eventos de capacitación sobre importancia del correcto registro y aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
- Monitoreo mensual de buenas prácticas de atención en salud mediante la ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente, mensuales, inopinadas y al azar.
- Monitoreo constante al personal de salud para evaluar la técnica correcta de lavado de manos en las diferentes UPSS.
- Implementación de Proyecto de Mejora: "Fortalecimiento del Sistema de Notificación de Eventos Adversos mediante aplicativo electrónico".
- Desarrollo de acciones de promoción de buenas prácticas con pacientes, familias y personal de salud para prevenir eventos adversos y promover la seguridad del paciente.

7.3 ACTIVIDADES OPERATIVAS

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 y Cuidados Críticos
- Departamento de Gineco - Obstetricia
- Servicio de Farmacia
- Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Departamento de Diagnóstico por Imágenes.
- Servicio de Nutrición
- Servicio Centro Obstétrico.





1. Procedimiento Del Registro De Incidentes, Eventos Adversos Y Eventos Centinelas

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

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

- a) Si se trata de un incidente o evento adverso desarrollar el procedimiento de comunicación de incidente y evento adverso.
- b) Si por la gravedad del evento adverso se tratase de un evento centinela, en primer lugar, continuar con el procedimiento de comunicación de incidentes y eventos adversos.

2. Procedimiento De Comunicación De Incidentes Y Eventos Adversos

Del personal Asistencial o Administrativo: Según lo señalado, el personal asistencial o administrativo que evidencie o tenga conocimiento de la ocurrencia de un incidente o evento adverso, deberá de dejar constancia de lo que ocurrió en el libro autocopiable de registro de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

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

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

Del Jefe del Departamento : En un plazo no mayor a cinco días útiles , cada jefe de Departamento IPRESS , deberá remitir al Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad la "MATRIZ DE CONSOLIDACION DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

Y EVENTOS CENTINELAS", de todos los servicios bajo su responsabilidad , junto con las fichas de registro de incidentes , eventos adversos y eventos centinelas recolectadas; asimismo conjuntamente con su Equipo de Gestión deberán hacer un análisis mensual de los Incidentes o Eventos Adversos más frecuentes para implementar las acciones de mejora correctivas correspondientes.

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

Se debe Registrar el nombre de la UPSS/ servicios de la IPRESS que reportan la "Matriz de Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas del Servicio" en el mes respectivo.

La matriz de "Consolidación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas de la IPRESS", deberá ser remitido trimestral a la Unidad de Gestión de la Calidad y Derechos de las Personas, mediante correo electrónico sgallegosriveros@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.

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 Director Ejecutivo, los jefes de Departamento y Servicios, los responsables de las Unidades productoras de los Servicios de salud y los responsables de la administración de la IPRESS, garantizan el cumplimiento del presente Plan Anual en el ámbito de sus competencias.

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

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

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

Actividades Según El Objetivo

- 1. Hacer seguimiento al cumplimiento de las prácticas seguras y detectar otras acciones potencialmente inseguras. Se busca identificar prácticas potencialmente inseguras en los servicios.**

Realizar educación al personal en el mismo momento en que se evidencien estas acciones y tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con su seguridad.

- 2. Educar In Situ al personal profesional y no profesional en relación a las prácticas seguras durante la atención del paciente generando compromisos para la mejora de la atención.**

Información durante la ronda al personal profesional y no profesional sobre las practicas seguras. Retroalimentación escrita a los servicios visitados sobre el proceso de Rondas de Seguridad.

- 3. Análisis, monitoreo y seguimiento de la implementación de las acciones correctivas en base a las observaciones realizadas.**

Análisis de las observaciones y acciones inseguras encontradas en el lugar de verificación a cargo del equipo.

Monitoreo y seguimiento de la implementación de las recomendaciones en base a los informes de las Rondas de Seguridad.

- 4. Elaborar Actas de compromisos y plan de mejora para la seguridad del paciente.**

Registra en el libro de actas los compromisos establecidos por el Personal de Salud.

