

COPIA FIEL DEL ORIGINAL

PERÚ Ministerio de Salud Instituto de Gestión de Servicios de Salud Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 070 -DG-HONADOMANI-SB-2017



Resolución Directoral

Lima, 07 de MARZO de 2017

Visto, el Expediente N° 01931-17;

CONSIDERANDO:

Que, conforme a lo dispuesto en la Ley N°26842, Disposiciones Complementarias, Transitorias y Finales del Título Preliminar, IV. La Salud Publica es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado;



Que, el artículo 37 de la Ley General de Salud establece que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que disponen los reglamentos y normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud a nivel nacional en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y demás que proceden atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos. La Autoridad de Salud de nivel nacional o a quien ésta delegue, verificará periódicamente el cumplimiento de lo establecido en la presente disposición;



Que, mediante Nota Informativa N° 059-2017-OGC-HONADOMANI-SB de fecha 01 de Marzo de 2017, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita al Director General, que se oficialice vía Resolución Directoral el Plan de Seguridad para el Paciente 2017 del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", remitiendo en ejemplar de 15 folios y 2 anexos;

Que, Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud aprobado mediante Decreto Supremo N° 031-2014-SA establece como infracciones leves las referidas a la seguridad del paciente 1. No cumplir con las disposiciones vigentes relacionadas a la seguridad del paciente 2.No cumplir con la normatividad vigente en materia de Cirugía Segura; significando que la Resolución solicitada constituye un instrumento de gestión;

[Handwritten signature]

Que, mediante Informe Técnico N° 029-2017-CMI-DA-HONADOMANI-SB/IGSS de fecha 01 de marzo de 2017, la Coordinadora de Monitoreo Institucional informa al Director General que, luego de revisado el Documento Técnico: "Plan de Seguridad para el Paciente 2017" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" se encuentra de acuerdo a las normas establecidas en estructura y contenido, emitiendo opinión favorable para su aprobación;

Que, mediante Memorando N° 096.2017.DG.HONADOMANI.SB de fecha 01 de Marzo de 2017, el Director General solicita a la Jefatura de la Oficina de Asesoría Jurídica se proyecte la Resolución Directoral que aprueba el Documento Técnico: Plan de Seguridad para el Paciente 2017 Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", antes enunciada;

Instituto de Gestión de Servicios de la Salud HONADOMANI "SAN BARTOLOME" OFICINA DE ESTADISTICA E INFORMATICA 10 MAR. 2017 RECIBIDO Hora: 10:41 Firma: [Signature]



Con las visaciones de la Dirección Adjunta, y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las facultades y atribuciones conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Jefatural N° 10-2017/IGSS, de fecha 20 de enero del 2017, y de 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 TÉCNICO: "PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE-2017" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"; el cual consta en Quince (15) folios y 2 anexos, que adjuntos forma parte de la presente Resolución Directoral.

**Artículo Segundo.- Disponer** que la Oficina de Gestión de la Calidad, implemente la difusión y cumplimiento del citado Plan en el Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

**Artículo Tercero.- Disponer** que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación del Plan aprobado por la presente Resolución Directoral, en la dirección electrónica [www.sanbartolome.gob.pe](http://www.sanbartolome.gob.pe).



Regístrese y Comuníquese,

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE-NIÑO  
"SAN BARTOLOME"  
.....  
Dr. EDGARDO W. VÁSQUEZ PÉREZ  
Director General  
CMP: 10636 RNE: 6307

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO  
SAN BARTOLOME  
Documento Autenticado

SR. RODOLFO MELCHOR ANICAMA GÓMEZ  
FEDATARIO  
Reg. N° ..... Fecha 10 MAR. 2017

EWVP/JCVO

Cc.

- DA.
- OGC
- OAJ
- OE ✓
- Archivo



Hospital Nacional Docente Madre Niño  
"San Bartolomé"

## OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

# DOCUMENTO TECNICO: PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2017 HONADOMANI SAN BARTOLOME



Dr. Edgardo Vásquez Pérez  
Director General del HONADOMANI San Bartolomé

Dr. Álvaro Santiviáñez Pimentel  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Dr. Edson Valdivia Vera  
Jefe de la Unidad de Seguridad del Paciente

Lima - Perú  
2017

## ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	03
FINALIDAD.....	04
BASE LEGAL.....	04
ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	04
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	05
OBJETIVO GENERAL.....	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS (ESTRATEGICOS).....	14
PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECIFICO (ESTRATÉGICO).....	14
ACCIONES POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN.....	15
RESPONSABILIDADES.....	15
ANEXOS.....	15



## I. INTRODUCCION

A pesar que hace más de 15 años desde que el Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó el reporte "Errar es humano", debido a la alta prevalencia de eventos adversos que aún se reporta en la literatura mundial, la seguridad del paciente sigue siendo en la actualidad una prioridad global. Este reporte escandalizó al mundo de la salud al calcular que, solo en los Estados Unidos de América, alrededor de 100.000 pacientes morían cada año, no como producto de sus enfermedades, sino como producto de errores en la atención médica.

En cualquier escenario clínico donde haya un paciente se pueden presentar eventos adversos. Estos son un indicador significativo del resultado final de la atención y muestran, como ningún otro, cual es la calidad de atención en una institución de salud. Una explicación a que aún se presente un alto número de eventos adversos, a pesar de los esfuerzos realizados, está en la alta complejidad de la atención en salud.

Durante la atención de un paciente, entre otros factores, sucede un cambio constante de las condiciones clínicas del paciente, de trabajadores de la salud a su alrededor, de la complejidad propia de cada procedimiento clínico o quirúrgico, de factores humanos relacionados con la atención, de los equipos y tecnología a utilizar y de procesos de atención, etc., que en últimas llevan a errores y eventos adversos secundarios.

La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente fue puesta en marcha por el Director General de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 2004 y fue creada con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo, la Alianza es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Su creación destaca la importancia internacional de la seguridad del paciente.

Por lo tanto, la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

El Hospital San Bartolomé a través de la Unidad de Seguridad del Paciente de la Oficina de Gestión de la Calidad, ha establecido implementar practicas seguras, dentro del contexto de una política de seguridad y un programa de seguridad del paciente, que lleven a reducir en el máximo posible el creciente número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud de un paciente y especialmente prevenir su ocurrencia; en concordancia con ello y los lineamientos descritos ha formulado este Plan adaptado a nuestra realidad institucional, basado en los criterios de programación establecidos por el IGSS para el año 2017 y desarrollar un conjunto de actividades tendientes a la disminución del riesgo en la generación de eventos adversos y a su vez 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 Docente Madre Niño San Bartolomé, sea segura y de calidad para los pacientes.

## III. BASE LEGAL

Ley N° 26482 "Ley General de Salud"

Decreto Supremo 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".

Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud"

Resolución Ministerial N° 533-2008-MINSA aprobación criterios mínimos "Lista de Chequeo de Cirugía Segura"

Resolución Ministerial N° 308-2010-MINSA aprueba "Lista de Verificación de la seguridad de la Cirugía"

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

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° 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".

Resolución Directoral N° 0310-DG-HONADOMANI-SB/2014, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 001-OGC-HONADOMANI.SB-2014, Directiva Sanitaria: "Para la Implementación del Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé"- V.02.

Resolución Jefatural N° 3963-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01, "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".

Resolución Jefatural N° 631-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01, "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinela".

Resolución Jefatural N° 764-2016/IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.01, "Análisis de los Eventos Centinela en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS y en la Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - UGIPRES del Instituto de Gestión de Servicios de Salud – IGSS".

## ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan para la Seguridad del paciente comprende a todas las Oficinas, Departamentos y Servicios del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.



## V. DIAGNOSTICO SITUACIONAL

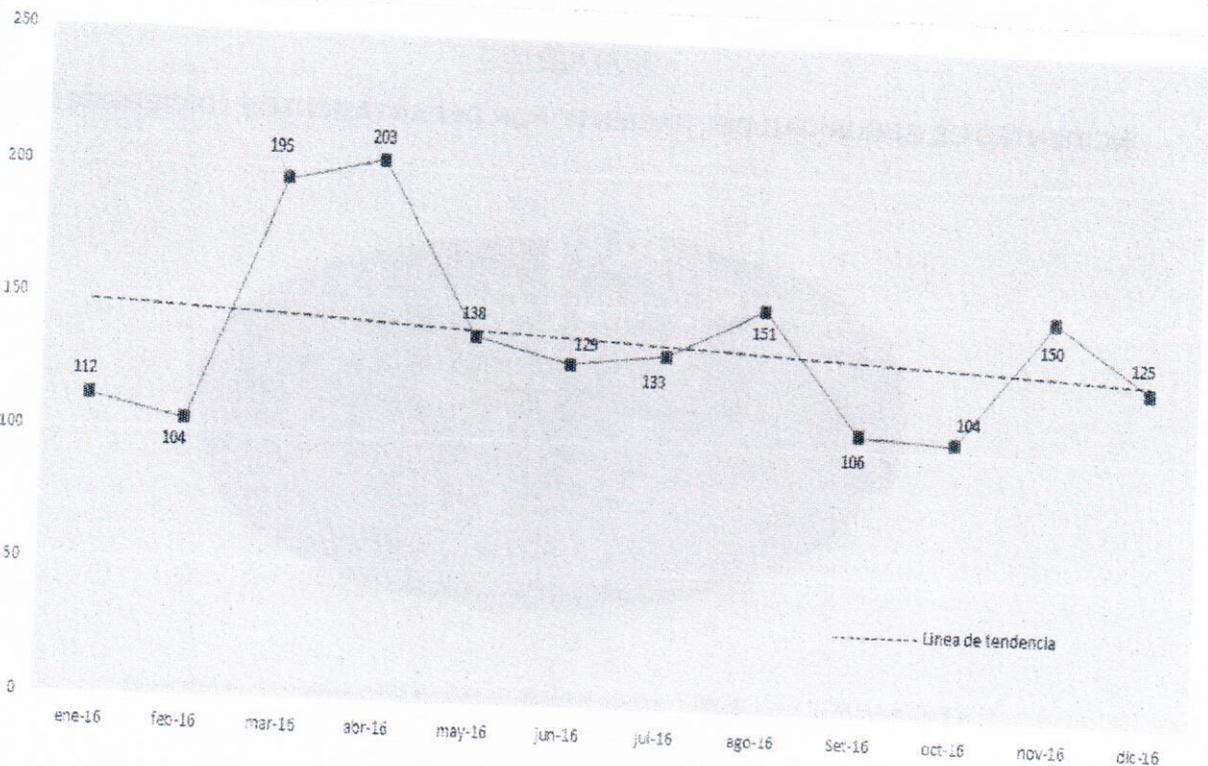
Durante el período 2016 la Unidad de Seguridad del Paciente ha desarrollado actividades orientadas a mejorar la seguridad del paciente, estas actividades han generado data que es analizada y convertida en información que permite identificar cuáles son los problemas relacionados a la seguridad de la atención en nuestro hospital, que se presenta a continuación:

### V.1 VIGILANCIA DE LOS INCIDENTES DE SEGURIDAD

Desde julio del año 2014 en el marco de la Resolución Directoral N° 0310-DG-HONADOMANI-SB/2014 que aprobó la Directiva Sanitaria N° 001 para la implementación del sistema de notificación de incidentes de seguridad, en el hospital San Bartolomé se utiliza la nomenclatura de incidentes de seguridad, siendo estos de dos tipos: los incidentes de seguridad con daño (Eventos Adversos y Eventos Centinela) y los incidentes de seguridad sin daño. De acuerdo al Informe Anual de incidentes de seguridad se han notificado en el año 2016 un total de 1652 incidentes de seguridad, con una tendencia a la disminución a lo largo del año. (Gráfico N° 1).

**GRAFICO N° 1**

**NUMERO DE INCIDENTES DE SEGURIDAD EN EL HONADOMANI SAN BARTOLOME 2016**

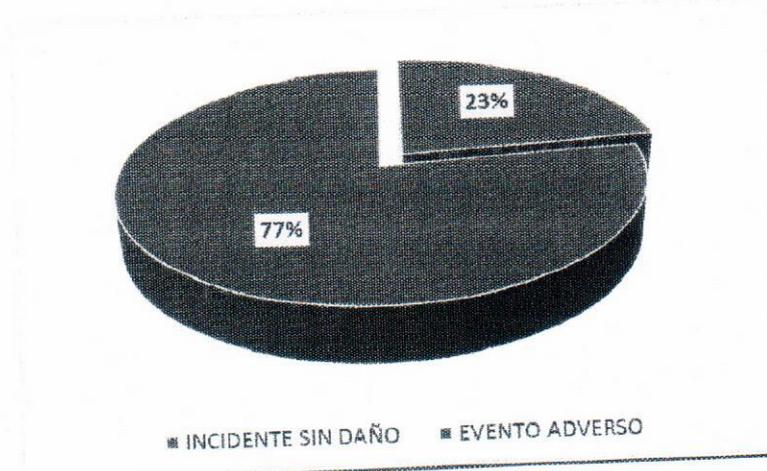


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Si revisamos los incidentes de seguridad por tipo, vemos que para el año 2016, el 77% de ellos corresponden a incidentes de seguridad con daño (Eventos adversos y eventos centinela) y el 23% a incidentes de seguridad sin daño (Gráfico N° 2).



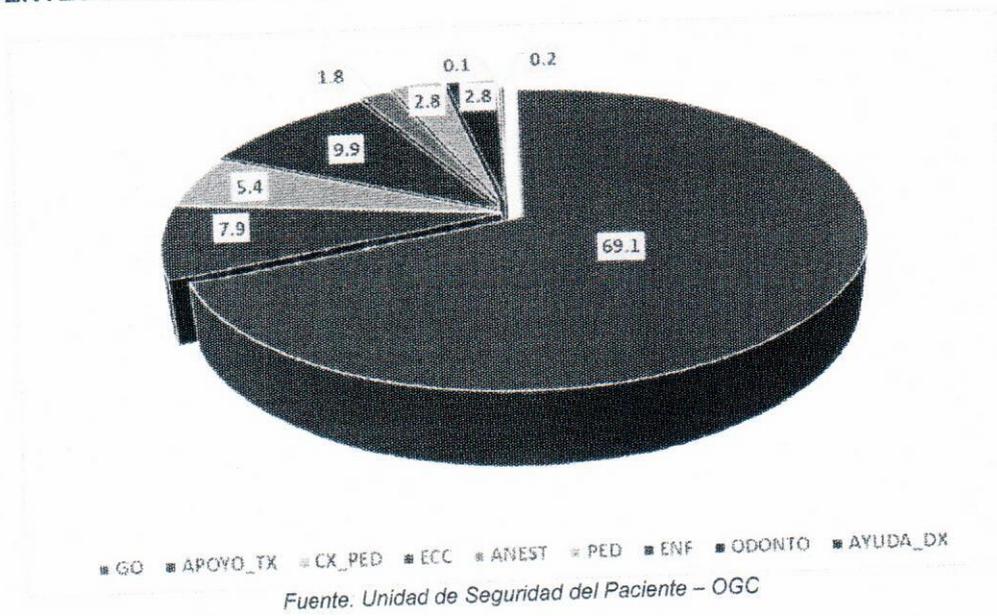
**GRAFICO N° 2**  
**INCIDENTES DE SEGURIDAD SEGUN TIPO - 2016**



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Al analizar la notificación de Incidentes de Seguridad por departamentos es el de Gineco-obstetrica el que a lo largo del 2016 ha reportado la mayor cantidad de incidentes de seguridad, reportando el 69.1% del total de casos ocurridos (1142 casos), en segundo lugar está el Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos con 9.9% (163 casos), en tercer lugar el Departamento de Apoyo al Tratamiento con 7.9% (130 casos) y en cuarto lugar el Departamento de Cirugía Pediátrica con 5.4% (90 casos), (Gráfico N° 3)

**GRAFICO N° 3**  
**INCIDENTES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR DEPARTAMENTOS - DICIEMBRE 2016**



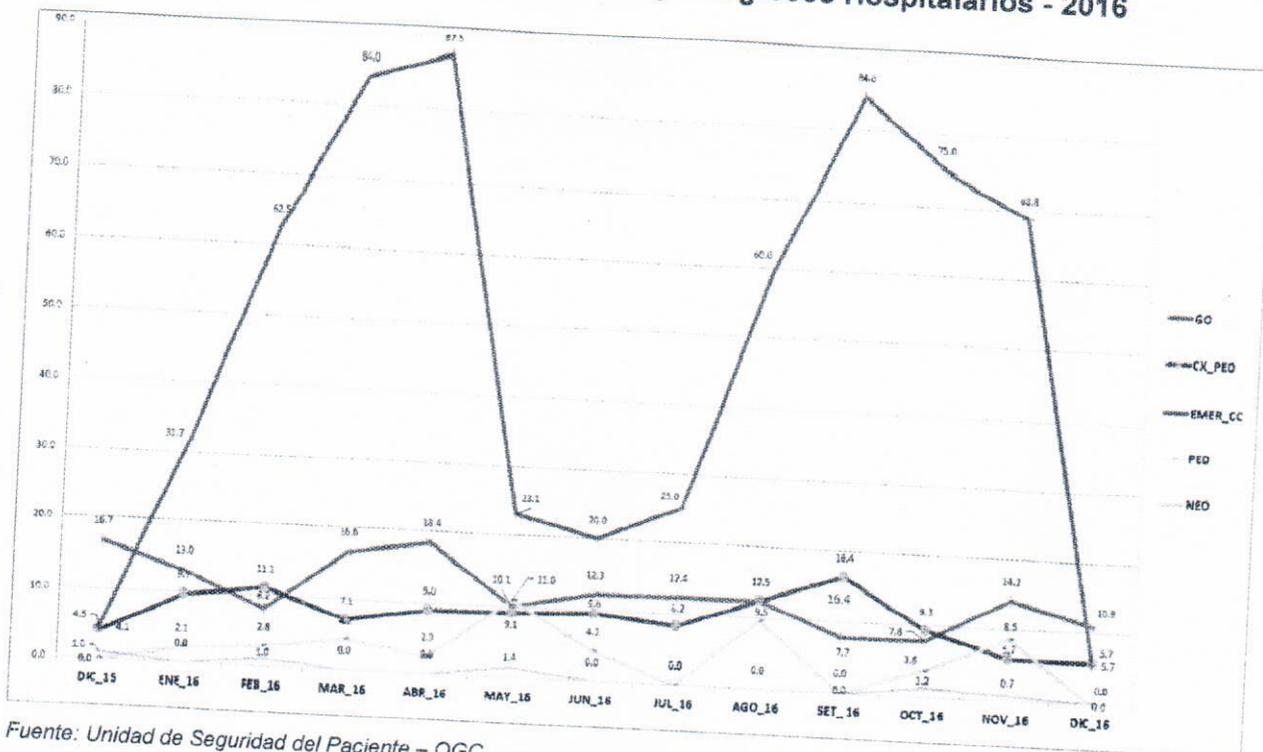
Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Analizando la ocurrencia de incidentes de seguridad por ingresos hospitalarios, durante el año 2016 es en el departamento de Emergencias y Cuidados Críticos en el que se presentó el mayor porcentaje de incidentes de seguridad en relación a sus ingresos hospitalarios; sin embargo, para el mes de diciembre fue en el departamento de gineco-obstetrica en el cual en el 10.9% de sus ingresos hospitalarios, se presentó algún incidente de seguridad (Gráfico N° 4)



**GRAFICO N° 4**

**Porcentaje de Incidentes de Seguridad por Ingresos Hospitalarios - 2016**

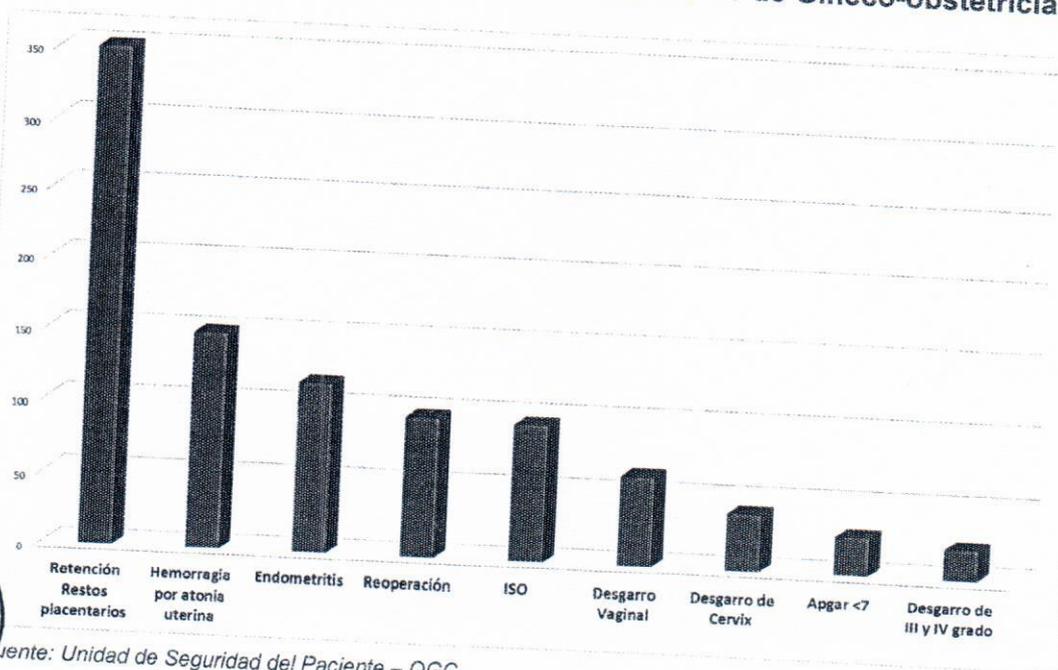


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

En relación a los eventos adversos (Incidentes de seguridad con daño), es en el departamento de Gineco obstetricia en el que ocurren la mayoría de ellos, en el año 2016 los eventos adversos por atonía uterina, la endometritis, la re-operación, las infecciones de sitio operatorio por cesárea y el desgarro vaginal, (Gráfico N° 5)

**GRAFICO N° 5**

**Eventos Adversos presentados en el Departamento de Gineco-obstetricia - 2016**



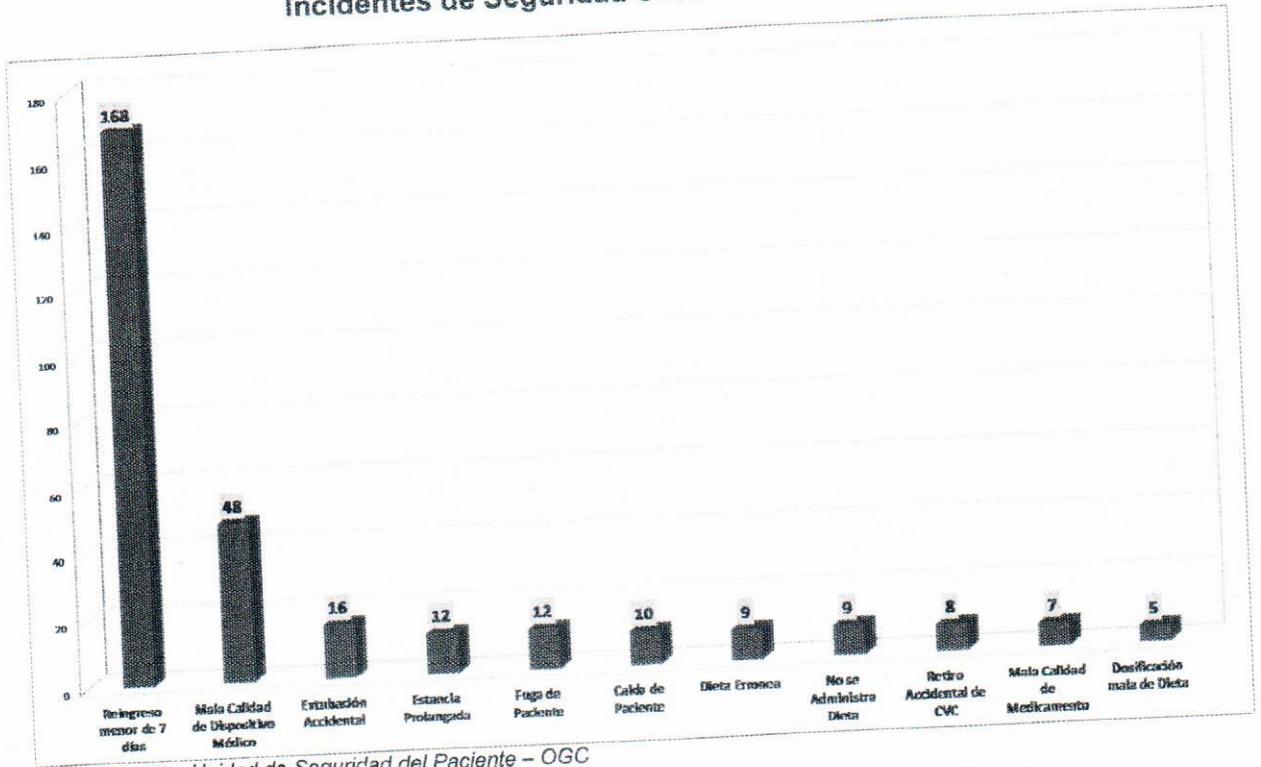
Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC



Los incidentes de seguridad sin daño más frecuentes en el año 2016 fueron: reingresos menores a 7 días (168 casos), mala calidad de dispositivo médico (48 casos), extubación accidental (16 casos), estancia prolongada y fuga de paciente (12 casos cada uno) (Gráfico N° 6 y Gráfico N° 7)

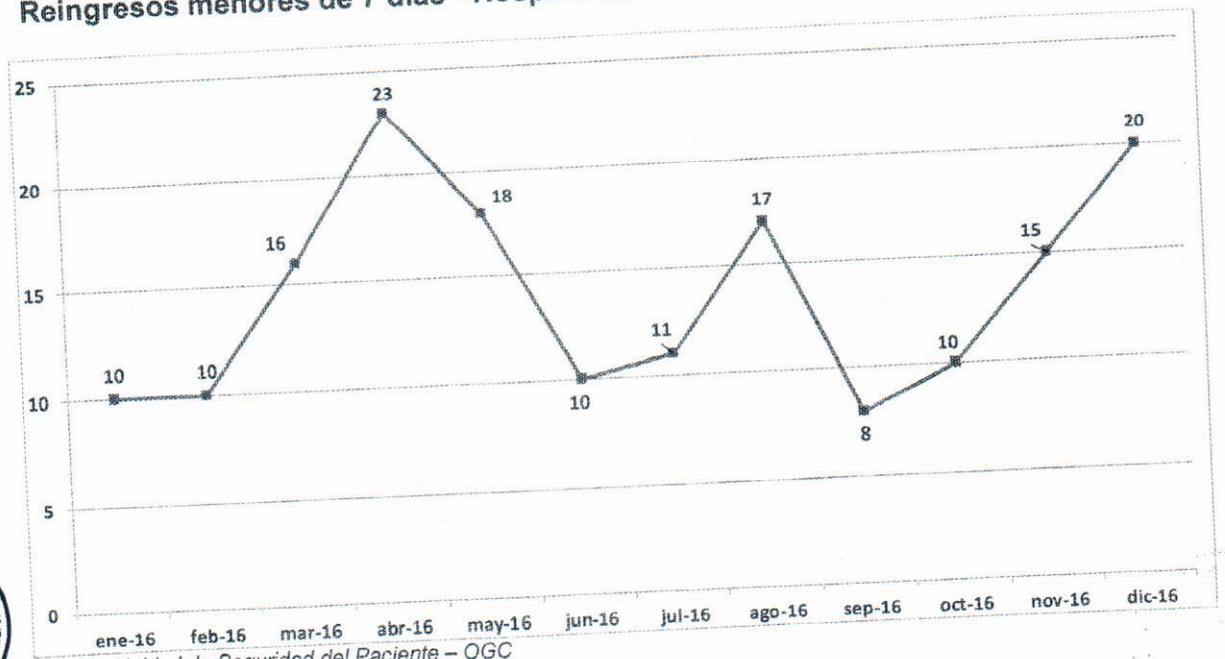
**GRAFICO N° 6**

**Incidentes de Seguridad Sin Daño – 2016**



**GRAFICO N° 7**

**Reingresos menores de 7 días - Hospital Nacional Docente San Bartolomé 2016**

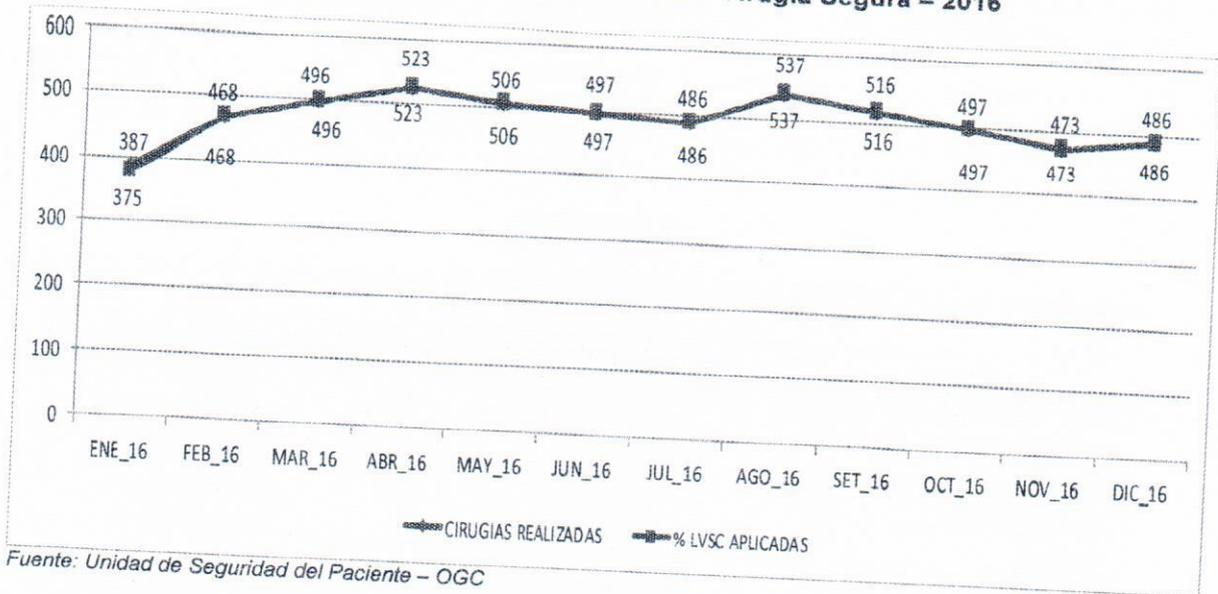


## V.2 LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (LVSC)

De la evaluación de la aplicación de la lista de verificación de la cirugía segura durante el año 2016, se realizaron un total de 5,872 cirugías, habiéndose aplicado un total de 5,860 listas de verificación de cirugía segura, lo que representa una aplicación en el 99.8% del total de cirugías realizadas durante el periodo (Gráfico N° 8 y Gráfico N° 9)

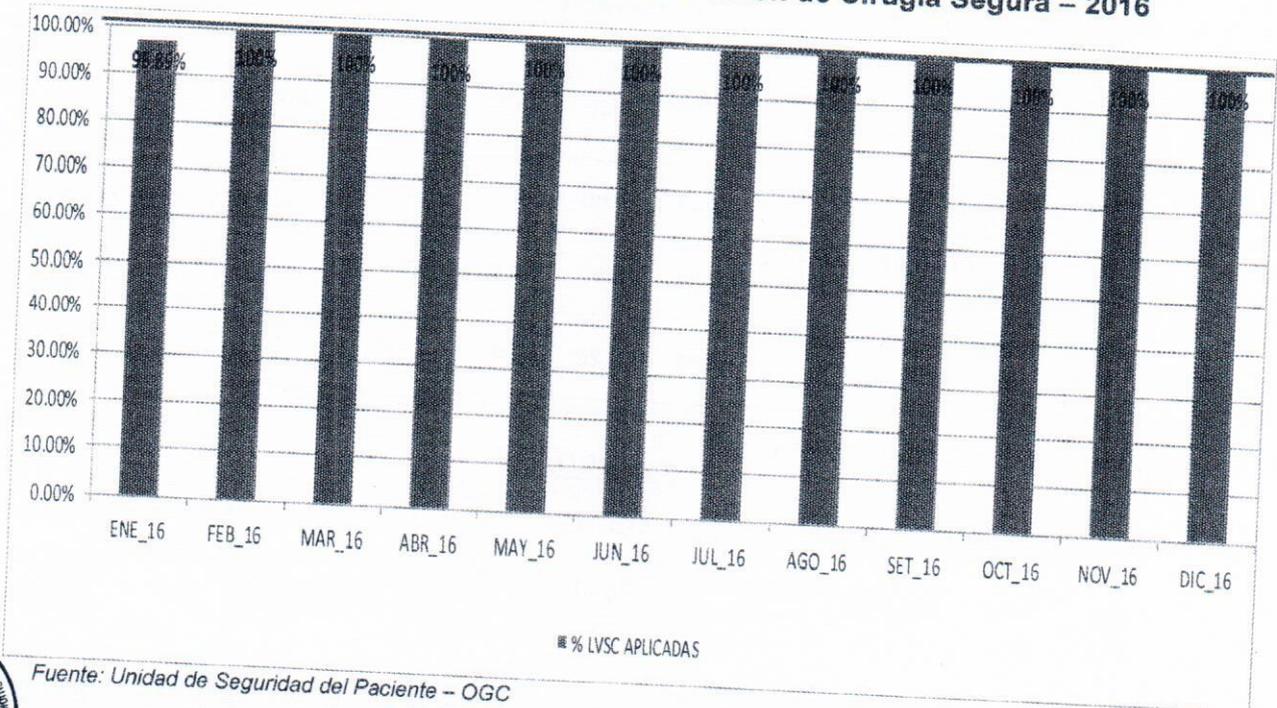
**GRAFICO N° 8**

**Aplicación de la lista de verificación de Cirugía Segura – 2016**



**GRAFICO N° 9**

**Porcentaje de Aplicación de la Lista de Verificación de Cirugía Segura – 2016**



### V.3 VIGILANCIA DE INDICADORES DE LA SEGURIDAD DEL PARTO.

La Oficina de Gestión de la Calidad en el año 2016 ha realizado el monitoreo del comportamiento de un conjunto de indicadores, que forman parte del sistema de vigilancia de la atención del parto seguro en el hospital, con el objetivo de reducir los riesgos en la atención del mismo. En el Cuadro N° 1, se muestra los valores de los indicadores antes referidos, comparados con sus estándares correspondientes y su evolución en los últimos cuatro años.

Vemos que los indicadores relacionados a las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud son los que están por encima del promedio estándar, como la Tasa de Endometritis por Parto Vaginal, la Tasa de Endometritis por parto por Cesárea y la Tasa de Infecciones de Sitio Operatorio.

De los 9 indicadores que se evalúan y monitorean mes a mes, apreciamos que en el año 2016, solo un indicador se mantuvo dentro de los estándares o por debajo como la tasa de fractura de clavícula neonatal; sin embargo, algunos indicadores duplican o hasta triplican su valor en relación al estándar, como es el caso de la endometritis en parto por cesárea (Cuadro N° 2).

**CUADRO N° 1**

#### PROMEDIO ANUAL DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PARTO - 2013 al 2016

Indicador	2013	2014	2015	2016	Estándar - Fuente
ENDOMETRITIS POR PARTO VAGINAL casos x 100 partos vaginales	0.9	0.9	0.6	0.5	0.29 (promedio nacional Hospitales III-1)
ENDOMETRITIS POR PARTO POR CESAREA casos x100 cesáreas	3.5	2.9	3.9	2.7	0.70 (promedio nacional Hospitales III-1)
DESGARRO PERINEAL III/IV GRADO casos x 100 partos vaginales	1.03	0.5	0.47	0.73	0.52 (promedio Institucional)
FRACTURA DE CLAVICULA NEONATAL casos x 100 partos vaginales	-	3.19	2.15	1.66	3.18 (promedio Institucional)
EPISIOTOMIA EN PARTO VAGINAL casos x 100 partos vaginales	44.45	43.65	43.89	40.61	25 (estándar Internacional)
INFECCION DE SITIO OPERATORIO EN PACIENTES POSTCESAREA casos x 100 cesáreas	2.38	1.56	3.3	2.9	1.45 (promedio nacional Hospitales III-1)
TASA DE INGRESO A UCCM casos x 1000 gestantes	2.56	4.80	4.18	4.94	3.12 (promedio Institucional)
RECIEN NACIDOS CON APGAR 5 MINUTOS MENOR de 7 nv x 100 partos	0.54	0.50	0.9	0.64	0.6 (promedio Institucional)
TRANSFUSIONES (Mayor de 1 unidad) casos x 100 transfusiones en gestantes	3.88	3.20	2.63	2.65	2.5 (promedio Institucional)

Fuente: Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la IAAS 2016-HONADOMANI SB, Reporte de eventos adversos de GO, SIP, Servicio de UCCM.

**CUADRO N° 2**

#### SEMAFORIZACIÓN DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PARTO - 2016

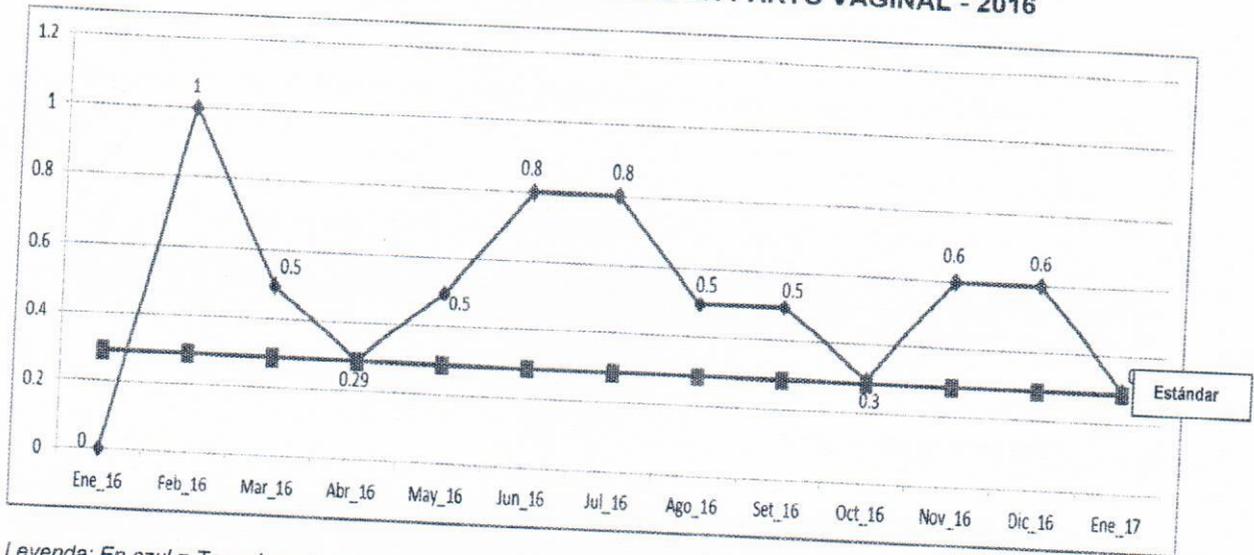
E en PV	E en PC	Desgarro III – IV	Episiotomía	Fractura Clavícula	Ingreso a UCI	Transfusión	ISO	Apgar <7 a 5
	x 3						x2	



Los indicadores que están en relación al control de las infecciones intrahospitalarias son los que en el 2016 no han disminuido, por el contrario a lo largo del periodo se han mantenido en valores muy altos alcanzando incluso cifras que han quintuplicado el valor de referencia, como la endometritis en parto por cesárea, la endometritis por parto vaginal y las infecciones de sitio operatorio post-cesárea; en los Gráficos N° 10, Gráfico N° 11 y Gráfico N° 12, se muestra su comportamiento mensual durante el año 2016.

**GRAFICO N° 10**

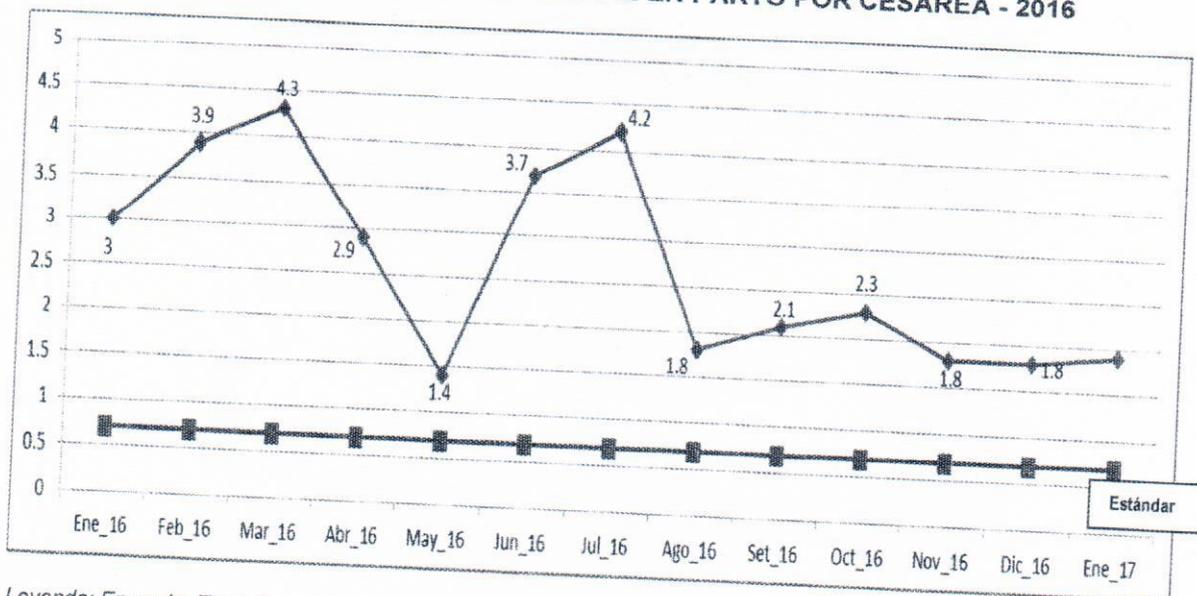
**TASA DE ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PARTO VAGINAL - 2016**



