

Chancay, 10 de febrero de 2022.

VISTO:

El expediente N. 02148741, la misma que contiene el **MEMORANDUM N° 002-GRL-GRDS-DIRESA-LIMA-HCH-SBS/UGC**, suscrita por el Encargado de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Chancay y SBS, solicita opinión técnica; y con el **INFORME N° 038 UE N°405-H-CH-SBS-OPE-02/2022**, emitido y suscrito por la Jefa de la Oficina de Planeamiento Estratégico, emite opinión favorable sobre la aprobación del **"Plan de Seguridad del Paciente 2022 del Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López"**;

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del título preliminar de la ley N^{RO}. 26842 Ley General de Salud, dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público por lo tanto es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;

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

Asimismo, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento Técnico denominado "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", con el objetivo de "Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servidores de salud, siendo uno de sus procesos la seguridad del paciente";

Que, aunado a ello mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se aprobaron las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", en el que considera a los denominados "Documentos Técnicos" cualquiera sea su naturaleza; disponiendo que estos documentos técnicos cuenten con el sustento técnico del órgano competente;

En ese orden de ideas conforme al documento del visto y con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta necesario atender lo solicitado por el Encargado de la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital de Chancay y SBS, en tal sentido es conveniente emitir el acto resolutorio de asentimiento del **"Plan de Seguridad del Paciente 2022 del Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López"**;

Conforme con las facultades conferidas en los artículos 7° y 8° del Reglamento Organización y Funciones del Hospital de Chancay aprobado con la Ordenanza Regional N° 08-2014-CR-RL, aunado a ello la Resolución Directoral N° 621-2021-GRL-GRDS-DIRESA LIMA-DG, de fecha 04 de noviembre de 2021, emitido por la Dirección Regional de Salud – Gobierno Regional de Lima;

Con las visaciones de la Oficina de Dirección Administrativa, Unidad de Gestión de la Calidad; Asesoría Jurídica de la Unidad Ejecutora N° 405;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR a partir de la fecha de expedición de la presente resolución el **"Plan de Seguridad del Paciente 2022 del Hospital de Chancay y SBS Dr. Hidalgo Atoche López"**, el cual forma parte de la presente Resolución



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRESA - LIMA
HOSPITAL CHANCAY Y SBS



Resolución Directoral **N° 054-2022-DIRESA-L-HCH-SBS-**



ARTÍCULO 2°.- DISPONER, que la Unidad de Gestión de Calidad de la Unidad Ejecutora N. 405, realice la difusión, supervisión y monitoreo de lo establecido en la presente Resolución.

ARTÍCULO 3°.- A partir de la fecha, dejar sin efecto cualquier disposición que se oponga a lo dispuesto por la presente resolución.

ARTÍCULO 4°.- Disponer a la Oficina de Comunicaciones, la publicación de la presente resolución directoral en el portal de transparencia en la página web del Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López".

Regístrese comuníquese y cúmplase.



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS
[Handwritten Signature]
M.C. LEONCIO FREDDY PAJUELO KOGUI
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL DE CHANCAY
CMP: 41408 | RNE: 21714



DISTRIBUCIÓN.

- Dirección Ejecutiva
- Oficina de Dirección Administrativa
- Unidad de Gestión de la Calidad
- Oficina de Planeamiento Estratégico
- Asesoría Legal
- Archivo
- Transparencia / comunicaciones



PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022 HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ"

**Jefe de la Unidad de Gestión
De la Calidad.**

Mg. Luz Carmen Ramírez Ruiz

**Equipo Técnico de Seguridad
Del Paciente.**

Lic. Evelyn Leonor Castillo Ramos

**Comité de Seguridad
Del Paciente**

Hospital de Chancay
2022



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ"

Mg. Luz Carmen Ramírez Ruiz
CEP 20218 - RNE 6087
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

INTRODUCCIÓN

La Seguridad del paciente es el principio fundamental de atención sanitaria y un componente clave de la gestión de calidad, se considera una prioridad en la asistencia sanitaria prever posibles eventos adversos en la atención, actuar a tiempo, corregir los errores y aprender de ellos siendo indispensable para crear un clima de seguridad que lleva al mejoramiento continuo de la calidad en la atención de salud.