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

Actividades Del Equipo Conductor

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

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

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





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

3. Medición Basal de Cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía

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

Partes Del Formato Lista De Chequeo De Cirugía Segura

El formato se encuentra dividido en 4 partes:

Datos generales del paciente

Registro antes de la inducción de la anestesia (INGRESO)

Registro antes de iniciar la intervención o procedimiento (PAUSA)

Registro antes de salir de Sala de Operaciones (SALIDA)

Del Procedimiento Para El Chequeo De Cirugía Segura

1. La aplicación de la lista de chequeo de Cirugía segura se iniciará cuando el personal de enfermería recibe al paciente en Centro Quirúrgico.
2. La enfermera circulante de sala de operaciones es la persona responsable del llenado del formato de la Lista de Chequeo.
3. La enfermera circulante aplica la lista de chequeo en tres (03) momentos: antes de la inducción de la anestesia (ENTRADA), antes de iniciar la incisión (PAUSA) y antes de salir de Sala de Operaciones (SALIDA), registrando los datos de acuerdo a lo indicado en la lista de chequeo.
4. Al ingreso del paciente a Sala de Operaciones; Se debe registrar los datos en el formato de la lista de chequeo. La información es solicitada al Médico Cirujano, al Médico Anestesiólogo y la Enfermera Instrumentista.
5. Antes de salir de Sala de Operaciones: Se registran los datos en el formato de la lista de chequeo correspondiente. La información será solicitada al Médico Cirujano, al Anestesiólogo y a la Enfermera Instrumentista según lo indicado en las instrucciones para el llenado del formato.
6. Al finalizar el llenado de la Lista de Chequeo, el equipo responsable de la intervención quirúrgica o del procedimiento realizado en Sala de Operaciones deben firmar el formato. La enfermera circulante se encarga de la entrega de la entrega del formato a la Jefatura del Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico y Central de Esterilización en forma diaria.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

7. El formato de la Lista de Verificación de Cirugía Segura el original debe de colocarse en la Historia Clínica de cada paciente y la copia se queda en el Servicio como para su archivo.

Del Procedimiento Para El Procesamiento Y Análisis De La Información

1. La Jefatura del Servicio de Enfermería en Centro Quirúrgico recibe diariamente las copias de los formatos llenado por las enfermeras circulantes, los mismos que se agrupan y son entregados cada fin de semana a la Unidad de Gestión de la Calidad/ área Garantía para la Calidad.
2. La Unidad de Gestión de la Calidad lleva a cabo el ingreso de la información de los formatos físicos a medio electrónico para luego ser procesados y consolidados.
3. La Unidad de Gestión de la Calidad presentara un informe cada mes a la Dirección Ejecutiva y a los jefes de los Servicios responsables del cumplimiento del llenado de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.

Del Procedimiento para la difusión de la Información

Procedimiento para la Difusión de la información

1. La difusión de la información registrada se lleva a cabo mediante un consolidado semestral de hallazgos encontrados en la encuesta, en el cual se obviarán los nombres y números de HCL de pacientes, así como los datos de los profesionales que registraron la información.
2. La información registrada en los formatos será confidencial por lo que su consulta solo podrá ser hecha con autorización de la Dirección Ejecutiva del Hospital.

VIII. ESTRATEGIAS DE TRABAJO

- 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.
- realizar 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)

- planificar 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.
- elaborar un informe de acuerdo a las acciones inseguras identificadas solicitando un plan de mejora y se realiza el seguimiento de acciones mejoradas.
- Realizar Trimestralmente una medición basal y semestralmente del grado de cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía. (anexo 10)
- Capacitaciones al personal de salud sobre seguridad del paciente utilizando medios audiovisuales y/o medios de autoayuda.





