

Estadística

1082



MINISTERIO DE SALUD



N° 0193-DG-HONADOMANI-SB/2015

Resolución Directoral

Lima, 03 de Mayo de 2015

Visto, el Expediente N° 03252-15;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprueba el "Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", de aplicación en ámbito nacional, en las entidades públicas y privadas del sector salud, cuyo objetivo es "Establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud", regulando a su vez que los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, tienen como función "Implementar la normatividad vigente del Sistema de Gestión de la Calidad en el establecimiento";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, se aprueba el "Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud", de aplicación obligatoria por la Autoridad Sanitaria en sus niveles nacional, regional y local, así como por las organizaciones proveedoras de atención de salud públicas, privadas y mixtas en el país", cuyo objetivo es "Establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el Sistema de Salud del Perú", precisando a su vez como séptima política que "Las Organizaciones proveedoras de atención de salud y sus establecimientos de salud tienen como estrategia la implementación de planes, programas y procesos de mejora de la calidad de la atención en salud";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 533-2008-MINSA, se aprueba criterios mínimos "Lista de Chequeo de Cirugía Segura" con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad en la atención de los pacientes;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, se conformó el "Comité Técnico para la Seguridad del Paciente", el mismo que elaborará el "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente, en el marco del compromiso nacional asumido por el Ministerio de Salud como integrante de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente;

Que, en ese sentido, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad mediante Nota Informativa N° 065-2015-OGC-HONADOMANI-SB, remite al Director Adjunto el "Documento Técnico: Plan para la Seguridad del Paciente 2015", debidamente visado, cuyo objetivo General es "Fortalecer las intervenciones de mejora de la calidad y de seguridad de la atención, que contribuyan a la acreditación del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", el mismo que como documento normativo cumple con la estructura mínima y contenido establecido en el artículo 6.1.4 de la Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA que aprueba las "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud";

UNALUM
OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA
RECIBIDO
13:05

Que, mediante Oficio N°070-DA-HONADOMANI-SB-2015, el Director Adjunto solicita al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" se apruebe mediante Resolución Directoral el Documento Técnico: Plan para la Seguridad del Paciente 2015". el cual fue revisado por la Coordinadora de Monitoreo Institucional y cuenta con opinión favorable;

Que, mediante Memorándum N°0091.DG.HONADOMANI.SB.2015, el Director General solicita a la Oficina de Asesoría Jurídica proyecte la Resolución Directoral correspondiente;

Que, la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, establece en el numeral 61.2 del artículo 61° que, toda Entidad es competente para realizar las tareas materiales internas necesarias para el eficiente cumplimiento de su misión y objetivos, así como para la distribución de las atribuciones que se encuentran comprendidas dentro de su competencia;

Que, estando a lo solicitado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, resulta necesario emitir el acto administrativo correspondiente;

Contando con las visaciones de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General mediante Resolución Jefatural N°34-2015/IGSS y la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- Aprobar el "DOCUMENTO TECNICO: PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2015" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", debidamente visado, el cual consta de veintiún (21) folios, que forma parte de la presente Resolución Directoral.

Artículo Segundo.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad, implemente la difusión interna del presente documento técnico y su cumplimiento en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Artículo Tercero.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática publique el citado documento técnico, en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe del portal de Internet del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

Regístrese y Comuníquese.

EWVP/JCVO
c.c

- ✓ DA
- ✓ OGC
- ✓ OAJ
- ✓ OEI
- ✓ Archivo



El Presente Documento es
COPIA FIEL DEL ORIGINAL
Que He Tenido a la Vista

Sra. Lidia Cristina Alache Pérez
FEDATARIO
HONADOMANI "SAN BARTOLOME"
FECHA: 12 MAYO 2015



Ministerio de Salud

367 años al servicio del Perú

"Hospital... Amigo de la Madre y el Niño"



Hospital Nacional Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

Documento técnico: PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

2015



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Lima - Perú

2015

ANIBAL VELASQUEZ VALDIVIA

MINISTRO DE SALUD

Dr. Edgardo Vásquez Pérez

Director General del HONADOMANI "San Bartolomé"

Dr. David Cornejo Falcón

Sub Director General del HONADOMANI "San Bartolomé"

Dr. Alvaro Santivañez Pimentel

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Med. Yuri Velazco Lorenzo

Jefe de la Unidad de Seguridad del Paciente



ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	04
FINALIDAD	04
BASE LEGAL	04
ÁMBITO DE APLICACIÓN	05
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	05
OBJETIVO GENERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
METAS	18
ESTRATEGIAS	18
ACTIVIDADES	19
ANEXOS	21



I. INTRODUCCION

El estudio sobre la frecuencia de los eventos adversos (EA) ligados a la asistencia médica, su efecto en los pacientes y el impacto en los sistemas de salud ha experimentado un intenso impulso en los últimos años. El análisis individual profundo de sus factores contribuyentes ha permitido el desarrollo de múltiples estrategias para prevenir o minimizar su impacto, sin embargo es necesario una perspectiva epidemiológica para explorar estas posibles asociaciones y generalizar las recomendaciones que se deriven de este análisis.

Son imprescindibles una cultura de confianza, confidencialidad y un espíritu de colaboración entre las organizaciones para poder compartir y aprender de las iniciativas derivadas del estudio de los EA y así mejorar la seguridad de los pacientes en el Sistema Nacional de Salud.

Las estrategias son varias, en el marco de los retos globales emanadas desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), tales con lavado de Manos, lista de Verificación de la cirugía y últimamente la propuesta de realizar un código internacional de eventos adversos.

En el marco de la reforma de la salud a través del RIS, SUSALUD hace énfasis en la responsabilidad que le quepa a las IPRES respecto de los eventos adversos y la calidad de las prestaciones realizadas.

El Hospital San Bartolomé a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, en concordancia con dichos lineamientos han desarrollado este Plan adaptado a nuestra realidad institucional para operativizar una serie de actividades tendientes a la disminución del riesgo en la generación de eventos adversos identificados en el presente documento y también fortalecer una cultura de seguridad en la atención de nuestros pacientes.

II. FINALIDAD

Contribuir a que la atención que brinda el personal de salud del Hospital Nacional Madre Niño San Bartolomé sea más segura para los pacientes.

III. BASE LEGAL

Ley N° 26482 "Ley General de Salud"

DS N° 013-2006 -SA "Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"

Decreto Supremo N° 031-2014-SA, que aprueba el "Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD".



