

LIDERAZGO PARA UNA ATENCIÓN SEGURA DEL PACIENTE

Dra. Imelda Leyton Valencia
Asociación de Calidad den Salud del Perú

Calidad Asistencial
¿Hacia dónde va el mundo?

LIDERAZGO PARA UNA ATENCION SEGURA DEL PACIENTE

Las organizaciones que trabajan en seguridad del paciente (SP) reconocen la necesidad de asumir un liderazgo adecuado para mejorar los resultados en este campo

Liderazgo es la capacidad de influir en las personas para alcanzar los objetivos de la organización

¿CUÁL ES NUESTRA SITUACIÓN ACTUAL EN LIDERAZGO EN SP?

Porcentaje de respuestas negativas en relación al apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

PORCENTAJE	NOMBRE DEL ESTUDIO	PAIS	AÑO
51,6 %	Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español	España	2009
46%	ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICADA EN LA CLÍNICA LAS AMÉRICAS. MEDELLÍN	Colombia	2013
55%	Evaluación de la cultura sobre seguridad del paciente entre médicos residentes de Medicina familiar y comunitaria en un servicio de urgencias hospitalario	España	2013
37%	Informe de resultados de la encuesta aplicada de cultura de seguridad en el Hospital Santa Rosa	Perú	2014

CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES PARA SUSTENTAR UNA CULTURA DE SEGURIDAD



1) Compromiso con la seguridad al más alto nivel



2) Proporcionar los recursos necesarios para la seguridad



3) La seguridad es la máxima prioridad

CARACTERÍSTICAS IMPORTANTES PARA SUSTENTAR UNA CULTURA DE SEGURIDAD



4) Todos los trabajadores se comunican de manera efectiva acerca de los problemas de seguridad



5) Los actos peligrosos son poco comunes



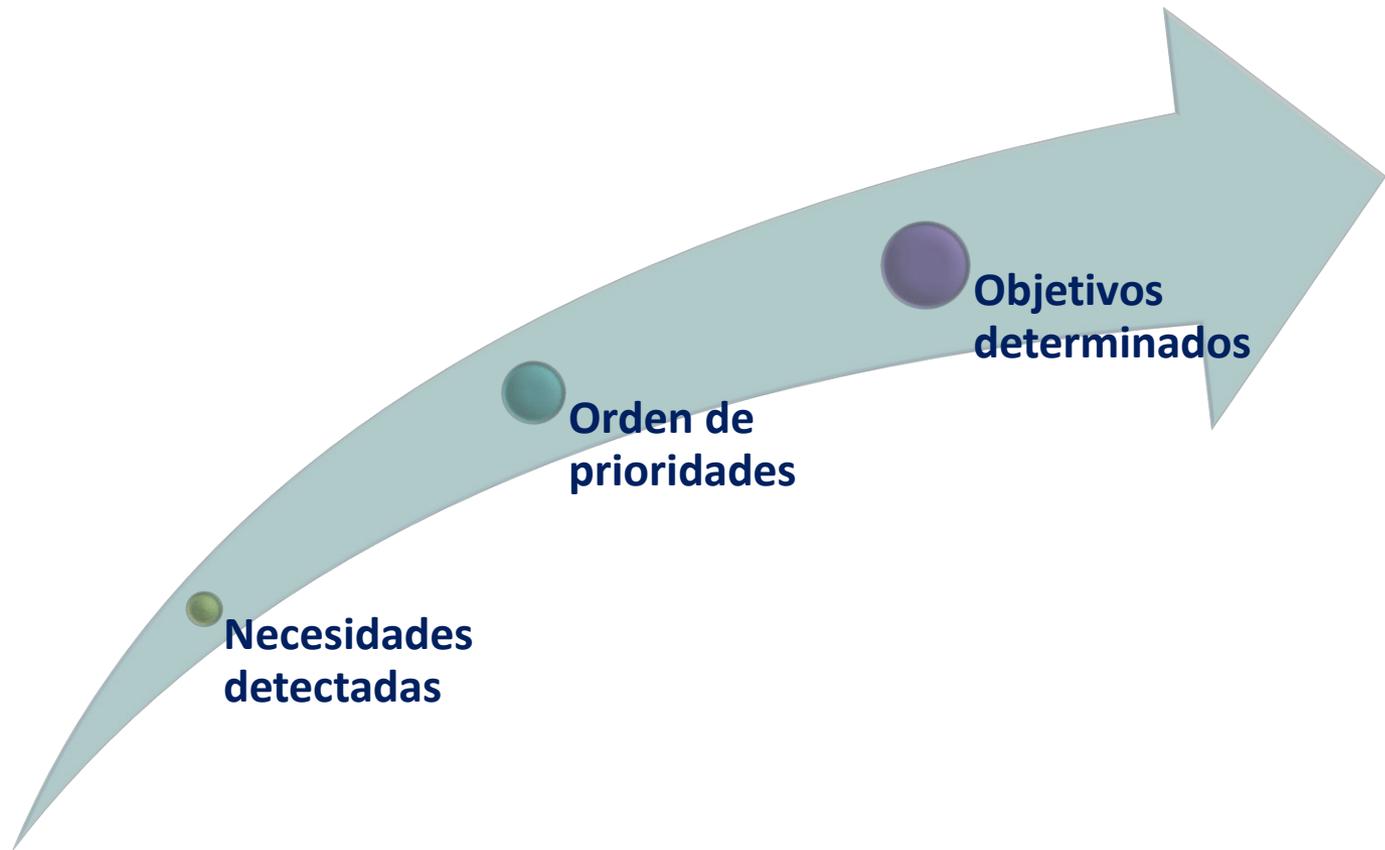
6) Hay transparencia al informar y discutir los errores



7) Las soluciones de seguridad se centran en la mejora del sistema y no en la culpa individual.

LIDERAZGO GUBERNAMENTAL

- **Compromiso formal del gobierno**



LIDERAZGO GUBERNAMENTAL

**Cultura de la
administración
sanitaria**

**Estructura organizativa
(descentralización de
la asistencia sanitaria)**

**Situación económica
del sistema sanitario**

**Ideología del
momento**



SISTEMA

ORGANIZACION

PROFESIONAL

ESTRATEGIA

PROGRAMA

PRACTICA CLINICA

CAMBIOS EN EL SISTEMA

CAMBIOS EN LA ORGANIZACION

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO

SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO Y LA SEGURIDAD



DESEMPEÑO

LIDERAZGO

COMUNICACION

MONITOREO

**SOPORTE
MUTUO**

CONOCIMIENTOS

ACTITUDES

ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO Y LA SEGURIDAD



DESEMPEÑO

LIDERAZGO

COMUNICACION

MONITOREO

SOPORTE
MUTUO

CONOCMIENTOS

ACTITUDES

FUNCIONES DEL LÍDER : COMUNICACION



ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO Y LA SEGURIDAD



DESEMPEÑO

LIDERAZGO

MONITOREO

SOPORTE
MUTUO

COMUNICACION

CONOCMIENTOS

ACTITUDES

FUNCIONES DEL LÍDER : MONITOREO

- **Integra la gestión de riesgos con la gestión de la organización o servicio**
- **Establece prioridades para implementar soluciones para reducir el riesgo**
- **Favorece la evaluación de las acciones emprendidas, comunica resultados**
- **Asegura que el plan es realizado , revisado y actualizado .**



ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO Y LA SEGURIDAD



FUNCIONES DEL LÍDER : SOPORTE MUTUO

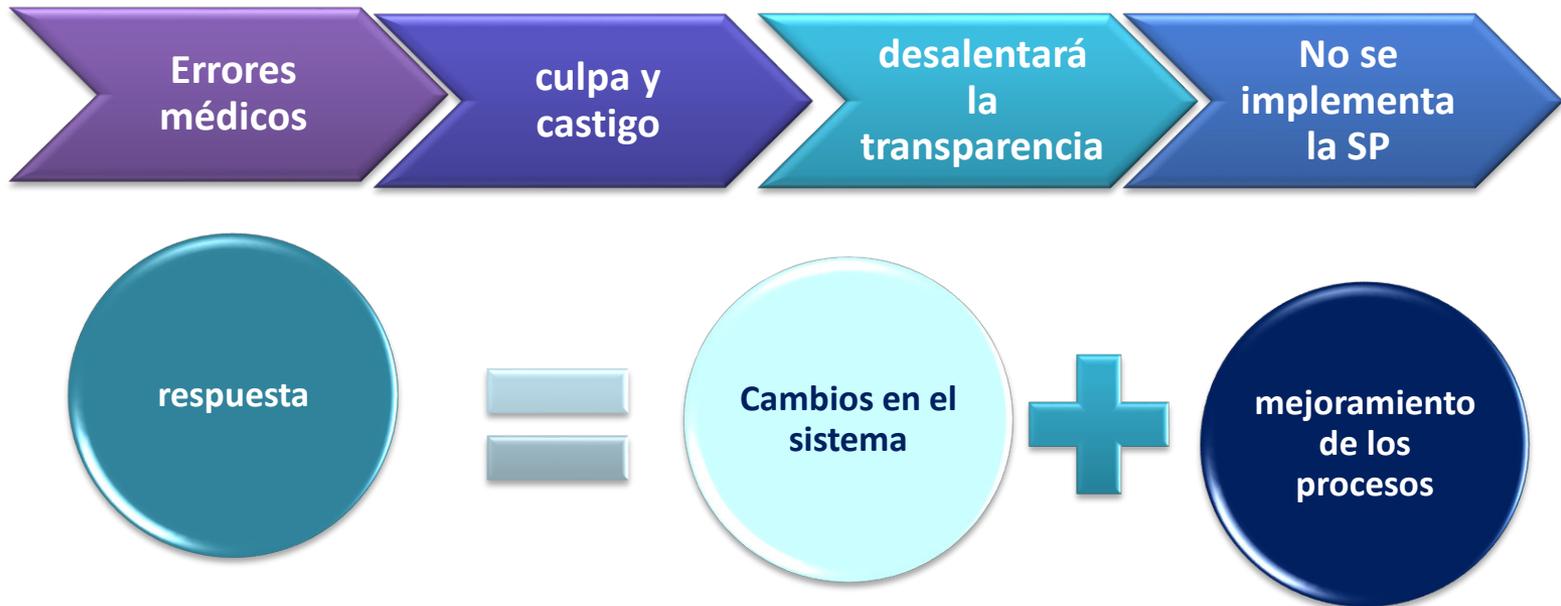
- **Mantiene unido un equipo de trabajo.**
- **Fomento de un ambiente de apoyo mutuo**
- **Capacidad de aprender continuamente de los errores y promover cambios en el sistema para evitar que ocurran errores similares en el futuro**



FUNCIONES DEL LÍDER : SOPORTE MUTUO

Cultura Justa.

- Descrita por primera vez por David Marx



- **Cultura justa no es una cultura libre de culpa: violaciones intencionales y conductas negativas no pueden ser toleradas por los líderes, quienes deben responder con niveles crecientes de disciplina.**

HERRAMIENTAS DE LIDERAZGO PARA ESTABLECER UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Existen varias herramientas administrativas y clínicas validadas y efectivas para establecer una cultura de seguridad.

1. Medir con precisión la cultura de seguridad.

a. Proporcionará línea de base para evaluar el efecto de cualquier intervención

b. Denotará importancia de la seguridad para los líderes.



HERRAMIENTAS DE LIDERAZGO PARA ESTABLECER UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

2. Rondas de seguridad , realizadas por un líder de alto nivel, junto con el equipo principal de mejoramiento de la calidad.
 - Se llevan a cabo en diferentes áreas clínicas del hospital
 - Programadas a intervalos regulares.



Thomas EJ, Sexton JB, Neilands TB, Frankel A, Helmreich RL. The effect of executive walk rounds on nurse safety climate attitudes: a randomized trial of clinical units. *BMC Health Serv Res* 2005;5:28.

HERRAMIENTAS DE LIDERAZGO PARA ESTABLECER UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

3. Reuniones cortas

Reunión diaria de 5 minutos con todo el personal antes de atender al primer paciente.

- Problemas de recursos humanos,
- Problemas de las instalaciones
- Mal funcionamiento del equipo
- Funcionamiento de banco de sangre (emergencia)
- Ambulancias disponibles
- Falta de suministros
- Revisar la programación y posibles problemas como exceso de pacientes, o sobrecarga de trabajo.



HERRAMIENTAS DE LIDERAZGO PARA ESTABLECER UNA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

4. Reuniones mensuales

- Debe programarse una reunión mensual para todo el personal
- Contribuir a la agenda con temas desde productividad hasta seguridad.
- Registrar los asuntos sin resolver , asignar responsable y darles seguimiento.
- Esta lista de pendientes debe ser examinada, revisada y priorizada en cada reunión hasta que los asuntos se resuelvan y se retiren de la lista.



Gluck PA. Physician leadership: essential in creating a culture of safety. Clin Obstet Gynecol 2010;53:473–81

EL LIDERAZGO Y LA CAPACITACIÓN DEL EQUIPO MÉDICO

Conocida originalmente como manejo de recursos de la tripulación, tiene sus raíces en la industria de la aviación.

Se definió como "medidas preventivas que se emplean para evitar errores, captar los errores cometidos y para mitigar las consecuencias de los mismos"



Helmreich RL, Merritt AC, Wilhelm JA. The evolution of crew resource management training in commercial aviation. *Int J Aviat Psychol* 1999;9:19–32.

EL LIDERAZGO Y LA CAPACITACIÓN DEL EQUIPO MÉDICO

- **La simulación ha demostrado ser un importante complemento de la capacitación del equipo, la educación para adultos y el mejoramiento del desempeño humano**



Weaver SJ, Lyons R, DiazGranados D, Rosen MA, Salas E, Oglesby J, et al. The anatomy of health care team training and the state of practice: a critical review. *AcadMed* 2010;85:1746–60

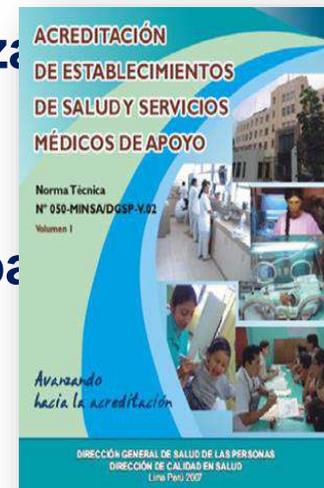
LIDERAZGO PARA TRABAJAR EN EQUIPO

- **"Una definición más general de trabajo en equipo es un conjunto de conductas, cogniciones y actitudes que hacen que el desempeño coordinado y adaptable sea posible".**



LIDERAZGO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERU

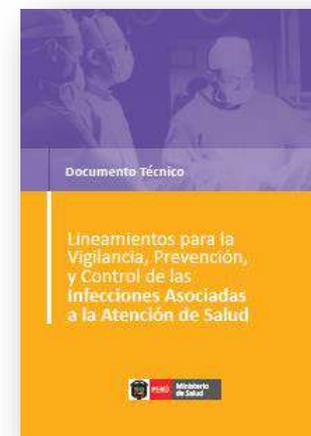
- El Perú se aúna a los países que suscribieron la Alianza por la Seguridad del paciente en Octubre del 2014.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02: “Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”. Macroproceso 4 Manejo de Gestión del Riesgo
- Resolución Ministerial N° 727–2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”, del 29 de octubre del 2009.
8va Política



Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación para la seguridad de la cirugía



Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud".