La OMS en el 2004 lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo propósito es llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los eventos adversos de la atención, evitar el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables.

La OMS también promueve y difunde la Lista de Chequeo para la Cirugía Segura como una de las estrategias prioritarias para disminuir los eventos adversos en las intervenciones quirúrgicas. En ese marco, el Ministerio de Salud del Perú, decide impulsar la Seguridad del Paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

En nuestro país está en implementación el plan nacional para la seguridad del paciente el cual busca que los Hospitales identifiquen la naturaleza de los eventos adversos, luego sean capaces de analizarlos, formular propuestas de mejora, socializar sus intervenciones e implementar algunas buenas prácticas para la seguridad del paciente involucrando al usuario en todo este proceso de mejora.

En el Hospital Chancay y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ", se desarrolla actividades orientadas a mejorar la calidad de los servicios y a disminuir los riesgos de eventos adversos, los mismos que aún resultan insuficientes y por lo cual la actual gestión ha considerado otorgarle la prioridad necesaria para mejorar nuestro desempeño institucional particularmente en lo que comprende la Seguridad del Paciente.

El principio clásico del PRIMUN NON NOCERE es en la actualidad más pertinente ya que la atención sanitaria es hoy considerablemente más compleja lo que conlleva mayores riesgos potenciales. Evitar estos daños nos lleva a formular el presente plan como un instrumento ordenador y orientador del accionar en el tema. En su contenido presenta objetivos, actividades y metas distribuidos en el año y los responsables operativos.

I. FINALIDAD

Contribuir a desarrollar una cultura y entorno de seguridad en los servicios de salud que brinda el Hospital de Chancay y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ" mediante la reducción de riesgos en el sistema de salud.

II. OBJETIVOS

- Lograr que los servicios de salud sean seguros para la atención de los pacientes, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas y previniendo la ocurrencia de eventos adversos.



- Promover buenas prácticas de atención y una cultura de seguridad, que sea capaz de reconocer errores, aprender de ellos y mejorar los procesos de atención.
- Generar y fortalecer mecanismos de registro, seguimiento, análisis y propuestas de mejora de eventos adversos en el Hospital de Chancay.
- Difundir y fortalecer las buenas prácticas de Atención en la Seguridad del paciente en los establecimientos de salud para el fortalecimiento de la cultura de prevención.
- Fortalecer los mecanismos de cirugía segura implementadas por el sector nacional.
- Brindar una atención de calidad, considerando las dimensiones humanas, técnica y del entorno.
- Fortalecer el Sistema de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud

III. BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 – Ley general de Salud.
- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
- Ley N° 29414 - Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA Con que se aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- Resolución Ministerial N° 519 -2006 / MINSa, que aprueba el documento técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 143 -2006 / MINSa que conforme el Comité Técnico para la seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N° 676 -2006 / MINSa que aprueba Plan Nacional para la Seguridad del paciente 2006-200.
- Resolución ministerial n° 308-2010/MINSa, aprueba la "Lista De Verificación De Cirugía Segura".
- Resolución Ministerial n° 1021 – 2010/MINSa se aprueba la "guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- Resolución Directoral N° 126 – DIRESA-L-H-CH-SBS.DE que aprueba el plan institucional para la seguridad del paciente del hospital de chancay.
- Resolución Directoral n° 129 – 2015.SA.DIRESA-LIMA-HCH-SBS-DE con que se aprueba el comité técnico para las seguridad del paciente del hospital de chancay
- Resolución Directoral 168-2015-DIRESA LIMA-H-CH-SBS-DE con que se conforma el equipo conductor para la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía del Hospital de Chancay.
- Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSa Aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud"
- Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSa Aprueba el documento denominado Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSa con que se aprueba 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"

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente plan debe ser aplicado por todos los departamentos y servicios del Hospital de Chancay y SBS "DR. HIDALGO ATOCHE LOPEZ" será supervisado por las instancias superiores a nivel regional y nacional.

V. DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Atención Segura.-** Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son Consistentes con el conocimiento profesional actual.
- **Barrera de Seguridad:** Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
- **Complicación.-** Resultado clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.
- **Equipo Quirúrgico:** Se entiende a los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.
- **Error de Medicación.-** Es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.
- **Error.-** Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.
- **Estrategia de anestesia segura:** Presencia de un anestesiólogo entrenado, pulsoxímetro disponible, monitorización de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura.
- **Estrategia de cirugía limpia:** Incluye el lavado e higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida.
- **Estrategia de profesionales seguros:** Presencia de personal entrenado, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control del dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente los pacientes.
- **Evento Adverso en Salud.-** Una lesión, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.
- **Evento centinela:** Es un tipo de evento adverso que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.
- **Evento con Daño.-** Son de tres tipos:
 - **Leve:** cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación o tratamiento menor.
 - **Moderado:** Cualquier evento adverso que ocasiona aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño a tener en cuenta pero no es permanente.
 - **Grave:** Cualquier evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual alta o requiere intervención quirúrgica.
- **Incidente:** Evento adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
- **Pausa quirúrgica:** Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel, a fin de confirmar que se han realizado los controles esenciales.
- **Riesgo.-** Definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.
- **Seguridad del Paciente.-** Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.



VI. CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA IMPLEMENTACION DEL PLAN

Es necesario contar con un Comité de Seguridad del Paciente que analice acciones en el ámbito de calidad que favorezca la buena práctica profesional en los servicios asistenciales el cual debe estar conformado por un grupo básico multidisciplinario y proactivo.

El Comité de Seguridad del Paciente estará conformado de la siguiente manera.

- Jefe de la unidad de Gestión de la Calidad Presidente
- Coordinadora del Equipo de Calidad y Seguridad del Paciente
- Equipo de Calidad y Seguridad del Paciente
- Jefe del Departamento de Medicina
- Jefe del Departamento de Cirugía
- Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia
- Jefe del Departamento de Pediatría
- Jefe del Departamento de Anestesiología
- Jefe del Departamento de Emergencia
- Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental
- Jefe del Departamento de Enfermería

VII. ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las estrategias a desarrollarse en el marco de este plan se describen a continuación:

7.1. RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Esta estrategia cuyos componentes fundamentalmente son el involucramiento de los decisores en la cultura de seguridad institucional, así como la toma de conciencia y educación en actividad del personal asistencial. Para este fin se viene trabajando y desarrollado una lista de chequeo basada en la normatividad de seguridad vigente, en diversos aspectos relacionados, la cual será aplicada en aquellos servicios asistenciales comenzando por aquellos identificados como críticos.

FINALIDAD

Contribuir en los decisores institucionales en la implementación de prácticas seguras para el paciente, usuario de los diferentes servicios asistenciales, en el Hospital de Chancay.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer la cultura institucional por la Seguridad del Paciente contribuyendo a la de riesgo en la prestación brindada en el Hospital de Chancay.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios asistenciales del Hospital Chancay
2. Contribuir a la Educación Permanente en Servicio del personal asistencia
3. Identificar, junto con los pacientes, los aspectos relacionados con su seguridad
4. Comprometer al personal asistencial, a todo nivel, en la mejora por la seguridad del paciente.

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

- Elaborar el Plan y cronograma de Rondas de Seguridad.
- Aprobación del Plan con RD por la Dirección General.
- Aprobación del Comité de Rondas de Seguridad del Paciente.
- Comunicación escrita de la Dirección Ejecutiva al Comité involucrado sobre el cronograma de las Rondas de Seguridad para el involucramiento y elaboración del informe.
- El equipo que realiza las Rondas de Seguridad debe estar conformado de la siguiente manera:

- ✓ Director General o Ejecutivo.
- ✓ Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad.
- ✓ Jefe de la Unidad de Epidemiología.
- ✓ Jefa del Departamento de Enfermería.
- ✓ Jefe de la Unidad de Farmacia.
- ✓ Jefe de la Unidad de Personal
- ✓ Personal designado por la Institución.

