MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL "SERGIO E. BERNALES"

N° 043 -2022-SA-DG-HNSEB

RESOLUCION DIRECTORAL

Comas, 03 MAR. 2022

VISTO: El Expediente N°002128-2022, con la Nota Informativa N°017-OGC-HNSEB-2022 de la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Sergio E. Bernales; y,

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo dispuesto en el numeral VI del Titulo Preliminar de la Ley N°29842 Ley General de Salud, 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, con arreglo a principios de equidad;

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

Que, mediante Resolución Ministerial N°596-2007/MINSA se aprobó el "Plan Nacional de Gestión de la Calidad en Salud", cuya finalidad es contribuir a la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y sus actividades dirigidas a la mejora continua de los procesos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA 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 para estandarizar los procesos de elaboración y el uso de guías de prácticas clínicas;

Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud" que tiene como objetivo general establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, el artículo 17 ° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Sergio E. Bernales aprobado con aprobado mediante Resolución Ministerial N°795-2003-SA/DM y modificatorias, señala que la Oficina de Gestión de la Calidad es la unidad orgánica encargada de implementar el Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa del paciente, con la participación activa del personal;

J. ZUÑIGA B

Que, la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad, mediante la Nota Informativa N°017-OGC-HNSEB-2022 de fecha 10 de febrero de 2022, remite el Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Sergio E. Bernales -2022;

Que, con la Nota Informativa N°025-2022-OEPE-HNSEB, de fecha 24 de febrero del 2022, el Director Ejecutivo de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, informa que el Equipo de Trabajo de Planificación mediante el Informe N°007-2022-EP-OEPE-HSEB, ha emitido opinión técnica favorable al Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Sergio E. Bernales -2022, el cual cumple con lo dispuesto en la normatividad vigente y

las actividades operativas están consignadas en el Plan Operativo Institucional Anual POI 2022 del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, recomendando se derive a la Oficina de Asesoría Jurídica, para el trámite correspondiente para su aprobación;

De conformidad con el numeral 72.2 del Artículo 72° del TUO de la Ley N°27444 Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N°004-2019-JUS, señala que "*Toda entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentren comprendidas dentro de su competencia*";

Que, el Plan presentado tiene como finalidad contribuir a brindar una atención segura al paciente en los diferentes servicios de minimizar los riesgos en el proceso de atención en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales"

En uso de las facultades conferidas en el Artículo 11° Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Sergio E. Bernales", aprobado mediante Resolución Ministerial N°795-2003-SA/DM, modificado por R.M. N°512-2004-MINSA, R.M. N°343-2007-MINSA y R.M. N°142-2008; y con las visaciones del Director Adjunto de la Dirección General y el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Aprobar el **Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Sergio E. Bernales -2022**, que en anexo forma parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2º.- Encargar a la Oficina de Gestión de la Calidad la ejecución y seguimiento del Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente del Hospital Nacional Sergio E. Bernales -2022, aprobado en el Artículo 1° de la presente resolución.

Artículo 3°. - DISPONER, a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el Portal Institucional del Hospital Nacional "Sergio E. Bernales.