RM. N° 519-2006/MINSA "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"

RM. N° 533-2008-MINSA aprobación criterios mínimos "Lista de Chequeo de Cirugía Segura"

RM. N° 308-2010-MINSA aprueba "Lista de Verificación de la seguridad de la Cirugía"

RM. N° 1021-2010-MINSA aprueba "Guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la seguridad de la Cirugía"

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

Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que conforma el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.

Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA, que aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

Resolución Directoral N° 205-DG-HONADOMANI-SB/2006, que aprueba la Norma Técnica de Proceso de Vigilancia Activa de Eventos Adversos del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé".

Resolución Directoral N° 154-DG-HONADOMANI-SB/2012, que aprueba el "Plan de Gestión de la Calidad 2012 y 2013 del Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé"

Resolución Directoral N° 363-DG-HONADOMANI-SB/2012, que aprueba el "Documento Técnico: Metodología para el desarrollo del análisis de causa raíz del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé".

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan para la Seguridad del paciente comprende a todas las Oficinas y Departamentos de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Hospital San Bartolomé Nivel III-1.

V. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

Durante el 2014 se han desarrollado acciones tendientes a mejorar la seguridad del paciente las cuales estuvieron incluidas en el POA 2014. Estas actividades han generado data que es analizada y convertida en información, permite identificar cuáles son los problemas de seguridad en nuestra institución.

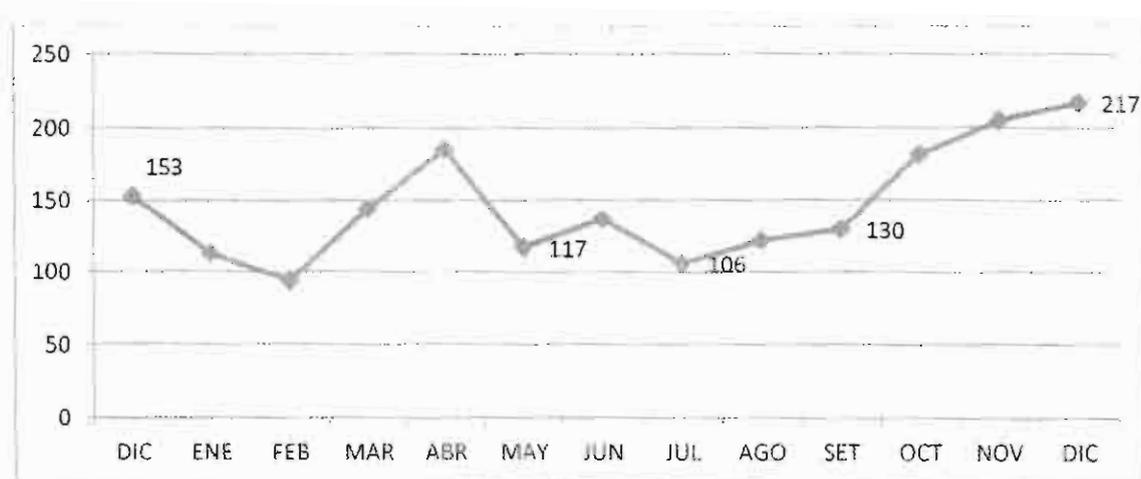


V.1 LA VIGILANCIA DE LOS EVENTOS ADVERSOS

El presente informe de incidentes de seguridad (IS), esta desagregado en Incidentes con Daño (EVENTOS ADVERSOS), e Incidentes sin Daño, con lo cual esperamos que mejore las notificaciones y permita realizar las intervenciones inclusive antes que se produzca un Evento Adverso. A continuación se presenta el consolidado anual

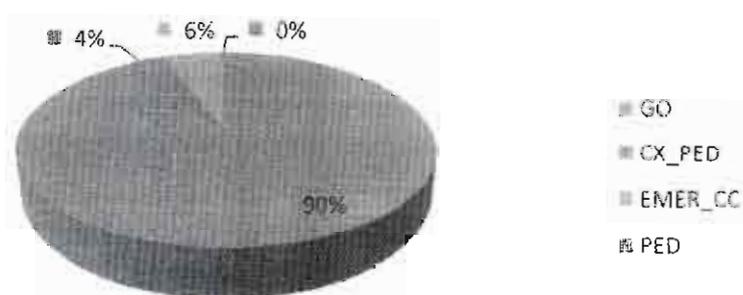
INCIDENTES DE SEGURIDAD TOTAL

Número de Incidentes de Seguridad en el HONADOMANI SB.
Dic 2013 – Dic 2014



Se observa que en el segundo semestre del 2014 hay un incremento sostenido desde Julio a Diciembre, dicho incremento se llega a duplicar en el mes de Diciembre.

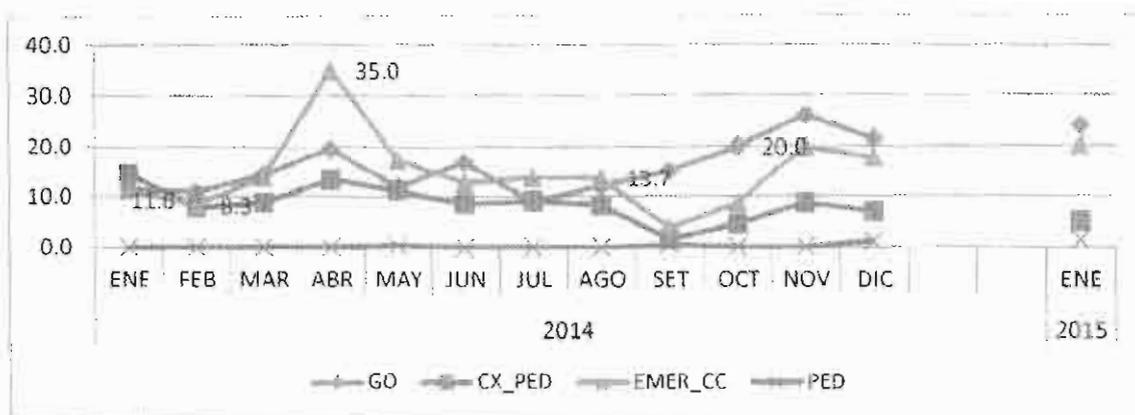
Incidentes de Seguridad por Departamentos. HONADOMANI
San Bartolomé 2014



En la distribución porcentual de IS presentados por departamentos en el año 2014, observamos que el Dpto. de Gineco Obstetricia presenta el mayor reporte de IS con un 90.0% (1401 casos), en segundo lugar encontramos al Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos con 06 % (37 casos), en tercer lugar Cirugía pediátrica 04% (70 casos) y Pediatría 0.0% (3 casos).