PERÚ
Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES O TAREAS	UNIDAD DE MEDIDA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SET	OCT	NOV	DIC	TOTAL
Aprobación del Plan de Seguridad del Paciente del HCLLH, 2024.	Plan-RD	X												1
Realizar semestralmente ronda de seguridad del paciente 2024	Informe							X					X	2
Realizar trimestralmente ronda de seguridad del paciente 2024	Informe			X			X			X			X	4
Realizar encuesta de lista de verificación de cirugía segura 2024	Informe			X			X			X			X	4





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la
conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

X. ANEXOS

ANEXO 1: Ficha de notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

ANEXO 2: Matriz de consolidación de incidentes, eventos adversos y centinelas

ANEXO 3: Formato de Plan de acción – Protocolo de Londres.

ANEXO 4: Formato de implementación de Plan de acción

ANEXO 5: Categoría y tipo de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas.

ANEXO 6: Cronograma de aplicación de las rondas de seguridad y gestión de riesgos.

ANEXO 7: Flujograma del aplicativo de rondas de seguridad

ANEXO 8: Criterios de evaluación en la Ronda de seguridad del paciente

ANEXO 9: Encuesta para evaluar la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía

ANEXO 10: Lista de verificación de la seguridad de la cirugía.





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

I. ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

FICHA DE REGISTROS DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

HOSPITAL

CARLOS LANFRANCO LA HOZ

N° DE FICHA

FECHA DE NOTIFICACIÓN

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

N° DE HISTORIA CLÍNICA

SEXO DEL PACIENTE

EDAD

DIAGNOSTICO PRINCIPAL DEL CIE 10

B. UBICACIÓN DEL PACIENTE

UPSS/SERVICIO

C. SEVERIDAD (MARCAR CON UNA X SEGÚN CORRESPONDA)

INCIDENTE *

EVENTO ADVERSO

**

EVENTO CENTINELA

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 FÍSICA/ PSICOLÓGICA GRAVE O LA PERDIDA PERMANENTE E IMPORTANTE DE UNA FUNCIÓN.





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

D. DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE/ EVENTO ADVERSO/ EVENTO CENTINELA

FECHA

HORA APROX

CATEGORIA Y NÚMERO

BREVE DESCRIPCIÓN





ANEXO 5

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 iatrogenicos
	4	Deterioro de la función renal por dosis excesiva
	5	Edema pulmonar por sobrehidratación
	6	Encefalopatía por oxigenación inadecuada
	7	Error en la medicación (Prescripción, dispensación y administración)
	8	Eventos supuestamente atribuidos a la vacunación en inmunización – ESAVI
	9	Hemorragia digestiva
	10	Hemorragia por anticoagulación
	11	Hipoglucemia por manejo inadecuado de tratamiento con insulina
	12	Hipotensión arterial por medicamentos
	13	Hipoxia fetal en el parto por uso de oxitocina
	14	Infección oportunista por tratamiento inmunosupresor
	15	Muerte o grave discapacidad por medicamentos
	16	Nauseas vómitos y / o diarreas por fármacos
	17	Reacciones adversa a medicamentos
	18	Reacción transfuncional por incompatibilidad de grupo ABO – Rh y/u otro subgrupo
	19	No se hizo cuando estaba indicado





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Lanfranco La Hoz"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

	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
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
	1	Incumplidor / no colaborador / obstructivo





PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Carlos
Lanfranco La Hoz"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

RELACIONADOS CON EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE I	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
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
ELACIONADOS CON LOS DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MÉDICOS L	1	Inadecuación a la tarea
	2	Error de usuario
	3	Presentación / envasado deficiente
	4	Falta de disponibilidad
	5	Sucio / no estéril
	6	Avería / mal funcionamiento
	7	Desplazamiento / conexión incorrecta / retirada





ANEXO 6: CRONOGRAMA ANUAL DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2024

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

ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ROND 1:	11/01/2024	10:30 am	ROND 2:	01/02/2024	10:30 am	ROND 3:	07/03/2024	10:30 am	ROND 4:	04/04/2024	10:30 am

MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ROND 5:	02/05/2024	10:30 am	ROND 6:	06/06/2024	10:30 am	ROND 7:	04/07/2024	10:30 am	ROND 8:	01/08/2024	10:30 am

SETIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ROND 9:	05/09/2024	10:30 am	ROND 10:	03/10/2024	10:30 am	ROND 11:	07/11/2024	10:30 am	ROND 12:	5/12/2024	10:30 am

