

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ

RESOLUCION DIRECTORAL

Sicuani, 31 de enero de 2022

VISTO: EL Informe Numero 023-2022-GR.CUSCO/OGRSC/UE.409-HACRS/OGC

CONSIDERANDO:

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

Que, mediante Resolución Ministerial Numero 676-2006/MINSA, se define a la seguridad del paciente como reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas que aseguren la obtención de los óptimos resultados para el paciente. Por lo tanto, se hace necesario un abordaje sistémico para afrontar este problema y responder a las exigencias de nuestra población;

Que mediante Resolución Ministerial N° 519-20-SA/DM, se aprobó el documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes a la garantía y mejoramiento de la Calidad, siendo uno de sus 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 la seguridad del paciente, es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud, está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados por los actores clave de la atención de la salud;

Que mediante informe N°. 023-2022-GR.CUSCO/OGRSC/UE.409-HACRS/OGC, la responsable de la Oficina de Calidad en Salud, solicita la emisión de la Resolución Directoral de aprobación del documento denominado "Plan de Seguridad del Paciente 2022";

Que, mediante Memorandum N°. 044-2022-GR.CUSCO/DRSC/UE.409-HACRS/DE, la Dirección de la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez, dispone la emisión de la correspondiente Resolución Directoral de aprobación de "Plan de Seguridad del Paciente 2022", para el desarrollo de actividades en la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez, en cumplimiento a la Resolución Ministerial N° 519-2006-MINSA y de acuerdo a las consideraciones del documento de referencia que se adjunta;

En uso de las facultades administrativas delegadas mediante, Ley 27783 Ley de bases de descentralización, Ley 27867 Ley orgánica de Gobiernos Regionales y su Modificatoria aprobada por Ley 27902, Resolución Ministerial 879-2004/MINSA, que aprueba el Convenio 028-2004-MINSA y Resolución Directoral N° 0645-2020-OGRH, y Resoluciones Directorales N° 903-2020-DRSC/OGRH y N° 01279-2021-GRSC/OGRH de Ratificación de Asignación de Funciones de la Dirección de la Unidad Ejecutora N° 409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez;

Estando al visto bueno de la Jefatura de Administración, Asesoría Legal Interna y Jefatura de la Unidad de Calidad de la Salud de la Unidad Ejecutora 409 Hospital -Alfredo Callo Rodríguez-Sicuani;

SE RESUELVE:

ARTICULO 1.-APROBAR, el documento denominado "**Plan de Seguridad del Paciente 2022**", para su aplicación en la Unidad Ejecutora 409 Hospital Alfredo Callo Rodríguez, que en 24 folios forma parte de la presente Resolución.

ARTICULO 2.- TRANSCRIBIR la presente Resolución a la Jefatura de Calidad en Salud y demás instancias asistenciales y administrativas correspondientes para los fines consiguientes.

REGISTRESE Y COMUNÍQUESE.

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ
SICUANI
Calle 100m N.º 100m E. R.N.º 825045
DIRECTOR EJECUTIVO



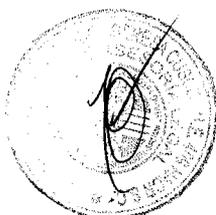
GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022



DR. CHRISTIAN JOEL CAMACHO PEREZ.

DIRECTOR DE LA U.E.409-HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ

LIC. LUCIA RAMOS CHURA.

RESPONSABLE DE LA OFICINA DE CALIDAD DEL HACR-S.



I. INTRODUCCION

En el marco de las normas del sistema de gestión para la calidad, uno de los procesos de los que se vale este componente es la Seguridad de paciente.

La seguridad del paciente, es un proceso de evaluación periódica con la finalidad de promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de los servicios de un establecimiento de salud, está basada en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares mínimos y factibles de alcanzar, formulados por los actores clave de la atención de la salud.

Que en la resolución WHA55.18, aprobada en la 55° Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud celebrada en Ginebra, se instó a los Estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la Seguridad de los pacientes, así como a establecer y consolidar sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria en particular La Cultura de seguridad, el estudio de eventos adversos, la seguridad en la medicación, control de infecciones intrahospitalarias, comunicación de la información (notificación de eventos adversos), la realización de procedimientos correctos en lugares del cuerpo correcto, identificación de pacientes, comunicación durante el traspaso de pacientes, mejora de la higiene de manos para prevenir infecciones.

II. ANTECEDENTES.

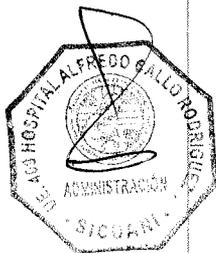
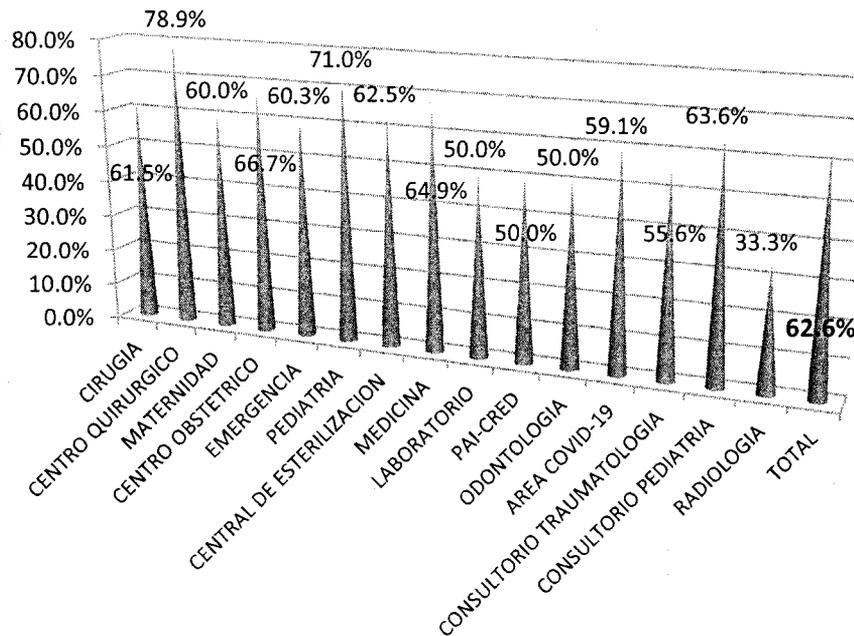
ADHERENCIA DE LAVADO DE MANOS en el marco de la Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los Establecimientos de salud RM N°255-2016/ MINSA se programó el fortalecimiento de competencias y la Evaluación de la Adherencia a la Técnica del Proceso de Higiene de Manos, a fin de articular e integrar los diversos procesos que garanticen una adecuada atención en Salud para el usuario que acude a la IPRESS del Hospital Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani.