Tasa de Incidentes de Seguridad por Ingresos Hospitalarios mes según Departamentos
HONADOMANI SB. 2014



Se observa que el departamento de Gineco obstetricia (GO) presenta la tasas más altas de Incidentes de seguridad en el segundo semestre del 2014 en relación a sus ingresos hospitalarios, seguido por el departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

INCIDENTES DE SEGURIDAD CON DAÑO (EVENTOS ADVERSOS)

Eventos Adversos presentados en Dpto. Gineco obstetricia.
2014

Incidente de seguridad	ene-14	feb-14	mar-14	abr-14	may-14	jun-14	jul-14	ago-14	sep-14	oct-14	nov-14	dic-14	frecuencia	promedio
Revisión instrumentada	25	17	32	45	11	26	24	28	36	47	50	50	436	36.3
Transfusión hemoderivados (PG)	13	24	24	24	11	15	15	42	28	32	40	34	326	27.2
endometritis	10	12	14	14	13	21	13	15	18	22	16	5	198	16.4
HPP x Atonia Uterina	10	16	17	18	10	18	12	22	17	11	20	11	156	13.0
Desgarro de pared vaginal	11	15	20	15	12	4	7	12	10	0	6	5	126	10.7
ISO	8	9	12	17	11	8	10	13	2	19	7	18	124	10.3
fractura de clavícula	3	0	7	22	8	16	0	4	12	4	6	7	100	8.3
Apagar x 7	1	1	1	1	1	10	1	1	11	17	24	15	92	7.7
reingreso x 7e	1	1	0	21	1	0	0	1	1	0	1	0	69	5.8
Desgarro de Cervix	0	1	3	7	1	2	2	4	7	1	3	2	44	3.7
legado puerperal	2	1	4	2	2	2	0	0	6	4	5	1	35	2.9
traslado no aspe a UCI	0	2	0	5	2	5	1	3	1	2	1	0	35	2.9
retención placentaria	1	2	3	1	4	1	4	1	1	1	1	1	32	2.7
hipertensión	1	1	0	4	1	5	1	1	1	1	0	1	52	2.7
Desgarro III y IV	1	0	1	1	1	2	2	4	4	1	0	1	19	1.6
punción inadvertida duram	1	1	3	2	1	2	2	0	2	0	0	0	15	1.3
Hematoma subvagina	0	1	1	4	1	0	0	0	3	0	0	1	13	1.1
estancia prolongada	1	2	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	12	1.0
Deficiencia de cicatriz int.	0	0	1	2	1	3	2	0	0	0	0	0	11	0.9
lesión por sonda	0	0	1	2	0	1	0	1	0	1	1	1	11	0.9
hemorragia intrapleurales	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	10	0.8
perforación uterina	0	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	7	0.6
Deficiencia de aspiración	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	6	0.5
Reacción transfusional	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	5	0.4
objetos fetales en hospitalización	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0.3
fuga de paciente	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	0.3
hematoma de pared abdominal	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0.2
fractura	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0.2
inversión uterina	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0.1
quemaduras 2º grado	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.1
hematomas equimosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
ruptura de dermis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
hemorragia uterina	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
deficiencia de higiene oral	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
traslado no planificado a otro H	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
caída RN	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0



Se observa que los 06 eventos adversos más frecuentes durante el año 2014 en el departamento de Ginecoobstetricia fueron: revisión instrumentada (436 casos), transfusión de hemoderivados (326 paquetes globulares), Endometritis (198 casos), HPP por atonía uterina (156 casos), Desgarro de pared vaginal (128 casos) e Infección de Sitio Operatorio (124 casos). Sin embargo, el evento adverso **Fractura de clavícula** (100 casos) se presenta en un promedio de **08 por mes con valores por encima del estándar (rojo) durante nueve meses**, asimismo **reingreso menor a 7 días** se presenta con un promedio de **5.8 casos por mes y presentó valores por encima del estándar (rojo) durante 08 meses**.

V.2 LISTA DE CHEQUEO DE CIRUGÍA SEGURA

TOTAL DE FICHAS PROCESADAS EN EL AÑO 2014

Porcentaje de lista de verificación implementada en centro quirúrgico
Año 2014

MES	CIRUGIAS REALIZADAS*	LISTA DE VERIFICACION	
		N	% del total de Cx
ENERO	325	306	94.1
FEBRERO	639	451	70.6
MARZO	787	481	61.1
ABRIL	702	498	70.9
MAYO	496	457	92.1
JUNIO	450	381	84.7
JULIO	494	464	93.9
AGOSTO	549	499	90.9
SETIEMBRE	499	454	91.0
OCTUBRE	527	459	87.1
NOVIEMBRE	505	448	88.7
DICIEMBRE	621	524	84.3
TOTAL	6594	5422	82.2

* Fuente: Banco de datos. Oficina de Estadística e informática

Se observa que en el año 2014 se realizaron un total de 6594 cirugías y se aplicaron un total 5422 LVCS, representando su aplicación en el 82.2% de las cirugías realizadas en el año.



HALLAZGOS SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA LVCS

etapa	Mayor frecuencia de incumplimiento
antes de la anestesia	aplicación de antibiotico profilaxis
antes de la incision	verifica la placa de rayos x
antes que salga del quirófano	llenado de la hoja de monitoreo en trasfusión
firma y sello	Incumplimiento los medicos anestesilogos

V.3 VIGILANCIA DE LA SEGURIDAD DEL PARTO.

