



RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 20 ABR 2021

Vistos: El Expediente N° 01661-2021, con la Nota Informativa N°017-OGC-HNSEB-2020 de la Oficina de Gestión de la Calidad, el Informe N°009-2021-EP/OEPE-HSEB, y la Nota Informativa N°048-2021-OEPE-HSEB de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento estratégico, remiten el "Plan de Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente en el Hospital Nacional "Sergio E. Bernales";

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 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 a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el Artículo 15° de la ley señalada precedentemente, establece los derechos de toda persona, el acceso a los servicios de salud, para prevenir, promover, conservar o establecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa, así como en su Artículo 37°, establece que, "Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de salud de nivel nacional en relación a planta físicas, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°519-2006-SA/DM, se aprobó el documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" el cual establece como uno de sus componentes a la garantía y mejoramiento de la calidad, siendo uno de los principales procesos, ofrecer la seguridad del paciente, con herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, protegiendo al paciente de riesgos evitables;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA de fecha 14.MAY.2015, se aprobó la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01: "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", cuyo objetivo es establecer el marco normativo vigente para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de guías.

Que, con Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA de fecha 01.JUN.2015, se aprueba el Documento Técnico "Metodología de elaboración de Guías de Prácticas Clínicas"

Que, con la Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA de fecha 28.OCT.2016, se aprueba el documento denominado "Norma para la Elaboración de Documentos de Ministerio de Salud"



Que, mediante Vistos, la Nota Informativa N°017-OGC-HNSEB-2021 de la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, ha formulado y solicita entre ellos la aprobación del Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente del Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” – 2021;

Que, mediante el Informe N°009-2021-EP/OEPE-HSEB del Equipo de Planeamiento y Accionado con la Nota Informativa N°048-2021-OEPE-HSEB de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico., se señala que los Planes cumplen con la normatividad vigente y tiene la finalidad de contribuir a brindar una atención segura al paciente en los diferentes servicios a fin de minimizar los riesgos en el proceso de atención;

Que, el Plan presentado tiene como finalidad contribuir a brindar una atención segura al paciente en los diferentes servicios a fin de minimizar los riesgos en el proceso de atención; resultando necesario expedir el acto resolutorio correspondiente, que apruebe el “**Plan de Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente en el HNSEB-2021**”;

En uso de las atribuciones conferidas por el Art. 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional “Sergio E. Bernales” aprobado mediante R.M. N° 795-2003-SA-DM, modificando por R.M. N° 512-2004-MINSA, R.M. N° 343-2007-MINSA y R.M. N° 124-2008-MINSA; y, con la visación de la Directora Ejecutiva de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el documento denominado “**Plan de Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente** en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2020, que en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- Encargar a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad la responsabilidad de ejecución, difusión e implementación, monitoreo y evaluación del Plan aprobado en el Artículo precedente.

Artículo 3°.-Encargar a las Jefaturas de Departamentos y Servicios Asistenciales del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, el cumplimiento del citado Plan aprobado en el Artículo precedente.

Artículo 4°.- Disponer que la Oficina de Comunicaciones publique la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional “Sergio E. Bernales”.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese,

JASR/JMEC/MVRR/JLZB/ svch

Distribución:
() OEA
() OEPE
() OAJ
() OGC
() OC
() Dptos. y Serv.
() Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
Mg. JULIO ANTONIO SILVA RAMOS
DIRECTOR GENERAL
C M P. 19373





**PLAN DE GESTION DE RIESGOS
PARA LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN EL HSEB
AÑO 2021**



Dr. Julio Antonio Silva Ramos
DIRECTOR GENERAL

Dr. Juan Nina Cáceres
DIRECTOR ADJUNTO

Mg. Jenny Mayne Espada Camones
JEFA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

EQUIPO TECNICO DE LA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD

Lic. Enf. Verónica J. Carbajal Gómez

Secretaria
Sra. Marisol Melgar Galiano



PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2021

INTRODUCCION.....	4
I. FINALIDAD.....	6
II. OBJETIVOS.....	6
III. BASE LEGAL.....	6
IV. AMBITO DE APLICACIÓN.....	9
V. CONTENIDO.....	9
VI. ACTIVIDADES.....	10
VII. PRESUPUESTO, RECURSOS	13
VIII. RESPONSABILIDADES.....	13
IX. ANEXOS.....	14



**PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E.
BERNALES AÑO 2021**

INTRODUCCION

La Seguridad del Paciente es un tema complejo que requiere un enfoque integrado y basado en el sistema, implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia así como buenas practicas acordes con el conocimiento científico disponible, sensibles a los valores, expectativas y preferencias de los pacientes, vinculadas a la ausencia de Eventos adversos y propiciadas por una adecuada organización asistencial.

Los avances sanitarios que se han producido en los últimos años son fruto del esfuerzo de todos los profesionales que trabajan por mantener un nivel asistencial adecuado a las exigencias actuales. Debemos sentirnos orgullosos de lo conseguido. Sin embargo, y dada la complejidad y el grado de desarrollo de nuestro sistema de salud, en ocasiones se producen eventos adversos secundarios a la atención sanitaria, que debemos evitar o, al menos, minimizar.

La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de estos eventos adversos a deficiencias en el diseño, en la organización y en el funcionamiento de los sistemas. Las estrategias propuestas por numerosas organizaciones internacionales están encaminadas, precisamente, a trabajar sobre esas deficiencias, a través del desarrollo de una cultura de seguridad, que integre el aprendizaje a partir de los errores y la gestión del riesgo, como una forma de trabajo. El Hospital Sergio E. Bernales, a través de todo su personal asistencial de la institución ha aglutinado multitud de actuaciones destinadas a mejorar la seguridad y reducir los eventos adversos de la atención al usuario.



PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2021

Asimismo a raíz de las circunstancias en la que nos encontramos a nivel mundial desde el año 2020; El gobierno peruano, declara Emergencia Sanitaria a nivel Nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19. (Domingo 15 de marzo de 2020, Decreto Supremo N° 008-2020-SA), una cuarentena general en el país así como el cierre de sus fronteras durante un lapso de 15 días para combatir la pandemia del nuevo coronavirus.

Estas medidas implican la restricción del derecho de libre tránsito dentro del país, así como el cierre de comercios y empresas, con la excepción de bancos, farmacias y locales que vendan productos de primera necesidad.

Por tal motivo se fueron publicando diferentes Decretos Supremos y Resoluciones Ministeriales en las cuales fueron variando y modificando; Asimismo por factores de comorbilidad el número de personal asistencial y administrativo que trabaja en nuestra institución se vio disminuido generando ausencia en todas las áreas hasta la fecha y llevando a no poder cumplir con programación de actividades planificadas para este año.

Decreto Supremo que proroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia de la COVID-19 y modifica el Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, el Decreto Supremo N° 201-2020-PCM, el Decreto Supremo N° 002-2021-PCM y el Decreto Supremo N° 004-2021-PCM

El presente **Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente 2021 del HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES**, es 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. Dichas actividades responden a los objetivos específicos, los mismos son complementados con los indicadores relevantes de monitoreo y evaluación en la parte final del documento



PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2021

I. FINALIDAD

Contribuir a brindar una atención segura al paciente en los diferentes servicios a fin de minimizar los riesgos en el proceso de atención en el Hospital Sergio E. Bernales.

I. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Promover Buenas Practicas de Atención y Gestión del Riesgo por la seguridad del paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del paciente).
2. Fortalecer el sistema de notificación de Eventos Adversos y el Proceso de Aprendizaje del error y Análisis de los Eventos Centinela en el Hospital Sergio E. Bernales.
3. Difundir y monitorear la aplicación de las prácticas seguras de atención con el desarrollo de Guías de Práctica Clínica y de procedimientos y la lista de chequeo de cirugía segura basada en evidencia científica.

III. BASE LEGAL

1. Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
2. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en Salud"



PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2021

3. Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA que aprueba El Documento Técnico "Plan nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.
4. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía
5. Directiva Sanitaria N° 005 – IGSS/ v.01: Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas.
6. Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS que aprueba la Directiva Sanitaria N0009-IGSS/V.01 Análisis de los Eventos Centinelas en la IPRESS y UGIPRESS del Instituto de gestión de Servicios de Salud.
7. RM N° 308-2010-MINSA, que aprueba la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.
8. RM N° 1021-2010-MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
9. RM N°168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
10. Documento Técnico: Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2010-2012.
11. Decreto Supremo N° 008-2020-SA, que declara Emergencia Sanitaria a nivel Nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19.
12. Decreto supremo N° 010-2020-SA, que aprueba el Plan de Acción y la Relación de bienes y servicios requeridos para enfrentar la Emergencia Sanitaria declarado por Decreto Supremo N° 008-2020-SA, Decreto Supremo que declara Emergencia Sanitaria a nivel Nacional por el plazo de noventa (90) días calendario y dicta medidas de prevención y control del COVID-19.
13. Decreto Supremo N° 025-2020-SA, Dictan medidas urgentes y excepcionales destinadas a reforzar el Sistema de Vigilancia y Respuesta Sanitaria frente al COVID-19 en el territorio nacional.
14. Decreto Supremo N° 044-2020-SA, que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID19.



PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE
EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2021

15. Decreto Supremo N° 020-2020-SA, Dispone la prórroga de la emergencia sanitaria declarada por Decreto Supremo N° 008-2020-SA por 90 días calendario a partir del 10 de junio de 2020 (Vence el 07.09.2020).
16. Resolución Ministerial N°039-2020/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019 –NCOV".
17. Resolución Ministerial N°040-2020/MINSA, que aprueba el "Protocolo para la Atención de Personas con Sospecha o Infección Confirmada por Coronavirus (2019-NCOV).
18. Resolución Ministerial N° 100-2020-MINSA Directiva Sanitaria N°087-2020-DIGESA/MINSA. "Directiva sanitaria para el manejo de cadáveres por COVID-19"
19. Resolución Ministerial N° 171-2020- MINSA, modifican la Directiva Sanitaria N° 087-MINSA/2020/DIGESA,"Directiva Sanitaria N° 087-MINSA/2020/DIGESA, "Directiva Sanitaria Para El Manejo de Cadáveres por COVID-19.
20. Resolución Ministerial N° 189-2020- MINSA, modifican la Directiva Sanitaria N° 087-MINSA/2020/DIGESA, "Directiva Sanitaria N° 087-MINSA/2020/DIGESA, "Directiva Sanitaria Para El Manejo de Cadáveres por COVID-19.
21. Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú,
22. Resolución Ministerial N° 270 -2020-MINSA, Modificar el numeral 7.9 del Punto VII del Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por COVID-19 en el Perú, aprobado por Resolución Ministerial N° 193-2020-MINSA.
23. Resolución Ministerial N° 458 -2020-MINSA , que aprueba la Directiva Administrativa N° 293-MINSA-2020-DIGEP "Directiva Administrativa que regula el trabajo remoto de salud (TRS) para el personal de la salud y



PLAN DE GESTIÓN DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2021

administrativo del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.

24. Decreto Supremo que prorroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia de la COVID-19 y modifica el Decreto Supremo N° 184-2020-PCM, el Decreto Supremo N° 201-2020-PCM, el Decreto Supremo N° 002-2021-PCM y el Decreto Supremo N° 004-2021-PCM

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Gestión de Riesgos Para la Seguridad del Paciente, comprende a todos los Subsistemas funcionales de atención de pacientes hospitalizados, y de emergencias del Hospital Sergio E. Bernales Nivel III-1.

