PLAN DE SEGURIDAD DEL

PACIENTE – U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR -2023.



DIRECTOR DE LA U.E. 408 HOSPITAL DE ESPINAR:

DR. EDWIN SOTO CCAYAHUALLPA

JEFE DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD.

LIC. JUDITH K. CAHUATA TURO.

RESP. DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

ESPINAR CUSCO

2023.

**INDICE**

*INTRODUCCIÓN*

*I. FINALIDAD*

*II. OBJETIVO GENERAL*

*III. OBJETIVO ESPECÍFICO*

*IV. BASE LEGAL*

*V. ÁMBITO DE APLICACIÓN*

*VII. CONSIDERACIONES GENERALES*

*XII. ACTIVIDADES POR COMPONENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE*

*XIII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y TAREAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE*

*XV. BIBLIOGRAFÍA.*

*ANEXOS*

**INTRODUCCIÓN**

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

El Ministerio de Salud del Perú, decide impulsar la Seguridad del Paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes.

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

En el Hospital de Espinar, venimos desarrollando actividades orientadas a mejorar la calidad de los servicios y a disminuir los riesgos de eventos adversos, los mismos que aún resultan insuficientes y por lo cual la actual gestión ha considerado otorgarle la prioridad necesaria para mejorar nuestro desempeño institucional particularmente en lo que comprende la Seguridad del Paciente. El presente plan es un instrumento ordenador y orientador del accionar en el tema, en su contenido presenta objetivos, actividades y metas distribuidos en el año y los responsables operativos.

El presente Plan de Seguridad del Paciente 2023 del HOSPITAL DE ESPINAR, es un instrumento ordenador y orientador del accionar en el tema, identificando la naturaleza de los eventos adversos, para luego con el Comité de Seguridad del Paciente reunido, seamos capaces de analizar, formular propuestas de mejora, orientados a generar y optimizar los procesos, socializar sus intervenciones e implementar buenas prácticas, para la seguridad del paciente en el HOSPITAL DE ESPINAR.

**I. FINALIDAD:**

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

**II. OBJETIVO GENERAL:**

Mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el hospital espinar, disminuyendo el riesgo promoviendo una cultura de seguridad del paciente y previniendo la ocurrencia de eventos adversos.

**III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

* Adaptar, difundir e implementar las Buenas Prácticas de Atención en la Seguridad del Paciente en los servicios con la finalidad de prevenir eventos adversos.
* Establecer un mecanismo de aprendizaje colectivo para prevención y manejo de eventos adversos.
* Fortalecer competencias técnicas en el análisis de los eventos adversos y propuestas de mejoras correctivas en el Hospital.
* Generar y fortalecer un mecanismo de registro y seguimiento de eventos adversos en todos los servicios del Hospital De Espinar.
* Lograr la participación de los usuarios del sistema.

**IV. BASE LEGAL:**

* Ley Nº 26842 – Ley General de Salud.
* Ley Nº 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
* Resolución Ministerial Nº 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico
* “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
* Resolución Ministerial Nº 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del comité “Técnico para la Seguridad del Paciente”.
* Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
* Resolución Ministerial Nº 676-2006/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008.
* “Política Nacional de la Calidad en Salud”.
* Resolución Ministerial Nº 308-2010/MINSA, que aprueba “La Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.
* Resolución Ministerial Nº 1021-2010/MINSA, que aprueba “La Guía Técnica de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.
* Resolución Ministerial Nº 308-2010/MINSA que aprueba la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía”.
* Resolución Ministerial Nº 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”.
* Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
* Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que crea la “Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud”.
* Política nacional de calidad en salud (RM 727-2009/MINSA) Octava Política – Objetivo: “Reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos”, planteando como estrategias la elaboración de planes locales e implementar mecanismos de información”.
* Política nacional para la calidad (DS 046-2014-PCM)
* Eje de Política N° 04: Producción y/o comercialización de bienes o servicios con calidad.
* Plan estratégico institucional 2017-2019 – MINSA Objetivos estratégicos institucionales: Objetivo 3: “Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud”
* Plan estratégico institucional 2018-2020– MINSA Objetivos estratégicos institucionales: Objetivo II “Cobertura y calidad de los servicios de salud” E3 – “Garantizar y mejorar de forma continua el cuidado de la salud y la calidad de atención de los servicios de salud”
* Unidad funcional de gestión de calidad en salud RM 896-2017/MINSA
* Art 2 inciso e: “Brindar asistencia técnica para la mejora continua de la Gestión de la Calidad en los procesos que se ejecutan en el sector salud” Adherencia de lavado de manos
* Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los Establecimientos de salud.
* RM N° 255-2016/MINSA Fortalecimiento de la implementación en la aplicación de la LVSC Lista de verificación de la seguridad de la cirugía (RM N° 308-2010/MINSA)
* Infecciones asociadas a la atención de salud NT de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (N° 020- MINSA/DGSP V01)