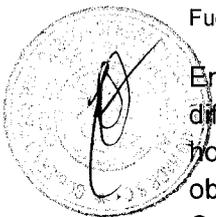
CUADRO N° 2

ESTUDIO DE EVALUACION DE ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS , SEGÚN SERVICIOS-HACRS-2021

% DE CUMPLIMIENTO DE ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS, SEGUN SERVICIOS - HACRS-2021



Fuente: informes de la Oficina de Calidad.



En el cuadro podemos observar que de las 385 oportunidades registradas a los diferentes profesionales médicos y no médicos evaluados en los diferentes servicios hospitalarios solo el 62.6 % cumplen con la Adherencia de la Higiene de manos, se observa que el servicio que menos se adhiere es el servicio de Laboratorio el 50.0%, Consultorio de Odontología el 50.0%, seguido del PAI-CRED el 50%, Radiología el 33.3%, y demás servicios continuar con la mejora de la adherencia de Higiene de manos.



**CUADRO N° 3
SUPERVISION A LOS SERVICIOS SOBRE CONOCIMIENTO, TECNICA Y TIEMPO
DE HIGIENE DE MANOS - HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ-2021**

CUADRO DE CONSOLIDADO DE LISTA DE CHEQUEO DE LA HIGIENE DE MANOS GUIA TECNICA DE LAVADO DE MANOS RM N° 255 - 2016 - MINSA					
N°	HIGIENE DE MANOS	N° Total de Personal que cumplen los once pasos	Porcentaje %	N° Total de Personal que no cumplen los once pasos	Porcentaje %
1	Tiempo del lavado de manos 40 a 60 segundos	193	74	69	26
2	Conoce los momentos del lavado de manos	161	61	92	35
3	Pasos de Higiene de manos	216	82	46	18

EN el cuadro podemos observar que siete servicios fueron evaluados sobre conocimiento, tecnica y tiempo de higiene de manos , obtenido los siguientes resultados : Tiempo del lavado de manos cumplen el 74% de 40 a 60 segundos, el 61% del personal conoce los momentos del lavado de manos y el 82% del personal cumplen con el lavado de manos con agua y jabon los once pasos. Reforzar la supervicios , monitoreo por mejorar el 18 %.

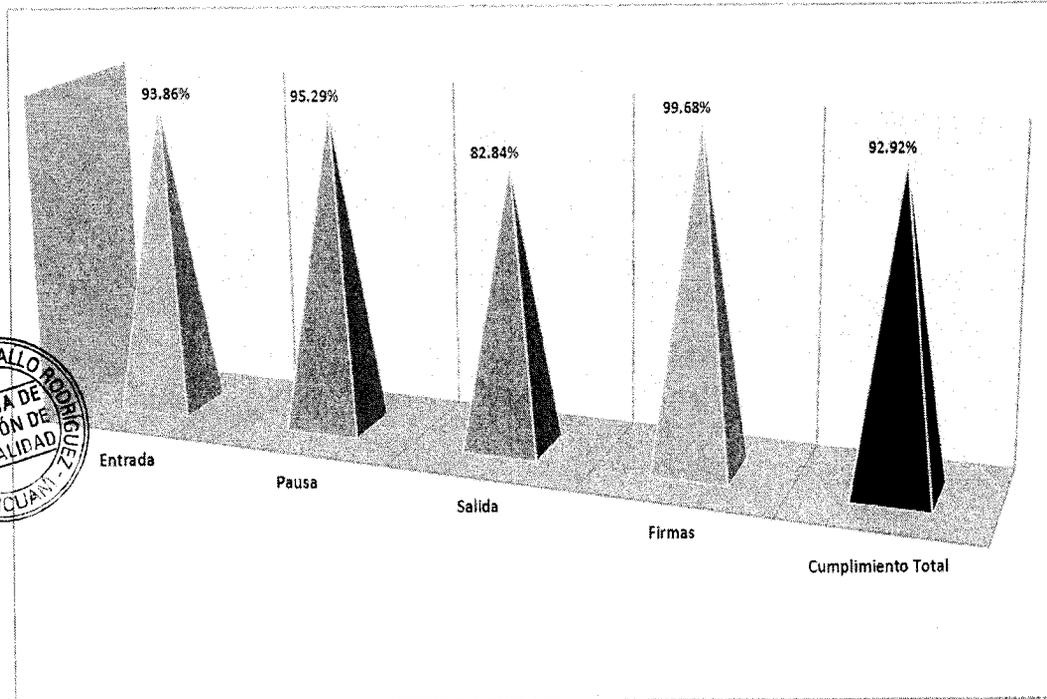
FORTALECIMIENTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA APLICACIÓN DE LA LISTA DE VERIFICACION DE SEGURIDAD DE LA CIRUGIA en el marco de la RM N° 308-2010 / MINSA y la guía técnica de Implementacion de la Lista de Verificación de Seguridad de Cirugia, aprobada con RM N° 1021- 2010 / MINSA, se implementa la aplicacion de la lista de seguridad de la cirugia, articulando esfuerzos entorno a la Seguridad del paciente de una manera sistemática y organizada, los hospitales identifican la naturaleza de los eventos adversos en los servicios, analizan y formulan propuestas de mejora, socializando sus intervenciones e implementando algunas buenas prácticas para la seguridad del paciente, involucrando al usuario en este proceso de mejora.



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA
“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

CUADRO N° 4

CUMPLIMIENTO POR FASES DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE CIRUGÍA SEGURA
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ -2021



Fuente: Informe de cumplimiento de la lista de verificación de seguridad de cirugía –OGC.