V. CONTENIDO

5.1 Aspectos Técnicos Conceptuales de Seguridad del Paciente:

1. **Seguridad del Paciente:** Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través de uso de mejores prácticas que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente.
2. **Acción Insegura.-** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por la acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden ser involucrados una o varias acciones inseguras.
3. **Acciones de Mejora.-** son aquellas acciones que incrementa la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.
4. **Cultura de Seguridad.-** es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.



5. **Barrera de Seguridad.**-Son restricciones administrativas ó técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.
6. **Lista de Verificación de Cirugía Segura.- Según la OMS** el Check List es una herramienta a disposición de los profesionales de salud aumentando la comunicación y clarificando los recursos necesarios en el procedimiento para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos evitables o negligencias por omisión o descuido.
7. **Complicación.-** Resultado clínico desfavorable de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de la enfermedad.
8. **Evento Adverso:** Todo accidente que hubiera causado daño al paciente o lo hubiera podido causar, ligado tanto a las condiciones de la asistencia como a las del propio paciente.
9. **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 al alta o requiere intervención quirúrgica.
10. **Efecto Adverso.-**Una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente directamente asociado a la atención de salud.
11. **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.
12. **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS):** Las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) es uno de los



principales indicadores de la calidad de la atención que se brinda en los establecimientos de salud.

13. **Notificación:** Acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento en el ámbito de la gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias, lo que se notifica es entre otros: los errores, los daños, los incidentes, el mal funcionamiento de los equipos, o los fallos en los procesos y otras situaciones peligrosas.
14. **Incidente.-** Evento adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias ó que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
15. **Evento Centinela** Es un tipo de evento adverso que produce una muerte ó un daño físico ó psicológico severo de carácter permanente que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.
16. **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.
17. **Rondas de seguridad.-** Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención de salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo (instituciones prestadoras de servicios de salud), para identificar practicas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud y no punitiva.
18. **Riesgo.-** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud.



VI. ACTIVIDADES

Objetivo Específico 1: Promover las Buenas Practicas de Atención por la Seguridad del Paciente

- 1.1. Cuantificar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las cirugías, programadas de emergencia y ambulatorias
- 1.2. Evaluación correcta de la aplicación de las listas de verificación de la seguridad de la cirugía remitidas a la OGC.
- 1.3. Monitorizar la implementación de la LVCS a través de la encuesta para este fin.
- 1.4. Solicitar a la Oficina de Epidemiología una copia del informe con los resultados del monitoreo, evaluación y supervisión de la "Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de manos en el HSEB"
- 1.5. Solicitar a la Oficina de Epidemiología los Reportes mensuales de las IAAS en el HSEB.

Objetivo Especifico N° 2: Fortalecimiento en la adherencia la Higiene de manos.

- 2.1 Realizar supervisiones de adherencia de higiene de manos, según normas vigentes
- 2.2 Consolidar la información del hallazgo en las áreas supervisadas.
- 2.3 Implementar el sistema de difusión para mejorar la seguridad del paciente.

Objetivo Especifico N° 3: Fortalecer el Sistema de Notificación de Eventos Adversos y el Proceso de Aprendizaje del error y Análisis de los Eventos Centinelas.



PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2021

- 3.1 Realizar el seguimiento de la Notificación de Eventos Adversos en los departamentos y servicios del HSEB.
- 3.2 Consolidar la información remitida por parte de los Servicios con respecto a la Notificación de Eventos Adversos.
- 3.3 Implementar un sistema de difusión para mejorar la seguridad del paciente.
- 3.4 Fortalecer el sistema de Notificación de Eventos adversos y el Proceso de aprendizaje del error y análisis de eventos centinelas.

VII. PRESUPUESTO, RECURSOS

1. Presupuesto:

1.1 Las actividades programadas en el presente plan, se realizan como parte de las actividades cotidianas del personal de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Sergio E Bernales, no habiendo requerimiento de presupuesto adicional. Ya que el presupuesto para el desarrollo de las actividades de manera específica deberá ser incluido en la programación de cada área respectiva según responsabilidad como se detalla en la matriz de criterios de programación.

2. Recursos Humanos

- 2.1. Equipo de gestión
- 2.2. Jefe de departamentos y servicios asistenciales
- 2.3. Trabajadores de los servicios asistenciales
- 2.4. Personal Profesional de la Oficina de Gestión de la Calidad.



VIII. RESPONSABILIDADES

El presente **Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente en el HSEB** es de cumplimiento de las Jefaturas de Departamentos y Servicios, Personal asistencial del Hospital Sergio E Bernales.

La Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de monitorear y supervisar las actividades comprendidas en el plan.

VIII. ANEXOS

➤ ANEXO 1

GUIA DEL SISTEMA DE REGISTRO, NOTIFICACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

➤ ANEXO 2

GUIA TECNICA PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROCESO DE HIGIENE DE MANOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

➤ ANEXO 3

GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA



ANEXO 1

GUIA DEL SISTEMA DE REGISTRO, NOTIFICACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

I. DEFINICIÓN

Los resultados de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos son útiles para la identificación de las causas que han favorecido la ocurrencia de éstos y en qué medida originan atenciones inseguras. El reporte es una metodología a través de la cual se puede detectar y medir cual es el perfil de los eventos adversos en una institución.

Para que el reporte de eventos adversos, sea útil es necesario que se desarrolle: Un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del EA. Definición del mecanismo para difundir las lecciones aprendidas, El mecanismo para la implementación de barreras de seguridad, Identificación de los procesos inseguros deberán ser rediseñados, y Finalmente, el apoyo institucional (Alta Dirección) a las acciones de mejoramiento.

Los sistemas de registro y notificación constituyen una parte en la construcción de una "Cultura de Seguridad", en la cual se considera a los eventos adversos como una oportunidad para aprender y mejorar más; que como fallos que deben ser escondidos y utilizados para sancionar a los involucrados.

II. OBJETIVO

El objetivo primordial de la notificación es aprender de las experiencias y también contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro de los ámbitos de trabajo.

