



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 01 de marzo de 2022

VISTOS:

El Informe N° 096-202-DIRESA-HRM/05 de fecha 22 de febrero del 2022, emitido por el Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad y el Informe N° 034-2022-DIRESA-HRM/05-GDRH-MA de fecha 22 de febrero del 2022, emitido por el Médico Auditor de la Unidad de Gestión de Calidad

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I, II y IV del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, disponen que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, y que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilancia y promoverla, garantizando una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptable de seguridad, oportunidad y calidad;

Que; el Artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley del General de Salud, establece que la responsabilidad del Estado, es 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; mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el Sistema de Gestión de 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° 676-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008", con el fin reducir los eventos adversos en los usuarios del sistema de salud nacional contribuyendo a hacer de los servicios de salud lugares seguros para la atención de los pacientes;

Que; mediante Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía", cuya finalidad es disminuir los efectos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación de los establecimientos de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, se aprobó el Documento Técnico denominado "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la Atención de Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial 255-2016/MINSA, se aprobó la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprobó la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN, denominada "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión de Riesgo en la Atención de la Salud";

Que, mediante Informe N° 034-2022-DIRESA-HRM/05-GDRH-MA de fecha 22 de febrero del 2022, el Médico Auditor de la Unidad de Gestión de Calidad, alcanza el proyecto de "Plan Anual de Seguridad del Paciente 2022", y adjunto a éste el Cronograma de Rondas de Seguridad 2022 (Anexo 03); para su revisión y aprobación correspondiente;

Que, mediante Informe N° 096-2022-DIRESA-HRM/05 de fecha 22 de febrero del 2022, la Unidad de Gestión de la Calidad, eleva el proyecto de "Plan Anual de Seguridad del Paciente 2022", para su aprobación mediante el acto administrativo correspondiente;

Estadística
Recibido 07-03-22
03:13pm
EJ





Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 01 de marzo de 2022

Que, la finalidad del "Plan Anual de Seguridad del Paciente 2022", es garantizar una atención segura para los pacientes del Hospital Regional de Moquegua, mediante la adherencia de buenas prácticas de atención en salud que contribuyan a mitigar los riesgos de presentación de incidentes y eventos adversos;

Qué, en atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR, el "PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022", del Hospital Regional de Moquegua, el mismo que consta de (38) folios, y forma parte integrante de la presente resolución;

Artículo 2°:- ENCARGAR, a la Unidad de Gestión de Calidad la implementación y difusión del presente documento técnico aprobado.

Artículo 3° - REMÍTASE, copia simple a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional (www.hospitalmoquegua.gob.pe)

COMUNIQUESE Y CÚMPLASE



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA

M.E. RAÚL FORTUNATO ZEA CALCINA
D.M.P. 34884 RNE 30316
DIRECTOR EJECUTIVO

JETV/AL
DIRECCION
ADMINISTRACION
CALIDAD
PLANEAMIENTO ESTRATEGICO
ARCHIVO

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA 2022

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN	03
II.	BASE LEGAL	04
III.	FINALIDAD	05
IV.	OBJETIVO	05
V.	AMBITO DE APLICACIÓN	05
VI.	RESPONSABLES DE LA FORMULACIÓN	06
VII.	DEFINICIONES OPERATIVAS	06
VIII.	CARACTERIZACIÓN DEL PLAN	09
IX.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	16
X.	COSTO DEL PLAN	25
XI.	BIBLIOGRAFÍA	26
XII.	ANEXOS	27



I. INTRODUCCIÓN

Con el Informe del American Institute of Medicine (1999) "To err is human", se pone en escena el tema de Seguridad del paciente revolucionando el ejercicio de la medicina y toda intervención que involucre una atención en salud, es por ello que se establecen un conjunto de estrategias de Gestión de la calidad que permitan garantizar una atención más segura. Estas estrategias consisten en la identificación de riesgos y fallas en la atención y en la implantación de medidas de prevención, control de incidentes y mitigación de daños (eventos adversos).

Los sistemas de notificación de incidentes y eventos adversos, son clave para promover una cultura de seguridad en la atención que fomente las buenas prácticas.

Los eventos adversos relacionados a la atención sanitaria representan una causa elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios, debido a la creciente complejidad y tecnificación en el tratamiento de los pacientes y a la interacción de factores administrativos y organizativos con factores propios de la formación de los profesionales y factores propios del paciente. Los daños que se pueden ocasionar en el ámbito sanitario y el costo que éstos suponen a los sistemas de salud han concitado el interés de múltiples organizaciones internacionales y en todos los países, las instituciones sanitarias vigilan la Seguridad en la atención de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, en los países donde la atención en salud es altamente tecnificada, uno de cada 10 pacientes que reciben atención en salud sufre algún daño como consecuencia de la misma. Por ejemplo, se estima que, entre el 7 y 10% de pacientes hospitalizados contrae infecciones relacionadas con la atención de la salud, sin embargo, más del 50% de estas infecciones son prevenibles mediante la adopción de medidas sencillas y de bajo costo, como el lavado de manos.

Los costos por estancia prolongada en los hospitales, la discapacidad generada en los pacientes, los litigios, multas e indemnizaciones generados, la pérdida de la productividad y el impacto en las propias organizaciones de salud, hace imperativo abordar la seguridad del paciente como un tema prioritario.

Por ello, además de la implementación de estrategias de prevención y control se requiere promover investigaciones para mejorar la seguridad y prevenir la aparición de los daños relacionados con la atención de la salud.