El año 2021 se fortaleció la implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de Cirugía Segura en el hospital de segundo nivel, considerando los aspectos técnicos administrativos: Conformación del Equipo conductor de Seguridad de la Cirugía refrendado con una RD, desarrollo de programas de capacitación en el desarrollo de las herramientas de la cirugía segura y la sistematización de la información en el Hospital Alfredo Callo Rodriguez de Sicuani. obteniéndose los siguientes resultados. El cumplimiento total fue 92.92% de cumplimiento, especificando que en la primera fase se cumplió el 93.86%, la segunda fase de Pausa fue 95.29% y la tercera fase de salida fue 82.84% y el cumplimiento de Firmas fue 99.6%.

INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD La Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) se ha trabajado bajo tres componentes como son Vigilancia, como actividad en que los reportes son herramientas de gestión para los servicios hospitalarios, Capacitación a fin de fortalecer los conocimientos del personal asistencial y administrativo en prevención y control de las IAAS y el tercer componente es el de aplicar medidas basadas en evidencia científica en los servicios asistenciales, cuyos resultados se muestran a continuación:



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

CUADRO N° 5

CONSOLIDADO DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA AÑO 2021

HOSPITAL: U.E. 409-HOSPITAL ALFREDO CALLO RORIGUEZ-SICUANI 2021

SERVICIO DE NEONATOLOGIA: ANUAL - 2021

NEONATOS MENOR A 1500 gr

CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)				CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP)				VENTILADOR MECÁNICO (VM)			
Nº días exposición con CVC (a)	Nº de pacientes vigilados	Nº ITS asociado a CVC (b)	Tasa de ITS (b/a x 1000)	Nº días exposición con CVP (c)	Nº de pacientes vigilados	Nº ITS asociado a CVP (d)	Tasa de ITS (d/c x 1000)	Nº días exposición con VM (e)	Nº de pacientes vigilados	Nº Neumonías asociado a VM (f)	Tasa de Neumonía (f/e x 1000)
0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0

NEONATOS MENOR A 1501 gr a 2500gr

CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)				CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP)				VENTILADOR MECÁNICO (VM)			
Nº días exposición con CVC (a)	Nº de pacientes vigilados	Nº ITS asociado a CVC (b)	Tasa de ITS (b/a x 1000)	Nº días exposición con CVP (c)	Nº de pacientes vigilados	Nº ITS asociado a CVP (d)	Tasa de ITS (d/c x 1000)	Nº días exposición con VM (e)	Nº de pacientes vigilados	Nº Neumonías asociado a VM (f)	Tasa de Neumonía (f/e x 1000)
0	0	0	0	272	44	0	0	0	0	0	0

NEONATOS MAYOR a 2500gr

CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)				CATETER VENOSO PERIFERICO (CVP)				VENTILADOR MECÁNICO (VM)			
Nº días exposición con CVC (a)	Nº de pacientes vigilados	Nº ITS asociado a CVC (b)	Tasa de ITS (b/a x 1000)	Nº días exposición con CVP (c)	Nº de pacientes vigilados	Nº ITS asociado a CVP (d)	Tasa de ITS (d/c x 1000)	Nº días exposición con VM (e)	Nº de pacientes vigilados	Nº Neumonías asociado a VM (f)	Tasa de Neumonía (f/e x 1000)
0	0	0	0	198	57	0	0	0	0	0	0

ITS: Infección del Torrente Sanguíneo

SERVICIO DE UCI:

CATETER VENOSO CENTRAL (CVC)				CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP)				VENTILADOR MECÁNICO (VM)			
Nº días exposición con CVC (a)	Nº de pacientes vigilados	Nº ITS asociado a CVC (b)	Tasa de ITS (b/a x 1000)	Nº días exposición con CUP (c)	Nº de pacientes vigilados	Nº ITU asociado a CUP (d)	Tasa de ITU (d/c x 1000)	Nº días exposición con VM (e)	Nº de pacientes vigilados	Nº Neumonías asociado a VM (f)	Tasa de Neumonía (f/e x 1000)
X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

*ITS: Infección del Torrente Sanguíneo

ITU: Infección del Tracto Urinario

SERVICIO DE MEDICINA:

CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP)			
Nº días exposición con CUP (a)	Nº de pacientes vigilados	Nº ITU asociado a CUP (b)	Tasa de ITU (b/a x 1000)
1143	169	0	0

SERVICIO DE CIRUGIA:

CATETER URINARIO PERMANENTE (CUP)				COLESISTECTOMIA			HEMIOPLASTIA INGUINAL		
Nº días exposición con CUP (c)	Nº de pacientes vigilados	Nº ITU asociado a CUP (d)	Tasa de ITU (d/c x 1000)	Nº de pacientes vigilados (e)	Nº IHO (f)	Tasa (f/e x 1000)	Nº de pacientes vigilados (g)	Nº IHO (h)	Tasa (h/g x 100)
160	89	0	0	257	0	0	40	0	0

*IHO: Infección de Herida Operatoria

SERVICIO DE GINECO

PARTO VAGINAL			PARTO CESAREA				
Nº de pacientes vigilados (a)	Nº de Endometritis (b)	Tasa de ITU (b/a x 1000)	Nº de pacientes vigilados (c)	Nº de Endometritis (d)	Tasa de ITU (d/c x 1000)	Nº IHO (e)	Tasa (e/c x 1000)
507	1	0.12	374	0	0	5	1.34

Fuente: INFORME epidemiología-HACRS



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 409



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

En el año 2021, se tuvo CINCO casos de Infección de Herida Operatoria port-parto por Cesárea en el servicio de Gineco-Obstetricia, siendo la tasa anual de 1.34 por 1000 pacientes y un caso de Endometritis post-parto vaginal siendo la tasa anual de 0.12 x 1000 pacientes.

EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELA Durante el 2021, se presentó la incidencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, procesos seguros, ausencia de una cultura de seguridad, sin embargo, la frecuencia de los eventos adversos aun es poco identificado, la notificación es incipiente, pone de manifiesto la necesidad de identificar y desarrollar estrategias para mejorar la seguridad del paciente, siendo la prioridad estratégica de seguir las recomendaciones basadas en la evidencia; difundir las buenas prácticas; y aplicar la garantía para la seguridad clínica.