- Las Rondas de Seguridad deben realizarse en horarios diferentes a la visita médica, se sugiere que tengan una periodicidad de 15 días y deben tener un promedio de duración de una hora.
- Se trabaja con una matriz de evaluación que incorpora criterios de procesos como determinantes.
- Se entrevistara tanto al personal de salud como a los pacientes y sus familiares.
- Las observaciones que se obtienen durante la rondas de seguridad se consignaran en Acta.
- Cada Ronda de Seguridad debe informarse a la Dirección General, adjuntando el Acta y enviando copia a las Unidades involucradas para cumplimiento de las recomendaciones.





CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

IPRESS: Hospital de Chancay y SBS "Dr. Hidalgo Atoche López"
 TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: Dr. Leoncio Freddy Pajuelo Koqui

ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	26/01/22	10:00/12:00	RONDA 1	23/02/22	10:00/12:00	RONDA 1	25/03/22	10:00/12:00	RONDA 1	22/04/22	10:00/12:00
RONDA 2	/ /	/ /	RONDA 2	/ /	/ /	RONDA 2	/ /	/ /	RONDA 2	/ /	/ /

MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	27/05/22	10:00/12:00	RONDA 1	24/06/22	10:00/12:00	RONDA 1	27/07/22	10:00/12:00	RONDA 1	26/08/22	10:00/12:00
RONDA 2	/ /	/ /	RONDA 2	/ /	/ /	RONDA 2	/ /	/ /	RONDA 2	/ /	/ /

SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	23/09/22	10:00/12:00	RONDA 1	28/10/22	10:00/12:00	RONDA 1	25/11/22	10:00/12:00	RONDA 1	16/12/22	10:00/12:00
RONDA 2	/ /	/ /	RONDA 2	/ /	/ /	RONDA 2	/ /	/ /	RONDA 2	/ /	/ /

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS
 M.G. Luz Carmen Ramírez Ruiz
 CEP 20218 - RNE 6067
 Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad
 Titular/Responsable IPRESS

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS
 Dr. Mirko E. Molina Morote
 Responsable de la oficina de
 Gestión de la Calidad

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS
 Dra. Magaly Mazaros Chun Hoyos
 Responsable de Epidemiología

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL DE CHANCAY Y SBS
 M.G. Mónica Padilla Rojas
 Jefa del Departamento de Enfermería
 Responsable del Dpto.
 Enfermería



FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL DE CHANGAY Y SOS DR. ERDALGO ATOCHE LOPEZ	TRIMESTRE:	SELECCION:	AÑO:	2020
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	(DDMM/AAAA)		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS ALBERTO PAU DURANTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP. DE LA UPSS:			
RESP. OPTIMIZACION ENFERMERIA:		RESP. DE LA UNIDAD CA:			
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS	S	VERIFICADOR	UMPLIMENT	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA		Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registro Médico.		
HISTORIA CLINICA		Registro completo de la historia del paciente: Datos del EESS, N° de HC, Nombre y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, CFA, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de dar el caso.		
HISTORIA CLINICA		Registro de la enfermedad actual		
HISTORIA CLINICA		Registro de los antecedentes del paciente.		
HISTORIA CLINICA		Registro de la Funciones Vitales: apéndice, axil, oral, rectal, depresiones, estado de ánimo.		
HISTORIA CLINICA		Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.		
HISTORIA CLINICA		Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)		
HISTORIA CLINICA		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.		
HISTORIA CLINICA		Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.		
HISTORIA CLINICA		Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamentos, dosis, vía, periodicidad).		
HISTORIA CLINICA		Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.		
HISTORIA CLINICA		Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.		
HISTORIA CLINICA		Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.		
HISTORIA CLINICA		Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.		
HISTORIA CLINICA		Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.		
HISTORIA CLINICA		Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HC.		



HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.		
HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.		
HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.		
HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evaluado.		
HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.		
HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora del día del paciente.		
HISTORIA CLINICA	Registro de las indicaciones de día del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.		
HISTORIA CLINICA	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.		
HISTORIA CLINICA	Registro de la Contrareferencia del paciente.		
HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible.		
HISTORIA CLINICA	Historia clínica ordenada y limpia.		
SEGURIDAD EN LA UPSS	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.		
SEGURIDAD EN LA UPSS	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.		
SEGURIDAD EN LA UPSS	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.		
SEGURIDAD EN LA UPSS	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.		
SEGURIDAD EN LA UPSS	Cumplimiento y verificación de la existencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.		
SEGURIDAD EN LA UPSS	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.		
SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.		
SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.		
SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.		



SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.		
SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.		
SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.		
SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.		
SEGURIDAD EN LA UPSS	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.		
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.		
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.		
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.		
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.		
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.		
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	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.		
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.		
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.		
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.		



PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.		
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.		
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.		
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	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.		
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.		
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Revaloración diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con síndromes neurológicos - cognitivos.		



PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	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.		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.		
SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación de 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.		
SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.		
SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.		
SEGURIDAD SEXUAL	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.		
SEGURIDAD SEXUAL	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.		
SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas.		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización.		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.		



PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia		
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.		
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)		
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.		
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	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.		
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.		
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	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		
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	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.		
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	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.		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.		



COMUNICACIÓN EFECTIVA	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.		
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.		
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.		
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.		
HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10.		
HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).		
HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).		
HIGIENE DE 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.		
HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.		
BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.		
BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.		



BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.		
BIOSEGURIDAD	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.		
BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.		
BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.		
BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.		
BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.		
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.		
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.		
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.		
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).		
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	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.		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	
PREVENCIÓN DE FUGA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	
SEGURIDAD SEXUAL	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	
HIGIENE DE MANOS	
BIOSEGURIDAD	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	
PROMEDIO	

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

7.2. IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGIA SEGURA

El ámbito de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud se aprobó la RESOLUCIÓN WHO 55, del 18 de mayo del 2002, en el cual indica la necesidad de promover la seguridad del paciente como uno de los principios fundamentales de los sistemas de salud, por lo que insta a los miembros a prestar mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria.

El año 2004 la OMS crea la alianza mundial para la seguridad del paciente, esta alianza promueve la sensibilización y el compromiso político para mejorar la seguridad de la atención, asimismo la OMS brindará a toda la asesoría técnica posible para que los estados miembros formulen políticas y planteen prácticas clínicas para la seguridad de los pacientes, dentro de esta alianza mundial se proponen retos de la seguridad del paciente siendo el segundo reto a cumplir el **RETO MUNDIAL POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE BASADO EN LA "SEGURIDAD DE LAS PRACTICAS CLÍNICAS"**.

El Perú al ser miembro de la OMS mediante el ministerio de salud, en su función de ente rector plantea la política pública en pro de la seguridad del paciente quirúrgico y mediante resolución ministerial aprueba la "LISTA DE VERIFICACIÓN DE CIRUGÍA SEGURA", con la finalidad de permitir que la atención quirúrgica se desarrolle en un entorno seguro en los diferentes servicios de salud, contribuyendo a reducir la incidencia de eventos adversos relacionados a las intervenciones quirúrgicas, asimismo se aprueba la "guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía", a fin de cumplir con los estándares de calidad y seguridad en la atención de los pacientes.

OBJETIVO GENERAL

Erradicar la posibilidad de ocurrencias de eventos adversos en los procedimientos quirúrgicos que se realicen en el Hospital de Chancay, mediante la utilización de la lista de chequeo de cirugía segura.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adaptar, difundir e implementar la lista de chequeo de cirugía segura como parte de la atención del paciente en el hospital de chancay
- Establecer el mecanismo de aprendizaje para los actores involucrados en la aplicación de la lista de cirugía segura
- Fortalecer competencias técnicas para la ejecución e implementación de la lista de seguridad de la cirugía.
- Generar los mecanismos para fortalecer el registro correcto de la lista de cirugía segura.
- Lograr la participación mayoritaria de los profesionales de la salud que intervienen en los procedimientos quirúrgicos a utilizar la lista de cirugía segura.
- Asegurar los procesos y flujos de atención para realizar una cirugía segura basados en las lista de chequeo.

ESTRATEGIAS, ACTIVIDADES Y TAREAS

- Monitoreo y supervisión a través de la aplicación de la encuesta para la implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
- Capacitación operativa realizando reuniones de capacitación y capacitación operativa relacionadas a la seguridad del paciente.
- Fortalecimiento de capacidades sobre temas relacionados a la cirugía segura y al manejo de eventos adversos.