III. ALCANCE

De aplicación a todos los profesionales de la salud y personal administrativo que trabajen directamente en las áreas asistenciales del Hospital Sergio E Bernales,

IV. CONCEPTOS

- **Evento:** Daño o riesgo de daño en un paciente como consecuencia de desviaciones en los procesos definidos para la atención en salud en los centros asistenciales. El evento incluye errores prevenibles y riesgos o peligros.
- **Evento Adverso:** Daño en el paciente relacionado con la



PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2021

atención de salud y no con las complicaciones inherentes de la enfermedad.

- **Severidad del daño:**

- El incidente llegó al paciente pero no le causó daño.
- No causo daño pero preciso mayor seguimiento o monitorización.
- Causo daño temporal pero no alargó la hospitalización.
- Causo daño temporal y alargó la hospitalización.
- Causo daño permanente.
- Comprometió la vida del paciente.
- Causo la muerte del paciente.

- **Notificación:** Acción de transmitir, comunicar o dar noticia de un evento en el ámbito de la gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias, lo que se notifica es entre otros: los errores, los daños, los incidentes, el mal funcionamiento de los equipos, o los fallos en los procesos y otras situaciones peligrosas.

FORMATOS

Se propone comenzar con un formato de notificación (Ficha de Registro) que contiene los siguientes campos: datos generales del paciente, descripción del evento, características del incidente a notificar, factores contribuyentes, otras causas, plan de intervención para evitar que se produzcan sucesos similares.

Se notificaran todos los eventos adversos y los incidentes aunque no hayan tenido ninguna repercusión clínica en el paciente. Existe un formulario específico a tal efecto.

ANÁLISIS Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS:

Recibida la notificación, la Oficina de Gestión de la Calidad, procederá a realizar una evaluación previa para definir el análisis 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 institucionales y comités.



PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2021

FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS

FECHA DE NOTIFICACION

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

DISTRITO:

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

N° DE HISTORIA CLINICA

SEXO DEL PACIENTE

EDAD

DIAGNOSTICO PRINCIPAL

B. LUGAR DEL INCIDENTE O EVENTO ADVERSO

UPSS / SERVICIO

C. SEVERIDAD (Marcar con una X según corresponda)

INCIDENTE * EVENTO ADVERSO ** EVENTO CENTINELA ***

* Es una circunstancia que podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente

** Daño involuntario al paciente por una acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente

***Es un evento adverso que produce la muerte / lesión física / psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función