CUADRO N° 6
CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS-EVENTOS CENTINELA 2021
U.E.409-HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ-SICUANI

EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES EN EL AÑO 2021																		
N°	SERVICIOS	I TRIM.												II TRIM.				ANUAL
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	A	S	O	
1	MATERNICIDAD	1	0	0	1	0	1	0	1	0	2	0	2	1	0	0	1	5
2	CENTRO OBSTETRICO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	CENTRO QUIRURGICO	4	1	2	11	3	2	3	14	5	6	7	22	5	1	17	23	70
4	EMERGENCIA	0	0	1	1	0	4	1	5	0	0	0	0	0	1	0	1	7
5	EMERGENCIA OBSTETRICA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	MEDICINA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	PEDIATRIA	2	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
8	QUIRUGIA	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
9	LABORATORIO	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
10	BANCO DE SANGRE	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	2
11	DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	21	30	78	108	82	67	114	244	57	120	110	287	70	112	75	257	957
12	TOPICO	4	0	0	4	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	5
13	ODONTOLOGIA	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	2
14	SERVICIO DE NUTRICION	3	2	0	17	2	0	4	12	0	0	0	0	0	0	0	0	29
15	FARMACIA	0	2	1	3	3	5	2	10	3	0	1	4	0	0	0	0	17
16	FISIOTERAPIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	ECOGRAFIA	5	18	18	48	32	25	37	94	78	85	148	307	118	147	175	428	885
18	NEONATOLOGIA	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	2
19	AREA COVID-HOSPITALIZACION	16	6	14	36	4	1	5	10	6	3	3	12	6	3	0	9	67
20	Consultorio Nutrición	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2
21	PAI-CRED	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	2
22	Estrategia Materno	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	2	0	0	0	0	3
23	Centrales Esterilización					0	22	3	25	0	0	0	0	0	0	0	0	25
24	Maternidad Covid						1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
25	Área emergencial Covid						2	3	5	0	3	4	7	1	2	2	5	17
26	Radiología Covid						0	56	56	55	45	33	133	25	31	35	91	280
27	Laboratorio Covid						0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	TOTAL	101	64	125	292	116	137	130	483	209	266	307	782	224	299	304	827	2384

Fuente: Informes mensuales de OGC.



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

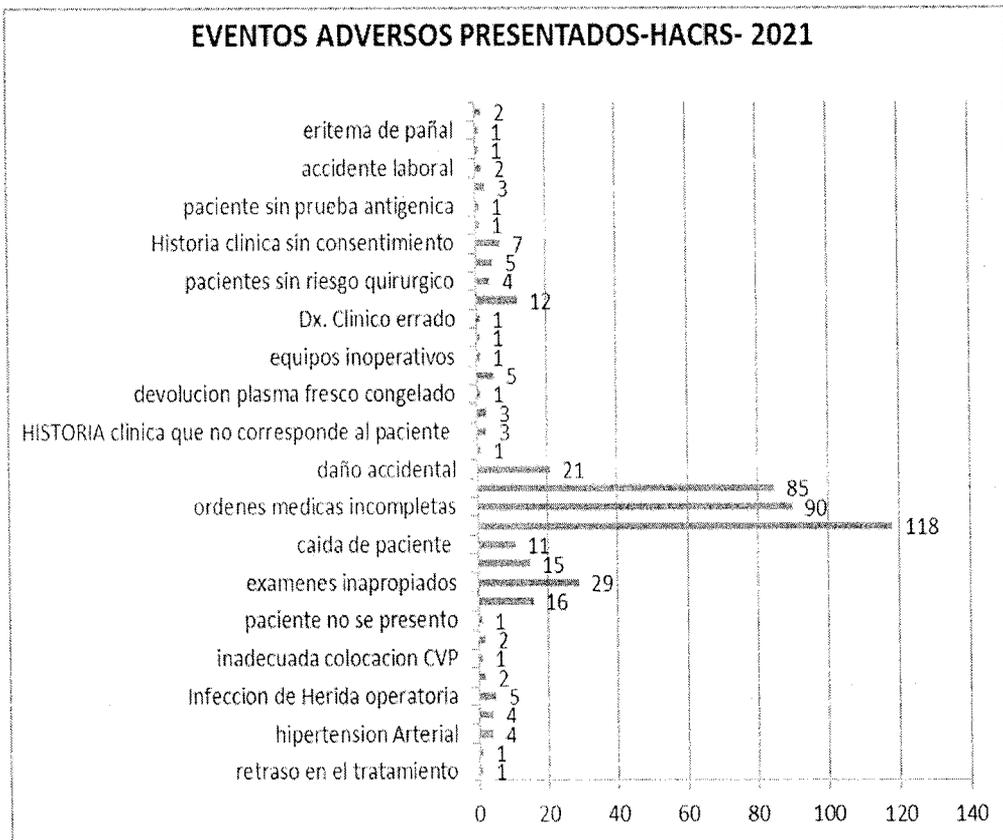
ANALISIS: En el año 2021 , se tuvo un total de 2384 eventos adversos, de los cuales corresponden 957 eventos de la Unidad de Diagnóstico por imágenes, 885 eventos adversos del servicio de Ecografía, 280 eventos adversos corresponden al servicio de Radiología Covid-19, 70 eventos adversos en el Centro Quirúrgico, 67 eventos adversos del servicio de Área Covid-19 de Hospitalización, NUTRICION 29 eventos adversos, 25 eventos adversos del servicio de Central de Esterilización , 17 eventos adversos de Farmacia y área Covid-19 de emergencia , 07 eventos adversos de Emergencia , cinco eventos adversos de Maternidad y Tópico, 3 eventos adversos del servicio de Pediatría y consultorio Materno, dos eventos adversos en Neonatología, odontología, Banco de Sangre, PAI-CRED, consultorio de Nutrición y un evento adverso Maternidad Covid-19, Laboratorio y Cirugía. Los demás servicios no presento eventos adversos. Durante este contexto Covid-19, se continua implementando a todos los servicios para la identificación de los riesgos a intervenir.