Regístrese y Comuníquese,

HOSP. NAC. SERGIO E. BERNALES DIRECCIÓN ADJUNTA

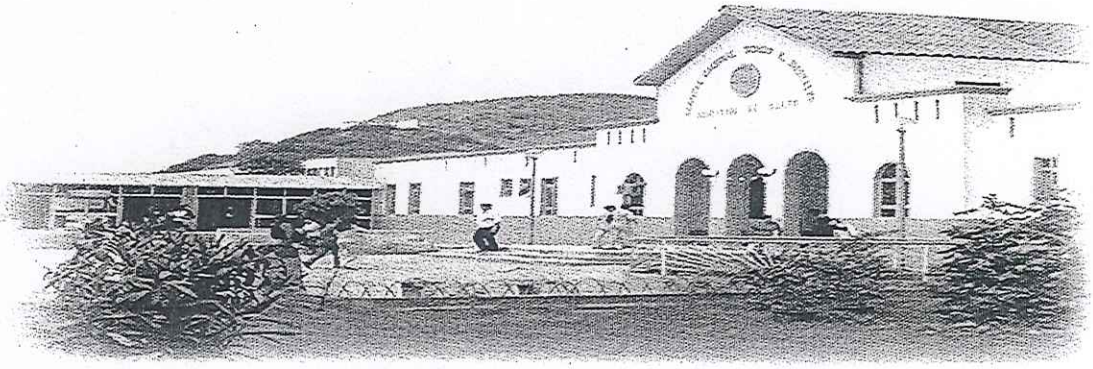
HOSPITAL SERGIO BERNALES OFICINA DE ASESORIA JURIDICA V°B°

J. ZUÑIGA B

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

Mg. ORLANDO HERRERA ALANIA
DIRECTOR GENERAL
CMP. 26426

OFHA/SAHM/JLZB/mse
DISTRIBUCIÓN:
( ) Dirección General
( ) Dirección Adjunta
( ) Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
( ) Oficina de Gestión de la Calidad
( ) Oficina de Asesoría Jurídica
( ) Oficina de Comunicaciones



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

AÑO 2022

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

Dr. Orlando fortunato Herrera Alania
DIRECTOR GENERAL

Dr. Santiago Antonio Herrera Morales
DIRECTOR ADJUNTO

Lic. Veronica J. Carbajal Gomez
JEFA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Secretaria
Sra. Marisol Melgar Galiano

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

INTRODUCCION.....4

I. FINALIDAD.....5

II. OBJETIVOS.....5

III. BASE LEGAL.....6

IV. AMBITO DE APLICACIÓN.....8

V. CONTENIDO.....8

VI. ACTIVIDADES..... 11

VII. PRESUPUESTO, RECURSOS 12

VIII. RESPONSABILIDADES.....13

IX. ANEXOS.....13

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES AÑO 2022

INTRODUCCION

Según la OMS: la seguridad del paciente es "la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales. procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias". Pues la atención médica está sujeta a diferentes riesgos, que pueden presentarse eventos adversos prevenibles y no prevenibles. Para ello es importante implementar las barreras de seguridad en todo el proceso de atención en salud, a fin de mitigar la afectación para el usuario.

De acuerdo a la Política Nacional de Calidad en Salud, según la R.M. N° 727-2009-/MINSA en su octava política consigna que "Las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud." De allí la importancia de establecer mecanismos de mejora en la gestión del cuidado y de la atención al paciente que permita realizar un control de mane**ra sistemática de los procesos destinados a mejorar la atención en salud.**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.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

El presente **Plan de Gestión de Riesgos para la Seguridad del Paciente 2022 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.

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

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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"
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.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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.

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.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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 Nº 293-MINSA-2020-DIGEP "Directiva Administrativa que regula el trabajo remoto de salud (TRS) para el personal de la salud y 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

25. **Decreto Supremo** que prorroga la Emergencia Sanitaria declarada por **Decreto Supremo** N° 008-2020-SA, prorrogada por Decretos Supremos N° 020-2020-SA, N° 027-2020-SA, N° 031-2020-SA, N° 009-2021-SA y N° 025-2021-SA.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Gestión de Riesgos Para la Seguridad del Paciente 2022, 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:

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

- **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.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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 Epidemiologia 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 Epidemiologia los Reportes mensuales de las IAAS en el HSEB.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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.

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

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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.

IX.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

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

- **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 ANALISIS 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.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

- **Evento Adverso**: Daño en el paciente relacionado con la 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 alargo la hospitalización.
  - Causo daño temporal y alargo la hospitalización.
  - Cau 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.

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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

PACIENTES Y FAMILIA

- Condiciones anatómicas y fisiológicas del paciente.
- No acatamiento de normas de seguridad del hospital
- Poca colaboración del paciente.
- Suministro de información insuficiente sobre antecedentes.