La Dirección General del Hospital Regional Moquegua y la Oficina de Gestión de la Calidad, como órganos responsables de esta iniciativa, presentan el Plan Anual de Seguridad del Paciente, que aporta estrategias sencillas y herramientas prácticas que han demostrado ser eficaces en reducir y controlar riesgos y daños, las cuales deberán ser implementadas en los servicios asistenciales, para garantizar la seguridad de los procesos de atención y proteger al paciente de riesgos evitables que se derivan de la misma.



II. BASE LEGAL

- Ley 26642 — Ley General de Salud.
- Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud.
- Resolución Ministerial N°143-2006/MINSA — Se conforma el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad de la Atención en salud"
- Resolución Ministerial N°676-2006 "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba NTS N°050MINSA/DGSP V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N°589-2007/MINSA, que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.
- Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N°308-2010 MINSA que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial N°1021-2010 MINSA que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
- Resolución Ministerial 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".
- Resolución Ministerial N°255-2016/MINSA que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA que aprueba la NTS N° 029MINSA/DIGEPRES-V.02, "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".



- Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA. que aprueba la Norma Técnica de Salud N°139.MINSA/2018. DGAIN. "Norma técnica para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N°163-2020/MINSA que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".

III. FINALIDAD

Garantizar una atención segura para los pacientes del Hospital Regional Moquegua (HRM), mediante la adherencia a buenas prácticas de atención en salud, que contribuyan a mitigar los riesgos de presentación de incidentes y eventos adversos.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer una cultura de gestión del riesgo, mediante la implementación de buenas prácticas para la atención en salud, disminuyendo el riesgo y previniendo la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1 Promover una cultura de seguridad del paciente orientada hacia la reducción de riesgos en el Hospital Regional Moquegua.
- 2 Fortalecer las competencias en Buenas Prácticas de Atención y en la gestión del riesgo.
- 3 Fortalecer el Sistema de Notificación de Eventos Adversos y Análisis de los Eventos Centinela.
- 4 Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error a través de las Rondas de Seguridad, identificación de verificadores Inseguros.
- 5 Protocolizar las intervenciones asistenciales en favor de preservar la seguridad del Paciente en el Hospital regional Moquegua.

V. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan Anual de Seguridad del Paciente es aplicable en todas las unidades de Prestación de Servicios en Salud (UPSS) del Hospital Regional Moquegua.



VI. RESPONSABLES DE LA FORMULACIÓN

N°	Apellidos y Nombres	Cargo	Correo electrónico
01	Reynoso Huertas Grace Diana	Medico Auditor	gdrh051209@hotmail.com
02	Vilca Vera Marilia Yuliana	Profesional de la Salud	

VII. DEFINICIONES OPERATIVAS

1. **Acción Insegura:** Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
2. **Acción segura:** grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.
3. **Acción de Mejora:** son aquellas acciones que incrementan la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.
4. **Barreras de Seguridad:** son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su afecto y evitar el efecto negativo o la producción del error.
5. **Complicación:** Resultado clínico desfavorable de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o el curso natural de su enfermedad.
6. **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.
7. **Error:** Es el fracaso de una acción planeada para el logro de un resultado esperado o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo (comisión). ¿Esta definición también incluye la falta de una acción no planificada que debería haber sido realizado (omisión)?
8. **Evento Adverso:** Una lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede estar causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente. Clasificación:



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

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

Grave: El paciente requiere una intervención que le salve la vida o un intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida o causa un daño o pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.

9. **Evento Centinela:** Es aquel evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse como una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
10. **Falla activa:** es la que se produce cuando la equivocación la comete directamente el operador.
11. **Falla latente:** es aquella falla que se produce en el sistema y que no involucra al operador.
12. **Gestión de Riesgos:** actividad destinada a la mejora de la calidad de atención en salud mediante la disminución de las circunstancias que pueden ocasionar daño al paciente en relación con los servicios prestados.
13. **Higiene de Manos:** Término genérico que se refiere a cualquier medida adoptada para la limpieza de manos.
14. **Incidente:** Suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podría haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto (hay daños en la atención que son necesarios, como una incisión en la piel en una cirugía, y que no



constituyen un incidente). Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.

15. **Infección Asociada a la Atención de Salud:** Condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s), que ocurre en un paciente en un escenario de atención de salud (hospitalización o atención ambulatoria), y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa.
16. **Lesión por presión:** necrosis isquémica y ulceración de tejidos que cubren una prominencia ósea que ha sido sometida a presión prolongada a consecuencia de una estancia en cama prolongada por la patología que motivo el ingreso (siempre y cuando no estuviera presente en el momento del ingreso)
17. **Práctica Segura:** intervención sanitaria o administrativa en el proceso de atención de salud con resultados clínicos exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.
18. **Prevención del riesgo:** Son acciones que buscan disminuir el riesgo de que aparezcan eventos adversos, abordarlos de forma precoz para minimizar daños y evitar su reaparición reduciendo su impacto.
19. **Protocolo de Londres:** Constituye una guía práctica para administradores de riesgo y otros profesionales interesados en el tema. Su propósito es facilitar la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo cual implica ir mucho más allá de simplemente identificar la falla o de establecer quien tuvo culpa.
20. **Reacción adversa a medicamentos:** Es cualquier reacción nociva no intencionada que aparece tras el uso de un medicamento o producto farmacéutico en el ser humano para profilaxis, diagnóstico o tratamiento o para modificar funciones fisiológicas.
21. **Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
22. **Ronda de Seguridad del Paciente:** Es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.