MINISTERIO DE SALUD Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
 Lic. Jorge Fernando Ruiz Torres
 C.M.P. 34237 - R.N.E. 27694
 Titular responsable de la IPRESS

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
 Lic. Gerardo Requijo Vasquez
 Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
 Responsable de la Unidad de Gestión de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
 Med. Epid. José Luis Rojas Sedano
 R.N.E. 27694 R.N.E. 20158
 Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
 Responsable de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental

PERU MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
 Lic. Justina L. Rojas Sedano
 C.M.P. 23077 - R.N.E. 22425
 Responsable del Departamento de Enfermería

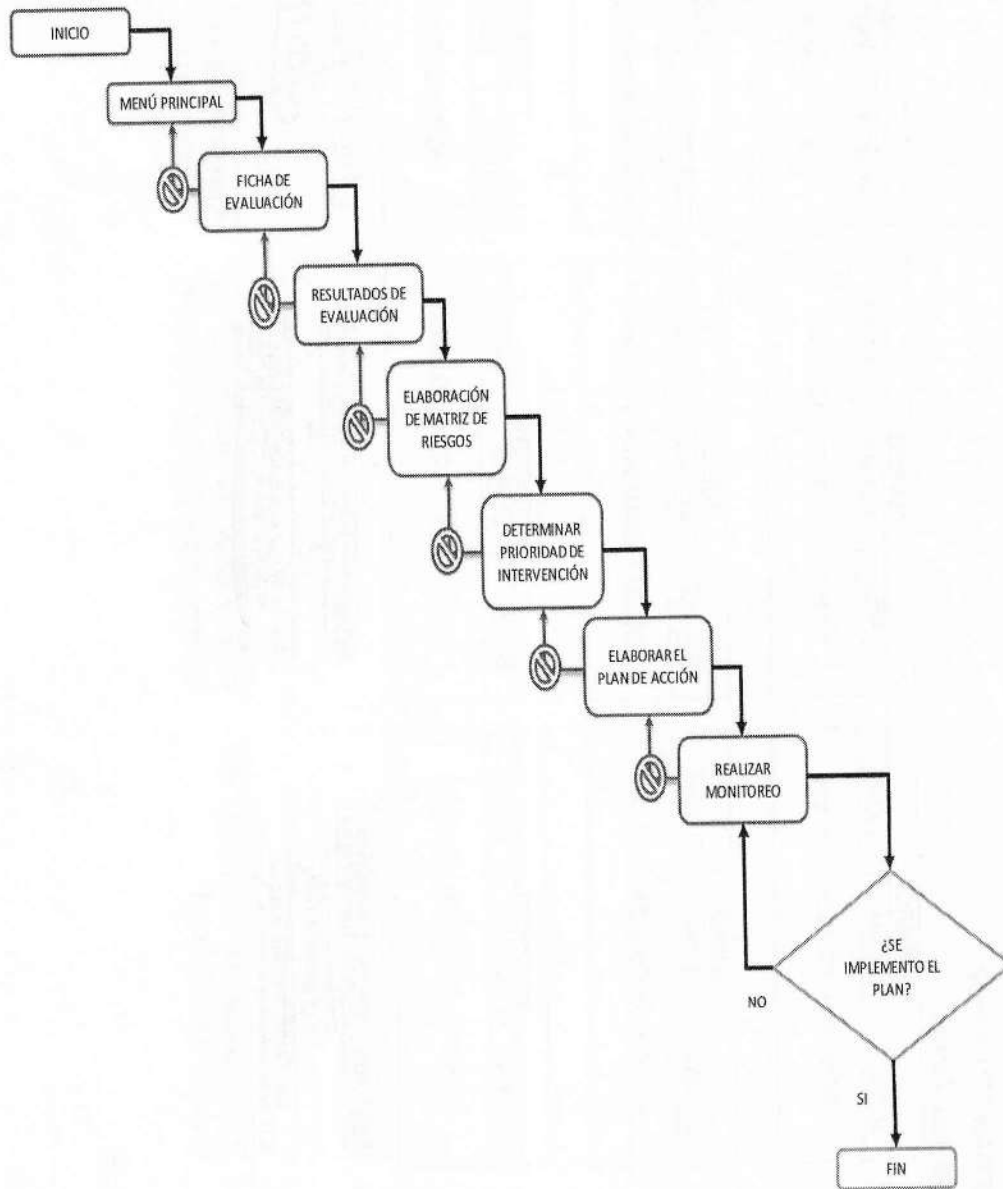
Fuente: Directiva Sanitaria N° 003 – IGSSAV.1