Resolución Ministerial N° 255-2016/MINSA, que aprueba la Guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD: PROGRAMA REGIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE: CASP NOTIFICACIÓN/VIGILANCIA DE EVENTOS ADVERSOS

APLICACIONES OPERATIVAS DE LA CLASIFICACION INTERNACIONAL PARA LA SP



Sistemas de notificación de incidentes en América Latina



R Y ENCARGADO DE REGULADOR

SEÑO Y APLICACIÓN DE SISTEMAS DE REGISTRO, GESTIÓN Y APRENDIZAJE PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

LINEAS DE T



2013

**PRACTICAS
SEGURAS**

Directiva N° 007-GG-ESSALUD-2013, “Practicas Seguras y Gestión del Riesgo para la

Administración Correcta de Medicamentos

Directiva N° 008-GG-ESSALUD-2013, “Practicas Seguras y Gestión del Riesgo para la

Prevención de Caídas de los Pacientes”

Directiva N° 009-GG-ESSALUD-2013, “Practicas Seguras y Gestión del Riesgo para la

Identificación Correcta de Pacientes”

Directiva N° 010-GG-ESSALUD-2013, “Practicas Seguras para la Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión”.



FORMACION EN SP : LIDERADO POR COLEGIO MÉDICO DEL PERU

2008 : Creación del Comité de Calidad y Seguridad de la atención del CMP

2009 Primer Curso Internacional de Seguridad del Paciente CMP - MINSA . Participación en la Campaña de Calidad

El 2010, 2011 : Jornadas de SP.

Guía Técnica de implementación de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía

2012 : Segundo Curso Internacional de Seguridad del Paciente : CMP - Essalud

Presencia del Comité en el Interior del país

2012 : Cuaderno de Debates Seguridad del Paciente. Comité de Calidad de atención del CMP.

2013 : Tercer Curso Internacional de Calidad y Seguridad del Paciente

Diplomado en Calidad y Seguridad

Cuaderno de Debates : Acreditación

2014 : Cuarto Curso Internacional de Calidad y Seguridad del Paciente

2015 . I Congreso Peruano de Calidad y Seguridad del Paciente

2016: Curso Internacional de Calidad y Seguridad de la atención en salud



FORMACION EN SP :LIDERAZGO EN SP ASOCALP

Mecanismos de colaboración técnica interinstitucional para la mejora de la calidad, y apoyo a la Atención de Salud Segura y de Calidad.

Participación en la 31^o Conferencia Internacional de Calidad de la ISQUA Octubre del 2014 en Río de Janeiro



Participación de ASOCALP en el 1^o Fórum Latino Americano de Qualidade e Seguranca na Saude Agosto del 2015 en Sao Paulo



LIDERAZGO DE ASOCALP PARA LA SEGURIDAD DE LA ATENCION EN EL PERU

**Colaboración técnica interinstitucional para la mejora de la
calidad, y seguridad de la atención**

**2015 : Jornada Chileno -Peruana de Calidad y
Seguridad de la atención. Arica**

**Curso Internacional de Calidad y Seguridad SOCCAS
Santiago de Chile**

**2016: X Congreso de Calidad y Seguridad Asistencial
Santiago de Chile 12 y 13 de Octubre**

**2016 : Jornada Peruano Chilena de Calidad y
Seguridad de la atención en la Ciudad de Tacna. 17 y
18 de Nov**

**2017: Fundación para la Seguridad del Paciente
Santiago de Chile. 15 y 16 de Junio**

**2017 : Jornada Chileno Peruana de Calidad
y Seguridad de la atención en la Ciudad de
Antofagasta se llevara a cabo el 07 08 de Noviembre**



LIDERAZGO DE ASOCALP PARA LA SEGURIDAD DE LA ATENCION EN EL PERU

- 2015 . I Congreso Peruano de Calidad y Seguridad del Paciente
- 2016: Curso Internacional de Calidad y Seguridad de la atención en salud
- 2017: II Congreso Peruano de Calidad y Seguridad del Paciente



LIDERAZGO DE ASOCALP PARA LA SEGURIDAD DE LA ATENCION EN EL PERU

ASOCALP participa en :

- **II Seminario Virtual de Seguridad del Paciente**
Fundación Avedis Donabedian 2016
(62 participantes peruanos)
- **III Seminario Virtual de Seguridad del Paciente**
Fundación Avedis Donabedian 2017
(80 participantes peruanos)



LIDERAZGO PARA UNA ATENCION SGURA EN EL HOSPITAL SANTA ROSA MINSA



LIDERAZGO PARA LA SEGURIDAD DE LA ATENCION EN EL HOSPITAL SANTA ROSA

ESTRUCTURA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

- Oficina de Gestión de la Calidad
- Unidad funcional de SP
- Gestores de Riesgos por servicios.