- Auditoría de historia clínica quirúrgica en forma periódica y socialización de los resultados de los hallazgos de auditoría a los jefes de departamento y personal asistencial de centro quirúrgico, y departamento de cirugía y ginecología implementando acciones de mejora.

RECURSOS

Recursos Humanos

- Equipo Conductor para la Implementación de la Lista de Verificación de la seguridad en la Cirugía
- Personal Médico asistencial del departamento de cirugía, traumatología, urología, otorrinolaringología y Ginecología y obstetricia
- Personal médico asistencial del departamento de anestesiología
- Personal asistencial de enfermería del departamento de centro quirúrgico
- Personal de la unidad de gestión de calidad de la Lista de chequeo de cirugía segura

Materiales

- Materiales de escritorio diverso.
- Equipo de cómputo Corel 2 dúo
- Impresora laser

Presupuesto

- El asignado por la dirección administrativa.

Indicadores para evaluación

Numero De I Qx En Que Se Aplicó Correctamente La Lista de Chequeo de Cirugía Segura
Número Total De Cirugías Realizadas X 100

Numero de HCL quirúrgicas con formato de lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía en el periodo

Número de intervenciones quirúrgicas realizadas en el mismo periodo x 100

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

	META	Indicador de Verificación	MESES													
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
Elaboración de un Programa de Vigilancia de aplicación de lista de cirugía segura	1	Plan		1												
Supervisión de aplicación de lista de chequeo de cirugía segura	2	Informe de supervisión						1								1
Capacitación de temas sobre cirugía segura	2						1									

Plan de seguridad del Paciente 2022



ENCUESTA.



PERÚ Ministerio de Salud

Segundo Reto Global: La Cirugía Segura Salva Vidas

ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

Fecha:

Nombre del Establecimiento:

Responsable de la información:

- Dirección del Estab. de Salud () Oficina de Epidemiología ()
Unidad de Calidad () Dpto. Enfermería ()
Centro Quirúrgico () Depto./ Servicio de Cirugía ()
Otro (especificar)

Nombre y cargo del profesional que informa:

Semestre 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?

.....

En caso que respondiera SI () Pasa a la preg.2 NO () ¿Por qué?

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

.....

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

SI NO

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

SI NO



En caso que respondiera SI, relacionados 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

Otros especificar: _____

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

- SI NO

En caso que respondiera SI, ¿Cuáles?

¿Qué otros indicadores cree usted que se podrían medir?

5. ¿Qué indicadores plantea usted 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 Seguridad?

- 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 promedio 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 año pasado El primer semestre de este año

11. ¿Cuenta con farmacia en centro quirúrgico?

SI NO

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

SI NO

13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intraoperatoria?

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

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

15. ¿Cuál es la tasa de reintervenciones no programadas?

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

El año pasado El primer semestre de este año

17. ¿Cuál es el número de cirugías de emergencia realizadas?

El año pasado El primer semestre de este año

18. ¿Cuál es el número de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugías electivas?

19. ¿Cuáles el número de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugías de emergencia?

GRACIAS



7.3. EVENTOS ADVERSOS

Se entiende como evento adverso a un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente del paciente.

Según expone el MINSA “Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que agregar el elevado impacto económico y social de los mismos”.

OBJETIVOS:

- Conocer la magnitud del problema.
- Conocer factores de riesgo de EA y sus tendencias en el tiempo.
- Detectar Eventos Adversos Centinelas (EAC) para priorizar sus análisis.
- Aportar información para establecer medidas de prevención.
- Evaluar el impacto de las medidas de prevención.

IMPLEMENTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA EL REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

En cumplimiento al tercer dominio de acción establecidos por la Alianza para la Seguridad del Paciente: Taxonomía, la cual indica formular una clasificación que sirva para identificar eventos adversos y en cumplimiento de la 8va Política Nacional de Calidad en Salud aprobada mediante R.M N° 727 – 2009/MINSA, la cual menciona como estrategia la “Implementación de Mecanismos de información sobre la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos” se ha elaborado Ficha de Registro y reporte de incidentes y eventos adversos y el Formato para la consolidación de incidentes y eventos adversos.

IMPLEMENTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS PARA EL REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

Aplicación de la Ficha de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos

- a) Conforme a las definiciones operativas antes señaladas se debe confirmar si el suceso es un incidente o un evento adverso
- b) Llenar la Ficha de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos (Anexo N° 1) detallando el suceso.
- c) Entregar la Ficha de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos a la persona responsable en cada servicio.

Aplicación del Formato de Consolidado de Incidentes y Eventos Adversos

Después de haber reunido las Fichas de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos de todos los departamentos y servicios del establecimiento, se debe determinar la causa del incidente o evento adverso y clasificarlas dentro de las siguientes categorías:

- Relacionados con la administración clínica
- Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales
- Relacionados con errores en la documentación

- Relacionados con una infección asociada a la atención sanitaria
- Relacionados con la Intervención Quirúrgica
- Relacionados con la atención obstétrica
- Relacionados con la medicación o su administración
- Relacionados con la sangre o sus derivados
- Relacionados con la nutrición
- Relacionados con la administración de oxígeno o gases medicinales
- Relacionados con los dispositivos y equipos médicos
- Relacionados con el comportamiento del personal
- Relacionados con accidentes del paciente
- Relacionados con la infraestructura
- Relacionado con los recursos/gestión del establecimiento
- Relacionados con la exposición al efecto de fenómenos meteorológicos, catástrofes naturales u otras fuerzas de la naturaleza.

Cronograma de Actividades

Relacionados con los recursos/gestión del establecimiento	META	Indicador de Verificación	MESES														
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
Consolidado de registro de eventos adversos	4	Informes			1				1				1				1
Evaluación y socialización	4	Informe			1				1				1				1
Supervisión de registro EA	2	Informe			1				1				1				1

ANÁLISIS Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS: Una vez recibido la notificación la Unidad de Calidad procederá a realizar una evaluación previa para definir la posibilidad de realizar un análisis detallado del evento con el Comité de Seguridad del Paciente y de ser necesario se invitará al personal del servicio involucrado. Los resultados se enviarán al servicio implicado y al área notificante, así como a las direcciones y comités correspondientes.



7.4. IMPLEMENTACION PARA EL MONITOREO Y SUPERVISIÓN DE HIGIENE DE MANOS.

En el marco de las actividades de Prevención y Control del Sistema de Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias para el año 2022, y contando a la fecha con Guías Técnicas para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en el Hospital de Chancay, aprobadas por parte del comité con R.D. N° 182-2016-DIRESA-L-HCH-SBS-DE, las mismas que fueron difundidas en el Personal de salud del hospital, es necesario continuar con la supervisión del cumplimiento de ellas, por lo cual en el Plan de Prevención se ha considerado como una actividad a realizar durante todo el presente año.

El lavado de manos con jabón interrumpe la cadena de transmisión de enfermedades frecuentemente, las manos actúan como vectores que portan organismos patógenos que causan enfermedades que se pueden contagiar de persona a persona, ya sea a través del contacto directo o indirectamente mediante superficies. Cuando las personas no usan jabón para lavarse las manos que han estado en contacto con heces humanas o de animales, con fluidos como secreciones nasales, con alimentos o agua contaminados, pueden transmitir bacterias, virus y parásitos a diversos huéspedes.

El lavado de Manos Clínico es una medida eficaz y de bajo costo en la prevención de las infecciones intrahospitalarias por lo que es necesario determinar si el personal practica estos procedimientos ya que de su aplicación dependerá en parte la disminución de las infecciones intrahospitalarias.

FINALIDAD

Disminuir la incidencia de las infecciones intrahospitalarias del Hospital de Chancay "Dr. Hidalgo Atoche López" a través de la realización de prácticas seguras y desarrollar los de vida saludables en el personal de salud mediante la promoción de la práctica del lavado de manos.