23. **Sistema de Notificación de Eventos Adversos:** es un sistema de reporte que permite la identificación de eventos adversos e incidentes que ocurren durante la atención de salud a fin de realizar un análisis a profundidad de los factores que contribuyen a la presentación del evento o incidente.
24. **Seguridad del paciente:** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

VIII. CARACTERIZACIÓN DEL PLAN

ANTECEDENTES: es importante reconocer las necesidades que el Hospital regional Moquegua presenta para la implementación del plan de seguridad el Paciente en el presente año, para lo cual primero se deben identificar las acciones realizadas hasta el momento y así poder determinar la brecha faltante para alcanzar los objetivos planteados, es así durante el 2020 Y 2021 se han realizado las siguientes actividades:

- a. Conformación del equipo conductor con Resolución Ejecutiva Directoral 161-2020-GERESA-HRMN/DE.
- b. Se conformó el Comité de Rondas de Seguridad con RD N°234-2020-GERESA-HRM/DE.
- c. Se conformó el Comité de Seguridad del Paciente de la Calidad en Salud con RD N°235-2020-GERESA-HRM/DE con una duración de 02 años, por lo cual aún se encuentra vigente.
- d. Se realizó la capacitación en "Seguridad del Paciente: Notificación de Eventos Adversos con mención sobre los Análisis de Eventos Centinela utilizando el Protocolo de Londres, así como las Rondas de Seguridad, realizado en 4 fechas de noviembre del 2020 con una participación de aproximadamente 22 personas, siendo dirigido principalmente para los gestores de riesgo, miembros de los comités de Auditoría, y personal de reciente incorporación a la labor asistencial en el hospital (PERSONAL NOMBRADO, CAS BRECHA, CAS COVID).
- e. Se realizó Rondas de Seguridad en los servicios de hospitalización, así como en a la consulta externa y el Centro Obstétrico, nutrición. medicina física y rehabilitación, banco de sangre, laboratorio y farmacia permitiendo identificar oportunidades de mejora en la atención de salud de los pacientes, a partir de estas se propusieron acciones de mejora en coordinación con las Jefaturas involucradas, informando a la Dirección de las observaciones, así como del Implemento del Plan de Acción de Mejoras Post rondas.



Cabe mencionar que se implementaron para la atención de los pacientes COVID: Triage Diferenciado, Hospitalización COVID, Uci COVID.

Donde sugiere tener personal exclusivo para estas áreas, realizándose 2 y 3 rondas de seguridad respectivamente, verificando que la atención sea segura tanto para los pacientes como para el personal que labora en estas áreas.

Tabla N.º 01 Relación de los Departamentos y Servicios del HRM en los que se realizó Rondas de Seguridad durante el año 2021

N.º	DEPARTAMENTO Y/O SERVICIO	RESULTADO	FECHA DE REALIZACIÓN
1	Servicio de Medicina Física y rehabilitación	82%	I Trimestre
2	Departamento de Ginecobstetricia	61%	I Trimestre
3	Departamento de Cirugía	82%	I Trimestre
4	Área de banco de sangre	48%	I Trimestre
5	Servicio de Nutrición	84%	II Trimestre
6	Departamento de Consulta Externa	80%	III Trimestre
7	Servicio de Farmacia	86%	III Trimestre

Fuente Oficina de Gestión de la Calidad



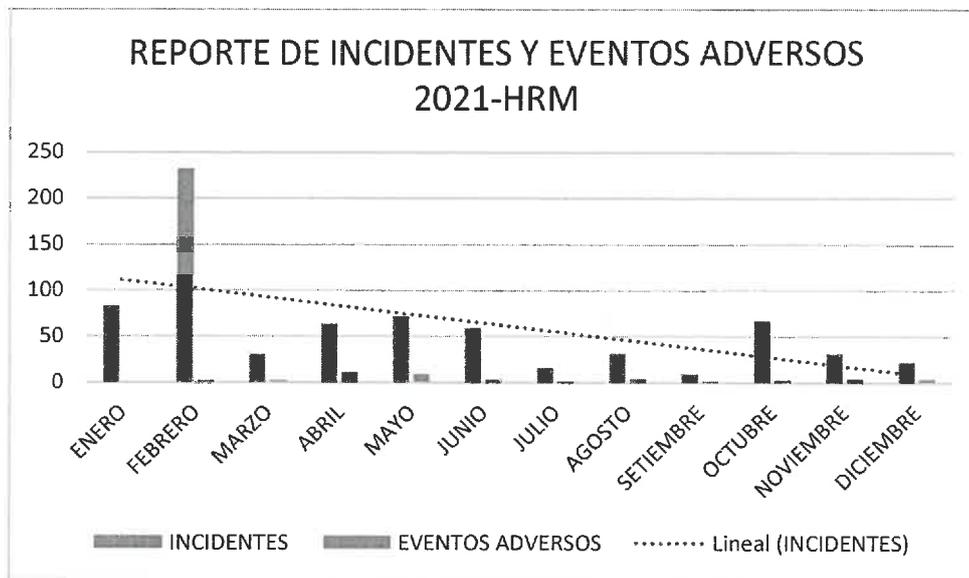
- f. Se ha monitoreado la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, de esta forma se consolidó la información de la aplicación de esta lista por parte del personal asistencial, con resultados mensuales de aplicación en más del 99% de las cirugías realizadas en el hospital.

Cabe indicar que a partir del 2021 se apertura la cirugía programada que se realizó en un menor porcentaje que las de emergencia.

- g. Durante el 2021 un 75% de los servicios asistenciales realizaron un reporte activo de incidentes y eventos adversos, tomando acciones de mejoras.
- h. Se proyecta la elaboración y revisión de directivas, para la implementación de oportunidades de mejora a raíz de la realización de las Rondas de Seguridad durante el 2021, siendo las principales:

- La Directivas de Identificación y Prevención del Riesgo de Suicidio en Usuarios del Hospital Regional Moquegua,
- La Directiva de Prevención de Caídas del Hospital Regional Moquegua
- La Directiva de Identificación del Paciente de Hospital Regional Moquegua
- La Directiva de Prevención de Fuga de Pacientes del Hospital Regional Moquegua
- La Directiva de Prevención de Caída de pacientes y Contención mecánica del Hospital regional Moquegua
- Protocolo de Recepción del Paciente en el Hospital Regional Moquegua
- La Directiva que aprueba el Protocolo de Actuación ante Fuga de Pacientes, del Hospital Regional Moquegua
- La Directiva para la Adherencia de Higiene de Manos en el personal Asistencial del Hospital Regional Moquegua

Gráfico N ° 1: Reporte de incidentes y eventos Adversos - enero a diciembre 2021



Fuente Oficina de Gestión de la Calidad

PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES

Se han identificado las Siguietes necesidades:

- Establecer una cultura de Seguridad del paciente con el fin de que se establezca un sistema formador, no punitivo que permita el reporte de incidentes y eventos adversos, así como la toma de acciones preventivas para consolidar una atención segura.

- Implementación y seguimiento de buenas prácticas de atención y gestión de riesgo que permita afianzar la seguridad del paciente en el Hospital Regional Moquegua.
- Dinamizar el sistema de Reporte de incidentes y eventos adversos, realizando el análisis y tomando acciones de mejora, con un involucramiento total del personal de salud, desde lo asistencial hasta lo administrativo.
- Cumplimiento del cronograma de rondas de Seguridad y seguimiento de las acciones de mejora como estrategia institucional y prioridad de la alta dirección.
- Estandarización de procesos asistenciales que favorezcan la seguridad del paciente en la atención dentro del hospital regional Moquegua.

DEFINICIÓN DE ACTIVIDADES

A continuación, se describen las actividades y tareas, con relación a los objetivos específicos propuestos:

A. OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Promover una cultura de seguridad del paciente, orientada hacia la reducción de riesgos en el Hospital Regional Moquegua.

- 1) Elaboración y aprobación con Resolución Ejecutiva directoral el Plan de Seguridad del Paciente 2021.
- 2) Reconocimiento de los comités adscritos del Seguridad del Paciente de los diferentes servicios del Hospital Regional Moquegua a través de acto resolutivo para complementar el Comité de Seguridad del Paciente reconocido con RD N°235-2020-GERESA-HRM/DE.
- 3) Capacitación a los Miembros del Comité de Seguridad del paciente, adscritos, y personal de las diferentes áreas, unidades, servicios y departamentos.
 - a) *Rondas de Seguridad del Paciente.*
 - b) *Notificación de Eventos Adversos y análisis de Evento Centinela.*
 - c) *Cirugía Segura.*
 - d) *Higiene de Manos*
 - e) *Infecciones Asociadas a la atención en Salud.*
- 4) Aplicación de Encuesta sobre Cultura de Seguridad de Paciente a usuarios internos.
- 5) Análisis y retroalimentación de los resultados obtenidos de la encuesta sobre cultura de Seguridad.
- 6) Implementar indicadores para la monitorización de la Seguridad del paciente.



B. OBJETIVO ESPECIFICO 2: Fortalecer las competencias en Buenas Prácticas de Atención y en la gestión del riesgo.

1. Acciones de Monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en los Centros Quirúrgicos.
 - a) Aplicación de encuesta para evaluar la Implementación de la lista de Verificación de la Seguridad de la cirugía.
 - b) Evaluación de la aplicación correcta de la lista de verificación de la Seguridad de la Cirugía.
 - c) Monitoreo de Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos.

2. Verificación del cumplimiento de la Directiva sobre Higiene de manos.
 - a) Informe de Monitoreo de Implementación y adherencia del proceso de higiene de lavado de manos en coordinación con la unidad de Epidemiología.

3. Aplicación de los Lineamientos para la Prevención y Control de las Infecciones asociadas a la atención en Salud (IAAS)
 - a. Evaluar los procesos de Prevención y Control de las IAAS referente a la implementación de los Planes y Normas Técnicas de Salud: Prevención y Control de las IAAS/IIH vigentes.

C. OBJETIVO ESPECIFICO 3: Fortalecer el Sistema de Notificación de Eventos y Análisis de los Eventos Centinela.

1. Fortalecer el procedimiento de identificación, registro, reporte y análisis de eventos adversos de los servicios asistenciales del Hospital Regional Moquegua.
2. Elaborar y mantener actualizado el registro de incidentes y eventos adversos analizados, incluidas las acciones de mejora, definidas mediante la metodología del Protocolo de Londres.
3. Implementar un sistema de información, difusión e intercambio de experiencias, para mejorar la seguridad del paciente.
4. Implementar mecanismos para la reducción de incidentes y eventos adversos.
5. Entrenar a Jefaturas de Departamentos y servicios con equipos en análisis de eventos centinelas.
6. Gestión del Sistema de Vigilancia y Respuesta frente a los Eventos Adversos.