**V. AMBITO DE APLICACION**

El presente Plan es de aplicación en todas las unidades orgánicas y funcionales del Hospital de Espinar con mayor énfasis en aquellas que participan en la entrega de servicios de salud.

**VI. DEFINICIONES OPERATIVAS**

**ATENCIÓN SEGURA. -** Grado en el cual los servicios sanitarios para individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de resultados en salud deseados y son Consistentes con el conocimiento profesional actual.

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

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

**BARRERA DE SEGURIDAD.-** Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el efecto negativo o la producción del error.

**EQUIPO QUIRÚRGICO:** Se entiende a los cirujanos, anestesistas, personal de enfermería, técnicos y demás personal de quirófano involucrado en el procedimiento quirúrgico.

**ERROR DE MEDICACIÓN.-** Es cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o de lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, mientras la medicación está bajo control del personal sanitario, paciente o consumidor.

**ERROR.-** Es la falla para completar una acción tal como fue planeada o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo. No todos los errores producen daño o lesión.

**ERROR ASISTENCIAL.-** Falla humana de cualquier integrante del equipo de salud que forma parte del proceso asistencial y que origina la ocurrencia de un evento adverso, pudiendo generarse desde la planeación de la atención y sea por acción u omisión.

**ESTRATEGIA DE ANESTESIA SEGURA.-** Presencia de un anestesiólogo entrenado, pulsioximetro disponible, monitorización de la frecuencia cardiaca, presión sanguínea y temperatura.

**ESTRATEGIA DE CIRUGÍA LIMPIA:** Incluye el lavado e higiene correcta de las manos, uso apropiado de antibióticos, preparación de la piel, cuidado de la herida.

**ESTRATEGIA DE PROFESIONALES SEGUROS**: Presencia de personal entrenado, asegura el paciente correcto y el lado correcto de la cirugía, mecanismos de control Del dolor, aplica el consentimiento informado, evalúa diariamente los pacientes.

**EVENTO ADVERSO EN SALUD. -** Una lesión, incidente o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

**EVENTO CENTINELA:** Es un tipo de evento adverso que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida.

**EVENTO CON DAÑO.** - Son de tres tipos:

**LEVE:** cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación o tratamiento menor.

**MODERADO:** Cualquier evento adverso que ocasiona aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño a tener en cuenta pero no es permanente.

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

**FALLA ACTIVA.-** es la que se produce cuando la equivocación la comete directamente el (la) operador.

**FALLA LATENTE.-** es aquella falla que se produce en el sistema y que no involucra al operador.

**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.

**INCIDENTE:** Suceso susceptible de provocar daño o complicación en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

**PRÁCTICA SEGURA.-**Intervención sanitaria o administrativa en le proceso de atención en salud con resultados clínicos exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.

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

**SECUELA.-** Alteración transitoria o definitiva de la función física o mental luego de la ocurrencia de un evento adverso.

**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.

**SISTEMAS ABIERTOS.-** En un sistema abierto ante la ocurrencia de un error médico no se buscan culpables, se buscan las explicaciones del hecho y se traducen en aprendizajes institucionales tendientes a evitar nuevas incidencias.

**SECUELA:** alteración transitoria o definitiva de la función física o mental luego de la ocurrencia de un evento adverso.