OBJETIVO

Garantizar la práctica del lavado de manos de forma adecuada para reducir la transmisión de gérmenes hospitalarios y prevenir las infecciones intrahospitalarias.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Garantizar la práctica del lavado de manos de forma adecuada para reducir la transmisión de gérmenes hospitalarios y prevenir las infecciones intrahospitalarias.
- Concientizar y sensibilizar a los trabajadores de salud sobre la importancia de realizar el procedimiento de lavado de manos para la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias.
- Asegurar la práctica correcta del lavado de manos en los servicios hospitalarios.
- Incrementar la adherencia al lavado de manos en el personal de salud del Hospital de Chancay "Dr. Hidalgo Atoche López".

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la sensibilización del lavado de manos en el Hospital de Chancay "Dr. Hidalgo Atoche López" se realizaron las siguientes supervisiones con la Lista de Chequeo para el monitoreo del Cumplimiento de Técnica de Higiene de Manos Clínica y el Anexo 1 Instrumento para medir la Adherencia de la Higiene de Manos.

Plan de seguridad del Paciente 2022



Instrumento para medir la Adherencia de la Higiene de Manos

MONITOREO DE CUMPLIMIENTO DE LOS 5 MOMENTOS DE HIGIENE DE MANOS. RESULTADOS POR SERVICIO Y TIPO DE PROFESIONAL EVALUADO. I SEMESTRE 2019						
SERVICIO EVALUADO	TIPO DE PROFESIONAL EVALUADO	Nº PERSONAL QUE LABORA EN EL ÁREA	Nº PERSONAL EVALUADO	Nº ACCIONES	Nº OPORTUNIDADES	% CUMPLIMIENTO
	TOTAL DE PERSONAL EVALUADO I SEM					
	TOTAL DE PERSONAL EVALUADO I SEM					
	TOTAL DE PERSONAL EVALUADO I SEM					
TOTAL DE PERSONAL EVALUADO I SEMESTRE 2021						

MONITOREO DE CUMPLIMIENTO DE TÉCNICA CORRECTA DE HIGIENE DE MANOS. RESULTADOS POR SERVICIO EVALUADO					
HOSPITAL	SERVICIO EVALUADO	Nº PERSONAL QUE LABORA EN EL ÁREA	Nº PERSONAL EVALUADO	CUMPLEN CON TÉCNICA CORRECTA HM	
				Nº	%
HOSP. CHANCAI					
	TOTAL DE PERSONAL EVALUADO I SEMESTRE				

Plan de seguridad del Paciente 2022



ESTRATEGIAS

Continuar con las acciones de capacitación y supervisión de la Técnica de Higiene de Manos Clínica y la Adherencia a la Higiene de manos con los 5 momentos, en los diferentes servicios del Hospital, con el fin de mejorar los procedimientos invasivos, evitar infecciones intrahospitalarias, mejorar la bioseguridad y recalcar sobre la importancia de lavado de manos para mejorar la calidad de atención de los pacientes.

Disponer y tener el compromiso de los directivos dar cumplimiento a la Norma Técnica R.M. N° 255-2016/MINSA a través del abastecimiento de insumos necesarios como jabón líquido, gel desinfectante, papel toalla. Así también de las condiciones de los bienes y la infraestructura de los ambientes como: agua, caños funcionales y tachos adecuados para realizar la Higiene de Manos.

En conjunto la Unidad de Gestión de la Calidad y la Unidad de Epidemiología, seguir con la publicación de los recordatorios de la Técnica de Higiene de Manos con agua y jabón antiséptico líquido o en espuma. Y los 5 momentos para la Higiene de las manos.

CONCLUSIONES

Se busca el involucramiento de todo el Personal de Salud mediante la constatación de supervisión de la Unidad de Gestión de la Calidad y la Unidad de Epidemiología, con el fin de fortalecer la actividad de lavado de manos y los 5 momentos bajo la implementación de la nueva directiva. Sin embargo aún falta mucho que trabajar para que estos hábitos de higiene se hagan parte de labor cotidiano de cada trabajador.

Se aplicará la Lista de Chequeo para el monitoreo del Cumplimiento de Técnica de Higiene de Manos Clínica y el Instrumento para medir la Adherencia de la Higiene de Manos en todos los servicios de nuestra institución.

Plan de seguridad del Paciente 2022