HSR PARTICIPO EN EL ESTUDIO DE PREVALENCIA DE EVENTOS ADVERSOS EN LATINOAMERICA : IBEAS



14,000 CAMAS

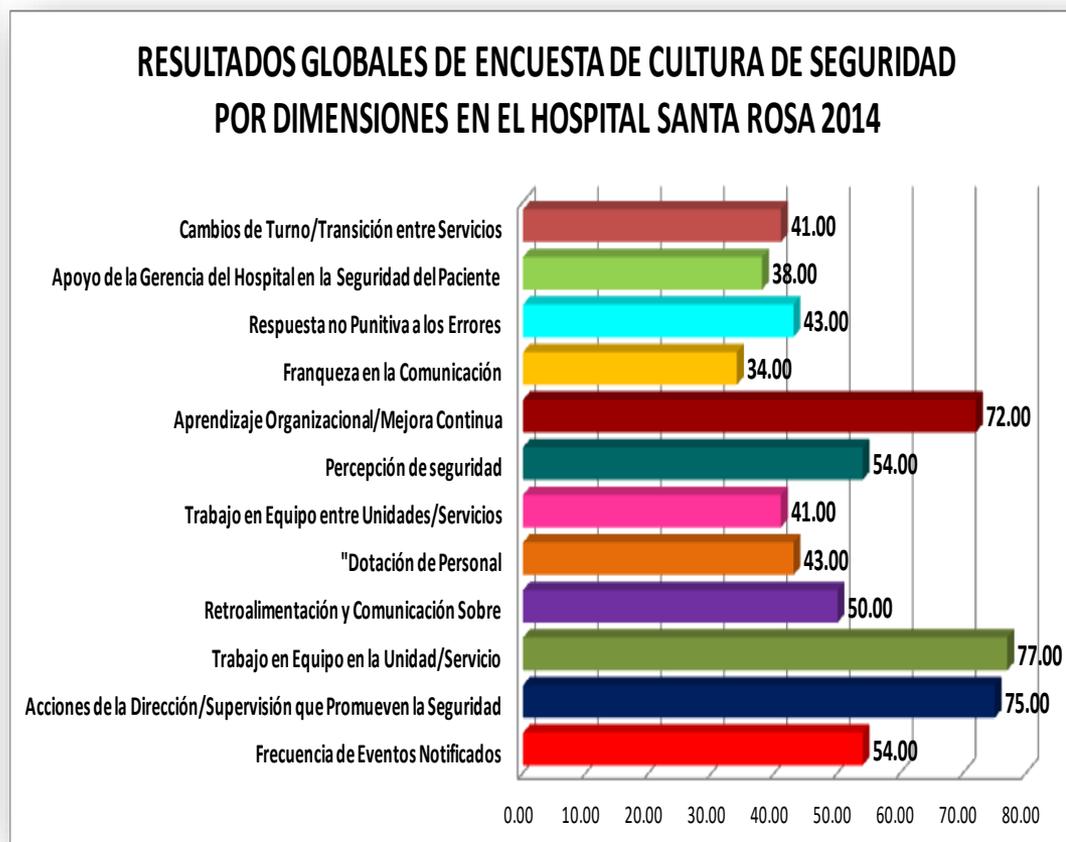
58 HOSPITALES

11379 PACIENTES

Estudio IBEAS
Prevalencia de efectos
adversos
en hospitales de
Latinoamérica

LIDERAZGO PARA LA SEGURIDAD DE LA ATENCION EN EL HOSPITAL SANTA ROSA : MONITOREO

- **Medición de la Cultura de la Seguridad en el HSR**



PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL SANTA ROSA

N° 178-2017
JG-HSR-IGSS

REPÚBLICA DEL PERÚ

Resolución Directoral
Lima, 23 de Febrero del 2017

VISTO:

EL INFORME N° 010-2017-OEPE-HSR/IGSS, de fecha 23 de Febrero del 2017, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remite el "Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Santa Rosa 2017".

CONSIDERANDO:

Que, La Ley General de Salud N° 26842, establece que la salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público y por tanto responsabilidad del Estado regular y promoverla, siendo de interés público la provisión de servicios de salud cualquiera sea la persona o institución que los provea y responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud" el cual tiene como objetivo 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;

Que, habiéndose evaluado el documento en mención, se aprueba que la finalidad del mismo es el de mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en el Hospital Santa Rosa, disminuyendo el riesgo en las prestaciones brindadas y evitando los eventos adversos, teniendo como objetivo general el de reducir los riesgos de atención y evitar los Eventos Adversos en los usuarios del Hospital Santa Rosa, contribuyendo así que nuestros servicios médicos asistenciales sean más seguros en la atención de pacientes;

Que, mediante Nota Informativa N° 028-2017-IGSS-HSR-OGC, la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita a la Dirección General la aprobación del "Plan Anual de Seguridad del Paciente del Hospital Santa Rosa 2017"; asimismo, con Memo N° 064-2017-IGSS-HSR-OG, el Director General emite su opinión favorable indicando se proyecta la Resolución Directoral, para su aprobación correspondiente;

Que, mediante Informe de visto, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico opina favorablemente y que es conveniente considerar lo solicitado la Oficina de Gestión de la Calidad, en conformidad a las normas vigentes;

Que, el Literal f) del Artículo 9º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa aprobado mediante Resolución Ministerial N° 1022-2007/MINSA, señala como función de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico Formular y tener actualizados los documentos de gestión en cumplimiento a las normas vigentes;

Que, el Literal c) del Artículo 18º del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa, aprobado con Resolución Ministerial N°1022-2007/MINSA, señala como funciones de la Oficina de Gestión de la Calidad "Implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios";

Con las violaciones de la Sub Directora General, el Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y el Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Santa Rosa; y

De conformidad con la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, Resolución Ministerial N°1022-2007/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital Santa Rosa, y en uso de las facultades conferidas mediante Resolución Ministerial N°701-2004/MINSA;

SE RESUELVE:

Primero.- Aprobar el documento denominado "**PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL SANTA ROSA 2017**", el mismo que contiene dieciséis (16) folios debidamente visados, los que forman parte de la presente Resolución.

Segundo.- Dejar sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.

Tercero.- Encargar a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Directoral en la página web del Hospital Santa Rosa.

Cuarto.- La presente Resolución entrará en vigencia al día siguiente de su expedición.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.

W.C. VILLALBA
2017 FEB 23 10:14

16. Sr. Claudio Ochoa
Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
Oficina de Gestión de la Calidad
Oficina de Asesoría Jurídica
Oficina de Comunicaciones
ASOCALP/IGSS

Plan de Seguridad del Paciente 2017

PERÚ | Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Hospital Santa Rosa | Oficina de Gestión de la Calidad

MINISTERIO DE SALUD
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
HOSPITAL SANTA ROSA

PLAN ANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL SANTA ROSA

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

2017

Oficina de Gestión de la Calidad del HSR
Línea de Seguridad del Paciente

SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL SANTA ROSA :MONITOREO

DIRECTIVAS PARA LAS PRACTICAS SEGURAS



RD-087-2011-SA-DS-. HSR-DEPE/DG “DIRECTIVA PARA LA ADHERENCIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL HSR”



RD-137-2014-SA-DS-. HSR-DEPE/DG DIRECTIVA DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO DEL HSR



RD-065-2015- DG-HSR-IGSS “DIRECTIVA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE EN EL HSR”

SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE DE EVENTOS ADVERSOS HSR

PERU		Ministerio de Salud		Hospital Santa Rosa		Oficina de Gestión De la Calidad	
FICHA DE REGISTRO DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS							
FECHA DE OBLIGATORIEDAD				FECHA DE NOTIFICACION			
N° DE HISTORIA CLINICA				EDAD			
DIAGNOSTICO DE INGRESO				CIE X			
SEXO				DIA DE ESTANCIA			
ESTADO DEL EGRESO			AUDITORIA				
SANO / MEJORADO			SERA LLENADO POR JEFATURA		SEVERIDAD		
CON SECUELA			SI				
FALLECIDO			NO		EVENTO CENTINELA (***)		
* Es una circunstancia que podría haber ocasionado o dañado innecesariamente a un paciente							
** Daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente							
*** Es un evento adverso que produce la muerte, lesión físico-psicológica grave o la pérdida permanente e importante de una función							
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO							
FECHA DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO							
HORA APROX. DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO							
BREVE DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE / EVENTO ADVERSO							
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS		GENERALES			GINECO OBSTETRICIA		
Infecciones debidas a los cuidados sanitarios (IACS)		Reacción alérgica			Desgarro perineal		
Neumonías causadas por ventilación artificial		Reacción adversa a medicamento (RAM)			Desgarro vaginal		
Neumonías después de 3 días de hospitalización. (HAP3)		Daño por error de identificación del paciente			Desgarro cervical		
Infecciones de heridas quirúrgicas (IACS)		Error en la medicación (prescripción, dispensación, administración)			Perforación Uterina		
Infección de sitio quirúrgico		Caída del paciente			Muerte Fetal en gestante hospitalizada / Intersparto		
Endometritis		Lesión de víscera hueca en laparoscopia			Óbito Fetal en gestante controlada		
Infección de Torneo sanguíneo		Extravasación de vía endovenosa			Hematomas post parto/post cesárea por manejo inadecuado.		
Infección por catéter urinario		Hematomas post vaso punción fallida			Rotura uterina en trabajo de parto		
CIRUGIA		Complicación por diagnóstico errado			Fractura de clavícula		
Lesión de órgano durante procedimiento quirúrgico		Daño por error de identificación del recibo médico			Otros trauma obstétricos		
Deficiencia de anastomosis en paciente nutricional		Fuga de Paciente			Desgarro de segmento		
Defuncionalidad de ostomía y anastomosis		Dolor no mitigado			Muerte materna evitable		
Demora en la atención quirúrgica		Sangrado post colocación de catéter vesical			Muerte insuficiente en PAP		
Inventención abdominal		Muerte o agravamiento por insuficiencia resolutive			Lesión vesical en cirugía Gineco obstetrica		
Convolución de las defecaciones por mal aboracamiento		Administración inadecuada de dieta			Fístula recto - vaginal post quirúrgica		
Embolia pulmonar post operatoria		Daño en paciente que requiere traslado no planificado a UCI			Fístula Vesico - vaginal post quirúrgica		
Frentocele venosa profunda post operatoria		Licencia por decisión			Deficiencia de epiteliofalia		
Error de sitio quirúrgico		Agravamiento / muerte del paciente por demora en la atención.			Ligadura de ureteres durante cirugía		
Daño de cuerpo extraño en el curso de la intervención		Agravamiento / muerte del paciente por demora en la atención.			PEDIATRIA		
hemorragia interna post quirúrgica		Daño por error en la identificación del paciente			Eltama delantal		
Perforación de víscera hueca en abordaje con láscar		Descompensación durante traslado del paciente			Neuritis aguda		
Daño de pieza quirúrgica en sitio quirúrgico		NUTRICIÓN			Punción lumbar fluída		
ONCOLOGÍA		Institución alimentaria en pacientes hospitalizados			Cefalea post punción lumbar		
Extravasación de quimioterapia (gemetrinas) / Extravasación de Cisplatino		Daño por error de identificación de dieta de paciente			Riesgo accidental del catéter		