**SISTEMA DE REGISTRO Y REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS.-** Son dos tipos.-

**VOLUNTARIOS.-** Se reportan sucesos que no resultaron en lesiones o daño o bien el mismo fue leve y que intentan descubrir los puntos vulnerables del sistema antes de la repetición del suceso. el reporte es confidencial.

**OBLIGATORIOS.-**se reportan lesiones severas o muertes con la finalidad de acceder a información para investigar casos específicos, se pueden reportar también sucesos que no resultaron en lesiones o daños con el fin de descubrir los puntos vulnerables del sistema antes de la repetición del suceso o del daño. el reporte es confidencial.

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

**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.

**VII. 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.

Para desarrollar la seguridad del paciente en el componente de la mejora continua del SGC, es necesario contar con un comité funcional de seguridad del paciente, el mismo que desarrolle y analice acciones en el ámbito de calidad que favorezca el desarrollo de las actividades de seguridad del paciente.

1. RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.
2. SEGURIDAD DE LA CIRUGIA SEGURA.
3. VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS, E INCIDENTES – IAAS.
4. MONITOREO DE LA TECNICA Y ADHERENCIA DE LA HIGIENE DE MANOS.

**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 y proponer las medidas correctivas convenientes.
* Vicepresidente: reemplaza al presidente en todo 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 programadas, colaborar con el Presidente, vicepresidente, secretario en el desempeño de sus funciones.

**VIII. ACTIVIDADES**

**Objetivo Específico 1:** Generar y fortalecer un mecanismo de registro y seguimiento de eventos adversos en todos los servicios del Hospital San Juan de Lurigancho

Llevar a cabo reuniones de sensibilización al personal de Salud en el tema de Seguridad del Paciente.

• Diseño de un 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.

* Realizar y capacitar en el manejo de las herramientas y metodologías para el análisis de los eventos adversos y gestión clínica del riesgo a los Jefes de Departamento y otros afines.
* Capacitar al personal en el diseño e implementación de proyectos de mejora de la seguridad del paciente.

**Objetivo Especifico 3:** Desarrollar mecanismos que faciliten el aprendizaje colectivo para prevención y manejo de eventos adversos.

* Establecer mecanismos de difusión y aprendizaje colectivo sobre eventos adversos.
* Incluir dentro del portal Web de la Institución, temas sobre seguridad del paciente, difusión de ficha de reporte y flujo grama de eventos adversos, Guía del Paciente Quirúrgico.
* Discusión de casos de eventos adversos centinela utilizando el Protocolo de Londres.
* Elaborar e implementar la Guía de Seguridad del Paciente. Lavado de manos (tríptico o díptico).
* Monitoreo periódico del plan de seguridad del paciente
* Implementación del sistema de dispensación de dosis unitarias, reporte de dosis unitaria.
* Verificar los 5 correctos en la Administración de medicamentos.
* Implementar la práctica adecuada de lavado de manos.

**Objetivo Especifico 4:** Adaptar, difundir e implementar las Buenas Prácticas 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-obstétricas, Centro Obstétrico, Cirugía y Neonatología con rondas de seguridad y auditoria de historias clínicas de los Departamentos.
* Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos implementación del sistema de dispensación de dosis unitarias.
* Verificar los 5 correctos en la administración de medicamentos
* Implementar la practica adecuada de lavado de manos
* supervisar al personal asistencial con énfasis en aquellos que se encuentran en entrenamiento.

**Objetivo Especifico 5** Lograr la participación de los usuarios del sistema

* Verificación del uso del Consentimiento informado de los procedimientos más frecuentes por servicio.
* Mejorar los mecanismos de atención y escucha al usuario.
* Involucrar al paciente y sus familiares en el proceso de atención.

**IX. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

El monitoreo y evaluación del Plan de Seguridad del Paciente, se realizará en base al cuadro denominado cronograma de actividades, además delos siguientes:

Tablero de indicadores de seguridad del paciente.

• Hipoxia neonatal mensual.

• Reporte de caídas de paciente por servicios mensual.

• Evidencias de haber involucrado a los usuarios en la seguridad de la atención.

• Implementación de la lista de verificación de Seguridad de Cirugía.

**X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

**XI. BIBLIOGRAFÍA**

* Resolución Ministerial N° 676 – 2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 – 2008”.
* Decreto Supremo N°013-2006, que aprueba el Reglamento de EESS y Servicios Medico de Apoyo.
* Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
* Resolución Ministerial N° 519-2006/M9NSA, que aprueba el “Documento Técnico del Sistema DE Gestión de Calidad en Salud”.
* Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que crea la “Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud”.
* Política nacional de calidad en salud (RM 727-2009/MINSA) Octava Política
* Política nacional para la calidad (DS 046-2014-PCM)
* Unidad funcional de gestión de calidad en salud/RM 896-2017/MINSA
* Guía Técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los Establecimientos de salud-RM N° 255-2016/MINSA
* RM N° 308-2010/MINSA (Lista de verificación de la seguridad de la cirugía)
* RM N°1021-2010/MINSA (Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad en la Cirugía)
* Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias (N° 020-MINSA/DGSP V. 01)
* RM 179-2005/MINSA-Norma Técnica de Vigilancia epidemiológica de las Infecciones intrahospitalarias (N° 026-MINSA/OGE V.01)
* RM N° 168-2015/MINSA “Lineamientos para la vigilancia, prevención y control de IAAS”
* RJ N° 631-2016/IGSS “Directiva Sanitaria Sistema de registro y notificación de incidentes, eventos adversos y eventos centinelas”
* R.M.N°092-2021/MINSA que aprueba la "Directiva sanitaria N°092 -2020-DGAIN"Directiva sanitaria de las rondas de seguridad del Paciente para la Gestión del riesgo en la Atención de Salud.

**ANEXOS**

**ANEXO 1**

**GUIA PARA LAS RONDAS DE SEGURIDAD**

**I. DEFINICIÓN**

Practica recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos Servicios clínicos y no planificada del personal ejecutivo relacionado con el área, para clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes. Consiste en una visita establecer una interacción directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa.

**II. OBJETIVO GENERAL**

Fortalecer la cultura por la seguridad del paciente.

**III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

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.

**IV. MÉTODO**

Elaborar Plan y cronograma de Rondas de Seguridad (seleccionando las áreas según riesgos mayores identificados).

Aprobación del Plan por la Dirección General o Ejecutiva Comunicación escrita de la Dirección a las Unidades involucradas sobre realización de las Rondas de seguridad, para conocimiento, involucramiento y elaboración de informe.

El equipo que realiza las Rondas de Seguridad debe estar conformado de la siguiente manera:

Director General o personal designado por la Dirección.

* Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad.
* Jefe de la Unidad de Epidemiología.
* Jefa del SERVICIO de Enfermería
* Jefe del SERVICIO de obstetricia.
* Las Rondas de Seguridad deben realizarse en horario diferente a la visita médica, se sugiere que tengan una periodicidad de 15 días y deben tener un promedio de duración de una hora.
* La evaluación será fundamentalmente de observación y entrevista.
* Las observaciones de la Ronda de Seguridad deben estar centradas en:
* La evaluación de prácticas inseguras en la atención del paciente.
* Identificación correcta de pacientes quirúrgicos así como exámenes auxiliares, diagnósticos por imágenes, etc.
* Historia clínica actualizada, ordenada y legible (revisar calidad de la prescripción).
* Disposición de los medicamentos (almacenamiento, orden, rotulación, fecha de vencimiento, etc.).
* Disposición de residuos Hospitalarios.
* Medidas de Bioseguridad.
* Higiene de manos.
* Identificación de otros riesgos de daño sobre el paciente.
* Se entrevistara tanto al personal de salud como a los pacientes y sus familiares.
* Las observaciones se consignan en Acta.
* Cada Ronda de seguridad debe informarse a la Dirección, adjuntando el Acta y enviando copia a las Unidades involucradas para cumplimiento de las recomendaciones.
* Considerar la felicitación por escrito al personal que realiza prácticas seguras.

**ANEXO 2**

**GUIA DE IMPLEMENTACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**

La vigilancia epidemiológica de eventos adversos (EA) derivados de la atención sanitaria, debe ser realizada con el propósito de darlos a conocer, identificar los factores que los desencadenan para evitar que se repitan y así mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención.