D. DESCRIPCION DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

FECHA DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

HORA APROX. DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

BREVE DESCRIPCION DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO

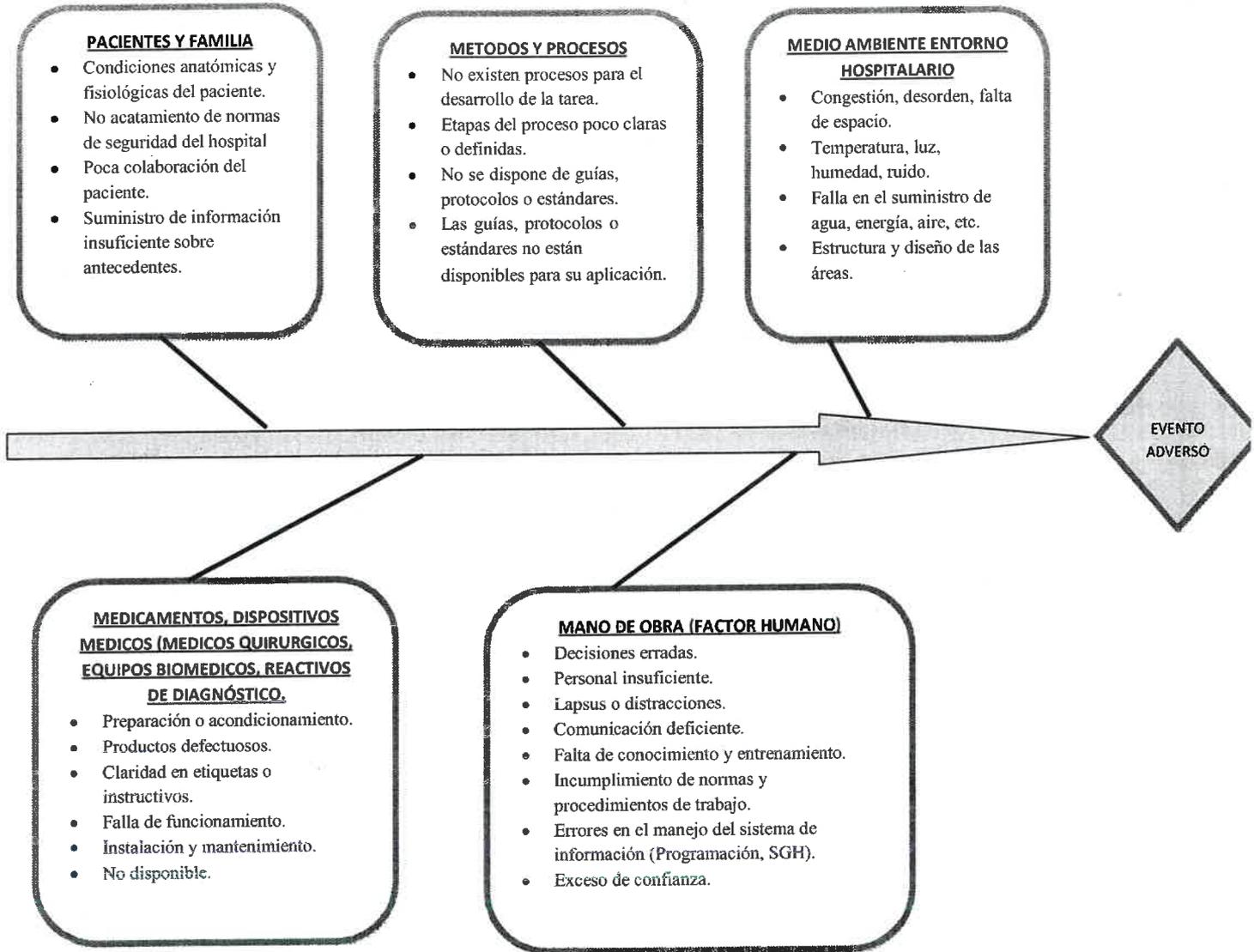
E. EJEMPLOS DE EVENTOS ADVERSOS

I. RELACIONADOS CON LOS CUIDADOS		Marcar "X"	III. RELACIONADOS CON INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION DE SALUD (IAAS)		Marcar "X"
1.1	Actos impropios de naturaleza sexual contra pacientes		3.1	Absceso post inyección IM	
1.2	Agresiones y Autolesiones		3.2	Corioamnionitis	
1.3	Caída del paciente con daño		3.3	Endometritis	
1.4	Eritema del pañal		3.4	Flebitis asociada a catéter venoso periférico	
1.5	Error en la identificación del paciente		3.5	Infección de torrente sanguíneo asociada a catéter venoso central	
1.6	Error en la entrega de paciente a padres o tutores		3.6	Muerte por infección nosocomial	
1.7	Extravasación de la vía endovenosa		3.7	Sepsis bacteriana	
1.8	Edema post inyectables		3.8	Infecciones de heridas cirugía menor	
1.9	Manejo inadecuado de bolsa colectora de orina		3.9	Lesiones y/o heridas, complicaciones en el proceso de atención en salud	
1.10	Suicidio de un paciente		3.10	Infección ocasionada por la atención en salud: cánulas intravasculares (catéteres)	
1.11	Entrega equivocada de un neonato		3.11	Infección ocasionada por la atención en salud: Absceso	
1.12	Estancia prolongada por no disponibilidad de insumos o medicamentos		3.12	Infección ocasionada por la atención en salud: Urinaria dren / tubo (sondas vesicales)	
1.13	Pacientes con diagnóstico de apendicitis que no son atendidos después de 12 horas de realizado el diagnóstico		IV. RELACIONADOS CON LOS PROCEDIMIENTOS		Marcar "X"
1.14	Caidas de pacientes durante la atención		4.1	Cefalohematoma	
1.15	Abuso Sexual en la IPRESS		4.2	Caput succedaneum	
1.16	Infección del Sitio Operatorio		4.3	Cirugía en el lugar equivocado del cuerpo	
1.17	Reingreso al servicio de urgencias por la misma causa antes de 72 horas		4.4	Cuerpo extraño intra dejado en el proceso del parto	
1.18	Matemas con convulsión intrahospitalaria		4.5	Dehiscencia post cesárea	
1.19	Asfixia perinatal		4.6	Desgarro perineal grado III	
1.20	Procedimiento en parte equivocada o paciente equivocado		4.7	Desgarro perineal grado IV	
II. RELACIONADOS CON LA MEDICACION		Marcar "X"	4.8	Encefalopatía hipoxica	
2.1	ÁCV-TEP por medicamentos		4.9	Fractura de clavícula durante atención del recién nacido	
2.2	Error en la medicación Prescripción, dispensación y administración		4.10	Hematoma post parto (De pared, Episiorrafia)	
2.3	Eventos supuestamente atribuidos a vacunación e inmunización (ESAVI)		4.11	Hematoma post procedimiento	
2.4	Hemorragia digestiva		4.12	Lesiones del plexo braquial del recién nacido	
2.5	Hipoglucemia por manejo inadecuado al tratamiento de diabetes		4.13	Perforación uterina	
2.6	Hipotensión arterial por medicamentos		4.14	Quemadura por uso de electrocauterio	
2.7	Hipoxia fetal en parto por uso de oxitoxina		4.15	Retención de membrana	
2.8	Muerte o grave discapacidad por medicamentos		4.16	Fractura dental producida por procedimiento	
2.9	Nauseas, vómitos y/o diarreas por fármacos		4.17	Cirugía en parte equivocada o en paciente equivocado	
2.10	Reacción adversa a medicamentos		4.18	Shock hipovolémico post - parto	
2.11	Reacción transfusional por incompatibilidad de grupo ABO-RH		4.19	Punción accidental con aguja en pacientes	
			4.20	Hemorragia pos procedimiento	
			4.21	Ruptura prematura de membranas sin conducta definida	
			4.22	Lesión producida durante un procedimiento	



ANALISIS DE CAUSAS DE EVENTOS ADVERSOS

FACTORES CONTRIBUYENTES: marcar con un aspa (X) los factores que crees pudieron influir para que se produjera el incidente/evento (marcar en el



OTRAS CAUSAS:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2021**

PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EVITAR QUE SE PRODUZCAN SUCESOS ASI:

CAUSA IDENTIFICADA	QUE HACER	QUIEN	CUANDO		
			D	M	A

VERIFICACION DE LAS ACCIONES DE INTERVENCION Y CIERRE DEL REPORTE.