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL SANTA ROSA

REPUBLICA DEL PERU

N° 298-2017
DG HSR-MINSA

Resolución Directoral
Lima, 19 de Junio del 2017

VISTO:

EL INFORME N°027-2017-HSR-OEPE/MINSA-UO, de fecha 16 de Junio del 2017 la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, remite la actualización del formato de Notificación de "Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas" de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Santa Rosa".

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N°1022-2007/MINSA de fecha 11 de Diciembre del 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Santa Rosa;

Que, mediante Resolución Jefatural N°631-2016/IGSS, se aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas";

Que, mediante Nota Informativa N°0106-2017-MINSA-HSR-OGC, La Oficina de Gestión de la Calidad, remite a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico la actualización del formato de Notificación de "Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas" para su revisión y aprobación;

Que, en base a la Resolución Directoral N°0207-2009-SA-DS-HSR-OEPE/DG, de fecha 11 de Mayo del 2009 La Oficina de Gestión de la Calidad, establece la actualización del formato de Notificación de "Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas";

Que, habiéndose evaluado el documento en mención, el mismo que tiene como objetivo, actualizar el encabezado del formato de Notificación del "Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas"; con el logo actual del MINSA y denominación Hospital Santa Rosa - Gestión de la Calidad;

Que, mediante Informe de visto, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico eleva a la Dirección General la actualización del formato de Notificación denominado "Registro de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas"; a efectos de su aprobación y aplique por la Oficina de Gestión de la Calidad, del Hospital Santa Rosa;



M

PRO

DE

SISTEMA DE NOTIFICACION Y APRENDIZAJE DE EVENTOS ADVERSOS HSR

Quienes notifican:

- **Los Jefes de Departamento cada mes hacen envio oficial de sus fichas de notificación**
- **El personal de salud**
- **Servicio Social**

Sistema anónimo voluntario

No punitivo

Reservado

Se analiza cada trimestre con los gestores de riesgos



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital
Santa Rosa



Oficina de Gestión de la Calidad

Inicio

Normas

Documentos Gestion

Informacion

Alertas

Soluciones

Publicaciones

Alertas de Seguridad

Detalles

Escrito por Super Usuario

Categoría: **Alertas de Seguridad**

Publicado el 01 Marzo 2014

Visitas: 204



Calidad

[Misión y Visión](#)

[Grupo Humano](#)

[Galería](#)

[Funciones](#)

[Nota de Prensa](#)

ALERTAS DE SEGURIDAD

Los efectos no deseados derivados de la atención de salud representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. Y es que la complejidad del manejo de los pacientes, el avance de las tecnologías de estudio y tratamiento, los factores organizacionales, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad generan un riesgo que merece ser estudiado y gestionado. Por ello, la [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), la [Organización Panamericana de la Salud \(OPS\)](#), y otros organismos internacionales han desarrollado estrategias en los últimos años para proponer planes, acciones y medidas legislativas que permitan prevenir y mitigar los eventos adversos evitables en la práctica clínica. Así pues, dentro del marco del Plan de Seguridad del HSR, una de las actividades contempladas es la difusión de las Alertas de Seguridad.

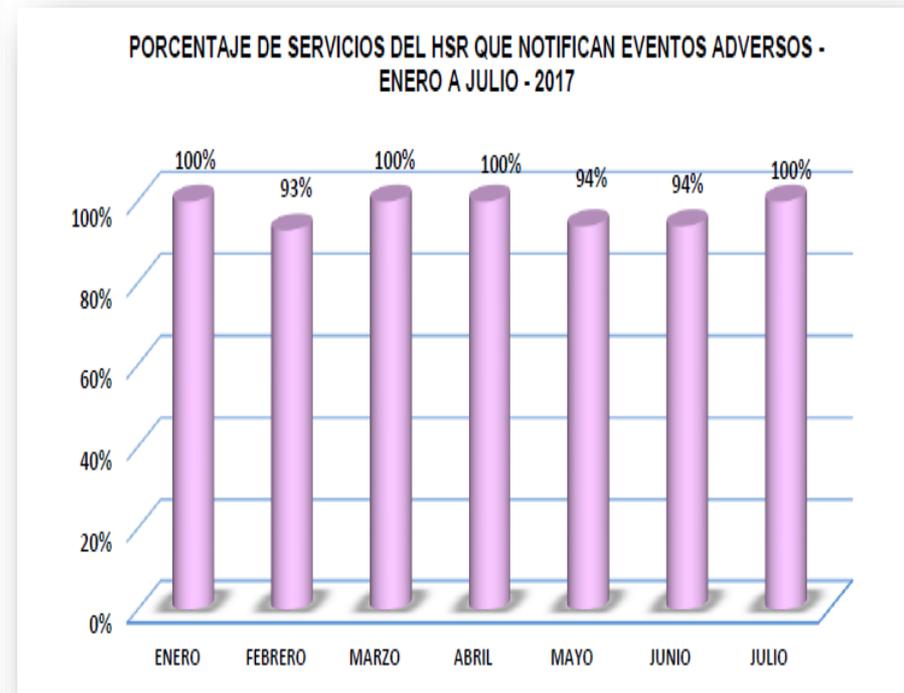
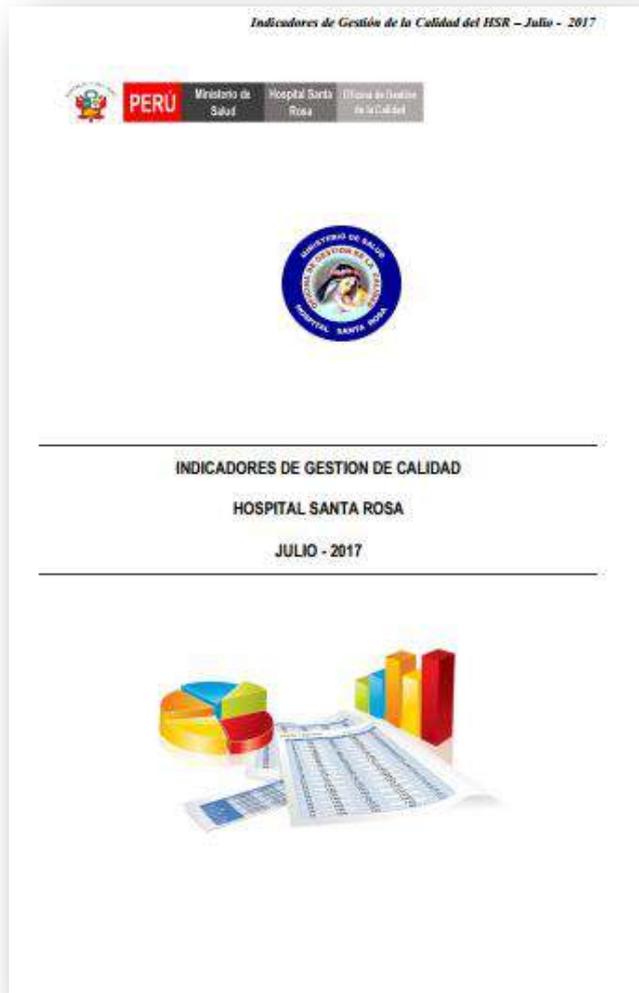
Las Alertas de seguridad del paciente son documentos informativos que se difunden en los servicios asistenciales y que tienen como objetivos:

- Poner en sobre aviso a los servicios asistenciales sobre riesgos en el proceso de la atención.
- Impulsar acciones que conduzcan a desarrollar una **cultura** de las organizaciones que contemple la seguridad clínica como un elemento clave en el futuro.
- Mejorar la seguridad de los pacientes mediante la **prevención** de los incidentes y eventos adversos que se producen en la atención sanitaria.
- Fomentar la utilización de **prácticas seguras** para el manejo de pacientes de riesgo

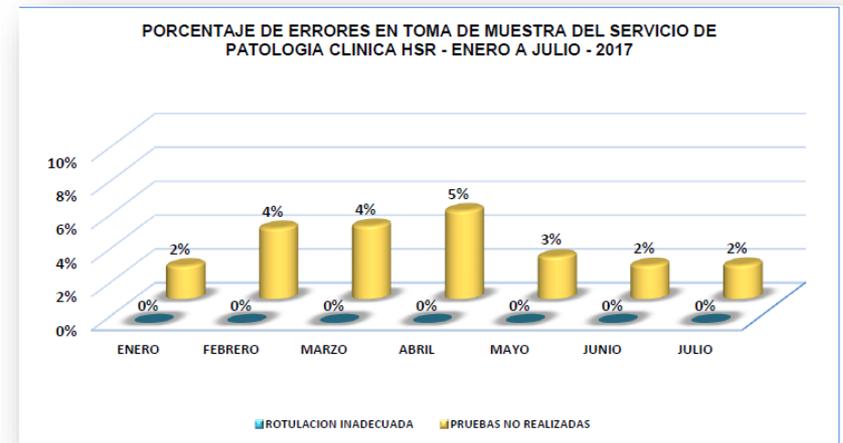
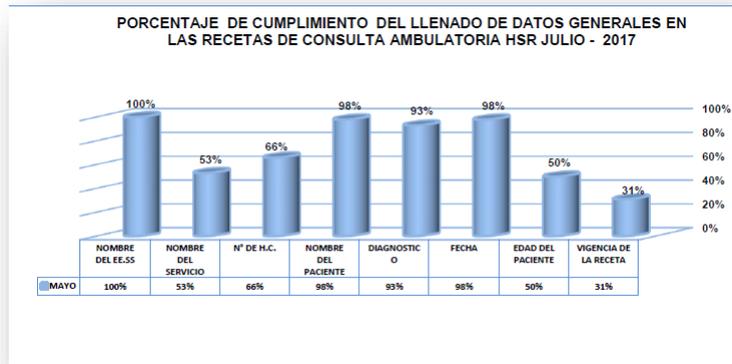
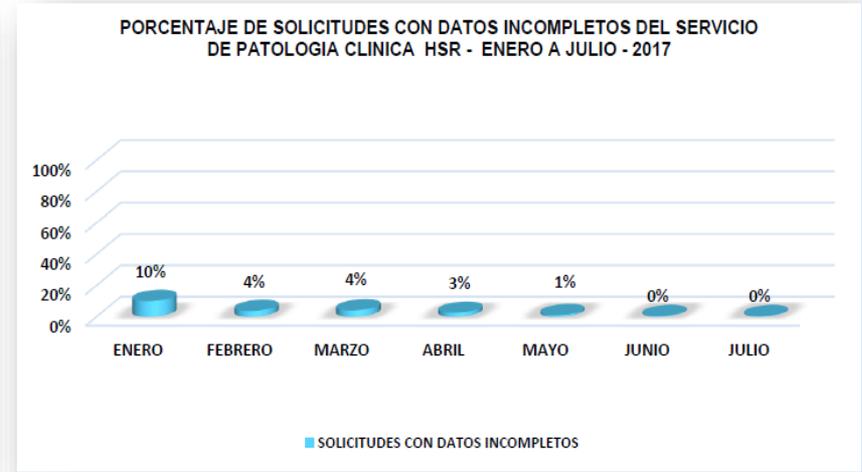
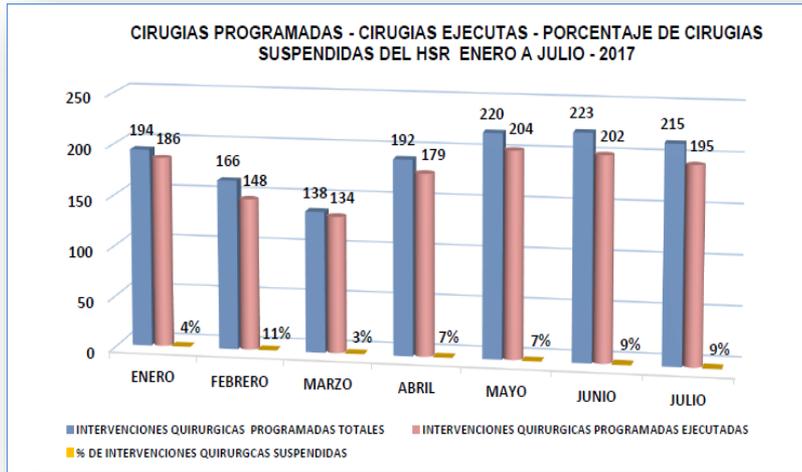
Las alertas de seguridad, contienen temas generales, los que por ahora podrán ser difundidos a partir de este espacio, pero que en la medida que se cuente con un sistema de reportes de eventos adversos, en cada institución, éstas podrán ser emitida por a propósito de su propia casuística de incidentes y eventos adversos.