- a) Consolidado de la información remitida por parte de los Servicios, con respecto a la Notificación de Eventos Adversos.
- b) Divulgación trimestral de alertas de seguridad basadas en los reportes de Notificación de Eventos Adversos.
- c) Consolidado de los informes de Análisis de Evento Centinela, mediante el Protocolo de Londres.

D. OBJETIVO ESPECÍFICO 4: Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error a través de las Rondas de Seguridad, identificación de verificadores Inseguros.

1. Actualización de la Resolución de conformación del "Equipo de rondas de Seguridad del paciente del Hospital Regional Moquegua", según Resolución ministerial N°163-2020/MINSA, que aprueba la directiva sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN: "Rondas de seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud"
2. Gestionar la aprobación mediante acto resolutivo del Cronograma de rondas de Seguridad del Pacientes y su cumplimiento por el Equipo de rondas de seguridad del paciente del Hospital Regional Moquegua.
3. Consolidado trimestral de las rondas de Seguridad de las pacientes ejecutadas.
4. Informe de seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post rondas de seguridad del paciente ejecutadas.
5. Reporte semestral del consolidado de las Rondas de Seguridad del paciente ejecutadas y cumplimiento de las acciones de mejora.

E. OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Protocolizar las intervenciones asistenciales en favor de preservar la seguridad del Paciente en el Hospital Regional Moquegua.

1. Fomentar la implementación de protocolos de atención a favor de la seguridad del Paciente, desde su elaboración, revisión, aprobación, socialización y aplicación.
2. Promover la implementación de Directivas de resguardo de la seguridad del paciente, desde su elaboración, revisión, aprobación, socialización y aplicación. Priorizando:
 - La Directivas de Identificación y Prevención del Riesgo de Suicidio en Usuarios del Hospital Regional Moquegua,
 - La Directiva de Prevención de Caídas del Hospital Regional Moquegua
 - La Directiva de Identificación del Paciente de Hospital Regional Moquegua
 - La Directiva de Prevención de Fuga de Pacientes del Hospital Regional Moquegua
 - La Directiva de Prevención de Caída de pacientes y Contención mecánica del Hospital regional Moquegua
 - Protocolo de Recepción del Paciente en el Hospital Regional Moquegua
 - La Directiva que aprueba el Protocolo de Actuación ante Fuga de Pacientes, del Hospital Regional Moquegua



- La Directiva para la Adherencia de Higiene de Manos en el personal Asistencial del Hospital Regional Moquegua
3. Impulsar la implementación de Guías de práctica Clínica de las diez principales morbilidades en cada servicio asistencial del Hospital regional Moquegua desde su elaboración, revisión, aprobación, socialización y aplicación.



IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES (CRONOGRAMA)																	
ACTIVIDADES	TAREA/ ESPECÍFICA/ TEMA	UNIDAD DE MEDIDA	META ANUAL	INDICADOR	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2022												
					PRIMER TRIMESTRE			SEGUNDO TRIMESTRE			TERCER TRIMESTRE			CUARTO TRIMESTRE			RESPONSABLE
					E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
<p>OBJETIVO GENERAL: Fortalecer una cultura de gestión del riesgo, mediante la implementación de buenas prácticas para la atención en salud, disminuyendo el riesgo y previniendo la ocurrencia de incidentes y eventos adversos.</p>																	
<p>OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Promover una cultura de seguridad del paciente, orientada hacia la reducción de riesgos en el Hospital Regional Moquegua.</p>																	
Act.1. Elaboración y aprobación con Resolución Ejecutiva Directoral el Plan de Seguridad del Paciente 2021.	Elaboración del Plan de Seguridad del Paciente	Plan elaborado	1	Resolución directoral	X												Unidad de Gestión de la Calidad
	Aprobación de Plan de seguridad del Paciente	Plan aprobado	1												X		
Act.2. Reconocimiento de los comités adscritos del Seguridad del Paciente de los diferentes servicios del Hospital Regional Moquegua a través de acto resolutivo para complementar el Comité de	Reconocimiento de comités adscritos	Comités Adscritos conformados	14	Resolución directoral													Jefatura de los Servicios del HRM
	Reconocimiento de comités adscritos														X		



Seguridad del Paciente reconocido con RD N°235-2020- GERESA-HRM/DE.	Rondas de Seguridad del Paciente.	Informe	1		X		Unidad de Gestión de la Calidad
Act.3. Capacitación a los Miembros del Comité de Seguridad del paciente, adscritos, y personal de la las diferentes áreas, unidades, servicios y departamentos.	Notificación de Eventos Adversos y análisis de Evento Centinela.	Informe	1	80% de los miembros del Comité Capacitado 40% del personal asistencial capacitado	X		Unidad de Gestión de la Calidad
Act.3. Capacitación a los Miembros del Comité de Seguridad del paciente, adscritos, y personal de la las diferentes áreas, unidades, servicios y departamentos.	Cirugía Segura.	Informe	1	80% de los miembros del Comité Capacitado 40% del personal asistencial capacitado	X		Unidad de Gestión de la Calidad
Act.3. Capacitación a los Miembros del Comité de Seguridad del paciente, adscritos, y personal de la las diferentes áreas, unidades, servicios y departamentos.	Higiene de Manos	Informe	1	80% de los miembros del Comité Capacitado 40% del personal asistencial capacitado	X		Unidad de Gestión de la Calidad Unidad de epidemiología y salud ambiental
Act.4. Aplicación de Encuesta sobre Cultura de Seguridad de Paciente a usuarios internos.	Infecciones Asociadas a la atención en Salud	Informe	1	100% del personal Asistencial Encuestado	X		Unidad de Gestión de la Calidad y Unidad de epidemiología y salud ambiental.
Act.4. Aplicación de Encuesta sobre Cultura de Seguridad de Paciente a usuarios internos.	Aplicación de encuesta	Informe	1	100% del personal Asistencial Encuestado	X		Unidad de Gestión de la Calidad