Fecha de Verificación	
Jefe de área:	
Observaciones:	
Jefe de Unidad de Gestión de la Calidad :	
Responsable de Seguridad del Paciente:	

CARGO

SERVICIO

INFORMACION DEL REPORTANTE:



ANEXO N° 2

**GUIA TECNICA PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROCESO DE HIGIENE DE
MANOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

RM N° 255-2016-MINSA

- I. **FINALIDAD:** Contribuir a la mejora en la calidad y seguridad de la atención de salud que se brinda en los establecimientos de salud a nivel nacional.
- II. **OBJETIVO:** establecer los procedimientos para la implementación del proceso de higiene de manos por parte del personal de la salud en los establecimientos de salud.
- III. **AMBITO DE APLICACIÓN:** es de cumplimiento obligatorio en todas las Unidades Productoras de Servicios de Salud de nuestra institución.
- IV. **CONCEPTOS:**
 - **Infecciones asociadas a la atención de salud.-** es toda condición sistémica o localizada que resulta de la reacción adversa a la presencia de microorganismos o sus toxinas en un paciente hospitalizado o en la atención ambulatoria.
 - **Antisepsia de manos.-** se refiere al lavado de manos antiséptico o sea da la fricción de manos con un antiséptico de flora microbiana presente.
 - **Antiséptico.-** Sustancia antimicrobiana que se aplica en la piel para reducir en número la flora microbiana presente.
 - **Antiséptico a base de alcohol.-** preparado (líquido, gel o espuma) que contiene alcohol, destinado a la higiene y antisepsia de manos.
 - **Fricción de manos con soluciones de base alcohólica.-** rozamiento de ambas manos previa aplicación de un antiséptico con el objeto de reducir o inhibir la propagación de los microorganismos sin necesidad de una fuente exógena de agua ni del enjuagado o secado con toallas u otros instrumentos.



- **Higiene de manos.-** medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal antimicrobiano.
- **Jabón antimicrobiano.-** jabón que contiene un ingrediente químico con actividad contra la flora superficial de la piel, se puede utilizar en presentación líquida o en gel.
- **Lavado de manos.-** consiste en la remoción mecánica de suciedad y eliminación de microorganismos transitorios de la piel. Es el lavado de manos de rutina que se realiza con agua y jabón común y tiene una duración no menor 20 segundos. Remueve en un 80% la flora microbiana transitoria.
- **Desinfección alcohólica para la fricción de manos.-** producto alcohólico (líquido, gel o espuma) destinado a la aplicación en las manos con el fin de reducir el crecimiento de microorganismos.



FORMATO DE ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS



PERÚ Ministerio de Salud

ORGANISMO DE REGISTRO E INSPECCIONES
LINA NORBERTO TORRES LIN
GESTION DE CALIDAD
Seguridad del Paciente

N°

INSTRUMENTO PARA MEDIR ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS

IPRESS: _____

Momento LM*: _____

SERVICIO: _____

TURNO: _____

PERSONAL SUPERVISADO: _____

FECHA y HORA: _____

N°	INSTRUCCIONES PARA REALIZAR UN CORRECTO LAVADO DE MANOS CLÍNICO	SI	NO	OBSERVACIONES
1	¿Las instrucciones del proceso del lavado de manos se encuentran graficados en un afiche y cercano al lavado de manos?			
2	¿El día del Monitoreo, el servicio cuenta con los insumos necesarios para realizar el lavado de manos? (Agua, jabon, papel toalla)			
CUMPLE CON LA TÉCNICA PARA EL LAVADO DE MANOS CLINICOS				
3	Las manos y antebrazos estan libres de anillos, pulseras y reloj.			
4	Uñas cortas al borde de las yema de los dedos y sin esmalte.			
5	Paso 1: Humedese sus manos con agua y aplica una cantidad suficiente de jabon en toda la superficie de las manos.			
6	Paso 2: Realiza el frotado de las palmas de las manos entre si.			
7	Paso 3: Realiza el frotado de la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.			
8	Paso 4: Realiza el frotado de las palmas de las manos entre si, con los dedos entrelazados.			
9	Paso 5: Realiza el frotado del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.			
10	Paso 6: Realiza el frotado del pulgar izquierdo con un movimiento de rotación atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.			
11	Paso 7: Realiza el frotado de la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.			
12	Paso 8: Se enjuaga las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado.			
13	Paso 9: Realiza el secado de las manos con toques de la parte proximal a la distal con una toalla de papel.			
14	Paso 10: Cierra la espita del caño con la misma toalla que se secó y la desecha.			
15	Paso 11: Todo el proceso de lavado de manos clinico con la técnica correcta dura aproximadamente de 40 a 60 segundos. Sus manos son seguras.			
(*) Momentos de Lavado de Manos:				
ADHERENCIA A LAVADO DE MANOS : N° SI / 15				_____ %
1: Antes del Contacto con el Paciente		2: Antes de un Procedimiento Limpio/ Aseptico		
3: Después del Riesgo de Exposición a Fluidos Corporales		4: Después del Contacto con el Paciente		
5: Después del Contacto con el Entorno del Paciente				



ANEXO N° 03

GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

I. FINALIDAD:

Mejorar la Seguridad del paciente y la Calidad de atención mediante la implementación de la Lista de Verificación de la Cirugía Segura en el Hospital Sergio E. Bernales.

II. OBJETIVO GENERAL:

Establecer el procedimiento a seguir en los lineamientos en la verificación de criterios mínimos para la seguridad del paciente quirúrgico del Hospital Sergio E. Bernales.

OBJETIVO ESPECIFICO:

- Implementar el uso de la lista de chequeo de criterios mínimos de seguridad quirúrgica en el HSEB.
- Registrar información sobre la aplicación de los criterios de cirugía segura.
- Identificar, analizar y plantear solución ante prácticas inseguras en la atención de los pacientes en Centro Quirúrgico.
- Sensibilizar al personal de los Departamentos Quirúrgicos: Cirugía, Gineco Obstetricia, Anestesiología y Centro Quirúrgico sobre la importancia de la Cirugía Segura.

III. DEFINICIÓN:

La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía es una herramienta para mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas y reducir los eventos adversos.

Se enmarca en el Reto Mundial “La Cirugía Segura Salva Vidas”, de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para reducir el número de complicaciones de origen quirúrgico.

La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía se ha diseñado asimismo para que sea simple y breve. Se trata de verificar hasta qué punto están integradas esas medidas esenciales de seguridad en las Intervenciones quirúrgicas.

Cada uno de los puntos de control de la Lista de Verificación de la Seguridad de la



Cirugía ha sido incluido basándose en la evidencia científica, o en la opinión de los expertos de que su inclusión puede reducir la probabilidad de daño quirúrgico serio, evitable, y considerando que es poco probable que la adherencia al mismo origine daños o costes significativos.