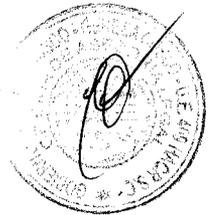
CUADRO N° 7

CONSOLIDADO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ-2021

EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS-HACRS- 2021



FUENTE: Informe mensuales de eventos adversos –HACRS – 2021





- **RONDAS DE SEGURIDAD**, es una de las estrategias básicas de intervención en seguridad e paciente que a través de un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y tecnologías basado en evidencias científicamente probadas, propenden a minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención o de mitigar sus consecuencias, a fin de promover la mejora continua en las prestaciones de servicios de salud; en este contexto se determina como practica recomendada para fortalecer los servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes incluyendo el involucramiento del personal en la cultura de seguridad institucional, garantizar la protección del paciente y su familia de los riesgos y daños evitables que derriban de la atención médica especializada y otras prestaciones de servicios de salud que se brindan. A través de los hospitales según categoría del ámbito de la región.

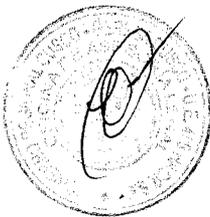


CUADRO N° 8

RESULTADO DEL CUMPLIMIENTO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR BARRERAS
HOSPITALES ALFREDO CALLO RODRIGUEZ-2021



PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LAS BARRERAS DE SEGURIDAD POR SERVICIOS 2021									
	ENFERMERIA	ENFERMERIA	PACIENTE	CIENCIA	MEDICINA	NEURATOLOGIA	ASIA COVID	CENTRO QUIRURGICO	CONSULTA EXTERNO
1. REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA	59	45	63	70	39	63	78	76	13
2. SEGURIDAD DEL PACIENTE	57	54	42	38	54	67	70	81	56
3. IDENTIFICACION CORRECTA	57	35	50	36	40	43	67	63	33
4. PREVENION DE FUGA	33	36	17	17	10	20	33	40	20
5. SEGURIDAD EN LA MEDICACION	70	29	80	40	60	89	70	65	33
6. PREVENION DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA	43	0	25	43	11	43	27	33	0
7. PREVENION Y REDUCCION DEL RIESGO DE UPP	0	0	11	0	0	0	22	30	50
8. Seguridad sexual	17	0	0	0	20	0	0	0	0
9. PREVENION DEL SUICIDIO Y LESIONES	50	0	33	17	33	43	75	10	66
10. COMUNICACIÓN EFECTIVA	80	30	80	43	70	80	10	66	57
11. HIGIENE DE MANOS	65	82	75	70	85	63	33	66	63
12. BIOSEGURIDAD	33	43	75	33	43	50	50	66	45
13. FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40	20	40	60	40	40	60	60	0
PROMEDIO GENERAL DE CUMPLIMIENTO	50	36	46	51	48	49	62	70	34



Fuente: Informes mensuales de OGC.



IV. FINALIDAD.

Desarrollar un entorno seguro en los servicios de salud que brinda el Hospital Alfredo Callo Rodríguez mediante la reducción de riesgos y mejorando la seguridad de los pacientes.



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.

- A. Adaptar, difundir e implementar las Buenas prácticas de Atención en la Seguridad del paciente en los servicios con la finalidad de prevenir eventos adversos.
- B. Establecer un mecanismo de aprendizaje colectivo para prevención y manejo de eventos adversos.
- C. Fortalecer competencias técnicas en el análisis de los eventos adversos y propuestas de mejoras correctivas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez de Sicuani.
- D. Generar y fortalecer un mecanismo de registro y seguimiento de eventos adversos en todos los servicios de la U.E.N° 409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez.
- E. Lograr la participación de los usuarios del sistema.



VI. BASE LEGAL.

Ley N° 26842, LEY general de Salud.

Ley N° 27657, LEY del Ministerio de Salud.

R.M. N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento Técnico del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.

R.M. N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.

R.M.N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.

R.M. N°676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008.

R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico de Política Nacional de la Calidad en Salud.

R.M. N° 308-2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

R.M. N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.





DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

R.M. N° 095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Elaboración de proyectos de mejora y la aplicación de las herramientas para la Gestión de la Calidad.

Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente:
Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/VOL. 01.



R.M. 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

VII. AMBITO DE APLICACIÓN.

El presente Plan es de aplicación en todas las unidades orgánicas y funcionales de la U.E.N°409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez, con mayor interés en aquellas que participan directamente en la entrega de servicios de salud.

VIII. DEFINICIONES OPERATIVAS.

Atención Segura.- Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son consistentes con el conocimiento profesional actual.

Barreras de Seguridad.- Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.

Complicación.- Resultado clínico de probable aparición e inherente a las condiciones propias del paciente y/o de su enfermedad.

Equipo Quirúrgico.- se entiende a los cirujanos, anestesistas, personal de Enfermería, Técnicos y demás personal del quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.

Error de Medicación.- es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación este bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.

Error.- es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo, no todos los errores produce daño o lesión.

Estrategia de anestesia Segura.- presencia de un anestesiólogo entrenado, pulsioxímetro disponible, monitorización de la frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura.

Estrategia de Cirugía limpia.- Incluye el lavado e higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidados de la herida.

Estrategia de profesionales seguros.- Presencia de personal entrenado, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control de dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente los pacientes.



Evento adverso en Salud.- Una lesión, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

Evento centinela.- es un tipo de evento adverso que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.

EVENTO CON DAÑO.- Son de tres tipos:



1.- **LEVE:** Cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación y tratamiento menor.

2.- **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.

3.- **GRAVE:** cualquier evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica.

4.- **INCIDENTE:** Evento adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

5.- **PAUSA QUIRURGICA:** Es una pausa momentánea que se toma el equipo quirúrgico antes de realizar la incisión de la piel , a fin de confirmar que se han realizado los controles esenciales.