PROMEDIO ANUAL DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PARTO

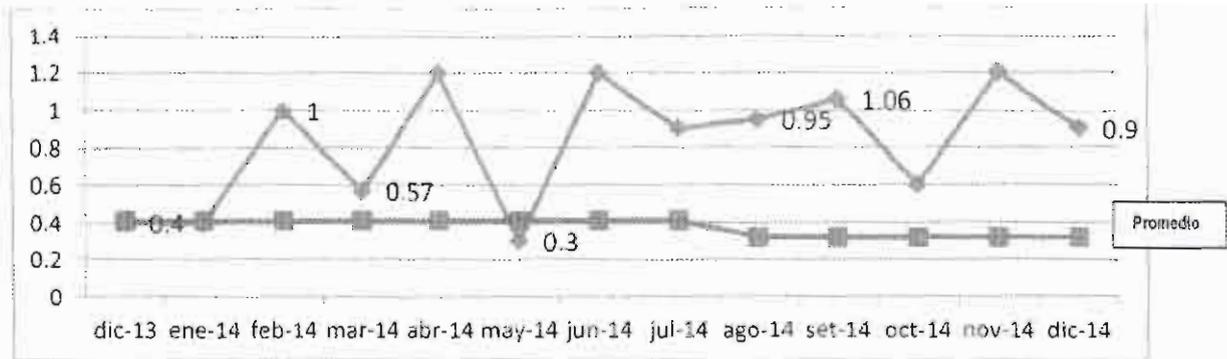
Indicador	2013	2014	Fuente
ENDOMETRITIS PV casos x 100 partos vaginales	0.9	0.9	0.41 * (promedio nacional Hospitales III-1)
ENDOMETRITIS PC x100 cesáreas	3.5	2.9	0.77 * (promedio nacional Hospitales III-1)
DESGARRO PERINEAL III/IV x 100 partos vaginales	1.03	0.5	0.52 (promedio Institucional)
TRAUMA CUERO CABELLUDO x100 partos	1.26	1.3	1.52 (promedio Institucional)
EPISIOTOMIA x 100 partos vaginales	44.45	43.65	25 (estándar Internacional)
IHO x 100 cesáreas	2.38	1.56	1.65 * (promedio nacional Hospitales III-1)
INGRESO A UCCM x 1000 gestantes	2.56	4.80	3.12 (promedio Institucional)
APGAR 5 MINUTOS MENOR de 7 nv x 100 partos	0.54	0.50	0.6 (promedio Institucional)
TRANSFUSIONES (Mayor de 1 unidad) x 100 transfusiones en gestantes	3.88	3.20	2.5 (promedio Institucional)

Fuentes: Reporte de la Oficina de Epidemiología, Reporte de eventos adversos de GO, SIP, Servicio de UCCM.
(*) DGE. Boletín epidemiológico (Lima) 22 (05): 95.

De los 9 indicadores apreciamos que solo dos indicadores se mantuvieron dentro de los estándares que son trauma de cuero cabelludo, APGAR a los 5 menor de 7.



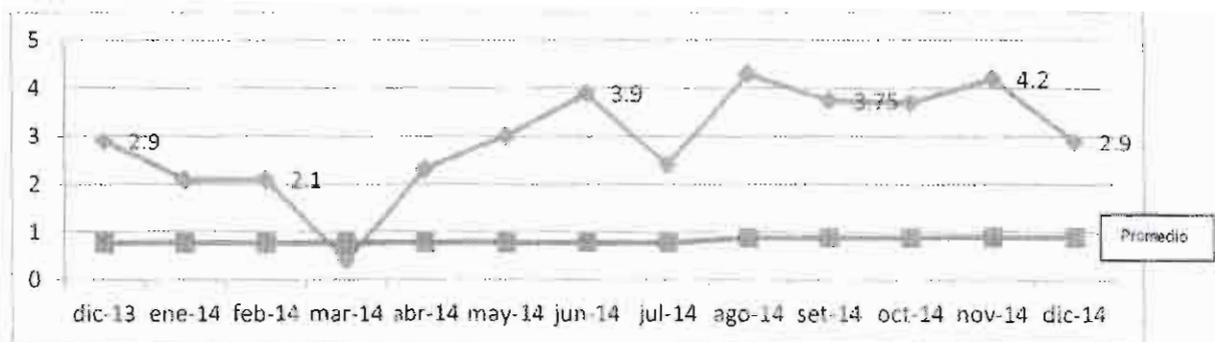
• Tasa de endometritis puerperal en parto vaginal



Leyenda: En azul = Tasa de endometritis por parto vaginal HONADOMANI SB. En púrpura: Promedio nacional para nivel III-1 (0.32). (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA – 2014).

La tasa de endometritis puerperal en parto vaginal durante el año 2014 se incremento especialmente el segundo semestre llegando a duplicar los valores estándar.

• Tasa de endometritis puerperal en parto por cesárea

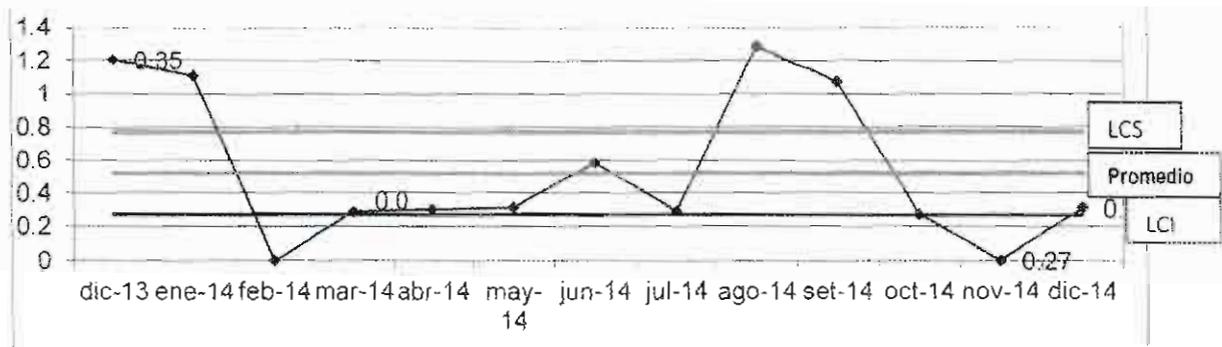


Leyenda: En azul = Tasa de endometritis por Cesárea HONADOMANI SB. En púrpura: Promedio nacional para nivel III-1 (0.88). (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA – 2014)

Observamos que desde el mes de Marzo hay un incremento sostenido de la tasa de endometritis puerperal en parto por cesárea, cuyos valores en el segundo semestre llegan a triplicarse respecto del promedio referencial III-1 (0.88).



• Tasa de desgarros perineales de III y IV grado

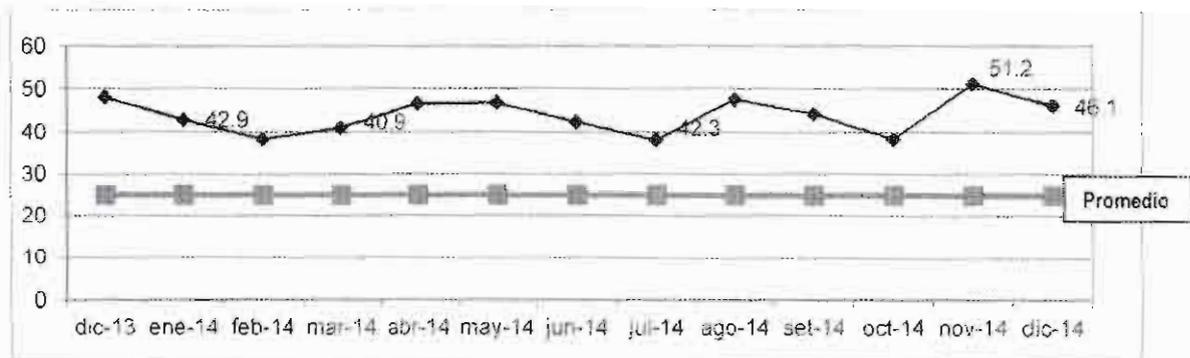


Leyenda: LCS (Limite Central Superior) = 0.26; LCI (Limite Central inferior) = 0.77

Fuente: Sistema Informático Perinatal

Se puede observar que a excepción de los meses Enero, Agosto y Septiembre en que la tasa se incrementó por encima del Limite superior, los demás meses del año 2014 han estado dentro del rango bajando incluso en los meses de Febrero y Noviembre.

• Tasa de episiotomías en parto vaginal



Leyenda:

En azul. Tasa de episiotomía en parto vaginal HONADOMANI SB.

En púrpura: Referencia internacional (25%)

Fuente: Sistema Informático Perinatal

Observamos que la tasa de episiotomías en parto vaginal durante el año 2014 ha estado siempre sobre los valores estándar de referencia llegando casi a duplicar en promedio. Esto significa que no se está cumpliendo con la episiotomía restrictiva, tal como lo señala la evidencia científica. El abuso de este procedimiento incrementa los riesgos de eventos adversos tales como hematoma, infección y dehiscencia de episiotomía, entre otros.



QUEJAS Y RECLAMOS ASOCIADOS A EVENTOS ADVERSOS PRESENTADOS EN EL 2014
(Quejas de Tipo 2 y Libro de Reclamaciones)

QUEJAS Y RECLAMOS ASOCIADOS A EVENTOS ADVERSOS	TIPO 2	LR	N°
Fractura de Clavícula del RN	2	6	8
Óbito Fetal	1	1	2
Muerte materna	1		1
Atención de parto vaginal con fractura de cadera (madre)	1		1
Post- cesárea con reintervención quirúrgica		1	1
Muerte de paciente post Qx. en hosp. de Cirugía Ped.)		1	1
Quemadura química de RN (vía)	1		1
Perforación uterina- paciente ginecológica		1	1
Parto con caída de RN en emergencia	1		1
Parto en domicilio		1	1
Quemadura de RN (bolsa de agua caliente)		1	1
TOTAL	7	12	19

Comentario: Se observa que en el 2014 se presentaron 19 casos de quejas y reclamos vinculados a eventos adversos, siendo el de mayor número las fracturas de clavículas del RN en partos vaginales y el resto de los casos en menor número, pero de gran significancia.

De lo que se concluye que:

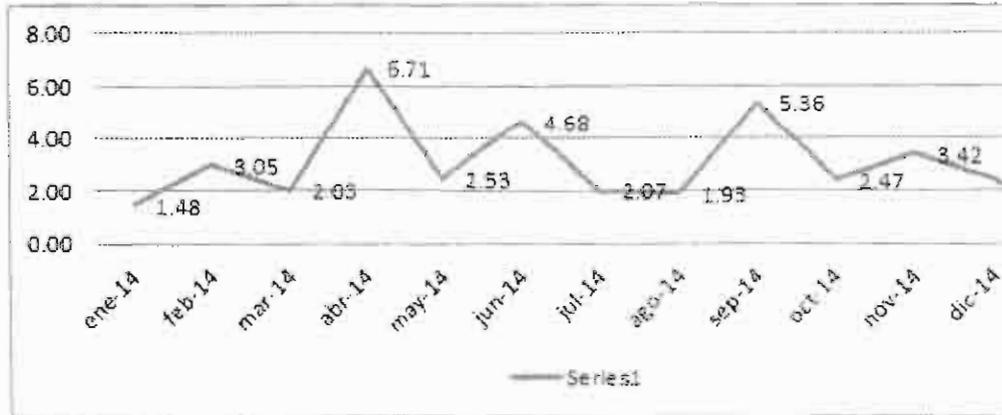
- En el 2014 fueron reportados como quejas y reclamos vinculados a eventos adversos 19 casos.
- Las áreas involucradas fueron los Dptos. de Gineco- obstetricia, Cirugía Pediátrica, Pediatría, Enfermería y Emergencia y UCIS. El personal de salud involucrado fueron médicos de las diferentes especialidades y enfermeras.
- La muerte materna fue manejado por la Dirección General y se realizó la auditoria respectiva.
- Los otros casos fueron manejados por los departamentos correspondientes.

V.6 AUDITORIAS VINCULADAS A EVENTOS ADVERSOS

De los Informes de Auditoria de Caso se presentan 06 casos asociados a eventos adversos que no necesariamente fueron generados en el Hospital San Bartolomé, ya que siendo Hospital de referencia nacional muchos pacientes son referidos de otros establecimientos a nuestra institución.



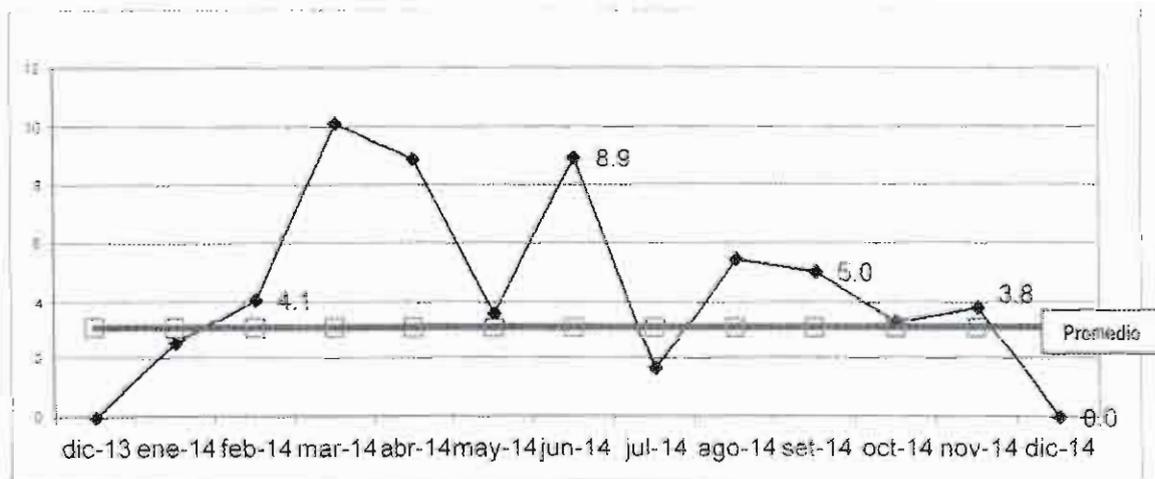
• Fractura de clavícula neonatal



Fuente: Sistema Informático Perinatal

La tasa de fractura de clavícula neonatal durante el año 2014 estuvo fluctuando entre 1.48 y 6.71 por 100 partos vaginales como valores extremos y con valores promedio de 08 fracturas por mes.

• Tasa de gestantes y/o puérperas que ingresan a UCI sin presencia de patología severa previa al momento de su ingreso al hospital (x 1000 gestantes)



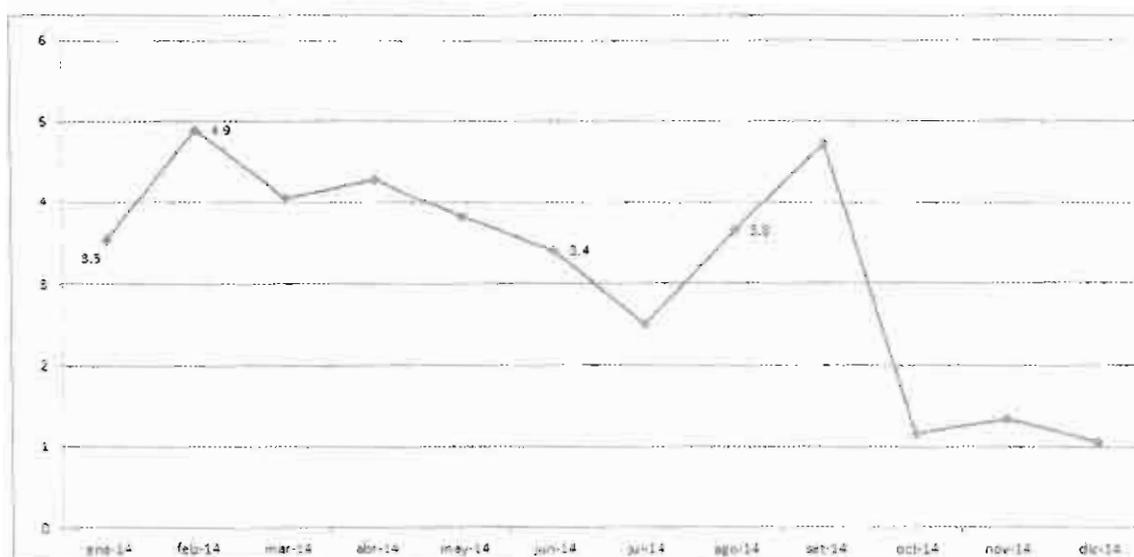
Fuente: Epicrisis servicio UCCM

Promedio: 3.12

Observamos que en el primer semestre del 2014 este indicador presento valores altos llegando incluso a 10, en el segundo semestre sin embargo la tendencia fue hacia la baja.



- Tasa de pacientes obstétricas que recibieron transfusiones sanguíneas (mayor de 01 unidad)

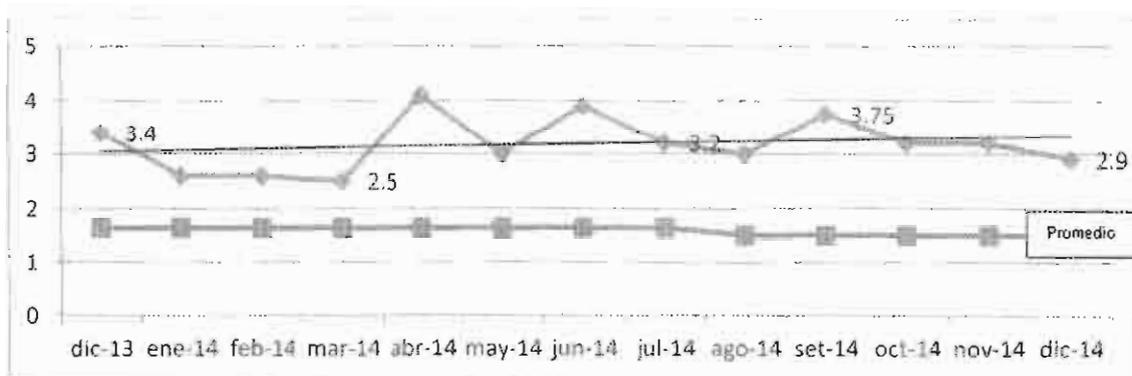


Fuente: Reporte EA departamento de Gineco obstetricia

Promedio: 2.5

Observamos que en el último trimestre del 2014 se produjo un descenso por debajo del estándar, aunque el valor promedio para todo el año 2014 fue 3.20 por 100 transfusiones sanguíneas (mayor de 01 unidad) en gestantes.

- Infección de sitio operatorio en pacientes post cesárea



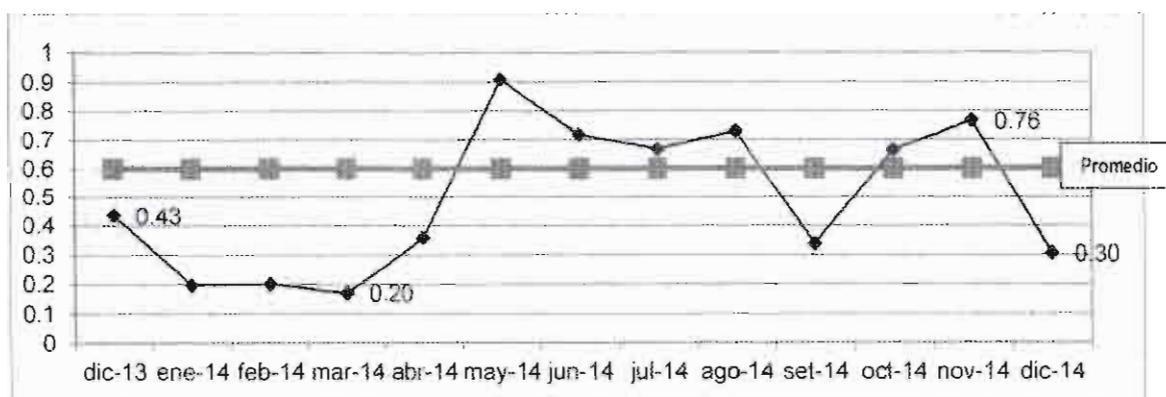
Fuente: Reporte de Epidemiología

En púrpura: Promedio nacional para nivel III-1 (1.7). (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA – 2014)

Observamos que el valor de este indicador para el año 2014 se sitúa muy por encima del estándar llegando incluso a duplicarse en los meses de Enero, Abril, Junio y Septiembre.



• APGAR a los 5 minutos menor de 7



Fuente: Sistema Informático Perinatal

Promedio: 0.6

Se observa que el valor de este indicador para el año 2014 tuvo dos picos de 0.90 y 0.76 nacidos vivos con apgar menor de 7 a los 5 minutos por cada 100 partos atendidos en los meses de Mayo y Noviembre, observándose que este valor ha disminuido significativamente en el mes de Diciembre llegándose a situar por debajo del valor promedio de la institución.

V.4 RONDAS DE SEGURIDAD

Es importante mencionar que en el marco de la seguridad del paciente, se han venido desarrollando las siguientes Rondas de Seguridad:

Tabla N°04.- RONDAS DE SEGURIDAD – 2014

N°	MES	SERVICIO
1	Abril	Centro obstétrico
2	Junio	Emergencia pediátrica
3	Julio	Emergencia obstétrica
4	Agosto	Sala de partos
5	Septiembre	Centro quirúrgico
6	Diciembre	Cirugía pediátrica
7	Diciembre	emergencias



V.5 QUEJAS Y RECLAMOS VINCULADOS A EVENTOS ADVERSOS

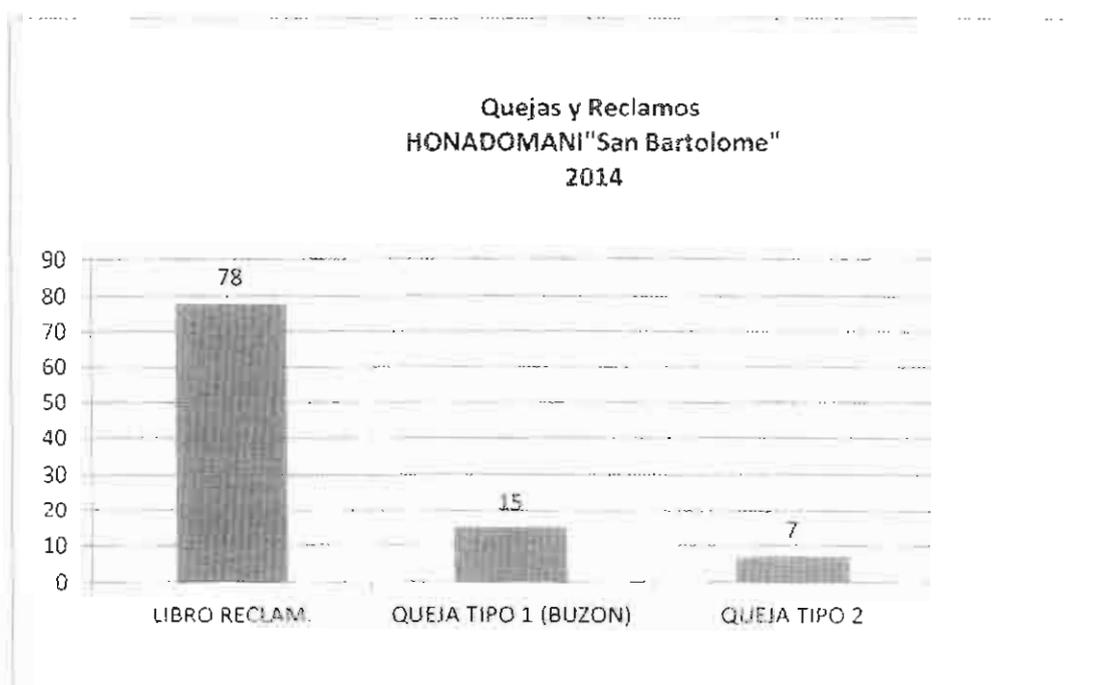
Las quejas y reclamaciones fueron recopiladas de los tres (3) Libros de Reclamaciones existentes en la Institución y que se encuentran bajo la responsabilidad de la Oficina de Comunicaciones y de las quejas de Tipo 2 (escritas, codificadas) presentadas por el usuario externo en la Oficina de Calidad, las que luego son procesadas por la Unidad de Mejora Continua, los cuales nos han permitido identificar aquellas quejas y reclamos vinculados a Eventos Adversos durante el 2014 de las diferentes Unidades orgánicas.

Análisis

En el año 2014, se presentaron un total de 404, entre quejas de Tipo 1 (Buzón), quejas de Tipo 2 y Libro de Reclamaciones.

Para este análisis solo se consideran las quejas de Tipo 2 y el Libro de Reclamaciones (344 casos) y de ellas solo aquellas quejas y reclamos las que estén vinculadas a eventos adversos (19 casos).

TOTAL DE QUEJAS Y RECLAMOS PRESENTADOS EN EL 2014



Comentario: Se observa que en el 2014 se presentaron entre quejas y reclamos 404 (100%) de las cuales el 78% (314) se presentaron en el Libro de Reclamaciones.



Diagnósticos	Departamentos Incluidos en la auditoría
Quiste hepático paro cardio respiratorio hemperitoneo, CID	Departamento de Cirugía Pediátrica
Schock multifactorial: hipovolemico y distributivo, insuficiencia respiratoria tipo 1 en VM D/C SDRA. Disfunción multiorganica. politransfundida hematoma hepático roto operado. pre eclampsia severa-sindrome de HELLP	Departamento de Gineco Obstetricia
Bronquiectasia, post operado de bulas pulmonares congenitas parálisis cerebral infantil, epilepsia secundaria en tratamiento enfermedad por reflujo gastro esofagico. PO de fundoplicatura +gastostomía asma bronquial, estreñimiento en tratamiento postador de SGT, desnutricion cronica	Departamento de pediatria
sepsis pp neurologico, meningococcal por neumococo, d/c neumonia por meningococcal por neumococo, trastorno de coagulación hipocalcemia d/ embrión subdural recibió tratamiento por hipertensio endocraneada secundaria a meningococcal bacteriana con manitos y solucin hipertonica	Cuidados critico del niño y adolescente
Fiebre tifoidea complicada con perforación intestinal, shock hemorragico, falla multiorganica por shock septico secundario a foco intraabdominal (necrosis intestinal, perforacin intestinal)	Cuidados critico del niño y adolescente
Tortuosidad vascular periferica leve ambos ojos captado para seguimiento de retinopatia de prematuridad	Especialidades OFTALMOLOGIA

VI. OBJETIVO GENERAL

Disminuir los riesgos en la atención de salud, contribuyendo a hacer de los servicios del hospital lugares más seguros para el niño y la madre.

VII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Fortalecer la notificación de los incidentes y eventos adversos en la entrega de la atención de salud.
2. Disminuir el riesgo en la prestación de servicios con énfasis en la atención del parto.
3. Mejorar la aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura en Centro Quirúrgico.



VIII. METAS

1.- Incrementar en 10% la notificación de eventos adversos en Departamentos diferentes al de Ginecoobstetricia.

Indicador: Número de Incidentes y Eventos adversos por Servicios y Departamentos.

2.- Mejorar tres indicadores de atención del parto reduciéndolos en un 30%.

INDICADORES DE ATENCIÓN DEL PARTO

Indicador	Valor obtenido Año 2014	Valor esperado Año 2015	Referencia (*)
ENDOMETRITIS PARTO VAGINAL	0.9	0.6 casos x 100 partos vaginales	0.32 (promedio nacional Hospitales III-1)
ENDOMETRITIS PARTO CESÁREA	2.9	2.0 casos x100 cesáreas	0.88 (promedio nacional Hospitales III-1)
INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA	3.1	2.0 x 100 cesáreas	1.51 (promedio nacional Hospitales III-1)

* DGE. Boletín epidemiológico (Lima) 23 (17): 332

3.- Mejorar la aplicación de la antibioticoprofilaxis preoperatoria

Indicador: Porcentaje de verificación de incumplimiento de la antibioticoprofilaxis. (Fuente: LVCS)

De un promedio 8.1 (2014) a menos del 5.6 (2015).

IX. ESTRATEGIAS

1. Generar evidencia sobre EA en servicio, en Departamentos con menor reporte de EA.
2. Coordinar acciones con la Oficina de Epidemiología.
3. Abogacía y sensibilización a los Jefes de Servicios en controlar la adherencia a la antibioticoprofilaxis.
4. Sensibilización y difusión de los beneficios de Seguridad del Paciente a personal de salud.
5. Identificación de líderes en los diferentes servicios de las UPS.



X. ACTIVIDADES

ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN EL 2015

Relacionadas con el Objetivo 1.- Incrementar en 10% la notificación de eventos adversos en Departamentos diferentes al de Ginecobstetricia.

En el Dpto. de Pediatría el histórico de reporte de eventos adversos se encuentra muy por debajo de los niveles reportados en otros estudios europeos y latinoamericanos que señalan la presencia de Eventos Adversos en los Servicios de Pediatría en aprox 10%. (estudios IBEAS-ENEAS)

1.1.- Notificación y vigilancia de eventos adversos.

Con la vigilancia pasiva históricamente el Dpto. de Pediatría reporta no tener Eventos adversos, según normatividad vigente es responsabilidad del personal asistencial identificar y reportar estos eventos, en ese sentido se debe reforzar la Cultura de seguridad para identificar y notificar los eventos adversos.

1.2.- Desarrollo de estudio de prevalencia.

Para demostrar y cuantificar la presencia de eventos adversos en el Dpto. de Pediatría se plantea la búsqueda activa en un estudio de prevalencia dirigida por la Oficina de Gestión de la Calidad.

1.3.- Realización de análisis causal de eventos.

Se dará prioridad a la realización del análisis de causa raíz en casos de pacientes pediátricos.

Relacionadas con el Objetivo 2.- Mejorar tres indicadores de atención del parto reduciéndolos en un 30%.

La Oficina de Gestión de la Calidad viene monitorizando estos últimos años un grupo de indicadores (09) relacionados con la atención del parto en nuestra institución, algunos de ellos se encuentran muy por encima del estándar de referencia, para lo cual nos trazamos como objetivo mejorar tres de estos indicadores (ISC en cesárea, endometritis tanto por PV y cesárea) y realizar una análisis para identificar las causas que generan su salida fuera de los límites de control:

2.1.- Elaboración de la "Directiva sistema de seguridad del paciente"



Esta directiva busca consolidar los elementos del sistema de gestión del riesgo para que un mayor impacto tanto en la implantación de soluciones efectivas para controlar el riesgo de ocurrencia de los eventos adversos.

2.2.- Ejecución de las "rondas de seguridad" programadas.

Las rondas de seguridad busca fortalecer la cultura de seguridad y ponen en relieve que la gestión está comprometida en controlar los riesgos de la atención. Se visitaran a reas como centro obstétrico, emergencia, centro quirúrgico, áreas involucradas en el proceso de atención de la paciente con parto institucional.

2.3.- Monitoreo de los indicadores de seguridad de la atención del parto.

Esta actividad programada que se realiza todos los meses dará soporte técnico a las decisiones de gestión del Dpto. de Ginecoobstetricia y pondrá en evidencia si los cambios implementados son efectivos.

2.4. Asistencia técnica en proyecto de mejora.

Acá se acompañara a los departamentos involucrados en el proceso de atención del parto, sea vaginal u abdominal, vinculado a los eventos adversos seleccionados.

Relacionadas con el Objetivo 3.- Mejorar la aplicación de la antibioticoprofilaxis preoperatoria.

Según los reportes de la Oficina de Epidemiología y los reportes de eventos adversos del Dpto de Cirugía Pediátrica nuestro hospital presenta casos de ISO en algunos Departamentos más que otros; una medida comprobada para la disminución de este evento adverso es la Antibioticoprofilaxis en los casos establecidos según las Guías de Práctica Clínica.

3.1.- Manejo seguro de intervenciones quirúrgicas.

Las Lista de Verificación de Cirugía Segura en su primera parte incluye corroborar la aplicación de antibiótico profilaxis según sea el caso, encontrándose el porcentaje de incumplimiento muy alto en el año 2014, por lo cual debemos asegurar que se cumpla lo establecido en la **Guía de Práctica Clínica** según corresponda a la Patología establecida.

3.2.- Evaluación de la seguridad de los medicamentos.

En esta actividad se desarrollan las listas look alike, write alike y sound alike, para minimizar el error de dispensación.