ANEXO 7: FLUJOGRAMA DEL APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD

RESPECTAR EL FLUJO DEL APLICATIVO





PERÚ
Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
*Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho*

METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN Y REFERENCIA NORMATIVA

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA
Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.		Revisión de Historias Clínicas y/o registros médicos de pacientes atendidos en el servicio, correspondientes a la última atención. 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 Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro de la enfermedad actual.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro de los antecedentes del paciente.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro de las Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, ánimo, deposiciones, estado de ánimo.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 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, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 correspondientes a la última atención 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, Va, 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 las Funciones Vitales.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NT N° 029-MINSA/DGSP-V 01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NT N° 029-MINSA/DGSP-V 01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	NT N° 029-MINSA/DGSP-V 01 Norma Técnica de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud
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	NTS N° 022-MINSA/DGSP-V 02 Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.		Revisión de Historias Clínicas de pacientes atendidos en el servicio. Muestra: 03 Historias Clínicas tomadas al azar	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 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 epticrisis, 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

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD – AREA DE GARANTIA PARA LA CALIDAD





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





	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 Internacional
	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 Internacional
	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Verificar la existencia del Coche de Paro en el Servicio y su contenido según lo describió 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 Internacional
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	Verificar que todas las Soluciones endovenosas estén rotuladas.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional
	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 Internacional
	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 Internacional
	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 terapéutica registrada en la Historia Clínica.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional / 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 Internacional
	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 Internacional
	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 inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dilución, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HCl) y hora de administración correcta (contrastar con HCl) y Kártex de Enfermería.	R.M. N° 676-2006 Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008 / NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission Internacional

SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN





<p>PREVENCIÓN DE LA CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA</p>	<p>Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.</p> <p>Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.</p> <p>Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.</p> <p>En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.</p> <p>Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.</p> <p>Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.</p> <p>Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.</p> <p>Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.</p> <p>Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.</p> <p>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.</p> <p>Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.</p>	<p>Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.</p> <p>Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.</p> <p>Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p> <p>Observar según sea el caso el uso de contención mecánica.</p> <p>Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.</p> <p>Verificar la existencia del protocolo respectivo.</p> <p>Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.</p> <p>Verificar el retro feed de las técnicas de inmovilización utilizadas.</p> <p>Verificar la movilidad del paciente.</p> <p>Verificar que no este afectadas las vías aéreas.</p> <p>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.</p>	<p>Nota descriptiva N.º 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>Nota descriptiva N.º 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>Nota descriptiva N.º 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>Nota descriptiva N.º 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>Nota descriptiva N.º 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>Nota descriptiva N.º 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>Nota descriptiva N.º 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>Nota descriptiva N.º 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>Nota descriptiva N.º 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>Nota descriptiva N.º 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p> <p>Nota descriptiva N.º 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud / Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International</p>
---	---	---	--





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

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 la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.
Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	Verificar si se realiza algún control al respecto.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.
Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Verificar en 02 Historias Clínicas tomadas al azar por muestreo aleatorio simple si se registra la terapéutica específica.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.
Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se 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 la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.