<p>conformación del "Equipo de rondas de Seguridad del paciente del Hospital Regional Moquegua", según Resolución ministerial N° 163-2020/MINSA, que aprueba la directiva sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN: "Rondas de seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud"</p>	<p>Seguridad del paciente.</p>										<p>Asesoría Legal</p>
<p>Act. 17. Gestionar la aprobación mediante acto resolutivo del Cronograma de rondas de Seguridad del Pacientes y su cumplimiento por el Equipo de rondas de seguridad del paciente del hospital Regional Moquegua.</p>	<p>Aprobación con Actor resolutivo</p>	<p>Resolución/Plan de seguridad del Paciente</p>	<p>1</p>	<p>Resolución publicada</p>	<p>x</p>					<p>Unidad de Gestión de la Calidad Asesoría Legal</p>	
<p>Act. 18. Consolidado trimestral de las rondas de Seguridad de las pacientes ejecutadas.</p>	<p>Consolidado de rondas de seguridad</p>	<p>Informe</p>	<p>4</p>	<p>100% de rondas programadas</p>	<p>x</p>					<p>Unidad de Gestión de la Calidad</p>	<p>x</p>



Act.19. Seguimiento del cumplimiento de las acciones de mejora, post rondas de seguridad del paciente ejecutadas.	Seguimiento de acciones de mejora	Informe	4	90% de acciones implementadas	x	x	x	x	x	x	Unidad de Gestión de la Calidad
Act.19. Reporte semestral del consolidado de las Rondas de Seguridad del paciente ejecutadas y cumplimiento de las acciones de mejora	Reporte de rondas de Seguridad	Reporte	2	100% de rondas programadas 90% de acciones implementadas							Unidad de Gestión de la Calidad
OBJETIVO ESPECÍFICO 5: Protocolizar las intervenciones asistenciales en favor de preservar la seguridad del Paciente en el Hospital Regional Moquegua.											
Act.20. Fomentar la implementación de protocolos de atención a favor de la seguridad del Paciente, desde su elaboración, revisión, aprobación, socialización y aplicación.	Implementación de protocolos	Protocolos	5	Resolución ejecutiva direccional de aprobación	x	x	x	x	x	x	Unidad de Gestión de la Calidad- Comité de Seguridad del Paciente- Jefaturas de Departamento
Act.21. Promover la implementación de	Implementación de directivas	Directivas	8	Resolución ejecutiva	x						Unidad de Gestión de la Calidad- Comité



<p>Directivas de resguardo de la seguridad del paciente, desde su elaboración, revisión, aprobación, socialización y aplicación. Priorizando:</p>											<p>de Seguridad del Paciente- Jefaturas de Departamento</p>
<p>Act.22. Impulsar la implementación de Guías de práctica Clínica de las diez principales morbilidades en cada servicio asistencial del Hospital regional Moquegua desde su elaboración, revisión, aprobación, socialización y aplicación.</p>	<p>Guías de práctica clínica por servicio (servicios que faltan aprobar GPC, trabajadas durante el 2021: Neonatología, traumatología, Medicina, Ginecología y Obstetricia) (servicios que faltan implementar GPC Emergencia, UCI, consulta externa, Departamento de anestesiología)</p>	<p>Implementación de Guías de práctica clínica.</p>	<p>10 por servicio</p>	<p>Resolución ejecutiva directoral de aprobación</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>x</p>	<p>Unidad de Gestión de la Calidad- Comité de Seguridad del Paciente- Jefaturas de Departamento</p>



X. COSTO DEL PLAN

El presente plan será financiado con RO/RDR, requiriendo los siguientes materiales, equipos y bienes:

Tipo de personal: Personal CAS de la UGC

- Médico auditor 01
- Personal de Salud No medico 03

Tipo de Bien

- Papel Bond A4 80 gr. 05 millares
- Tóner 410 A negro. 02
- Clips metálicos 33mm caja x 100. 01
- Corrector tipo lapicero 01
- Lápiz B2 01 caja
- Carpeta para escritura A-4 04

Tipo de Servicio

- Internet
- Fotocopias

Tipo de Equipo

- Laptop 01
- Proyector 01
- Computadora personal 01



XI. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Datos sobre Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud (OMS). http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/.
- 2 Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Sistema Nacional de Salud (NHS)- Reino Unido- LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN SIETE PASOS. Ministerio de sanidad y Consumo de España.
- 3 Astolfo Franco. La seguridad clínica de los pacientes: Entendiendo el problema. Colombia Médica, vol. 36, núm. 2, abril-junio, 2005, pp. 130-133, Universidad del Valle. Colombia.
- 4 Aranaz, Aibar. Gestión Sanitaria, Calidad y Seguridad de los pacientes. Fundación MAPFRE.
- 5 Estudio de IBEAS prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica. También puede ingresar directamente a: http://www.msc.D es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/INFORME_IBEAS.p
- 6 Prácticas Seguras Simples Recomendadas por agentes gubernamentales para la prevención de Efectos Adversos (EA) en los pacientes atendidos en hospitales (Ministerio de Sanidad y Consumo España) También puede ingresar directamente <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PracticasSegurasSimplesversion.pdf>



XII. ANEXOS

ANEXO 01: FORMATO DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS



ANEXO N° 01: FORMATO DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

I) FECHA DE NOTIFICACION: _____

II) SERVICIO: _____

III) PERSONAL DE SALUD QUE NOTIFICA:

Médico

No médico (Especificar: _____)

Personal en formación (Especificar: _____)

IV) Según las definiciones escritas, el suceso se trata de un:

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

Evento adverso: Es un daño, una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, procedimientos.