LIDERAZGO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITAL SANTA ROSA

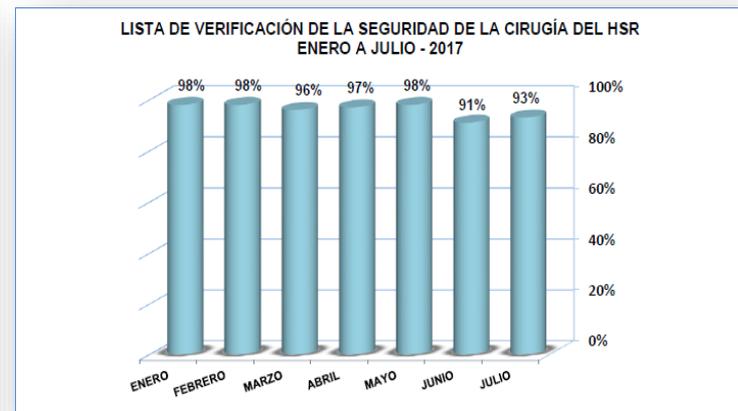
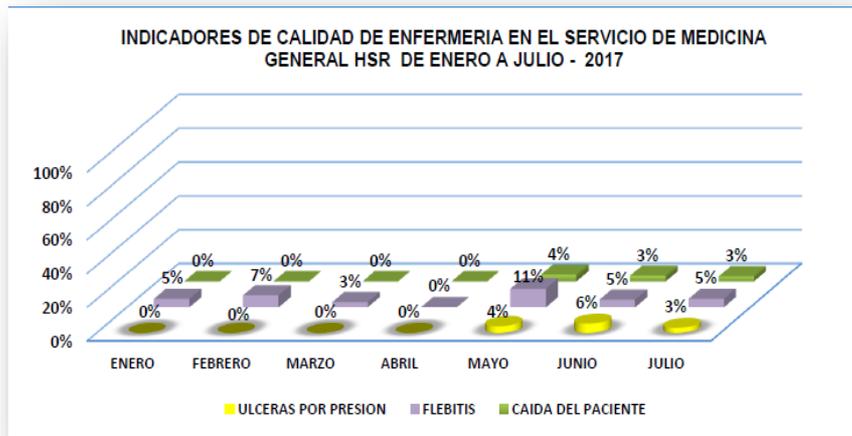
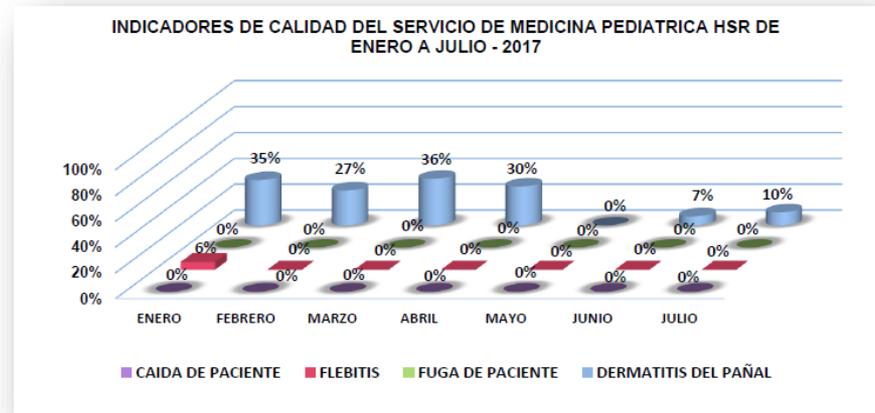
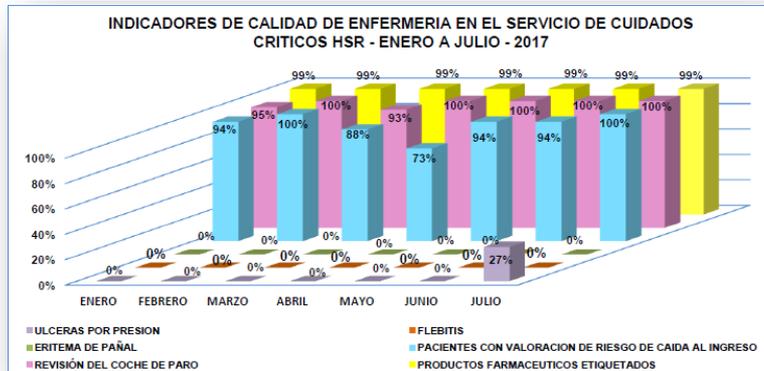
MONITOREO DE INDICADORES DE SP



INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE -HOSPITAL SANTA ROSA



INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - HOSPITAL SANTA ROSA

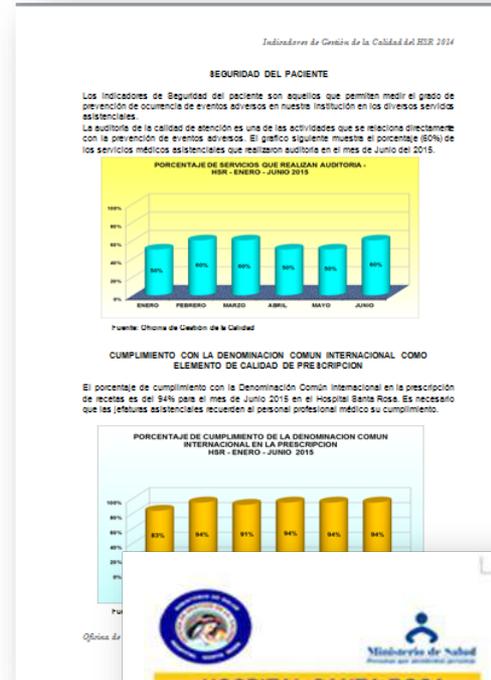


LIDERAZGO PARA LA SEGURIDAD DE LA ATENCION EN EL HOSPITAL SANTA ROSA

- Rondas de Seguridad liderada por los directores.



LISTA DE VERIFICACION PARA LA SEGURIDAD DE LA CIRUGIA EN EL HSR



MONITOREO DE INDICADORES

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA

Antes de la administración de la anestesia → Antes de la incisión cutánea → Antes de que el (la) paciente salga del Quirófano

ENTRADA	PAUSA	SALIDA
<p>Con el (la) enfermero(a) y anestesiólogo(a), como mínimo</p> <p>¿Ha confirmado el(a) paciente su identidad, el sitio quirúrgico, el procedimiento y su consentimiento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Se ha marcado el sitio quirúrgico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Se ha comprobado la disponibilidad de los equipos de anestesia y de la medicación anestésica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>¿Se ha colocado el pulsioxímetro al paciente y funciona?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene el(a) paciente... ...Alergias conocidas?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>... Via aérea difícil riesgo de aspiración?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>En este caso, hay instrumental y equipos ayuda disponible?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>... Riesgo de hemorragia > 500 ml (7 ml / Kg en niños)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p>En este caso, se ha previsto la disponibilidad de sangre, plasma u otros fluidos y dos vías de acceso (IV / central)?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano</p> <p>¿Confirmar que todos los miembros del equipo programados se hayan presentado por su nombre y función.</p> <p>¿Confirmar la identidad del(a) paciente, el procedimiento y el sitio quirúrgico</p> <p>¿Confirmar a todos los miembros del equipo han cumplido correctamente con el protocolo de asepsia quirúrgica</p> <p>¿Se ha administrado profilaxis con antibióticos en los últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Prevención de Eventos Críticos</p> <p>Cirujano revisa:</p> <p>¿Cuáles son los pasos críticos o inesperados?</p> <p>¿Cuánto durará la operación?</p> <p>¿Cuánto es la pérdida de sangre prevista?</p> <p>Anestesiista verifica:</p> <p>¿Presenta el paciente algún problema específico?</p> <p>Equipo de Enfermería verifica:</p> <p>¿Se ha confirmado la esterilidad de ropa, instrumental y equipos? (con resultados de los indicadores)?</p> <p>¿Hay dudas o problemas relacionados con ellos?</p> <p>¿Pueden visualizarse las imágenes diagnósticas esenciales?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No Procede</p>	<p>Con el (la) enfermero(a), anestesiólogo(a) y cirujano</p> <p>El(a) enfermero(a) confirma verbalmente:</p> <p>El nombre del procedimiento</p> <p>El recuento de instrumentos, gasas y apósitos</p> <p>El etiquetado de las muestras (lectura de la etiqueta en voz alta, incluido el nombre del paciente)</p> <p>Si hay problemas que resolver relacionados con el instrumental y los equipos</p> <p>El(a) Cirujano, anestesiólogo(a) y enfermero(a) revisan:</p> <p>¿Cuáles son los aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento de este paciente?</p>