METODOS Y PROCESOS

- No existen procesos para el desarrollo de la tarea.
- Etapas del proceso poco claras o definidas.
- No se dispone de guías, protocolos o estándares.
- Las guías, protocolos o estándares no están disponibles para su aplicación.

MEDIO AMBIENTE ENTORNO HOSPITALARIO

- Congestión, desorden, falta de espacio.
- Temperatura, luz, humedad, ruido.
- Falla en el suministro de agua, energía, aire, etc.
- Estructura y diseño de las áreas.

EVENTO ADVERSO

MEDICAMENTOS, DISPOSITIVOS MEDICOS (MEDICOS QUIRURGICOS, EQUIPOS BIOMEDICOS, REACTIVOS DE DIAGNÓSTICO.

- Preparación o acondicionamiento.
- Productos defectuosos.
- Claridad en etiquetas o instructivos.
- Falla de funcionamiento.
- Instalación y mantenimiento.
- No disponible.

MANO DE OBRA (FACTOR HUMANO)

- Decisiones erradas.
- Personal insuficiente.
- Lapsus o distracciones.
- Comunicación deficiente.
- Falta de conocimiento y entrenamiento.
- Incumplimiento de normas y procedimientos de trabajo.
- Errores en el manejo del sistema de información (Programación, SGH).
- Exceso de confianza.

OTRAS CAUSAS:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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:

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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 (liquido, 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.

MINISTERIO DE SALUD GESTION DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

- **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 liquida 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 (liquido, gel o espuma) destinado a la aplicación en las manos con el fin de reducir el crecimiento de microorganismos.

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

FORMATO DE ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS

PERÚ Ministerio de Salud — GESTION DE CALIDAD

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 instruciones del proceso del lavado de manos se encuentran graficados en un afiche y cercano al lavado de manos?			
2	¿El **dia del Monitoreo**, el servicio cuenta con los insumos necesarios para realizar el lavado de manos? (Agua,jabon,papel toalla)			
	CUMPLE CON LA TECNICA 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 jabón 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/Aséptico
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

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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, lo siguiente:

- Enfermeras de Centro Quirúrgico
- Jefe del Dpto Anestesiología y Centro Quirúrgico.
- Representante del Dpto de Cirugía
- Representante del Dpto de Gineco Obstetricia
- Representante del Servicio de Cirugía
- Responsable de la Unidad de Gestión de Calidad

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.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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 induccion 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.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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 Nº 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.

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

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 ☐ ☐ **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?

☐

3. ¿Se realizo la sensibilizacion/preparacion previa al profesional asistencial del establecimiento?

SI ☐ ☐ **NO**

Ha detectado problemas para implementar la Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia?

SI ☐ ☐ **NO**

En caso respondiera SI, relacionados a:

Falta de personal	☐
Falta de conocimiento de personal	☐
falta de motivacion del personal	☐
Falta de entrenamiento del personal	☐

Procesos administrativos como:

Distribucion del personal/tareas	☐
Infraestructura	☐
Equipamiento	☐
Insumos	☐
Apoyo a la gestion	☐

Otros especificar:

4. Han elaborado algun indicador relacionado con la Lista de Verificacion de la Seguridad de la Cirugia

SI ☐ ☐ **NO**

En caso respondiera SI ¿Cuáles?

MINISTERIO DE SALUD - GESTIÓN DE LA CALIDAD - HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

¿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 ☐ ☐ **NO**

En caso que respondiera SI, ¿Por qué?

7. Indique el Numero de quirófanos presupuestados

8. Indique el Numero 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 quirurgicas programadas durante:

El año pasado ☐ El primer semestre de este año ☐

11. ¿Cuenta con farmacia en centro quirurgico?

SI ☐ ☐ **NO**

12¿ Cual es el porcentaje de desabastecimiento de medicamentos trazadores para el centro quirurgico?