⇒ De ser el suceso un evento adverso, por favor sírvase marcar que tipo de evento adverso es según las consecuencias de este suceso.

Leve: El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presentan son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia.

Moderado: Un evento que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.

Grave: En este evento adverso, el paciente necesita de una intervención como por ejemplo de una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, o se prolonga la estancia hospitalaria o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.

Muerte: En este caso, el evento causó la muerte o la pérdida o corta plazo.





V) DATOS DEL PACIENTE

EDAD: _____ SEXO: M { } F { }

DIAGNOSTICO: _____

VI) DESCRIPCION DEL SUCESO:

Fecha del suceso: _____ Hora: _____



ANEXO 02: FORMATO DE CONSOLIDADO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS



ANEXO N° 02: FORMATO DE CONSOLIDADO DE INCIDENTES Y EVENTOS

CATEGORIA	PROBLEMA	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN CLÍNICA	No se realizó cuando está indicado		
	Incompleto o inadecuado		
	No disponible		
	Paciente erróneo		
	Proceso o servicio erróneo		
SUBTOTAL			
RELACIONADOS CON PROCESOS O PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES	No se hizo cuando estaba indicado		
	Incompleto o inadecuado		
	No disponible		
	Paciente erróneo		
	Proceso/ tratamiento/ procedimiento erróneo		
	Parte/cada/lugar del cuerpo erróneo		
SUBTOTAL			
RELACIONADOS CON ERRORES EN LA DOCUMENTACIÓN	Documentos ausentes o no disponibles		
	Demora en el acceso a los documentos		
	Documentos para un paciente erróneo o documento erróneo		
	Información en el documento poco clara/ambigua/ ilegible/ incompleta		
SUBTOTAL			
RELACIONADOS CON UNA INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN SANITARIA	Torrente sanguíneo		
	Sito quirúrgico		
	Absceso		
	Neumonía		
	Cánulas intravasculares		
	Sonda/drenaje urinario		
	Tejidos blandos		
SUBTOTAL			
RELACIONADOS CON LA MEDICACIÓN O DE SU ADMINISTRACIÓN	Paciente erróneo		
	Medicamento erróneo		
	Dosis o frecuencia incorrecta		
	Prescripción o presentación errónea		
	Vía errónea		
	Cantidad errónea		
	Información/ instrucciones de dispensación erróneas		
	Contraindicación		
	Omisión de medicamentos o de dosis		
	Medicamento caducado		
	Reacción adversa al medicamento		
SUBTOTAL			





CATEGORÍA	PROBLEMA	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
RELACIONADOS CON LA SANGRE O SUS DERIVADOS	Paciente erróneo		
	Sangre / Producto sanguíneo erróneo		
	Dosis o frecuencia errónea		
	Cantidad incorrecta		
	Información/instrucciones de dispensación erróneas		
	Contraindicación		
	Condiciones de conservación inadecuadas		
	Omisión de medicación o la dosis		
	Sangre / derivado sanguíneo caducado		
Efecto adverso			
SUBTOTAL			
RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN	Paciente erróneo		
	Dieta errónea		
	Cantidad errónea		
	Frecuencia errónea		
	Consistencia errónea		
	Condiciones de conservación inadecuadas		
SUBTOTAL			
RELACIONADOS CON LA ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO O GASES MEDICINALES	Paciente erróneo		
	Gas/vapor erróneo		
	Velocidad/concentración/caudal erróneo		
	Modo de administración erróneo		
	Contraindicación		
	Condiciones de conservación inadecuadas		
	Ausencia de administración		
	Contaminación		
SUBTOTAL			
RELACIONADOS CON LOS DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MÉDICOS	Presentación/envasado deficiente		
	Falta de disponibilidad		
	Inadecuación a la tarea		
	Sucio/no estéril		
	Avería/mal funcionamiento		
	Desplazamiento/conexión incorrecta/retrógrado		
	Error del usuario		
SUBTOTAL			





CATEGORIA	PROBLEMA	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
RELACIONADOS CON EL COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL	Incumplidor/no colaborador/obstruccion		
	Desconsiderado/grosero/hostil/inapropiado		
	Ariesgado/imprudente/peligroso		
	Problema de uso/abuso de sustancias		
	Acoso		
	Discriminación/prejuicio		
	Vagabundeo/fugas		
	Autolesión deliberada/suicidio		
	Agresión verbal		
	Agresión física		
	Agresión sexual		
	Agresión a objeto inanimado		
	Amenaza de muerte		
SUBTOTAL			
RELACIONADOS CON EL COMPORTAMIENTO DEL PACIENTE	Incumplidor/no colaborador/obstruccion		
	Desconsiderado/grosero/hostil/inapropiado		
	Ariesgado/imprudente/peligroso		
	Problema de uso/abuso de sustancias		
	Acoso		
	Discriminación/prejuicio		
	Vagabundeo/fugas		
	Autolesión deliberada/suicidio		
	Agresión verbal		
	Agresión física		
	Agresión sexual		
	Agresión a objeto inanimado		
	Amenaza de muerte		
SUBTOTAL			





CATEGORÍA	PROBLEMA	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
RELACIONADOS CON ACCIDENTES DEL PACIENTE	Fuerza no penetrante	Contacto con objeto o animal	
		Contacto con persona	
		Aplastamiento	
		Abrasión/roce	
	Fuerza punzante/ penetrante	Rasguño/corte/desgarro/sección	
		Pinchazo/herida punzante	
		Mordedura/picadura/inoculación de veneno de animal	
		Otra fuerza punzante/penetrante especificada	
	Otra fuerza mecánica	Afectada por una explosión	
		Contacto con maquinaria	
		Calor excesivo/fuego	
		Fría excesiva/congelación	
		Amenaza mecánica por la respiración	
		Atragantamiento/cuasi atragantamiento	
		Reclusión en lugar con falta de oxígeno	
		Intoxicación por producto químico u otra sustancia	
		Corrosión por producto químico u otra sustancia	
		Exposición a electricidad/radiación	
		Exposición a sonido/vibración	
		Exposición a presión de aire	
Exposición a gravedad baja			
	Exposición al efecto de fenómenos meteorológicos, catástrofes naturales u otras fuerzas de la naturaleza		





CATEGORIA		PROBLEMA	INCIDENTE	EVENTO ADVERSO
	Caídas	tipo de caídas	Tropezón	
			Resbalón	
			Desmayo	
			Pérdida de equilibrio	
SUBTOTAL				
RELACIONADOS CON LA INFRAESTRUCTURA		Inexistente/inadecuado		
		Dañado/ defectuoso/ desgastado		
RELACIONADOS CON LOS RECURSOS/GESTION DEL ESTABLECIMIENTO		Excesiva carga de trabajo		
		Disponibilidad/idoneidad de camas/servicios		
		Disponibilidad/idoneidad de recursos humanos/personal		
		Organización de equipos/personas		
		Disponibilidad/idoneidad de protocolos/políticos/procedimientos/directrices		
SUBTOTAL				
TOTAL				



ANEXO N° 03
CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

IPRESS: HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA
TITULAR/RESPONSABLE DE LA IPRESS: M.C. RAUL FORTUNATO ZEA CALCINA

FEBRERO			MARZO			ABRIL			MAYO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	28/02/2022	11:30	RONDA 2	15/03/2022	11:30	RONDA 3	13/04/2022	11:30	RONDA 4	18/05/2022	11:30
JUNIO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 5	08/06/2022	11:30	RONDA 6	22/06/2022	11:30	RONDA 7	13/07/2022	11:30	RONDA 8	17/08/2022	11:30
SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 9	14/09/2022	11:30	RONDA 10	12/10/2022	11:30	RONDA 11	16/11/2022	11:30	RONDA 12	14/12/2022	11:30



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
M.C. RAUL FORTUNATO ZEA CALCINA
DIRECTOR EJECUTIVO



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
M.C. RAUL FORTUNATO ZEA CALCINA
DIRECTOR EJECUTIVO



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
M.C. NANCY ROSALES NOVOS ZEBALLOS
COORDINADORA DE EMERGENCIAS Y SALUD AMBIENTAL

HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
M.C. NANCY ROSALES NOVOS ZEBALLOS
COORDINADORA DE EMERGENCIAS Y SALUD AMBIENTAL

Titular/ Responsable de la IPRESS

Responsable de la Calidad

Responsable de Epidemiología

responsable del Departamento de la enfermería

ANEXO N°04: LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA CIRUGIA SEGURA.

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



**ANEXO N°05: ENCUESTA PARA EVALUAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA****Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la
Seguridad de la Cirugía**

Fecha:

Nombre del Establecimiento:

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

Nombre y cargo del profesional que informa:

Semestre que informa: _____

1. En su establecimiento de salud ¿Se ha implementado la Lista de Verificación de la
Seguridad de la Cirugía? SI NO

En caso que respondiera NO, ¿Por qué?

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

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

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

SI NO

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

SI NO

En caso que respondiera SI, relacionados a:

Falta de personal Falta de conocimiento del personal Falta de motivación del personal Falta de entrenamiento del personal

15



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

Procesos administrativos como:

- Distribución del personal/ tareas
- Infraestructura
- Equipamiento
- Insumos
- Apoyo de la gestión

Otros especificar: _____

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

SI NO

En caso que respondiera SI, ¿Cuáles?

¿Qué otros indicadores cree usted que se podrían medir?

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

6. ¿Alguna intervención quirúrgica ha sido suspendida por el uso de la Lista de Verificación de Seguridad? SI NO

En caso que respondiera SI, ¿Por qué?

7. Indique el Número de quirófanos presupuestados 8. Indique el Número de quirófanos operativos 9. ¿Cuál es el tiempo promedio en días que espera el paciente desde que se define la necesidad de la intervención quirúrgica en consultorio externo y es hospitalizado para programar la cirugía?

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

El año pasado El primer semestre de este año 11. ¿Cuenta con farmacia en centro quirúrgico? SI NO 

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

12. ¿Cuál es el porcentaje de desabastecimiento de medicamentos trazadores para el centro quirúrgico? SI NO

13. ¿Cuál es la tasa de mortalidad intraoperatoria?

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

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

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

El año pasado

El primer semestre de este año

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

El año pasado

El primer semestre de este año

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

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

GRACIAS