6.- **PROTOCOLO DE LONDRES:** Es una metodología de análisis multicausal para investigar los eventos adversos centinela, permite identificar en cada caso cuales han sido los factores contribuyentes a la ocurrencia del evento adverso y encontrar las acciones que deben ser implementadas para favorecer el aprendizaje organizacional.

7.- **RIESGO:** Definido como la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del sistema de atención de salud o un factor que incremente tal probabilidad.

8.- **SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Se define como la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de atención de salud mediante el uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de óptimos resultados para el paciente.

IX. CONSIDERACIONES GENERALES.

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



RESPONSABLES DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022.

- Dra. Margarita Quispe **Coordinador**
- M.C. Christian Joel Camacho Pérez **Presidente**
- Lic. Victoria Araoz Fernández **Secretaria**
- Lic. Ángela Maquera Aparicio **Vocal 1**
- Obst. Melida Muñoz Fernández **Vocal 2**
- Lic. Marisa Paredes Kala **Vocal 4**
- Lic. Lucía Ramos Chura **Vocal 5**
- Lic. Heydi Zambrano Choque **vocal 6**



RESPONSABLES DEL EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD 2022.

- QF. Gleny Orcotorio Quispe **Presidente**
- Lic. Lucía Ramos Chura **Secretaria**
- Lic. Ángela Maquera Aparicio **Vocal 1**
- Lic. Victoria Araoz Fernández **Vocal 2**
- Lic. Marisa Paredes Kala **Vocal 3**
- Lic. Heydi Zambrano Choque **vocal 4**



RESPONSABLES DEL EQUIPO CONDUCTOR DE LA IMPLEMENTACION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA 2022

- M.C. German Silva Rodríguez **Presidente**
- M.C. Gustavo Pariguana Saire **Vicepresidente**
- Lic. Ruth Tapia Pacci **Vocal 1**
- Lic. Lucía Ramos Chura **Vocal 2**
- Lic. Ingrid Cárdenas Barrionuevo **Vocal 3**



Las Funciones de Coordinadora de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) asume la Lic. En Enfermería de Guardia quien será responsable de dirigir a todos los componentes de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía con el Equipo quirúrgico de turno.

FUNCIONES DEL COMITÉ.

- Presidente:** Convocar y presidir las reuniones del Comité de Seguridad del Paciente, cumplir y hacer cumplir los acuerdos de las reuniones del Comité, proponer las medias correctivas convenientes.
- Vicepresidente:** Asume las funciones del presidente.
- Secretario:** Llevar al día los libros de actas de reuniones, transcribir los acuerdos de las reuniones.



d. **Miembro:** Asistir a todas las reuniones programadas, colaborar con el presidente, vicepresidente, secretario en el desempeño de sus funciones.

X. ACTIVIDADES.

OBJETIVO ESPECIFICO 1: Generar y fortalecer un mecanismo de registro y seguimiento de eventos adversos en todos los servicios del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.



Realizar a cabo reuniones de sensibilización al personal de Salud con el tema de Seguridad del paciente.

Mejorar el sistema de identificación, registro, reporte, notificación, procesamiento y análisis de eventos adversos.

OBJETIVO ESPECIFICO 2: Fortalecer competencias técnicas en el análisis de los eventos adversos y propuestas de mejoras correctivas en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

Realizar la capacitación en el manejo de las herramientas y metodologías para el análisis de los eventos adversos y gestión clínica del riesgo a los jefes de servicios y unidades.

Capacitar el personal en el diseño o implementación de proyectos de mejorar de la seguridad del paciente.

OBJETIVO ESPECIFICO 3: Desarrollar mecanismo que faciliten el aprendizaje colectivo para prevención y manejo de eventos adversos.

Establecer mecanismo de difusión y aprendizaje colectivo sobre eventos adversos. Difusión de ficha de reporte y flujograma de eventos adversos, Guía del paciente quirúrgico.

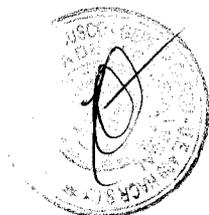
Discusión de casos de eventos adversos centinela utilizando el Protocolo de Londres.

Los Trípticos de lavado de manos, implementar en todos los servicios.

Monitoreo periódico del Plan de Seguridad del paciente.

OBJETIVO ESPECIFICO 4 : Adaptar , difundir e implementar las Buenas Practicas de Atención en la Seguridad del Paciente en los servicios con la finalidad de prevenir eventos adversos

Supervisar el cumplimiento de las Guías de Práctica Clínica en Emergencias, Gineco-obstetricas, Centro Obstétrico, Cirugia, Pediatría y Neonatología a través del desarrollo de Rondas de Seguridad y auditoria de la Calidad en Salud de los servicios de Hospitalizacion, Consultorios Externos y Emergencia.





DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos implementación del sistema de Dispensación de dosis unitarias, reporte de dosis unitaria.

Verificar los 5 a 11 correctos en la Administración de medicamentos.

Monitoreo, evaluación del conocimiento y la práctica adecuada de Lavado de manos y su adherencia

Supervisar al personal asistencial con prioridad en aquellos que se encuentran en entrenamiento (internos y estudiantes).

OBJETIVO ESPECIFICO 5: Lograr la participación de los usuarios del sistema.

Verificación de la aplicación del Consentimiento informado de Hospitalización, y procedimientos.

Mejorar los mecanismos de atención y escucha al usuario.

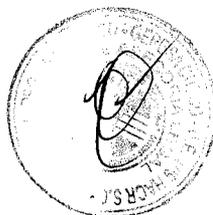
Involucrar al paciente y sus familiares en el proceso de atención.



X. MONITOREO Y EVALUACION.

EL monitoreo y evaluación del Plan de Seguridad del Paciente, se desarrollara de acuerdo al cronograma de actividades estructuradas en el Plan Táctico del presente año 2022. El cual se detalla:

- Indicadores de seguridad del paciente.
- REPORTE mensual DE Caídas de paciente por servicios.
- Evidencias de haber involucrado a los usuarios en la seguridad de la atención.
- Implementación de la Lista de verificación de Seguridad de la Cirugía y su aplicación del formato estandarizado.
- Implementación del aplicativo en base al formato estandarizado.