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios. A las consecuencias personales en la salud de los pacientes por estos daños hay que agregar el elevado impacto económico y social de los mismos. Por tanto, mejorar la seguridad de los pacientes constituye una estrategia prioritaria en las políticas de calidad y seguridad de los sistemas sanitarios.

Un sistema de vigilancia en el que cualquier trabajador de salud que detecte un evento adverso lo notifique, lo que hace que el reporte dependa de:

El conocimiento que el trabajador de salud tenga respecto a identificar un Evento Adverso.

La experiencia frente a situaciones no deseables asociadas a la atención

Una cultura no punitiva (castigo y sanción) cuando se descubre un error.

En la medida que el equipo de salud empiece a incorporar la necesidad de conocer los errores a fin de mejorar procesos de atención, identificar áreas susceptibles de mejorar para implementar programas de intervención eficientes, el reporte será más fluido y por lo tanto la vigilancia será cada vez de mejor calidad.

La Dirección General de Salud de las Personas por intermedio de la Dirección de Calidad en Salud tiene como propósito, promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente al interior de los establecimientos de salud con el fin de establecer sistemas formadores y no punitivos para la comunicación de los incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente.

**OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA:**

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

**PROCEDIMIENTO PARA EL REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**

**1.- FINALIDAD**

Fortalecer la detección de incidentes y eventos adversos para identificar oportunidades para la mejora de la calidad técnico - asistencial en el proceso de atención de salud.

**2.- OBJETIVO**

Estandarizar el proceso de registro y reporte de incidentes y eventos adversos en el HOSPITAL DE ESPINAR.

**3.- AMBITO DE APLICACIÓN**

El Formato de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos es de aplicación a nivel de todos los servicios del HOSPITAL DE ESPINAR.

**4.- IMPLEMENTACION DE LOS INSTRUMENTOS PARA EL REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS**

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

**5.- CONSIDERACIONES GENERALES**

**5.1. DEFINICIONES OPERATIVAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**5.1.1 Incidente:** Es una circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente.

Es frecuente que un evento adverso sea confundido con un incidente pero este se trata de un suceso que no ha causado daño pero es susceptible de

provocarlo en otras circunstancias o que favorece la ocurrencia de un evento adverso.

**5.1.2 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 más que por la enfermedad subyacente del paciente.

**5.1.3 Evento Adverso Centinela:** Es un incidente o suceso que produce la muerte o serias secuelas físicas o psicológicas, o el riesgo de éstas.

Se incluye específicamente entre las injurias serias, la pérdida de una parte o función del cuerpo. Es un evento que no debiera ocurrir.

**5.2** Para que un suceso sea considerado como un evento adverso debe cumplir con los siguientes criterios:

**5.2.1 Daño en el paciente:** Los cuales pueden ser clasificados según su gravedad en:

**a) Leve**: El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional 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

**b) Moderado**: Cualquier evento adverso que necesita de intervención como por ejemplo una cirugía al paciente o administrar un tratamiento suplementario, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración

**c) Grave**: En este caso el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.

**d) Muerte:** En este caso el evento causó la muerte o la propició a corto plazo.

**5.2.2 Daño producto de la atención en salud:** Un evento adverso es el daño causado por la atención en salud y no por la patología de base.

**5.2.3 Daño no intencional:** La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente define *Seguridad del Paciente* como la ausencia de injuria accidental ya que el daño al paciente es involuntario. El propósito de la atención de salud es preservar la vida, recuperar o mejorar las condiciones del paciente.

**5.3. REQUERIMIENTOS BASICOS**

- Ficha de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos (según Anexo

N° 01).

- Formato de consolidado de incidentes y eventos adversos en el establecimiento de salud (según Anexo N° 02).

- Capacitaciones en Seguridad del Paciente y en el correcto llenado del

Formato de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos.

**6.- CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS**

El *Formato de consolidado de incidentes y eventos adversos en el establecimiento de salud* se documentará mensualmente por la Oficina de Calidad del HOSPITAL DE ESPINAR; trimestralmente y anualmente bajo responsabilidad, se enviará el consolidado de los reportes a DIRESA. La DIRESA es responsable de enviar esta información consolidada a la Dirección de Calidad en Salud dentro de los treinta (30) días siguientes de vencido el periodo de medición.