IV. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

Los Coordinadores o responsables de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del Hospital Sergio E. Bernales a los profesionales de Enfermeras que se desempeñan en cada turno quirúrgico:

- Enfermera Circulante 1er Turno Quirúrgico (7.00am a 1.00pm)
- Enfermera Circulante 2do Turno Quirúrgico (1.00pm a 7.00 pm)
- Enfermera Circulante 3er Turno Quirúrgico (7.00pm a 7.00am)

Designar como Miembros del "Equipo Conductor de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía del HSEB" al profesional que se desempeña como circulante en cada turno quirúrgico los siguientes:

- Enfermeras de Centro Quirúrgico
 - Lic. Laura Roa Campos
 - Lic. Maria E. Ricra Ricra
 - Lic. Milagros Hurtado Morales
 - Lic. Bidelmina M. Quiñones Córdova
 - Lic. Maribel N. Rivera Vega
- Jefe del Dpto Anestesiología y Centro Quirúrgico. MC Julio C. Calderón Vivanco
- Representante del Dpto de Cirugía MC: Gilmar Hurtado Guerrero
- Representante del Dpto de Gineco Obstetricia MC. José M. Vilchez Requejo
- Representante del Servicio de Cirugía MC. Elva R. Aguilar Linares
- Responsable de la Unidad de Gestión de Calidad Mg Jenny Mayne Espada Camones
- Área de Seguridad del Paciente Lic. Verónica J, Carbajal Gómez

4.1 Verificación de la Seguridad Quirúrgica

- a. La Verificación de la *Seguridad Quirúrgica* es el proceso por el cual el personal profesional de salud que realice una intervención quirúrgica o algún *Procedimiento en Sala de Operaciones* comprueba la aplicación de los criterios mínimos establecidos por la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* para su ejecución.
- b. La comprobación de los criterios mínimos para una cirugía segura se lleva a cabo



mediante la aplicación de una lista de chequeo, con la cual se examinan las condiciones en las que el paciente ingresa y sale de la Sala de Operaciones de Centro Quirúrgico.

4.2 Responsabilidades en la ejecución de la Lista de Chequeo

- a. La responsabilidad en el cumplimiento del llenado de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura será compartida por las Jefaturas del Departamento de Anestesiología, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Jefatura de Enfermería de Centro Quirúrgico
- b. El responsable de la capacitación del personal en el uso del formato de lista de chequeo será del equipo conductor de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura del Hospital Sergio E. Bernales
- c. La difusión de los lineamientos básicos de cirugía segura entre el personal profesional de salud será de responsabilidad de la Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación con la Oficina de Comunicaciones del Hospital Sergio E. Bernales.
- d. El abastecimiento de los formatos de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura estará a cargo de la Jefatura del Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico.
- e. Los responsables del Monitoreo del cumplimiento de la ejecución de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura por parte del personal de salud las Jefaturas del Departamento de Anestesiología, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Jefatura de Enfermería de Centro Quirúrgico
- f. El Coordinador responsable de dirigir todos los componentes de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura y chequear las casillas del listado durante el turno quirúrgico estará a cargo de el/la enfermero (a) circulante, debiéndose garantizar su programación en el rol.

4.3 Formato Lista de Chequeo de Cirugía Segura

- a. El formato se encuentra dividido en 4 partes:
 - Datos Generales del Paciente
 - Registro antes de la inducción de la anestesia
 - Registro antes de iniciar la intervención o procedimiento.
 - Registro antes de salir de Sala de Operaciones.
- b. La verificación de la seguridad del paciente será registrada en tres (3) momentos: al ingreso del paciente a Centro Quirúrgico; al ingreso del paciente a Sala de Operaciones; y antes de salir de Sala de Operaciones
- c. El llenado del formato se hará en base a la Directiva planteada.



- d. La auditoría de la calidad de registro del formato de Lista de Chequeo de Cirugía Segura será llevado a cabo por la Oficina de Gestión de la Calidad, en coordinación con el Departamento de Enfermería.
- e. El Formato de la Lista de Verificación de Cirugía Segura original debe de colocarse en la Historia Clínica de cada paciente y la copia será entregada a la Oficina de Gestión de la Calidad semanalmente.

4.4 Procedimiento Formato Lista de Chequeo de Cirugía Segura

- a. La aplicación de la lista de chequeo de Cirugía Segura se iniciará cuando el personal de enfermería recibe al paciente en Centro Quirúrgico.
- b. La Enfermera circulante de sala de operaciones es la persona responsable del llenado del formato de la Lista de Chequeo.
- c. La enfermera circulante aplica la lista de chequeo en tres (3) momentos: antes de la inducción de la anestesia, antes de iniciar la incisión y antes de salir de Sala de Operaciones, registrando los datos de acuerdo a lo indicado en la lista de chequeo..
- d. 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.
- e. 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.
- f. Al finalizar el llenado de la Lista de Chequeo, el equipo responsable de la intervención quirúrgica o del procedimiento realizado en Sala de Operaciones deben firmar el formato. La enfermera circulante se encarga de la entrega del formato a la Jefatura del Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico y Central de Esterilización en forma diaria.

4.5 Procedimiento para el Procesamiento y análisis de la información

- a. La Jefatura de Enfermería en Centro Quirúrgico recibe diariamente las copias de los formatos llenados por las enfermeras circulantes, los mismos que se agrupan y son entregados cada fin de semana a la Oficina de Gestión de la Calidad.
- b. La Oficina 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.



- c. La Oficina de Gestión de la Calidad presentará un informe cada trimestre a la Dirección General, Jefes de los Departamentos de Cirugía, Gineco-Obstetricia; Anestesiología, y Enfermería.
- d. La Dirección General y Jefaturas antes mencionadas se encargaran de socializar con todo el personal a su cargo la información derivada del cumplimiento del llenado de la Lista de Chequeo de Cirugía Segura.