XI. ANEXOS.

ANEXO 1

PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD 2022

DEFINICION.

LAS Rondas de Seguridad del paciente, es una herramienta de Calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas Practicas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de la Seguridad del paciente, que consiste en una visita programada de una servicio seleccionado al azar de los servicios de Hospitalización, emergencia y consultorio externo de la IPRESS , liderado por la máxima Dirección para identificar practicas 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.



OBJETIVO GENERAL.

Fortalecer la cultura de la seguridad del paciente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.



- Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en servicio.
- Educar in situ al personal.
- Tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con la Seguridad de su atención.
- Crear compromisos para mejorar la seguridad del paciente.

JUSTIFICACION

El 27 de octubre del 2004 se establece la Alianza Mundial por la Seguridad del paciente, que pretende alinear a todos los actores en la generación de una atención de Salud con la doctrina de la Seguridad. Actualmente en el país se identifica una creciente necesidad de contar con una mejor calidad de atención de los servicios de Salud como respuesta a los derechos del usuario quienes exigen una atención mas eficiente y efectiva.

Por lo tanto, la aplicación de Rondas de Seguridad del paciente contribuye con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud a través de la implementación de las practicas seguras, reduciendo los incidentes y eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en la U.E.409-Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Rondas de Seguridad es de aplicación en el ámbito del Hospital Alfredo Callo Rodríguez Sicuani, categoría II-1.

METODOLOGIA.

- Elaborar Plan de Rondas de Seguridad y su cronograma , previa selección de área y/o servicio según riesgos mayores identificados.
- Aprobación del Plan de Rondas de Seguridad por la Dirección Ejecutiva, comunicación escrita de la Dirección a los servicios involucrados sobre realización de las Rondas de Seguridad, para conocimiento e involucramiento y elaboración de informe.
- El equipo que realiza las Rondas de Seguridad debe estar conformado de la siguiente manera :
Director ejecutivo o la persona que designa la Dirección.
Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad.
Responsable de la Unidad de Epidemiología.
Jefatura de Enfermería
Responsable del servicio a supervisar.



DIRECCION HOSPITAL ALFREDO CALLO RODRIGUEZ SICUANI
DIRECCION DE GESTION Y CALIDAD SANITARIA

“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

- Las Rondas de Seguridad deben realizarse en horario diferente a la Visita Médica, se sugieren que tenga una periodicidad de 15 días y deben tener un promedio de duración de una hora.
- La evaluación será fundamentalmente de observación y entrevista.
- Las observación de la Ronda de Seguridad esta centradas en :



1. Registro adecuado en la Historia Clínica.
2. Seguridad de la Atención en los Servicios.
3. Identificación correcta del paciente.
4. Prevención de Fuga de pacientes.
5. Seguridad en la Medicación.
6. Prevención de la Caída de Pacientes y uso de la contención mecánica.
7. Seguridad sexual.
8. Prevención y Reducción del Riesgo de las Lesiones por presión.
9. Prevención del suicidio y lesiones.
10. Comunicación efectiva.
11. Higiene de Manos.
12. Bioseguridad.
13. Funcionamiento y manejo de los equipos.

- Se entrevistara tanto al personal de salud como a los pacientes y sus familiares.
- Las observaciones se consignan en el Aplicativo de Gestión del Riesgo para la Seguridad del paciente.
- Cada Ronda de seguridad debe informarse a la Dirección, adjuntando el Acta y enviando copia a las Unidades y/o servicios involucrada para cumplimiento de las recomendaciones.
- Considerar la felicitación por escrito al personal que realiza prácticas seguras.



SEGUIMIENTO Y MONITOREO.

EL seguimiento del Plan del Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente 2021, se realizará en base al cuadro denominado Cronograma de actividades y metas del Hospital Alfredo Callo Rodríguez 2022 con los siguientes formatos:

- a) Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente: Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/VOL. 01.
- b) R.M. 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

RESPONSABILIDADES.

Las jefaturas de los diferentes servicios de Salud, el comité de Seguridad del paciente, equipo conductor de Cirugía Segura y la Oficina de Calidad del Hospital Alfredo Callo





Rodríguez-Sicuani son los responsables de la implementación, aplicación y cumplimiento del Plan formulado.

RESPONSABLES DEL EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD 2022.

- | | |
|---------------------------------|------------|
| • QF. Gleny Orccotorio Quispe | Presidente |
| • Lic. Lucía Ramos Chura. | Secretaria |
| • Lic. Ángela Maquera Aparicio | Vocal 1 |
| • Lic. Victoria Araoz Fernández | Vocal 2 |
| • Lic. Marisa Paredes Kala | Vocal 3 |
| • Lic. Heydi Zambrano Choqqe | vocal 4 |



PRESUPUESTO. FFTO RO.

- Papel bond A4 500 hojas.
- 12 folders metálicos.
- 12 lápices.
- 12 lapiceros azul.

ANEXO 2.

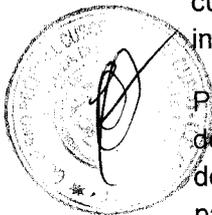
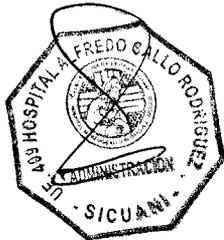
GUIA DEL SISTEMA DE REGISTRO, NOTIFICACION, PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS.

I. DEFINICION.

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 estos 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, tenga un valor es necesario que se desarrolle un análisis de las causas que favorecieron la ocurrencia del evento adverso, definición de los mecanismos para difundir las lecciones aprendidas. El mecanismo para la implementación de barreras de seguridad, identificación de los procesos inseguros que deberán ser diseñados y finalmente, el apoyo institucional, es decir, la 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 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.





II. OBJETIVO.

El objetivo principal de la notificación es aprender de las experiencias y también contribuir a la mejora de la cultura de seguridad dentro del ámbito de trabajo

III. ALCANCE.

Se aplicará a todos los profesionales de Salud y personal administrativo que trabajen directamente en los servicios de Hospitalización, consultorios externos y emergencia del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

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, riesgos y peligros.

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 causó daño pero precisa mayor seguimiento o monitorización.