13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intraoperatoria?

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

15¿ Cual es la tasa de reintervenciones no programadas?

16. ¿Cuál es el numero de cirugias electivas realizadas?

El año pasado ☐ El primer semestre de este año ☐

17. ¿Cuál es el numero de cirugias de emergencia realizadas?

El año pasado ☐ El primer semestre de este año ☐

18¿ Cual es el numero de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugias electivas?

19¿ Cual es el numero de incidentes y/o eventos adversos notificados relacionados a cirugias de emergencia?

MINISTERIO DE SALUD GESTIÓN DE LA CALIDAD HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDA2

MATRIZ DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE GESTION DE RIESGOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022

COMPONENTE: GARANTIA Y MEJORA DE LA CALIDAD

ACTIVIDAD				CRONOGRAMA											
04.- Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en centro quirúrgico	**META**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**PERIODICIDAD DEL REPORTE**	**PROGRAMACION 2022**											
				EN	**FE**	**MA**	**AB**	**MA**	**JU**	**JU**	**AG**	**SE**	**OC**	**NO**	**DI**
Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en pacientes de emergencia	**12**	Informe	**Trimestral**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en pacientes de programados	**12**	Informe	**Trimestral**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Informe de la Aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de Cirugía en pacientes y de emergencia	**2**	Informe de la evaluación de la correcta aplicación de las listas de verificación de la seguridad de la cirugía remitidas a la OGC	**Semestral**						x						x
TAREA N° 4 Solicitar a la Oficina de Epidemiologia 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"	**2**	Informe	**Semestral**						x						x
TAREA N° 5: Solicitar a la Oficina de Epidemiologia los Reportes mensuales de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud en el HSEB.	**12**	Informe	**Mensual**	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

MINISTERIO DE SALUD
GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

ACTIVIDAD			CRONOGRAMA												
02.- Fortalecimiento de la Adherencia a la Higiene de Manos en el HSEB.	**META**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**PERIODICIDAD DEL REPORTE**	**PROGRAMACION 2022**											
				EN	**FE**	**MA**	**AB**	**MA**	**JU**	**JU**	**AG**	**SE**	**OC**	**NO**	**DI**
TAREA N° 1 Realizar supervisiones en los departamentos y servicios del HSEB	**2**	Reporte de servicios que realizan Notificación de Eventos adversos	**Mensual**						x						x
TAREA N° 2: Consolidar la información del hallazgo en las áreas supervisadas.	**2**	Informe trimestral de adherencia de higiene de manos	**Trimestral**						x						x
TAREA N° 3: Implementar un sistema de difusión para mejorar la seguridad del paciente.	**2**	Realizar trimestralmente la entrega de información a las jefaturas de los dptos. y servicios con respecto a la adherencia de higiene de manos	**Trimestral**						x						x

MINISTERIO DE SALUD
GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES

ACTIVIDAD			CRONOGRAMA												
03.- Implementación del Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en el Hospital Sergio E. Bernales.	META	UNIDAD DE MEDIDA	PERIODICIDAD DEL REPORTE	PROGRAMACION 2022											
				EN	FE	MA	AB	MA	JU	JU	AG	SE	OC	NO	DI
Implementación del Sistema de Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud en el HSEB	12	Reporte de servicios que realizan Notificación de Eventos adversos	Mensual	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Informe de la Implementación del Sistema de Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de eventos Adversos en Salud en el HSEB.	2	Informe semestral de eventos adversos	Trimestral							x					x
Efectuar Rondas de Seguridad del paciente en áreas críticas.	12	Rondas	Trimestral	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitorear el levantamiento de observaciones de las Rondas por la Seguridad del Paciente.	8	Seguimiento de Levantamiento de Observaciones	Semestral			x	x	x	x	x	x	x	x		

MINISTERIO DE SALUD
GESTION DE LA CALIDAD
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES