



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé"

N° 063 2019-DG-HONADOMANI-SB



# Resolución Directoral

Lima, 21 de Marzo de 2019

Visto, el Expediente N° 04288-19; y,

## CONSIDERANDO:

Que, la Ley 26842, Ley General de Salud, establece en el artículo VI del Título preliminar que: "Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad.";

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA de fecha 28 de octubre del 2016, se resuelve aprobar el documento denominado "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el Ministerio de Salud, en el marco del proceso de descentralización; según el numeral 6.1.4 de la Resolución Ministerial precitada, documento técnico es: "...la denominación genérica de aquella publicación del Ministerio de Salud que contiene información sistematizada o disposición sobre un determinado aspecto sanitario o administrativo, o que fija posición sobre él; y, que la Autoridad Nacional de Salud considera necesario enfatizar o difundir, autorizándola expresamente. Lo respalda, difunde y facilita su disponibilidad para que sirva de consulta o referencia, sobre aspectos relativos al tema que se aboca. Su finalidad es básicamente de información u orientación a los usuarios, personal de salud y/o población general. Se basa en el conocimiento científico y técnico, validado por la experiencia sistematizada y documenta, y respaldado por las normas vigentes que correspondan. Por su contenido, algunos serán de obligatorio cumplimiento (precisado en el ámbito de aplicación), otros serán referenciales, y algunos de información sobre el tema.";

Que, a través de la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA se aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", que tiene por finalidad fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, por intermedio de la Nota Informativa N° 048-2019-OGC-HONADOMANI-SB de fecha 13 de marzo de 2019, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad remite al Director General del HONADOMANI-SB el Documento Técnico Plan para la Seguridad del Paciente 2019 HONADOMANI San Bartolomé, el cual recoge los lineamientos de programación 2019 emitidos por la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud del Ministerio de Salud, para su oficialización;

Que, mediante Nota Informativa N° 045-2019-DA-HONADOMANI-SB de fecha 18 de marzo de 2019, el Director Adjunto opina favorablemente respecto de la aprobación del Plan para la Seguridad del Paciente 2019 HONADOMANI San Bartolomé y sugiere que se emita la Resolución Directoral de aprobación correspondiente;

Que, a través del Memorando N° 097.2019.DG.HONADOMANI.SB de fecha 19 de marzo de 2019, el Director General (e) solicita al Jefe (e) de la Oficina de Asesoría Jurídica emitir la Resolución Directoral



HONADOMANI "SAN BARTOLOME"	
SECRETARIA	
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD	
21 MAR. 2019	
RECEPCION	
Hora: 13:30	Firma: [Signature]



que apruebe el documento técnico "Plan para la Seguridad del Paciente 2019 HONADOMANI San Bartolomé";

Que, el Documento Técnico "Plan para la Seguridad del Paciente 2019 HONADOMANI San Bartolomé" tiene por 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; por lo cual resulta necesario aprobar dicho plan;



Que, por los motivos antes expuestos, resulta procedente emitir el acto resolutivo respectivo;

Con la visación del Director Adjunto, del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y del Jefe (e) de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";



En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General (e) del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 258-2019/MINSA y mediante 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 2019 HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ**", el cual consta de dieciocho (18) folios, que debidamente visados en anexo adjunto, forma parte integrante de la presente Resolución Directoral.

**Artículo Segundo.-** Disponer que el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad implemente la difusión interna del presente "**PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019 HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ**".

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



**Regístrese y Comuníquese.**

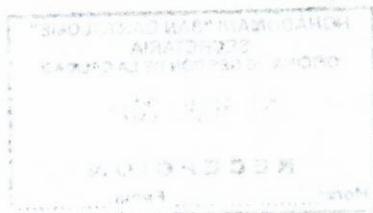
CESR/ASP/CCA/cchr  
CC.

- DA
- OGC
- OAJ
- OEI
- OCI
- Archivo

MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"  
*Carlos E. Santillan Ramirez*  
M.C. CARLOS E. SANTILLAN RAMIREZ  
Director General (e)  
C.M.P. 19186 RNE. 27489

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

SR. RODOLFO MELCHOR ANICAYA GÓMEZ  
FEDATARIO  
Reg. N° ..... Fecha **21. MAR. 2019**





Hospital Nacional Docente Madre Niño  
"San Bartolomé"

## OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

# DOCUMENTO TECNICO: "PLAN PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 2019 HONADOMANI SAN BARTOLOME"



**Dr. Ildauro Aguirre Sosa**  
Director General del HONADOMANI San Bartolomé

**Dr. Álvaro Santivañez Pimentel**  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

**Dr. Augusto Díaz Falcón**  
Jefe de la Unidad de Seguridad del Paciente

Lima - Perú  
2019



ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	02
FINALIDAD.....	02
BASE LEGAL.....	02
ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	03
DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	03
OBJETIVO GENERAL.....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS (ESTRATEGICOS).....	18
PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECIFICO (ESTRATÉGICO).....	18
RESPONSABILIDADES.....	19
ANEXOS.....	20



## **I. INTRODUCCION**

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.

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.

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.

En ese contexto, el Hospital Nacional Docente Madre Niño 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 número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud de un paciente y especialmente prevenir su ocurrencia; en concordancia con ello ha formulado este Plan adaptado a nuestra realidad institucional, basado en los criterios de programación establecidos por la DIRIS Lima Centro para el año 2018 y desarrollar un conjunto de actividades tendientes a la disminución del riesgo en la atención de salud 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, "Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD".

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

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

Resolución Ministerial N° 533-2008-MINSA, Criterios Mínimos "Lista de Chequeo de Cirugía Segura".



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

Resolución Ministerial N° 1021-2010-MINSA, "Guía técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".

Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".

Resolución Jefatural N° 393-2016/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".

Criterios de Programación de Actividades 2019 IPRESS Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud - Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud.

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 Directoral N° 014-DG-HONADOMANI-SB/2018, 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, Departamentos y Servicios del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

#### **V. DIAGNOSTICO SITUACIONAL**

Durante el período 2018 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:

##### **I.- INCIDENTES DE SEGURIDAD TOTAL**

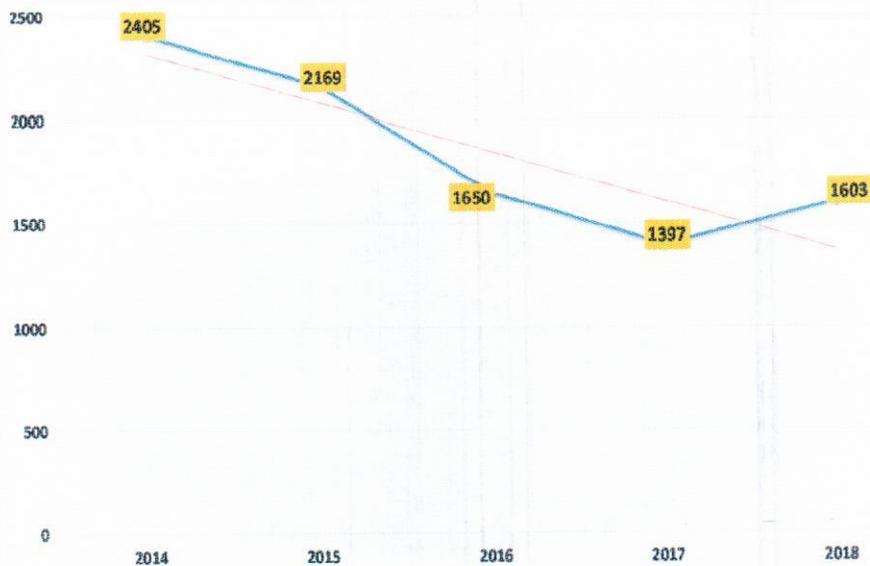
Desde julio del año 2014 en el marco de la Resolución Directoral N° 0310-DG-HONADOMANI-SB/2014 que aprobó la Directiva Sanitaria N° 001 para la Implementación del Sistema de Notificación de Incidentes de Seguridad, en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, se utiliza la nomenclatura de 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. Observamos a través de la tendencia del 2014 al 2018 de disminución; destacando que el personal de salud al inicio probablemente notificó algunos que no eran, pero



cada año se fue fortaleciendo la adherencia y la mejora de la notificación de los incidentes. (Gráfico N° 1).

**GRAFICO N° 1**

**TENDENCIA DE NOTIFICACIONES DE INCIDENTES DE SEGURIDAD – 2014 a 2018  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ**

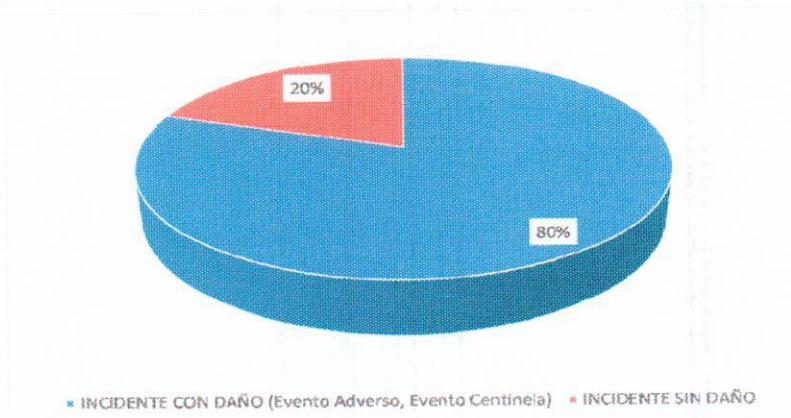


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Si revisamos los incidentes de seguridad según tipo, vemos que de enero a diciembre del 2018, el 80% (1285 casos) corresponden a incidentes de seguridad con daño (Eventos adversos y eventos centinela) y solo el 20% (318) corresponde a incidentes de seguridad sin daño (Gráfico N° 2).

**GRAFICO N° 2**

**INCIDENTES DE SEGURIDAD SEGUN TIPO - ENERO A DICIEMBRE 2018  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ**



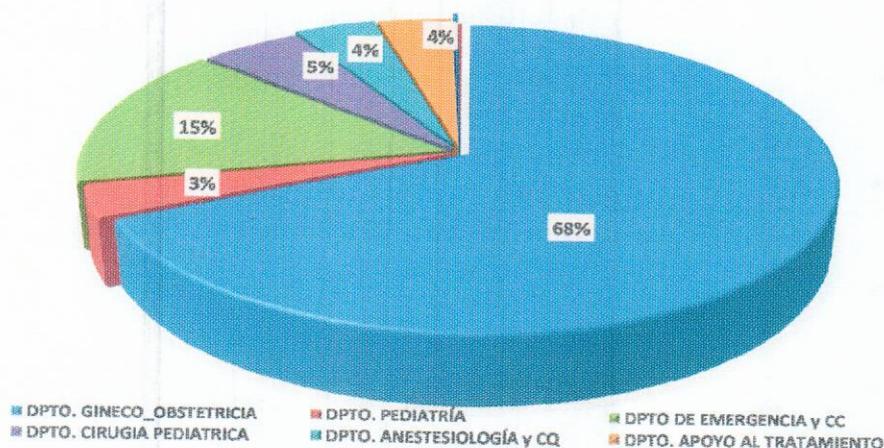
Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC



Al analizar la notificación de Incidentes de Seguridad por departamentos es el de Gineco-obstetricia el que a lo largo del año 2018 ha reportado la mayor cantidad de incidentes de seguridad, reportando el 68% del total de casos ocurridos en ese periodo (1087 casos), en segundo lugar está el Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos 15% (243 casos), luego el Departamento de Anestesiología y Cuidados Críticos y Departamento de Apoyo al Tratamiento cada uno con 4% (67 y 61 casos respectivamente); el seguido del Departamento de Pediatría con 3% (54 casos) (Gráfico N°3).

**GRAFICO N° 3**

**INCIDENTES DE SEGURIDAD POR DEPARTAMENTOS - ENERO A DICIEMBRE 2018  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ**



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

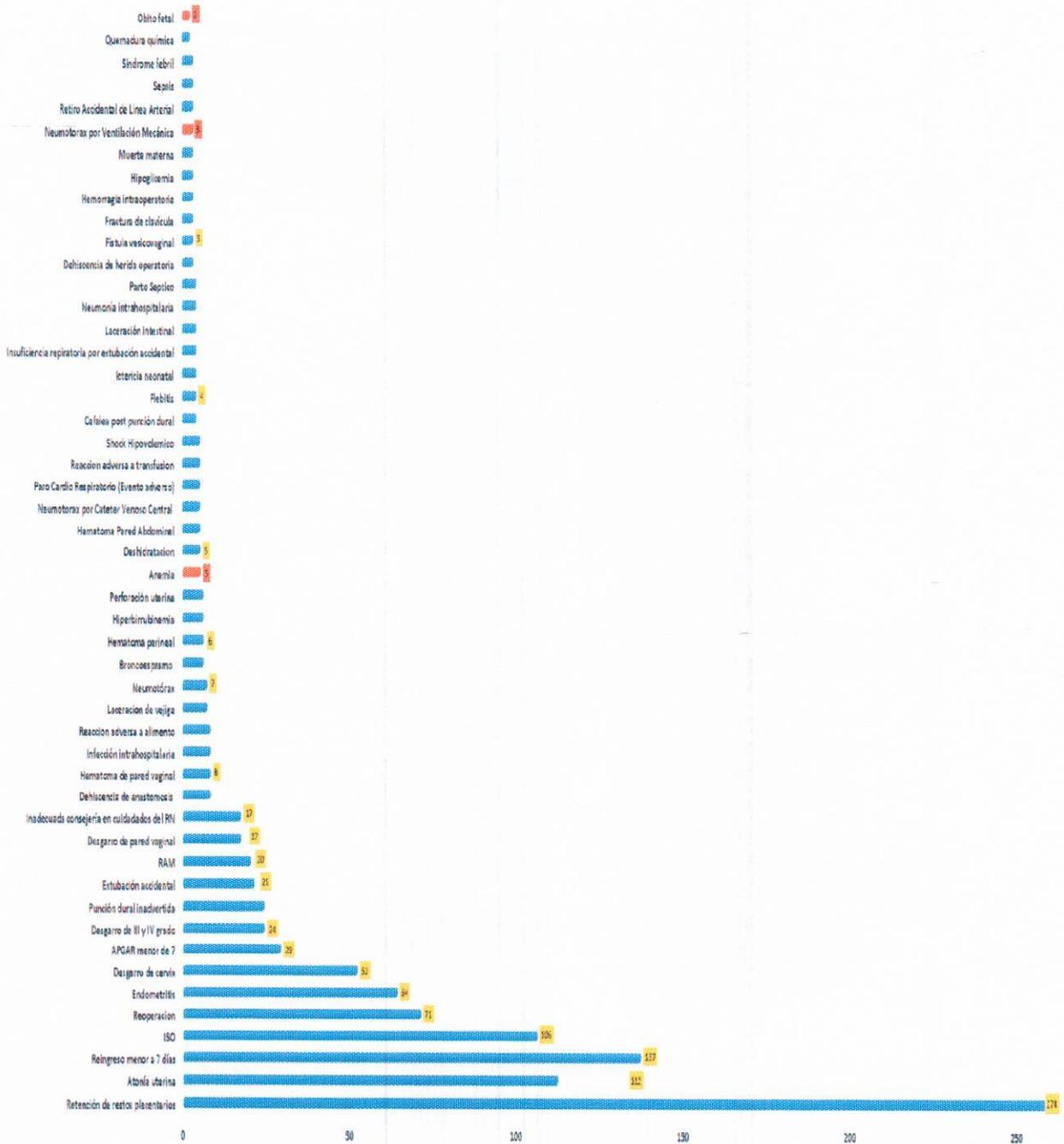
**A.- INCIDENTES DE SEGURIDAD CON DAÑO Y SIN DAÑO POR DEPARTAMENTOS**

En relación a los eventos adversos y eventos centinela (Incidentes de seguridad con daño), ocurridos en 2018, se reportaron en total 1285 eventos adversos, siendo los más frecuentes la retención de restos placentarios en cavidad uterina (274 casos), la atonía uterina (136 casos), el desgarro de pared vaginal (117 casos) y ISO (92 casos). (Gráfico N°4)



GRAFICO N° 4

INCIDENTES DE SEGURIDAD CON DAÑO – ENE A DIC 2018  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ

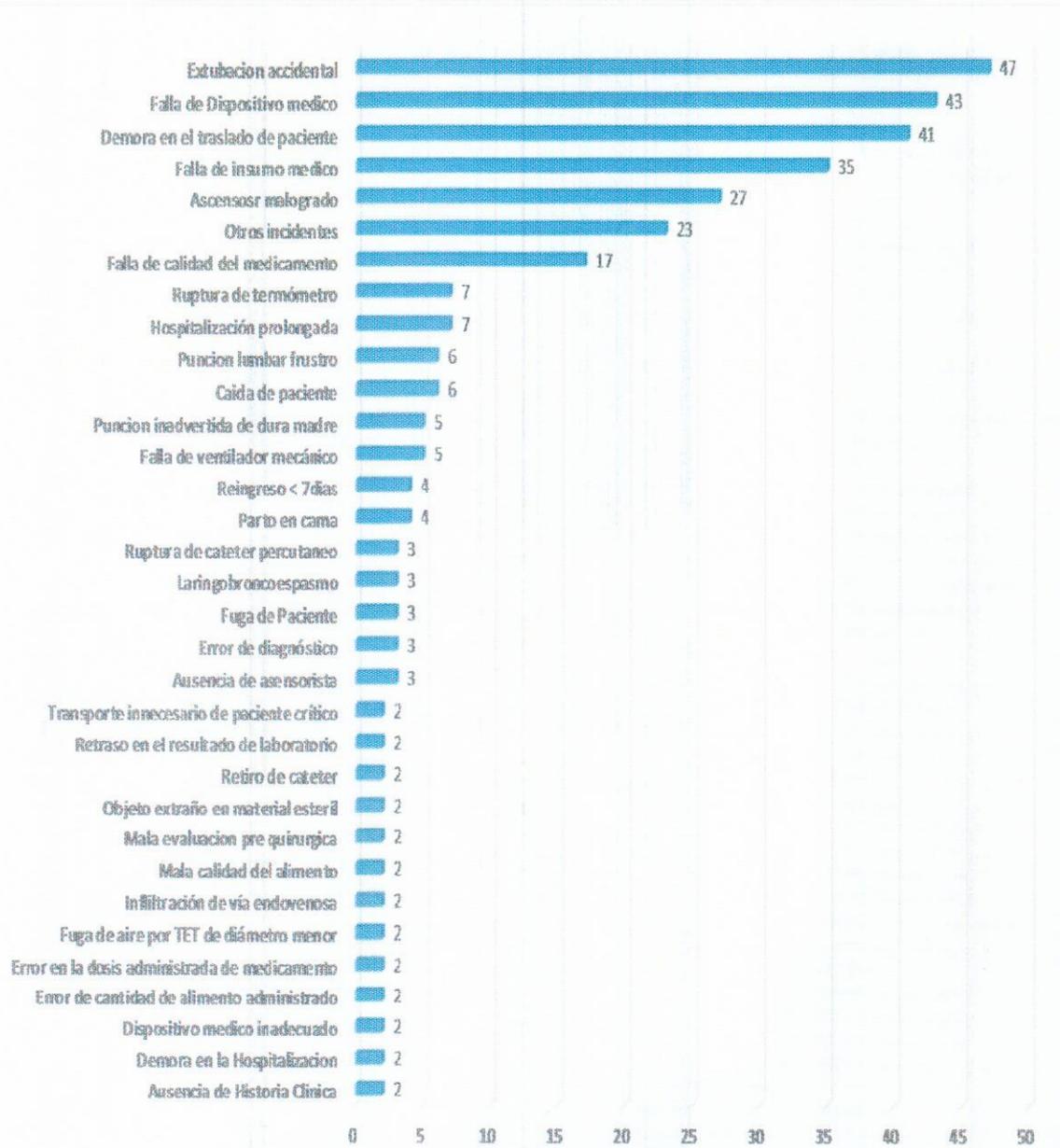


En relación a los Incidentes de seguridad sin daño ocurridos en el 2018, se reportaron en total 318 incidentes sin daño, siendo los más frecuentes, la extubación accidental (47 casos), fallas de dispositivos médicos (43 casos) demora en el traslado del paciente (41) y la falla de la calidad de insumos médicos (35 casos), (Gráfico N°5).



**GRAFICO N° 5**

**INCIDENTES SIN DAÑO – ENE A DIC 2018  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOMÉ**



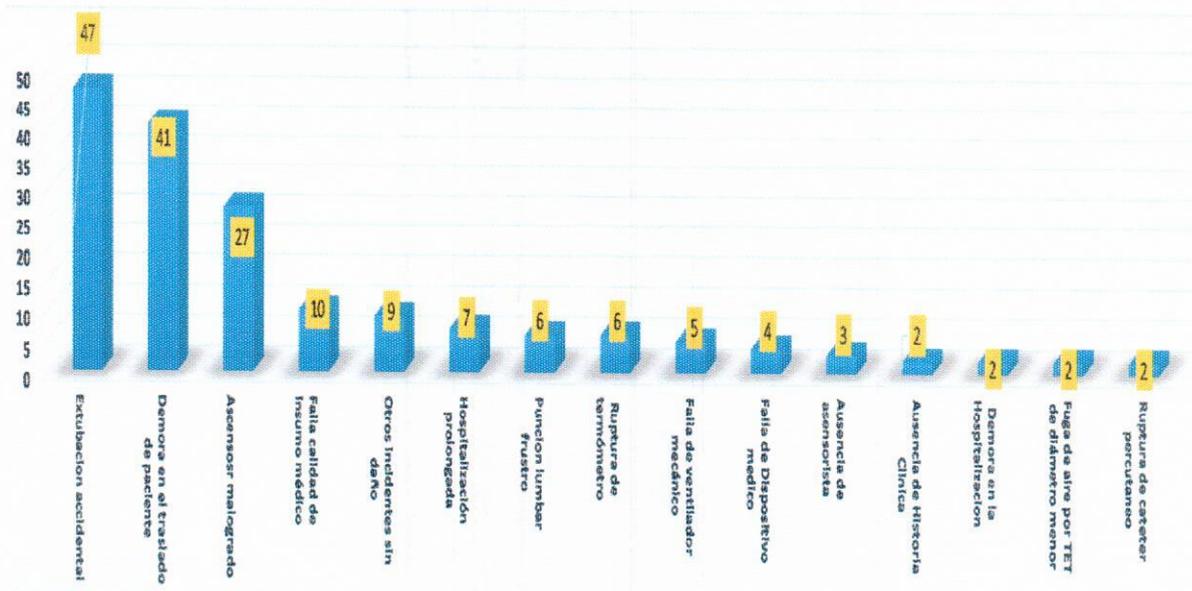
Ocurrieron un total de 28 eventos centinela: Paro cardiaco (05 casos), Quemadura química (04 casos), Muerte Infantil (03 casos), Perforación uterina (03 casos), perforación intestinal (03 Casos) de los principales.

A continuación se analiza los incidentes de seguridad con daño y sin daño ocurridos en cada uno de los Departamentos del HONADOMANI San Bartolomé:



GRAFICO N° 14

INCIDENTES SIN DAÑO DPTO. EMERGENCIA y C. CRÍTICOS - ENERO A DICIEMBRE 2018  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME



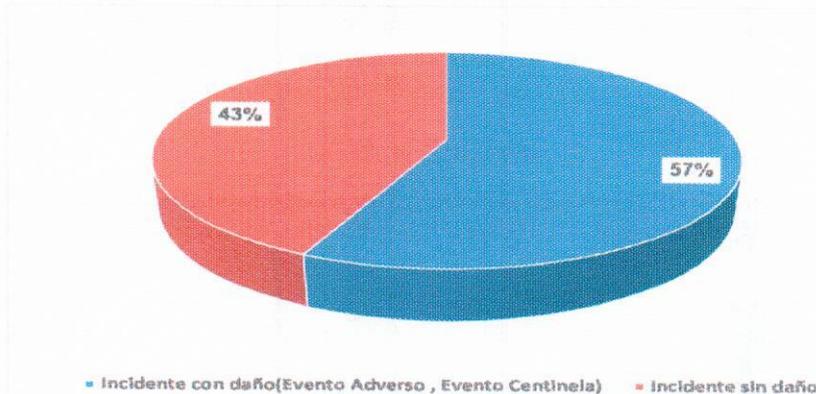
Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OG

Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico

En el Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico en el período de enero a diciembre del 2018, se reportaron un total de 67 incidentes de seguridad de los cuales el 57% (38 casos) fueron incidentes con daño y el otro 47% correspondió a incidentes sin daño (29 casos) (Gráfico N° 15).

GRAFICO N° 15

TIPOS DE INCIDENTES – DPTO. ANESTESIOLOGÍA y CENTRO QUIRÚRGICO  
ENERO A DICIEMBRE 2018 - HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

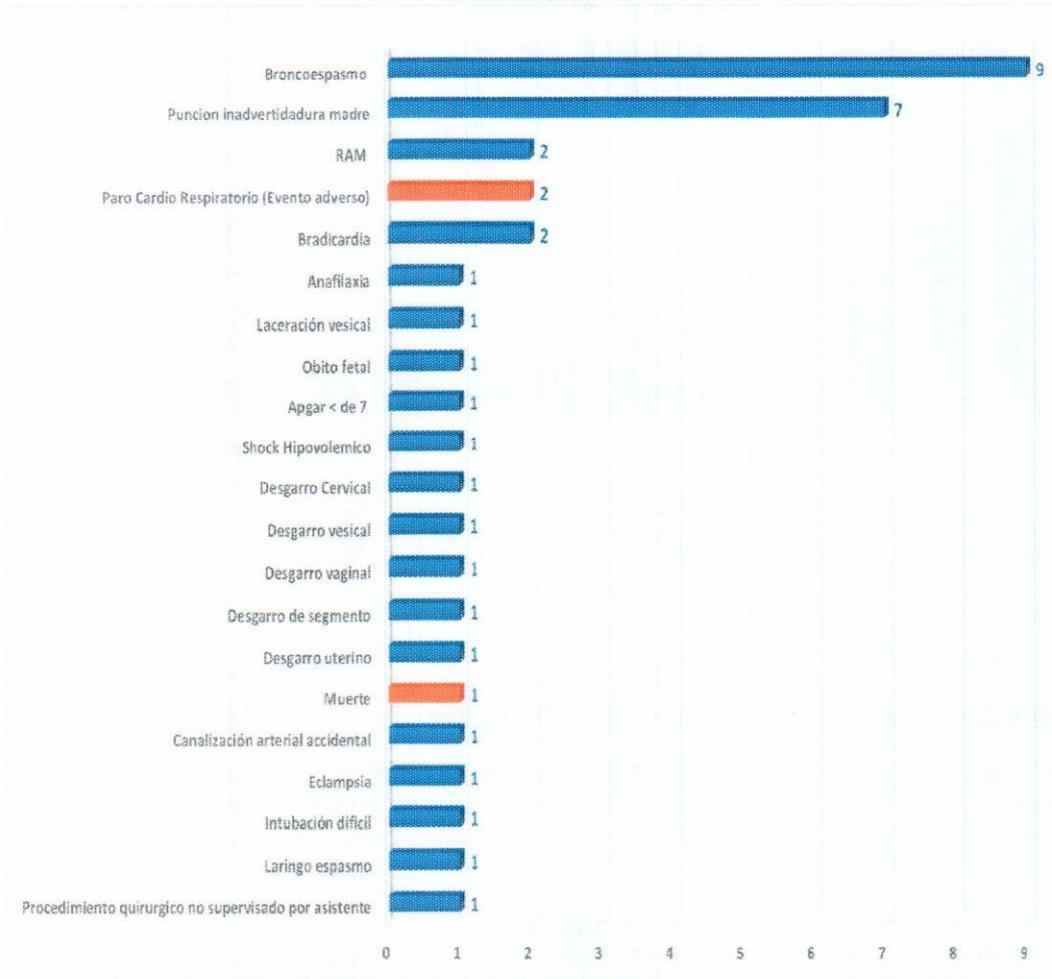
De los incidentes de seguridad con daño (eventos adversos y eventos centinela) los más frecuentes fueron: broncoespasmo (09 casos), punción inadvertida de duramadre (07 casos) y RAM (02 casos). (Gráfico N° 16).

Ocurrió 03 eventos centinelas: paro cardiorrespiratorio (02 casos) y muerte infantil (01 caso)



GRAFICO N° 16

INCIDENTES CON DAÑO DPTO. ANESTESIOLOGÍA y CENTRO QUIRÚRGICO  
ENERO A DICIEMBRE 2018 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME



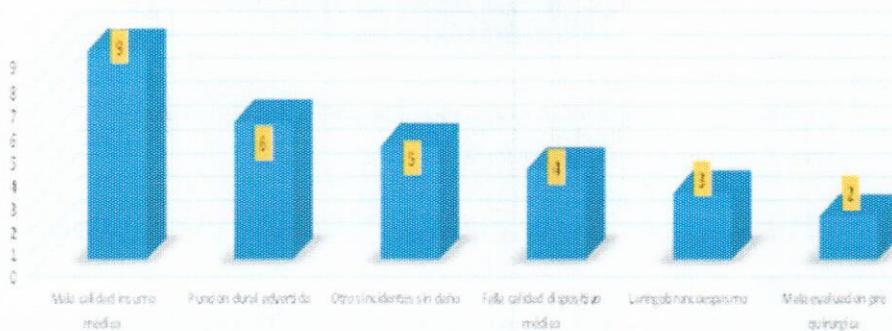
Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Leyenda: Evento Centinela

Se reportaron un total de 29 incidentes de seguridad sin daño, los más frecuentes fueron: la Mala calidad de insumos médicos (09 casos), Punción inadvertida (06 casos) y otros incidentes sin daño (05 casos) (Gráfico N° 17).

GRAFICO N° 17

INCIDENTES SIN DAÑO DPTO. ANESTESIOLOGÍA y C. QUIRÚRGICO - ENE A DIC 2018  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC



El **Departamento de Apoyo al Tratamiento** en el período de enero a diciembre del 2018 los incidentes de seguridad con daño (eventos adversos y eventos centinela) más frecuentes fueron: Celulitis post-vacuna (01 caso) y RAM (03 Casos). (Gráfico N°18)

Además se reportaron un total de 56 incidentes de seguridad sin daño, los más frecuentes fueron: la mala calidad de dispositivos médicos (25 casos) la falla calidad insumos médicos (16 casos) y mala calidad de insumo medico (11 casos).

**GRAFICO N° 18**

**INCIDENTES SIN DAÑO DPTO. APOYO AL TRATAMIENTO - ENERO A DICIEMBRE 2018  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME**



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

El **Departamento de Odontología** en el período de enero a diciembre del 2018 reportó incidentes de seguridad con daño que fueron 01 caso de alveolitis post-endodoncia e Hipersensibilidad dentaria post-restauración 02 casos. En relación a incidentes sin daño no presentó casos.

El **Departamento de Ayuda al Diagnóstico** en el período de enero a diciembre del 2018 reportó como incidente de seguridad con daño 01 caso de Dolor pélvico severo (por histerosalpingografía). En relación a incidentes sin daño reportó 03 casos de error diagnóstico.

## II.-RONDAS DE SEGURIDAD

A inicio del 2018, se procedió a la evaluación del cumplimiento de las acciones correctivas derivadas de las rondas de seguridad realizadas durante los años 2016 y 2017 y se verificó que el porcentaje de cumplimiento de la implementación de acciones correctivas por los diferentes servicios era muy baja; por ello se tomó la decisión de realizar nuevas rondas de seguridad en los servicios que tenían el más bajo porcentaje de cumplimiento de implementación de acciones correctivas, con la finalidad de monitorearlas e insistir en su implementación.

Durante el 2018 se realizaron ocho rondas de seguridad, de enero – agosto para el seguimiento a los servicios diferentes (UCI Mujer, UCEO-GO, UCI Neonatología, Hospitalización Obstétrica, UCI Pediátrica, Hospitalización pediátrica y Servicio de Neonatología, el cumplimiento de las acciones correctivas de las rondas realizadas en

los años 2016 y 2017 e identificándose los riesgos derivados de su incumplimiento. (Cuadro N° 1)

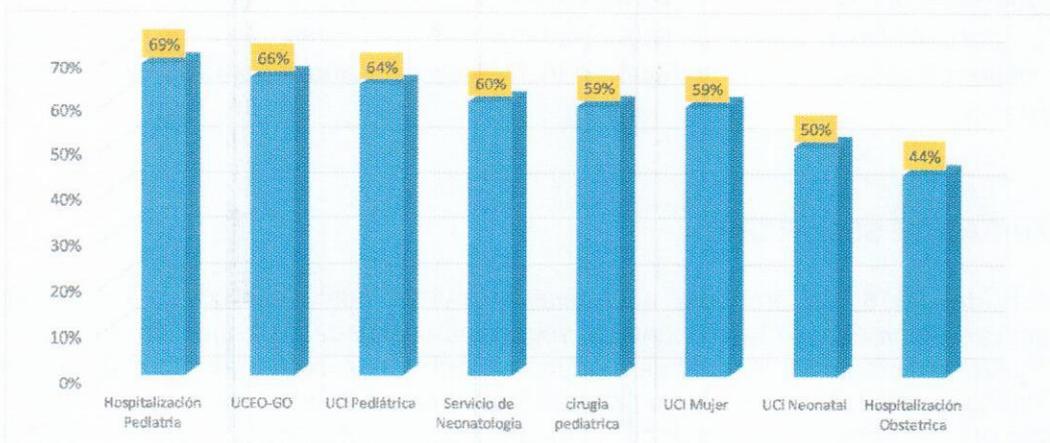
**CUADRO N° 1**  
**MONITOREO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD 2018 HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME**

Fecha	Rondas de Seguridad	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas (Ronda anterior)	Implementación de las Acciones Correctivas				
			Total	implementado	Proceso	No implementado	% de Implementación
Enero	UCI Mujer	58.9%	25	6	3	16	24%
Febrero	UCEO-GO	66%	16	6	5	5	38%
Marzo	UCI Neonatal	50%	24	11	8	5	46%
Abril	cirugia pediátrica	59%	30	11	6	13	37%
Mayo	Hospitalización Obstétrica	44%	32	9	1	22	28%
Junio	UCI Pediátrica	64%	27	16	0	11	59%
Julio	Hospitalización Pediatría	69%	25	14	2	9	56%
Agosto	Servicio de Neonatología	60%	23	10	3	10	43%
	<b>TOTAL</b>		<b>202</b>	<b>83</b>	<b>23</b>	<b>72</b>	<b>41%</b>

Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

En relación al cumplimiento de buenas prácticas durante el año 2018, el servicio con el mayor cumplimiento de buenas prácticas fue el servicio de hospitalización pediátrica con 69%, UCEO – GO con 66% y UCI Pediátrica con 64%.de cumplimiento (Gráfico N° 19)

**GRAFICO N° 19**  
**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS POR SERVICIOS ENERO A DICIEMBRE 2018 - HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME**



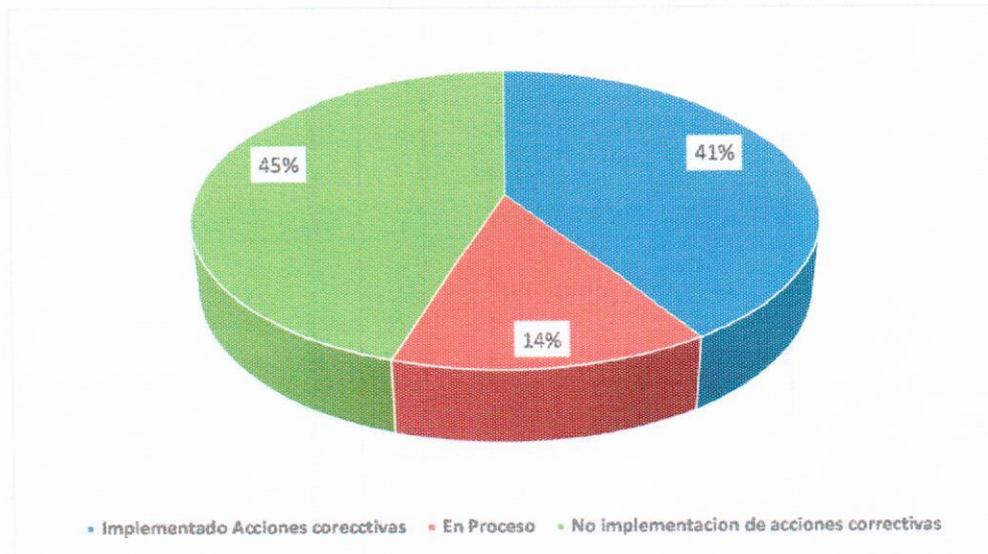
Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

En relación al cumplimiento de la implementación de acciones correctivas durante el 2018, el porcentaje general del cumplimiento fue de solo 41%, en proceso 14% y sin implementación de acciones correctivas es 45%. (Gráfico N° 20).



**GRAFICO N° 20**

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS - ENERO A DICIEMBRE 2018  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME**

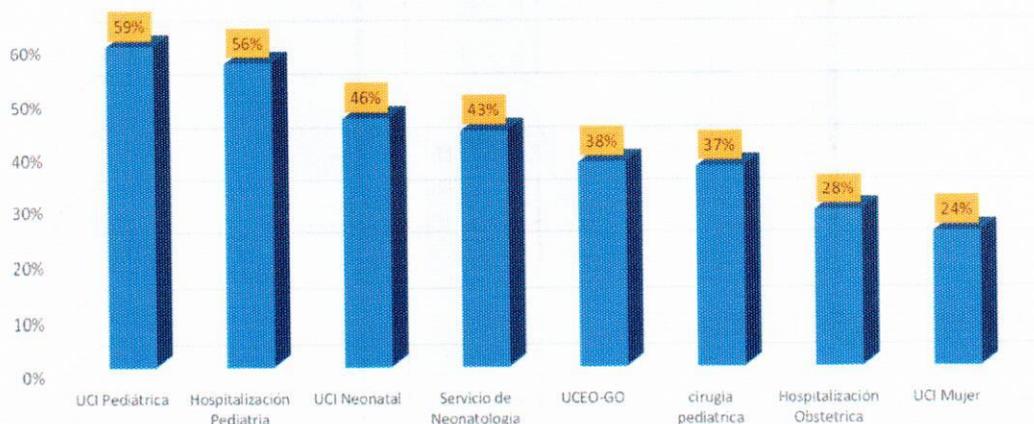


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

El servicio con el **mayor cumplimiento** de implementación de acciones correctivas fue la UCI Pediátrica con 59% y el servicio con el **menor cumplimiento** de acciones correctivas fue la UCI Mujer con solo 24% de cumplimiento (Gráfico N° 21)

**GRAFICO N° 21**

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE ACCIONES CORRECTIVAS POR SERVICIOS  
ENERO A DICIEMBRE 2018 - HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME**



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

También de setiembre a diciembre del 2018 se realizaron cuatro rondas nuevas y completas de seguridad, una en cada mes y en cuatro servicios diferentes (Emergencia de Gineco-obstétrica, consultorio Externo de Pediatría, Consultorio Externo de Gineco-obstetricia y consultorio Externo de Pediatría – cochera). (Cuadro N°2).



**CUADRO N° 2  
NUEVAS RONDAS DE SEGURIDAD 2018  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME**

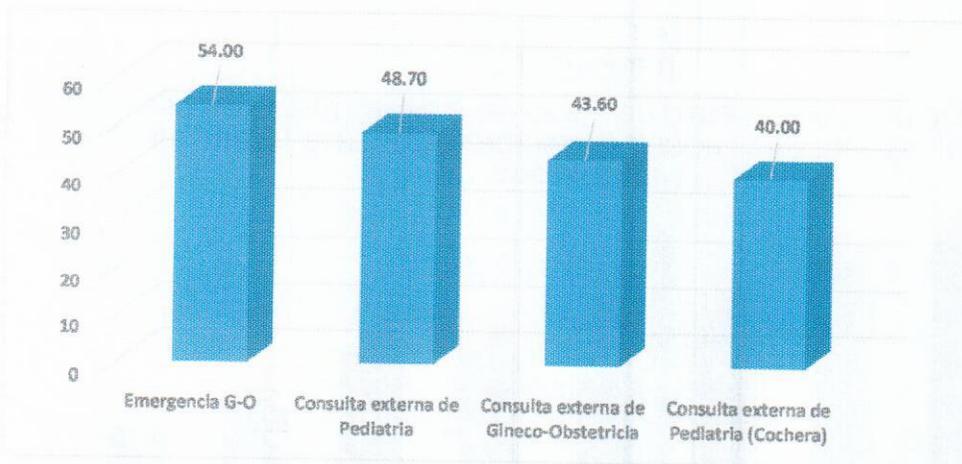
Fecha	Rondas de Seguridad	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas (Ronda anterior)	Implementación de las Acciones Correctivas				
			Total	Implementado	Proceso	No implementado	% de Implementación
Setiembre	Emergencia G-O	54%	0	0	0	0	0%
Octubre	Cosulta externa de Pediatría	48.7	0	0	0	0	0%
Noviembre	Cosulta externa de Gineco-Obstetricia	43,6%	0	0	0	0	0%
Diciembre	Cosulta externa de Pediatría (Cochera)	40%	0	0	0	0	0%

Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

En relación al cumplimiento de buenas prácticas de las cuatro rondas nuevas durante el 2018, el servicio con el **mayor cumplimiento** fue el servicio de Emergencia GO con 54%, seguido de Consultorio de Externo de pediátrica con 48.7%, Consultorio de GO con 43.6% y Consultorio de Externo de pediátrica (cochera) con 40%. de cumplimiento estamos en la espera de los informes de implementación de las medidas correctivas. (Gráfico N° 22).

**GRAFICO N° 22**

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS POR SERVICIOS  
ENERO A DICIEMBRE 2018 - HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN  
BARTOLOME**



**III.-ANALISIS CAUSA RAIZ (ACR)**

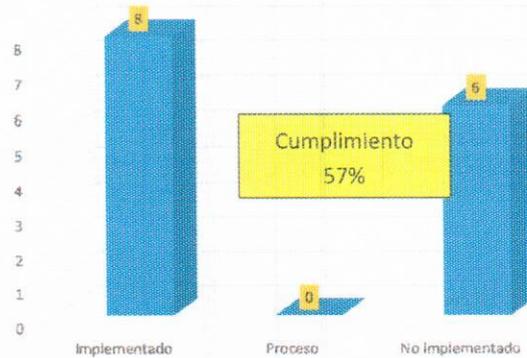
En el período de enero a diciembre del 2018 se realizaron dos Análisis Causa Raíz (ACR) de eventos centinelas ocurridos en el Departamento de Pediatría, Departamento de Ginecoobstetricia y Departamento de Cirugía Pediátrica.

En el **Departamento de Pediatría** se realizó el ACR en el mes de febrero del 2018 habiéndose identificado las causas raíz y los factores contribuyentes que dieron origen al evento centinela analizado. A la fecha de un total de 14 acciones correctivas se han implementado 08 que representa solo el **57%** de cumplimiento en la implementación de las acciones correctivas (Gráfico N° 23).



**GRAFICO N° 23**

**IMPLEMENTACION DE ACCIONES CORRECTIVAS DE ACR - DPTO. DE PEDIATRÍA  
ENERO A DICIEMBRE 2018 - HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME**

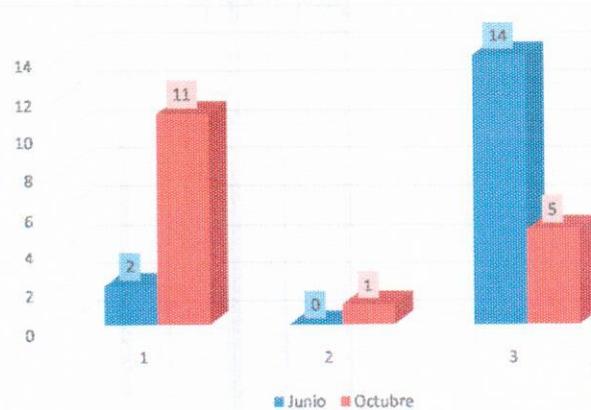


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

En el **Departamento de Cirugía Pediatría** se realizó el ACR el mes de junio del 2018 habiéndose identificado las causas raíz y los factores contribuyentes que dieron origen al evento centinela (Muerte post CVC). A la fecha de un total de 16 acciones correctivas se han implementado 02 que representa solo el **13%** de cumplimiento en la implementación de las acciones correctivas. En el mes de octubre se identificó otro evento centinela (Quemadura Química) que planteo 17 acciones correctivas se han implementado 11 que representa el **65%** de cumplimiento en la implementación de las acciones correctivas. (Gráfico N° 24).

**GRAFICO N° 24**

**IMPLEMENTACION DE ACCIONES CORRECTIVAS DE ACR – DPTO. CIRUGÍA PEDIÁTRICA  
ENERO A DICIEMBRE 2018 - HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME**



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

En el **Departamento de Gineco obstetricia** se realizó el ACR el mes de diciembre del 2018 habiéndose identificado las causas raíz y los factores contribuyentes que dieron



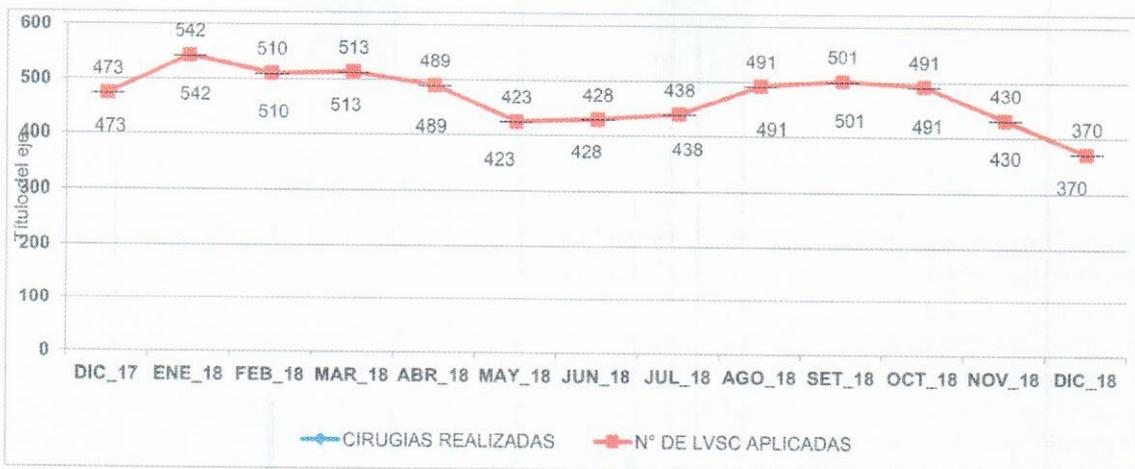
origen al evento centinela (Fractura de Cráneo RN) analizado planteando 13 acciones correctivas. Se espera a la fecha el inicio de la implementación de medidas correctivas.

#### IV.-LISTA DE VERIFICACION DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA (LVSC)

En relación a la aplicación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, durante el período de enero a diciembre del 2018, se realizaron un total de 5256 procedimientos quirúrgicos y se aplicaron el mismo número de LVSC, representando su aplicación en el **100%** de cirugías (Gráfico N° 25)

**GRAFICO N° 25**

**PORCENTAJE DE IMPLEMENTACION DE LA LVSC – ENERO A DICIEMBRE 2018  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME**

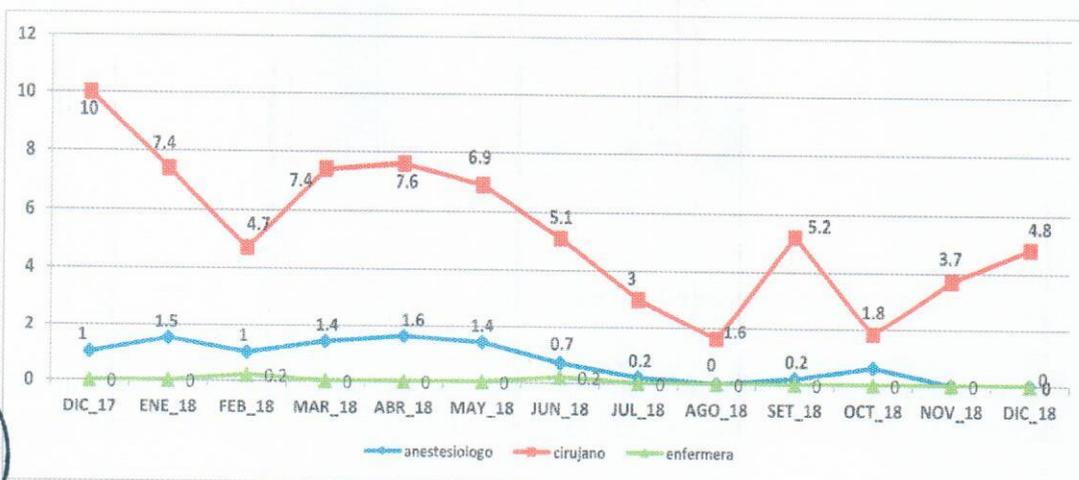


Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Es en la tercera etapa (Antes que el paciente salga del quirófano) durante la cual se incumple permanentemente con el ítem relacionado al registro de firma y sello, siendo los cirujanos y anestesiólogos los que más incumplen en registrar su firma y sello (Gráfico N° 26).

**GRAFICO N° 26**

**PORCENTAJE DE INCUMPLIMIENTO DE LLENADO DE FIRMA Y SELLO EN LA LVSC  
ENERO A DICIEMBRE 2018 - HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME**



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC



En el mes de diciembre del 2018, se realizó una evaluación de la adherencia a la LVSC (verificación inopinada de su aplicación) en 10 procedimientos quirúrgicos observándose que de los 36 ítems que están en la LVSC, el 14% (7 ítems) tuvieron un cumplimiento menor del 80%, y solo 16 ítems tuvieron cumplimiento del 100%.

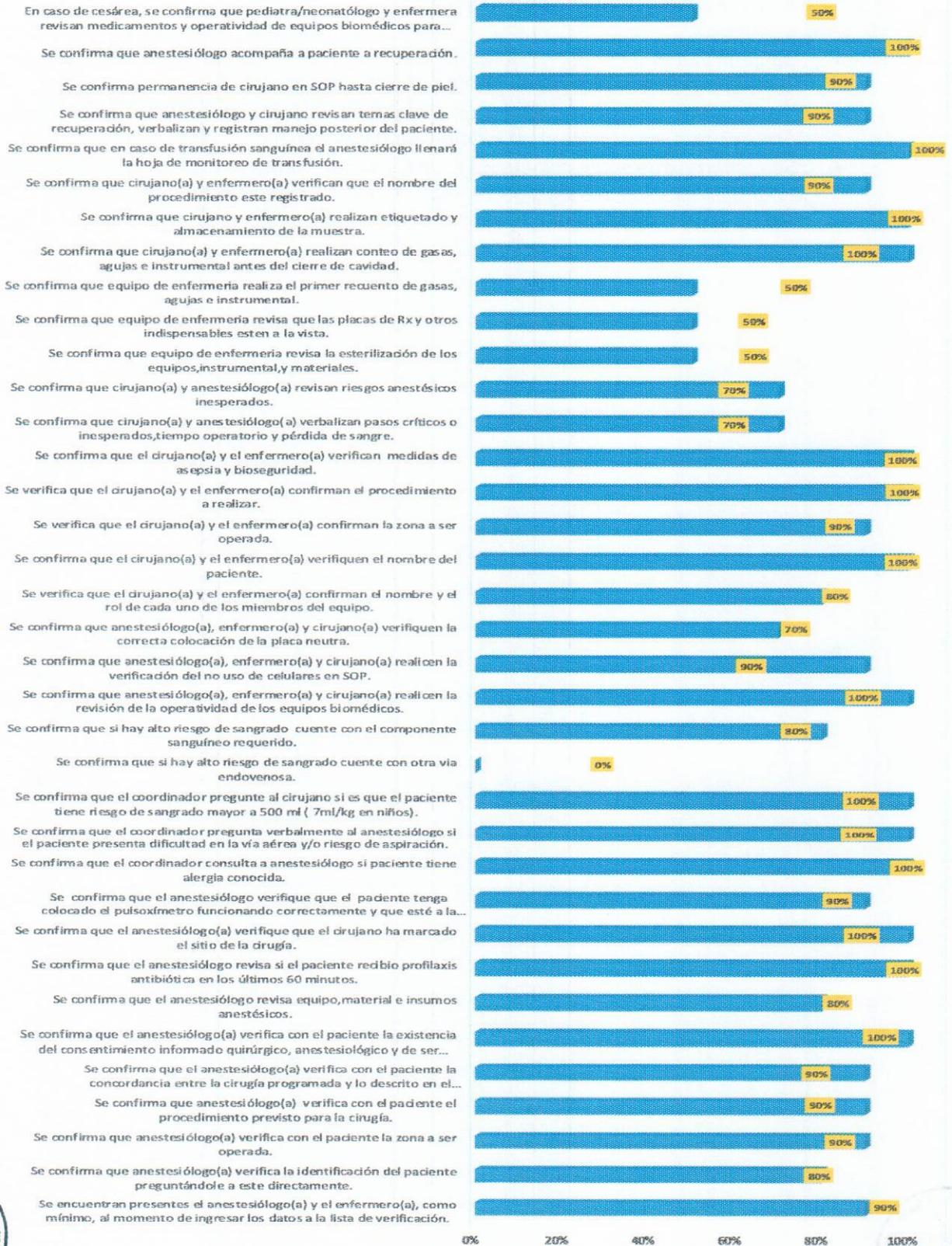
Los ítems con mayor incumplimiento fueron:

- *“Se confirma que el cirujano informa en voz alta la probable cantidad de pérdida de sangre prevista durante el procedimiento quirúrgico”,*
- *“Se confirma que el anestesiólogo informa en voz alta la posibilidad de alguna complicación anestésica y su plan de reanimación” y*
- *“Se confirma que el coordinador(a) verifica verbalmente con el instrumentista que la esterilización se ha logrado verificando los indicadores de esterilización” con solo 50% de cumplimiento, (Gráfico N° 27).*



GRAFICO N° 27

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA LVSC – DICIEMBRE DEL 2018  
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME



Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

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

En el 2018 se ha realizado el monitoreo del comportamiento de nueve 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° 3, se muestra sus valores comparados con sus estándares correspondientes.

Vemos que los indicadores relacionados a las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud son los que están por encima del promedio estándar para la categoría de establecimiento (nivel III-1), como la Tasa de Endometritis por Parto Vaginal, la Tasa de Endometritis por parto por Cesárea y la Tasa de Infecciones de Sitio Operatorio, la episiotomía de parto vaginal y la tasa de ingreso a UCIM. Solo 03 indicadores se mantuvieron dentro de los estándares o por debajo como la tasa de fractura de clavícula neonatal, la tasa de desgarro perineal III/IV grado y la tasa de transfusiones de las gestantes (Cuadro N° 3).

### CUADRO N° 3

#### TASA PROMEDIO DE LOS INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PARTO ENERO A DICIEMBRE 2018 - HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME

Indicador	PROMEDIO Ene. A Dic.	Estándar - Fuente
<b>ENDOMETRITIS POR PARTO VAGINAL</b> casos x 100 partos vaginales	<b>0.45</b>	<b>0.19</b> (promedio nacional Hospitales III-1)
<b>ENDOMETRITIS POR PARTO POR CESAREA</b> casos x100 cesáreas	<b>2.01</b>	<b>0.57</b> (promedio nacional Hospitales III-1)
<b>DESGARRO PERINEAL III/IV GRADO</b> casos x 100 partos vaginales	<b>0.44</b>	0.52 (promedio Institucional)
<b>FRACTURA DE CLAVICULA NEONATAL</b> casos x 100 partos vaginales	<b>2.66</b>	3.18 (promedio Institucional)
<b>EPISIOTOMIA EN PARTO VAGINAL</b> casos x 100 partos vaginales	<b>36.05</b>	25 (estándar Internacional)
<b>INFECCION DE SITIO OPERATORIO EN PACIENTES POSTCESAREA</b> casos x 100 cesáreas	<b>2.93</b>	<b>1.34</b> (promedio nacional Hospitales III-1)
<b>TASA DE INGRESO A UCIM</b> casos x 1000 gestantes	<b>3.21</b>	3.12 (promedio Institucional)
<b>RECIÉN NACIDOS CON DIAGNÓSTICO DE ASFIXIA NEONATAL</b> casos x total de recién nacidos vivos	<b>0.65</b>	-
<b>TRANSFUSIONES (Mayor de 1 unidad)</b> casos x 100 transfusiones en gestantes	<b>2.01</b>	2.5 (promedio Institucional)

Fuente: Unidad de Seguridad del Paciente – OGC

Los indicadores que están en relación al control de las infecciones intrahospitalarias son los enero a diciembre del 2018 no han disminuido, por el contrario a lo largo del período se han mantenido en valores muy altos alcanzando incluso cifras que han cuadruplicado y triplicado el valor de referencia, como la endometritis en parto por cesárea y la endometritis por parto vaginal respectivamente, en el caso de las infecciones de sitio operatorio post-cesárea su valor ha llegado casi triplicar el valor de referencia promedio.

De toda la información presentada sobre lo realizado durante el año 2019; para el presente año 2019 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.

Es necesario continuar con la sensibilización y capacitación a los Jefes de Departamento y Servicio en temas de Seguridad del Paciente y gestión del riesgo, ello se constituye en un aspecto fundamental, como también el brindar asistencia técnica permanente para mejorar la identificación y notificación de Eventos Adversos por los mismos profesionales de la Salud.

Así mismo, continuar con la realización de las Rondas de Seguridad del paciente con un enfoque de "verificación 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.

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 visitas inopinadas en centro quirúrgico para verificar su aplicación y mejorar la adherencia a la LVSC.

Un aspecto importante a desarrollar en el presente año, fortalecer el monitoreo permanente de la implementación de las acciones de mejora derivadas de las rondas de seguridad del paciente, del análisis causa raíz, de los reportes de incidentes de seguridad del paciente, que a la fecha muestra debilidades, por lo que se ha agregado una tarea específica de monitoreo en las actividades más importantes.

## **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.

## **VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS (ESTRATEGICOS)**

### **1.- OBJETIVO ESPECIFICO**

Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión del riesgo

### **2.- OBJETIVO ESPECIFICO**

Monitorear y evaluar los riesgos de la atención

## **VII. PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR OBJETIVO ESPECÍFICO**

### **Para el logro del Objetivo específico 1**

"Fortalecer las buenas prácticas de atención y gestión del riesgo"

#### **Actividades**

- a) Ejecución de rondas de seguridad
- b) Evaluación de la aplicación de la Lista de verificación de seguridad de la cirugía

### **Para el logro del Objetivo específico 2**

"Monitorear y evaluar los riesgos de la atención"

#### **Actividades**

- a) Registro, Notificación y Análisis de la ocurrencia de Eventos Adversos en Salud.
- b) Elaborar los indicadores de la seguridad del paciente por Departamentos.
- c) Realizar los Análisis Causa Raíz de los Eventos Centinela

La presente programación ha sido incorporada en el Plan de Gestión de la Calidad 2019 del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