4.6 Procedimiento para la difusión de la información

- a. La difusión de la información registrada se lleva a cabo mediante un consolidado trimestral de hallazgos, en el cual se obviarán los nombres y números de historias clínicas de los pacientes, así como los datos de los profesionales que registraron la información.
- b. La información registrada en los formatos será confidencial, por lo que su consulta sólo podrá ser hecha con autorización de la Dirección General del Hospital.

V. RESPONSABILIDADES

- 5.1 La aplicación de la presenta Directiva es responsabilidad de los Jefes de Anestesiología, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Jefatura de Enfermería de Centro Quirúrgico.
- 5.2 Aplicación de Encuesta semestral para evaluar el grado de cumplimiento de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía por el equipo Conductor del Anexo N° 02 y enviarla a la Dirección General conocimiento y demás fines.
- 5.3 La Oficina de Gestión de la Calidad en coordinación con la Oficina de Comunicaciones apoyarán en las actividades de difusión de la presente Directiva.



PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2021

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES		
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD		
ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA		
FECHA:		
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		
RESPONSABLE DE LA INFORMACION:		
Direccion del Estab. de Salud	Oficina de Epidemiologia	
Unidad de Calidad	Dpto. Enfermeria	
Centro Quirurgico	Dpto./ Servicio de Cirugia	
Otros (especificar):		
NOMBRE Y CARGO DEL PROFESIONAL QUE INFORMA:		
SEMESTRE QUE INFORMA:		
1. En su establecimiento de Salud ¿ Se ha implementado la Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia?		
SI	<input type="text"/>	NO
En caso respondiera NO. ¿Por qué?		
En caso respondiera SI () Pasa a la preg. 2		
2. ¿Cuál es el porcentaje de aplicación de la Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia en esu establecimiento?		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. ¿Se realizo la sensibilizacion/preparacion previa al profesional asistencial del establecimiento?		
SI	<input type="text"/>	NO
Ha detectado problemas para implementar la Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia?		
SI	<input type="text"/>	NO
En caso respondiera Si, relacionados a:		
Falta de personal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Falta de conocimiento de personal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
falta de motivacion del personal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Falta de entrenamiento del personal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Procesos administrativos como:		
Distribucion del personal/tareas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Infraestructura	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Equipamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Insumos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apoyo a la gestion	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros especificar:		
4. Han elaborado algun indicador relacionado con la Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia		
SI	<input type="text"/>	NO
En caso respondiera SI ¿Cuáles?		



**PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2021**

¿Qué otros indicadores cree usted que se podrian 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NO
En caso que respondiera SI, ¿Por qué?			
7. Indique el Numero de quirófanos presupuestados			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Indique el Numero de quirófanos operativos			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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?			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. ¿Cuál es el porcentaje de intervenciones quirurgicas programadas durante:			
El año pasado	<input type="text"/>	El primer semestre de este año	<input type="text"/>
11. ¿Cuenta con farmacia en centro quirurgico?			
SI	<input type="text"/>	<input type="text"/>	NO
12. ¿ Cual es el porcentaje de desabastecimiento de medicamentos trazadores para el centro quirurgico?			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intraoperatoria?			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. ¿Cuál es la tasa de mortalidad pots operatoria inmediata?			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. ¿ Cual es la tasa de reintervenciones no programadas?			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. ¿Cuál es el numero de cirugias electivas realizadas?			
El año pasado	<input type="text"/>	El primer semestre de este año	<input type="text"/>
17. ¿Cuál es el numero de cirugias de emergencia realizadas?			
El año pasado	<input type="text"/>	El primer semestre de este año	<input type="text"/>
18. ¿ Cual es el numero de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugias electivas?			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. ¿ Cual es el numero de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugias de emergencia?			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2021

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2021

ACTIVIDAD		CRONOGRAMA											
		PERIODICIDAD DEL REPORTE	PROGRAMACION 2021										
META	UNIDAD DE MEDIDA	EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI
01.- Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el HSEB.													
TAREA N° 1 Cuantificar la aplicación de la lista de verificación de cirugía segura en las cirugías, programadas de emergencia y ambulatorias	Informe de la aplicación de la lista de verificación de La Seguridad de la Cirugía			x			x			x			x
TAREA N° 2: Evaluación correcta de la aplicación de las listas de verificación de la seguridad de la cirugía remitidas a la OGC.	Informe de la evaluación de la correcta aplicación de las listas de verificación de la seguridad de la cirugía remitidas a la OGC				x			x					x
TAREA N° 3: Monitorizar la implementación de la LVCS a través de la encuesta para este fin.	Encuesta aplicada para la implementación de la LVCS									x			x
TAREA N° 4 Solicitar a la Oficina de Epidemiología una copia del informe con los resultados del monitoreo, evaluación y supervisión de la "Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de manos en el HSEB"	Informe									x			x
TAREA N° 5: Solicitar a la Oficina de Epidemiología los Reportes mensuales de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en el HSEB.	Informe												
		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x



ACTIVIDAD		CRONOGRAMA															
		PERIODICIDAD DEL REPORTE	UNIDAD DE MEDIDA	META	PROGRAMACION 2021												
EN	FE				MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI			
02.- Fortalecimiento de la Adherencia a la Higiene de Manos en el HSEB.																	
TAREA N° 1 Realizar supervisiones en los departamentos y servicios del HSEB	Reporte de servicios que realizan Notificación de Eventos adversos	10	Mensual		x		x		x		x		x		x		x
TAREA N° 2: Consolidar la información del hallazgo en las áreas supervisadas.	Informe trimestral de adherencia de higiene de manos	4	Trimestral														x
TAREA N° 3: Implementar un sistema de difusión para mejorar la seguridad del paciente.	Realizar trimestralmente la entrega de información a las jefaturas de los dptos. y servicios con respecto a la adherencia de higiene de manos	4	Trimestral														x