En caso de que no haya ocurrido un incidente o un evento adverso se debe enviar en el Reporte que **“NO HUBO INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS”** en dicho periodo.

**6.1. ETAPA I: PLANEAMIENTO Y ORGANIZACIÓN**

Tiene como objetivo lograr la organización del equipo humano, logístico y otros necesarios para la implementación de la Ficha de Registro y reporte de Incidentes y Eventos Adversos y el Formato de Consolidado de Incidentes y Eventos Adversos tenga éxito, involucrando en el proceso a los directivos, jefes de servicios, y personal asistencial.

En esta etapa se debe realizar las siguientes actividades:

**6.1.1 Reunión con los jefes de los servicios:**

Esta reunión busca involucrar en todo el proceso de implementación a los jefes de departamentos y servicios. En esa reunión se debe realizar la

presentación del Formato de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos

Adversos enfatizando su impacto en la reducción de incidentes y/o eventos adversos.

**6.1.2 Designar a un responsable por Servicio:** Quien sea el encargado de consolidar todas las Fichas de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos semanalmente y luego enviarlas a la Oficina de Gestión de la Calidad Esta ficha es para gestión interna del establecimiento.

**6.1.3 Capacitación a los Jefes de Servicio y Equipos de Salud:** Se deben dar instrucciones al personal de salud sobre el correcto llenado de los instrumentos.

**6.1.4 Campaña de difusión:** Consiste en sensibilizar tanto al personal administrativo como al personal asistencial con la finalidad de mostrar este formato como una herramienta para la detección de oportunidades de mejoras, las cuales deben ser aprovechadas para tener un establecimiento más seguro.

**6.2. ETAPA II: IMPLEMENTACION DE LA FICHA DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS Y EL FORMATO DE CONSOLIDADO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS.**

**6.2.1 Aplicación de la Ficha de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos**

**Adversos**

a) Conforme a las definiciones operativas antes señaladas se debe confirmar si el suceso es un incidente o un evento adverso

b) Llenar la Ficha de *Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos* (Anexo N°1) detallando el suceso.

c) Entregar la Ficha de *Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos* a la persona responsable en cada servicio.

**6.2.2 Aplicación del Formato de Consolidado de Incidentes y Eventos Adversos**

a) Después de haber reunido las Fichas de *Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos* de todos los servicios del HOSPITAL DE ESPINAR, se debe determinar la causa del incidente o evento adverso y clasificarlas dentro de las siguientes categorías:

* Relacionados con la administración clínica
* Relacionados con procesos o procedimientos asistenciales
* Relacionados con errores en la documentación
* Relacionados con una infección asociada a la atención sanitaria
* Relacionados con la medicación o su administración
* Relacionados con la sangre o sus derivados
* Relacionados con la nutrición
* Relacionados con la administración de oxígeno o gases medicinales
* Relacionados con los dispositivos y equipos médicos
* Relacionados con el comportamiento del personal
* Relacionados con el comportamiento del paciente
* Relacionados con accidentes del paciente
* Relacionados con la infraestructura
* Relacionados con los recursos/ gestión del establecimiento

b) Cabe mencionar que cada una de las categorías mencionadas son excluyentes, por lo que cada reporte de incidente o evento adverso que se realice, tendrá que ser clasificado en una sola categoría.

c) Después de haber clasificado los incidentes y eventos adversos de un periodo determinado realizar el consolidado de dicho periodo.

**6.2.3 IDENTIFICAR OBSTÁCULOS**

Identificar los problemas que se presentaron con el uso de los instrumentos.

**6.2.4 CONTINUAR CON LA RECOPILACIÓN DE DATOS**

La Oficina de Gestión de la Calidad o la que haga sus veces debe asegurarse que los instrumentos estén siendo aplicados.

Realizar un gráfico del progreso semana a semana desde la implementación del Formato de Consolidado de Incidentes y Eventos Adversos.