Leyenda: En azul = Tasa de endometritis por parto vaginal HONADOMANI SB.  
 En rojo: Promedio nacional para nivel III-1 (0.29). (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA – 2015). Fuente: Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la IAAS 2016- HONADOMANI SB

**GRAFICO N° 11**

**TASA DE ENDOMETRITIS PUERPERAL EN PARTO POR CESÁREA - 2016**

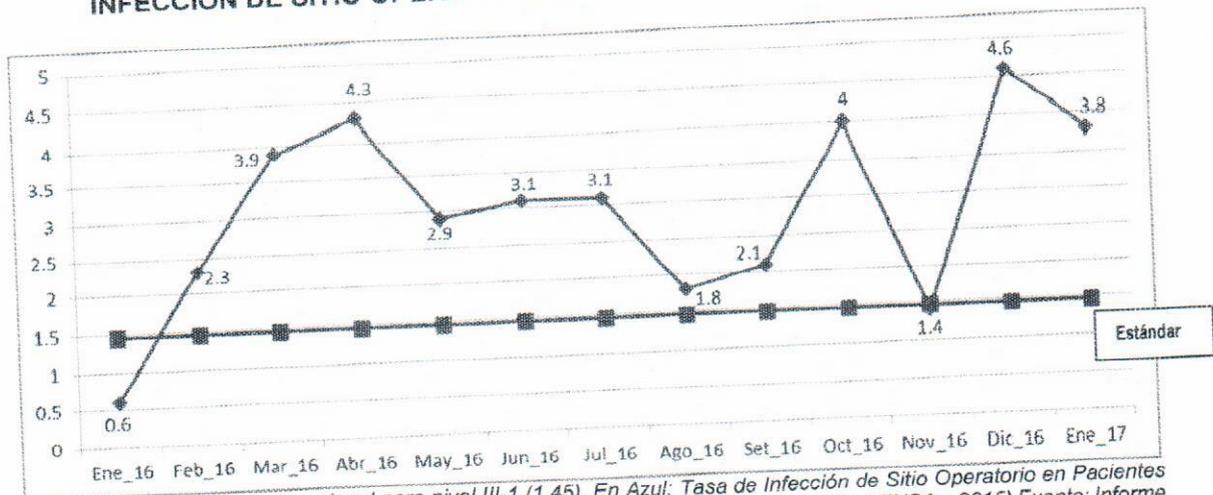


Leyenda: En azul = Tasa de endometritis por Cesárea HONADOMANI SB.  
 En rojo: Promedio nacional para nivel III-1 (0.70). (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA – 2015). Fuente: Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la IAAS 2016- HONADOMANI SB



**GRAFICO N° 12**

**INFECCIÓN DE SITIO OPERATORIO EN PACIENTES POST CESÁREA - 2016**



Leyenda: en rojo: Promedio nacional para nivel III-1 (1.45). En Azul: Tasa de Infección de Sitio Operatorio en Pacientes Post-cesárea. (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública – DGE – MINSA – 2015) Fuente: Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la IAAS 2016- HONADOMANI SB

**V.4 RONDAS DE SEGURIDAD**

En el marco de la gestión del riesgo y como actividad complementaria importante al sistema de identificación y notificación de los incidentes de seguridad, durante el año 2016 se realizaron rondas de seguridad del paciente, en un total de siete rondas prioritariamente en los servicios de mayor demanda y en algunos cuya naturaleza los configura como críticos, como es el caso de centro quirúrgico, emergencia y en las diferentes UCI (Cuadro N° 3)

**CUADRO N° 3**

**RONDAS DE SEGURIDAD – 2016**

N°	MES	SERVICIO
1	ABRIL	Neonatología
2	JUNIO	Medicina Materno fetal
3	JULIO	UCI Neonatal
4	AGOSTO	Emergencia Pediátrica
5	SETIEMBRE	UCI Materna
6	OCTUBRE	UCI Pediátrica
7	NOVIEMBRE	Centro Obstétrico



## V.5 ANALISIS CAUSA RAIZ

En el marco del sistema de identificación y notificación de incidentes de seguridad, en el 2016 se han identificado eventos centinela habiéndose realizado el análisis causa raíz de cinco eventos centinelas ocurridos en los servicios de UCI Neonatal, Centro Quirúrgico y en UCI Pediátrica (Cuadro N° 4)

**CUADRO N° 4**

### ANALISIS CAUSA RAIZ DE EVENTOS CENTINELA – 2016

N°	SERVICIO
1	UCI NEONATAL (02)
2	UCI PEDIÁTRICA
3	CENTRO QUIRÚRGICO (02)

De toda la información presentada sobre lo realizado durante el año 2016; para el presente año 2017 debemos orientar todos nuestros esfuerzos a fortalecer la agenda de Seguridad, asumiendo nuevos retos, por lo que la unidad de Seguridad del Paciente requiere ser fortalecida, así mismo el presente plan debe contar con el Apoyo de las más altas autoridades de la Institución, así como la participación activa y responsable de los Jefes de Departamento y Servicio como también del personal Asistencial y Administrativo.

Otro aspecto importante es la necesidad de la actualización del marco normativo especialmente lo relacionado al análisis causa raíz que requiere una guía metodológica, la Implementación de la Directiva de Evaluación de la Adherencia a Guías de Práctica Clínica y Guías de Procedimiento Asistencial, la Revisión y actualización de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, la Difusión de la Directiva de Eventos Adversos e incidentes y de la Directiva de Análisis Causa Raíz aprobadas por el IGSS, entre otros.

La sensibilización y capacitación de los Jefaturas de Departamento y Servicio en temas de Seguridad del Paciente y gestión del riesgo es un aspecto también fundamental y el brindar asistencia técnica permanente para mejorar la identificación y notificación de Eventos Adversos por los mismos profesionales de la Salud.

Así mismo, continuar la realización de las Rondas de Seguridad con un enfoque de "supervisión e identificación de riesgos", como también de las buenas prácticas, que permita prevenir los incidentes de seguridad antes de que sucedan, para lo cual se debe continuar adaptando los instrumentos por servicios, según la directiva vigente del IGSS.

En relación a la cirugía segura, es necesario comprometer a todos los actores de Centro Quirúrgico para lograr una aplicación de la LVSC adecuada y concurrente, realizar supervisiones inopinadas para verificar su aplicación.

## VI. OBJETIVO GENERAL

Lograr que los servicios de salud del HONADOMANI San Bartolomé sean lugares seguros para la atención del niño y la madre, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas y previniendo la ocurrencia de eventos adversos.



## VII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS (ESTRATEGICOS)

El Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), a partir del año 2016 definió criterios de programación para ejecución de los planes de gestión de calidad de sus diferentes órganos desconcentrados, estos criterios están planteados por ejes de trabajo y objetivos estratégicos; para el presente año 2017 se han propuesto 6 ejes de trabajo, siendo el eje cuatro el que corresponde a la gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente, a continuación detallaremos los objetivos estratégicos de ese eje y sus correspondientes actividades por cada uno de ellos.

### EJE DE TRABAJO Y OBJETIVOS ESPECIFICOS (ESTRATEGICOS)

#### GESTIÓN DEL RIESGO Y LAS BUENAS PRÁCTICAS EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

- 4.1 Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo
- 4.2 Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso
- 4.3 Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad
- 4.4 Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)
- 4.5 Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error
- 4.6 Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela
- 4.7 Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación mediante el seguimiento a los Planes de Mitigación de Riesgos.

## VIII. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO (ESTRATEGICO)

**OBJETIVO ESTRATEGICO 4.1** Fortalecer competencias en Buenas Prácticas de Atención y Gestión del Riesgo

- a) Capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio, referente a las Rondas de Seguridad del Paciente
- b) Capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio referente a Auditoría de la Calidad de Atención en Salud

**OBJETIVO ESTRATEGICO 4.2** Fortalecer el Sistema de Registro- Notificación - Análisis y Mejora del Incidente y Evento Adverso

- a) Capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio referente a Notificación de Eventos Adversos.
- b) Capacitación dirigida a las jefaturas de departamento y servicio referente a análisis de eventos centinelas

**OBJETIVO ESTRATEGICO 4.3** Promover una Cultura basada en el aprendizaje del error - Cultura de Seguridad

- a) Inventario del listado de las Guías de Práctica Clínica por UPSS, oficializadas con RD
- b) Reporte del listado de Fichas de Verificación de las GCP por UPSS (solo de las GPC oficializadas).
- c) Evaluación de la adherencia al uso de guías de práctica clínica por UPSS (áreas y procedimientos priorizados)

**OBJETIVO ESTRATEGICO 4.4** Promover Buenas Prácticas de Atención por la Seguridad del Paciente (Objetivos Internacionales en Seguridad del Paciente)

- a) Evaluación de la correcta aplicación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía
- b) Aplicación de la Encuesta para evaluar la implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad del Cirugía



**OBJETIVO ESTRATEGICO 4.5** Implementar el Proceso de Aprendizaje del Error

- a) Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente
- b) Identificar prácticas inseguras durante la atención de salud
- c) Elaboración del plan de acción para eliminar las prácticas inseguras encontradas en la Ronda de Seguridad del Paciente

**OBJETIVO ESTRATEGICO 4.6** Fortalecer el Proceso de Análisis de los Eventos Centinela

- a) Identificación y reporte de incidentes de seguridad con daño (eventos adversos y eventos adversos centinela) y sin daño
- b) Análisis de eventos adversos centinela

**OBJETIVO ESTRATEGICO 4.7** Contribuir a la Reducción de Riesgos asociados a la prestación mediante el seguimiento a los Planes de Mitigación de Riesgos

- a) Implementación oportuna de acciones de mejora y acciones correctivas con el objeto de reducir las multas por sanciones descritas en el Reglamento de Infracciones y Sanciones de SUSALUD.

**ACTIVIDADES NO CONSIDERADAS EN LOS CRITERIOS DE PROGRAMACION DEL IGSS**

- Implementación de la Directiva de Evaluación de la Adherencia a GPC y GPA
- Elaboración de la Propuesta de Guía Metodológica para el Análisis Causa Raíz
- Revisión y actualización de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía
- Monitoreo de Indicadores de Parto Seguro
- Estudio de prevalencia de incidentes de seguridad

**ACTIVIDAD TRAZADORA**

Elaboración del plan de acción para eliminar las prácticas inseguras encontradas en la Ronda de Seguridad del Paciente (Implica el monitoreo y la implementación de las acciones de mejora post-ronda de seguridad del paciente)

La presente programación del eje de gestión del riesgo y las buenas prácticas en seguridad del paciente, con sus siete objetivos específicos-estratégicos, sus correspondientes actividades y la actividad trazadora, han sido incorporadas en el Plan de Gestión de la Calidad 2017 del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

**IX. ACCIONES POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN**

Conformación y/o actualización mediante resolución directoral de:

1. Equipo de Análisis de Evento Centinela
2. Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente
3. Comité de Seguridad del Paciente

**X. RESPONSABILIDADES**

La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, será responsable del cumplimiento, monitoreo y evaluación del presente Plan de Gestión de la Calidad.

**XI. ANEXOS**

**Anexo 1:**

Matriz de Criterios de Programación del Plan para la Seguridad del Paciente 2017- HONADOMANI San Bartolomé.

**Anexo 2:**

Aspectos Técnicos Conceptuales.





## ANEXO 2

### ASPECTOS TÉCNICOS CONCEPTUALES

**Acción Insegura:** Conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.

**Acciones de Mejoras:** son aquellas acciones que incrementan la capacidad de la organización para cumplir con los requisitos.

**Cultura de Seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención de salud.

**Incidente de seguridad:** un evento o circunstancia que pudo haber producido, o que produjo, daño innecesario a un paciente. Este engloba e integra todos los acontecimientos y términos en relación a la seguridad del paciente (incidente sin daño, incidente con daño; evento adverso, evento centinela), hayan producido o no daño en el paciente.

**Incidente sin daño:** incidente de seguridad que ocurrió por una desviación de la práctica óptima de la prestación de atención y que pudo ocasionar daño al paciente, pero que no lo ocasionó ya sea por el azar o por una intervención oportuna. Su recurrencia se asocia a una gran probabilidad de producir daño.

**Incidente con daño: Evento Adverso:** Es un incidente de seguridad que produce daño, lesión o resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, como consecuencia de problemas en la práctica, productos, medicamentos, insumos, procedimientos más que por la enfermedad subyacente. Un evento adverso está directamente relacionado con la atención de salud. Los Eventos Adversos según las consecuencias que producen, se tipifican en:

- **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.
- **Moderado:** Un evento que necesita de intervención, como por ejemplo una cirugía o la administración de un tratamiento suplementario, que prolonga la estancia hospitalaria del paciente o causa un daño o una pérdida funcional temporal o de corta duración.
- **Grave:** El paciente necesita de una intervención: cirugía o administración de un tratamiento suplementario mayor que prolonga la estancia hospitalaria o causa un daño que acorta la esperanza de vida, una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- **Muerte:** Evento que causó la muerte o la propició a corto plazo.

Los eventos adversos graves o que producen muerte deben ser considerados como eventos centinela.

**Incidente con daño: Evento Centinela:** Es un tipo de evento adverso que produce la muerte o un daño físico o psicológico severo de carácter permanente que no estaba presente anteriormente y que requiere investigación y una respuesta, tratamiento o cambio en el estilo de vida.

**Gestión del Riesgo:** se refiere a procesos, principios y marco de trabajo, para gestionar los riesgos de manera eficaz. En otras palabras, son las actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo al riesgo.

**Riesgo:** factor que incrementa la probabilidad de que ocurra un incidente de seguridad dentro del sistema de atención de salud.

**Rondas de Seguridad:** Es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar del establecimiento de salud o servicio médico de apoyo (Instituciones prestadoras de servicios de salud), para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

**Seguridad del paciente:** 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. Ausencia de daño innecesario, real o potencial, asociado a la atención sanitaria (WHO 2009)