SEGURIDAD SEXUAL





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





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

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





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

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

COMUNICACIÓN EFECTIVA



UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD – ÁREA DE GARANTÍA PARA LA CALIDAD



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

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

HIGIENE DE MANOS





BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.	R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA/DIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.	R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA/DIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
	Cuidado y manejo de los 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: "Gestión y Manejo Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.	R.M. N° 554-2012/MINSA aprueba la Norma Técnica de Salud N° 096-MINSA/DIGESA - V.01, Norma Técnica de Salud: "Gestión y Manejo Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
	El servicio ha implementado el uso de 'Care 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: "Gestión y Manejo Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"
	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Evidencia 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 Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar señalización de correspondencia.	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 Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar tránsito del personal en zonas señalizadas.	RM 482-1996-SA/DM NT para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria. Capítulo IV Unidades de Atención. 4.6. Unidad de Centro Quirúrgico RM 523-2003/MINSA Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
	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
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	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.	Selección 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

UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD – AREA DE GARANTIA PARA LA CALIDAD





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

ANEXO 9: ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

Fecha:

Nombre del Establecimiento: HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

Responsable de la Información: MC.

Dirección del Establecimiento () Oficina de Epidemiología ()
UG de la Calidad () Dpto. de Enfermería ()
Centro Quirúrgico (X) Dpto. / Servicio de Cirugía ()

Nombre y cargo del personal que informa: DR. EVER MARCOS OLASCUAGA CHAVEZ

Trimestre que informa:

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

[] SI [] NO

En caso que respondiera NO. ¿Por qué?

[Empty box for reasons]

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

% [Empty box for percentage]

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?





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

SI

NO

En caso que respondiera SI, ¿Cuáles?

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

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

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

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

--

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?





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

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 10: 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
<p>ENTRADA</p> <p>Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo</p> <p>¿Ha confirmado el(la) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede</p> <p>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede</p> <p>¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene el(la) paciente... ... Alergias conocidas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>... Via aérea difícil/ riesgo de aspiración?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>En este caso, hay instrumental y equipos/ ayuda disponible?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml / Kg en niños)</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV / central)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>	<p>PAUSA</p> <p>Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano</p> <p>¿Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función.</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar la identidad del(la) paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico</p> <p>¿Confirmar si todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica</p> <p>¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede</p> <p>Previsión de Eventos Críticos</p> <p>Cirujano revisa:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuánto durará la operación?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista?</p> <p>Anestesiista verifica:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Presenta el paciente algún problema específico?</p> <p>Equipo de Enfermería verifica:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de los indicadores)?</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos?</p> <p>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Procede</p>	<p>SALIDA</p> <p>Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano</p> <p>El(la) enfermero(a) confirma verbalmente:</p> <p><input type="checkbox"/> El nombre del procedimiento</p> <p><input type="checkbox"/> El recuento de instrumentos, gasas y agujas</p> <p><input type="checkbox"/> El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)</p> <p><input type="checkbox"/> Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos</p> <p>El(la) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan:</p> <p><input type="checkbox"/> ¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?</p>
N° Historia Clínica _____	Nombres y Apellidos del(la) paciente _____	Fecha _____
Firma del(la) coordinador(a) _____	Firma del(la) cirujano(a) _____	Firma del(la) enfermero(a) _____





PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital Carlos
Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho"

II. BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención: Seguridad del paciente. 55ª Asamblea Mundial de la Salud: Informe de la Secretaria. Ginebra: OMS (Internet); 2002.
Disponible
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81905/1/sa5513.pdf>
2. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE.
(Internet).2011.
Disponible
<http://hws.vhebron.net/epine/descargas/EPINE%202011%20ESPA%C3%91A%20Resumen.pdf>
3. Acta de la 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud Ginebra. OMS; 2006
Disponible
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/24647/1/A59REC3_sp.pdf?ua=1
4. Seguridad del paciente y prevención de efectos adversos relacionados con la asistencia. Agencia de Calidad para el sistema Nacional de Salud. Secretaria General de Sanidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno de España (Internet). Madrid.2006.
Disponible
<http://www.seguridaddelpaciente.es/formación/tutoriales/MS-C-CD1/>
5. Manual de aplicación de la lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 2009, la cirugía segura salva vidas. OMS (INTERNET). 2009
Disponible
<http://libdoc.who.int/publications/2009/9789243598598.spa.pdf>