**6.3. ETAPA III: EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS**

**6.3.1 ELABORACIÓN DEL INFORME SOBRE EL REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS** **ADVERSOS:**

Debe realizarse el Informe de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos: mensualmente, trimestralmente y anualmente. Los Informes trimestrales y mensuales deben ser remitidos a la Oficina de Gestión de la Calidad según pautas antes señaladas.

Dicho informe debe incluir:

a) La frecuencia de incidentes y/o eventos adversos por servicio

b) La frecuencia de incidentes y/o eventos adversos por etapa de vida c) La frecuencia de incidentes y/o eventos adversos por sexo

d) La gráfica de la frecuencia de incidentes y/o eventos adversos reportados según cada trabajador de salud, como por ejemplo:

f) La gráfica según categoría de eventos adversos:

g) Total de incidentes y eventos adversos ocurridos en el periodo reportado.

**ANEXO 3**

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

**I. FINALIDAD:**

Disminuir los eventos adversos asociados a la atención de los pacientes en sala de operaciones y recuperación del Hospital San Juan de Lurigancho.

**II. OBJETIVO GENERAL:**

Estandarizar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía en el HOSPITAL DE ESPINAR.

**III. OBJETIVO ESPECIFICO:**

Reforzar y fomentar la comunicación y el trabajo del Equipo Quirúrgico.

Reforzar las prácticas quirúrgicas seguras reconocidas y fomentar una mejor comunicación y trabajo en equipo durante las intervenciones quirúrgicas.

**III. 1 IMPLEMENTACION DE LA LISTA DE LA VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA.**

* Planeamiento y organización.
* Operativización del uso de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía.
* Evaluación de la implementación de la lista.
* Sostenibilidad.

**IV.DEFINICIÓN:**

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

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

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

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

El Equipo Conductor estará conformado de la siguiente manera.

* Médico Anestesiólogo. Presidente
* Médico Cirujano. Vicepresidente
* Responsable de la Unidad de Gestión de Calidad. Secretario
* Licenciada en Enfermería de Sala de Operaciones Miembro
* Responsable de la Unidad de Epidemiologia. Miembro

**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 Presidente, vicepresidente, secretario en el desempeño de sus funciones.

**VI.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 San Juan de Lurigancho.
* 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.
* Difusión de los logros Institucionales a nivel de Departamento y/o Servicio, luego de la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

**VII. ACTIVIDADES DEL EQUIPO CONDUCTOR:**

**VII.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 uniforme del mismo a la Unidad de Gestión de Calidad del Hospital de Espinar.

**VII.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 de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía una vez al mes con visitas inopinadas, así mismo, deberá remitir un informe del mismo a la Unidad de Gestión de Calidad del Hospital de Espinar.

**VII.3 Auditorias de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.**

El Equipo Conductor debe realizar la auditoria de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía mensualmente y serán 10 por cada integrante del equipo conductor, donde se evaluara el correcto llenado.

VII.4Medición Basal de Cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía.

El Equipo Conductor debe realizar una medición basal trimestral del grado de cumplimiento de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, así mismo, deberá remitir un informe del mismo a la Unidad de Gestión de Calidad del Hospital San Juan de Lurigancho.

**VIII. FORMATOS:**

El Formato de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía 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 5**

**INDICADORES:**

**Eventos Adversos Analizados:**

Total de Eventos Adversos Analizadosx100

Total de Eventos Adversos Notificados

Fuente: Unidad de Epidemiología - Comité de Seguridad del Paciente

**Eventos Adversos con propuesta de Mejora Correctivas:**

Total de Eventos Adversos con propuesta de mejoras correctivasx100

Total de Eventos Adversos Analizados

Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad - Comité de Seguridad del Paciente

**Uso de las Medidas de Seguridad Hospitalaria:**

Departamentos que utilizan medidas de bioseguridad y seguridad del pacientex1 0 0

Total de Departamentos

Fuente: Unidad de Epidemiología – Comité de Seguridad del Paciente

**Uso del Consentimiento informado**

Procedimientos frecuentes que cuentan con consentimiento informado x100

Total de Procedimientos Frecuentes

Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad - Comité de Seguridad del Paciente.