Causo daño temporal pero no prolongo la estancia hospitalaria.

Causo daño temporal y la estancia se prolongó la Hospitalización

Causo daño permanente.

Comprometió la vida del paciente.

Causo la muerte del paciente.

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

V. 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, otra causa, plan de intervención para evitar que se produzcan sucesos similares. Se notificarán todos los eventos adversos y los incidentes aunque no hayan tenido ninguna repercusión clínica en el paciente. Existe un formulario específico a tal efecto. Como es para los servicios de Neonatología, Medicina, Pediatría, Cirugía, Centro Quirúrgico, Ginecoobstetricia, Emergencia, Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes, Tópico, Odontología, Nutrición, Banco de Sangre, Farmacia, AREA Covid-19, PAI-CRED, Consultorio de Maternidad, Consultorio de Nutrición.

VI. ANALISIS Y DIFUSION DE RESULTADOS.



Una vez recibido la notificación la Oficina de Calidad procederá a realizar una evaluación previa para definir la posibilidad de realizar un análisis detallado del evento por el COMITÉ DE Seguridad del Paciente y de ser necesario se invitara al personal del servicio involucrado. Los resultados se enviaran al servicio implicado y al área notificante así como a las direcciones y comités correspondientes.

ANEXO 3.



DE IMPLEMENTACION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA

FINALIDAD.

Disminuir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de Operaciones y recuperación del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

II. OBJETIVO GENERAL.

Estandarizar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

III. OBJETIVO ESPECIFICO.

- Reforzar y fomentar la comunicación y el trabajo del Equipo Quirúrgico.
- Reforzar las practicas quirúrgicas seguras reconocidas y fomentar una mejor Comunicación y trabajo en equipo durante las intervenciones quirúrgicas.

IV. DEFINICION.

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 para reducir el número de complicaciones de origen quirúrgico.

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

Cada uno de los puntos de control de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía ha sido incluido basándose en la evidencia científica o en la opinión de los expertos de que su inclusión puede reducir la probabilidad de daño quirúrgico , seria evitable, y considerando que es poco probable que la adherencia al mismo origine daños o costos significativos.

V. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

El Equipo Conductor estará conformado por un grupo básico multidisciplinario y proactivo que este identificado con la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.





RESPONSABLES DEL EQUIPO CONDUCTOR DE LA IMPLEMENTACION DE LA LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA 2022



- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| • M.C. German Silva Rodríguez | Presidente |
| • M.C. Gustavo Pariguana Saire | Vicepresidente |
| • Lic. Ruth Tapia Pacci | Vocal 1 |
| • Lic. Lucia Ramos Chura | Vocal 2 |
| • Lic. Ingrid Cárdenas Barrionuevo | Vocal 3 |

Las funciones de Coordinadora de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía (LVSC) lo asume la Lic. En Enfermería de Guardia que es responsable de dirigir todos los componentes De la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía con el Equipo Quirúrgico de turno.

FUNCIONES ESPECÍFICAS DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO CONDUCTOR:

Presidente.- convocar y presidir las reuniones del equipo conductor, cumplir y hacer cumplir los acuerdos de las reuniones del equipo conductor, presentar a consideración del equipo conductor el informe trimestral de la ejecución del plan de trabajo y proponer las medidas correctivas convenientes.

Vicepresidente.- reemplaza al Presidente en caso de impedimento, licencia o ausencia temporal, ejerciendo las mismas atribuciones y asumiendo las mismas responsabilidades del Presidente.

Secretario.- llevar al día los libros de Actas de reuniones, transcribir los acuerdos de las reuniones.

Miembro.- asistir a todas las reuniones del equipo conductor, colaborar con el presente, vicepresidente, secretario en el desempeño de sus funciones.

FUNCIONES GENERALES DEL EQUIPO CONDUCTOR:

Incorporar el uso de la Lista de Verificación de la SEGURIDAD DE LA Cirugía en el proceso de atención quirúrgica, con la máxima eficiencia y mínima interrupción.

Adicionar, de ser necesario, otros criterios a la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía a la realidad del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

Identificar a los actores involucrados en el proceso de la atención quirúrgica para la capacitación en la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía correspondiente.

Monitoreo de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

Remitir información periódica a la Dirección Ejecutiva sobre los avances en el proceso de implementación.



Retroalimentación de los avances en la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

Identificar los problemas que se presentaron con el uso de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

Plantear propuestas de mejora en consenso con el personal involucrado.

Diseminación de los logros institucionales a nivel del servicio, luego de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

VI. ACTIVIDADES DEL EQUIPO CONDUCTOR.

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

El equipo conductor debe realizar la encuesta y enviar un informe del mismo a la Oficina de Calidad del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

2.- Supervisión de la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

El Equipo Conductor debe realizar la supervisión de la aplicación la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, una vez al mes, con visitas inopinadas, asimismo, deberá remitir un informe del mismo a la oficina de Calidad del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

3.- Auditorias de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

El Equipo Conductor debe realizar la auditoria de Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, en forma mensual y serán cinco por cada integrante del equipo Conductor, donde se evaluara el correcto llenado.

4.- Medición Basal de Cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, asimismo, deberá remitir un informe del mismo a la Oficina de Calidad del Hospital Alfredo Callo Rodríguez.

VII. FORMATOS.

E Formato de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, estandarizada consta de tres fases:

- Entrada, Pausa Quirúrgica y Salida, cada una de las cuales corresponden con un periodo de tiempo específico del flujo normal del procedimiento.
- Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.



ANEXO 4.

INDICADORES



Eventos Adversos Analizados :

Total de Eventos Adversos Analizados x 100
Total de Eventos Adversos Notificados

- Eventos Adversos con propuesta de Mejora Correctivas :

Total de E.A. con propuesta de mejoras correctivas x 100
Total de Eventos Adversos Analizados



- Uso de las Medidas de Seguridad Hospitalaria :

Servicios que utilizan medidas de bioseguridad y seguridad del paciente x 100
Total de servicios y/o unidades

- Uso del Consentimiento Informado :

Procedimientos frecuentes que cuentan con consentimiento informado x 100
Total de procedimientos frecuentes.