N° Historia Clínica: _____ Nombres y Apellidos del(a) paciente: _____ Fecha: _____

Firma del(a) coordinador(a): _____ Firma del(a) cirujano: _____ Firma del(a) anestesiólogo(a): _____ Firma del(a) enfermero(a): _____



GUIA DEL PACIENTE QUIRURGICO



PROTOCOLO DE LONDRES PARA EL ANALISIS DE EVENTOS ADVERSOS EN EL HOSPITAL SANTA ROSA



LIDERAZGO PARA LA SEGURIDAD DE LA ATENCION EN EL HOSPITAL SANTA ROSA

EQUIPO DE DIRECTIVOS EN EL HSR CONFORMAN CON RESOLUCION EL COMITÉ DE ANALISIS DE EVENTOS CENTINELA

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL "SANTA ROSA"

Nº 223-2017
DG HSR-MINS

REPÚBLICA DEL PERÚ

Resolución Directoral
Lima, 21 de Abril del 2017

VISTO:
La Nota Informativa Nº030-2017-HSR-IGSS-HSR-OGC, de fecha 20 de febrero 2017, sobre la conformación del Equipo de Análisis de Evento Centinela, del Hospital "Santa Rosa";

CONSIDERANDO:
Que, la Ley Nº 26482 Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;
Que, el Decreto Supremo Nº 013-2006-SA que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece en su artículo 37º, que el titular del Establecimiento de Salud tiene como función asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y estandarización de los procedimientos de la atención de salud;
Que, mediante Resolución Jefatural Nº 764-2016-IGSS se aprueba la Directiva Sanitaria Nº 009-IGSS-V.01 "Análisis de los Eventos Centinelas en las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud - IPRESS y en las Unidades de Gestión de las Instituciones PRESTADORAS DE Servicios de Salud - UGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicio de Salud", cuyo objetivo es reducir la incidencia de eventos centinelas asociados a la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, estableciendo una cultura de aprendizaje colectivo a partir del análisis de los eventos centinelas, con la participación activa de los funcionarios responsables y del personal administrativo y asistencial de las IPRESS;
Que, en el numeral 5.2.1.2. de la referida directiva, en relación a la conformación del equipo de análisis del evento centinela, se establece que el "Equipo de Análisis del Evento Centinela es reconocido oficialmente mediante documento resolutorio por el titular responsable de la Institución Prestadora de Servicio de Salud, siendo actualizado anualmente";
Que, mediante documento de visto la Jefa de la Oficina de Gestión de la Calidad solicita la conformación del Equipo de Análisis de Evento Centinela del Hospital Santa Rosa en cumplimiento de la Directiva Sanitaria Nº 009-IGSS-V.01 el que deberá ser reconocido oficialmente con documento resolutorio, el cual cuenta con la aprobación respectiva, mediante Memo Nº 086-2017-IGSS-HSR-DG;

Con la visación del Jefe de la Oficina de Administración de Recursos Humanos, de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica, y del Director Adjunto, del Hospital "Santa Rosa";

De conformidad con la Ley Nº 26482 Ley General de Salud, numeral 17.1 del Artículo 17º de la Ley Nº 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General y Resolución Ministerial Nº 1022-2007/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Hospital "Santa Rosa",

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1º: Conformar el Equipo de Análisis de Evento Centinela del Hospital Santa Rosa con eficacia al 20 de febrero del 2017, quedando integrada de la siguiente manera:

INTEGRANTES:

- > Director General del Hospital Santa Rosa - Presidente
- > Responsable de la Oficina de Gestión de la Calidad
- > Responsable de la Oficina Ejecutiva de Administración
- > Responsable de la Oficina de Asesoría Jurídica
- > Responsable de la Oficina de Comunicaciones
- > Responsable de la Oficina de Epidemiología
- > Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario
- > Responsable del Departamento de Enfermería

ARTÍCULO 2º: DISPONER que el referido Equipo actúe y decida en forma colegiada y autónoma siendo sus integrantes responsables solidariamente en los actos y decisiones que asuman. -----

ARTÍCULO 3º: Notificar la presente resolución a los integrantes del equipo de evaluadores internos en el proceso de autoevaluación 2016, del Hospital "Santa Rosa".-----

ARTÍCULO 4º: Disponer que la Oficina de Comunicaciones efectúe la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal institucional del Hospital "Santa Rosa" (www.hsr.gob.pe).

Regístrese, comuníquese y publíquese;

AL C. DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL SANTA ROSA
DIRECTOR GENERAL

RECEPCION DOCUMENTARIO
26 ABR 2017

RECEPCION DOCUMENTARIO

GESTION DEL EVENTO CENTINELA

LO QUE BUSCA E PACIENTE Y SU FAMILIA ANTE UN EVENTO ADVERSO



GESTION DEL EVENTO CENTINELA



Equipo de Análisis del Evento Centinela.

- **a) El Titular de la IPRESS es el encargado de conformar el equipo de Análisis del Evento Centinela.**
- **b) El Equipo es reconocido con Resolución Directoral y será actualizado anualmente.**
- **c) Lo lidera el Director de la IPRESS. Conformado por:**
 - El Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad.**
 - El Administrador de la IPRESS.**
 - El jefe de Asesoría Legal.**
 - El Responsables de comunicaciones.**
 - El Responsable de Epidemiología.**
 - El Responsable de la Plataforma de Atención al Usuario - PAU de la IPRESS.**
 - El Jefe del Departamento de Enfermería.**
- **Cuando se notifica un Evento Adverso Centinela/ se convocara al responsable del Departamento y/o del Servicios en donde se produjo el Evento Centinela.**

Directiva Sanitaria N° 009-IGSS/V.1 "Análisis de los Eventos Centinelas en las IPRESS y en las UGIPRESS" RJ N°764 -2016/IGSS.

LIDERANDO LA INVESTIGACION EN SEGURIDAD DE LA ATENCION OBSTETRICA HOSPITAL SANTA ROSA

 **ANÁLISIS DE LA TENDENCIA DE FRACTURAS DE LA CLAVÍCULA EN TRES HOSPITALES DE LIMA.**

TRABAJOS ORIGINALES
ORIGINAL PAPERS

Análisis de la tendencia de fracturas de la clavícula en tres hospitales de Lima

Resumen
Introducción: La tasa de fracturas de clavícula es uno de los indicadores más visibles de la calidad de la atención de parto institucional. Su análisis nos va a permitir evaluar el impacto de nuestras intervenciones, para beneficio directo de los pacientes. Objetivo: Determinar la evolución de la tendencia de la tasa de fracturas de clavícula en los hospitales San Bartolomé, Santa Rosa y el Instituto Especializado Materno Perinatal (IEMP). Diseño: Estudio de tipo ecológico. Instituciones: Hospitales San Bartolomé y Santa Rosa, y el Instituto Especializado Materno Perinatal. Participantes: Recién nacidos. Intervenciones: Análisis individual y global de los reportes mensuales del sistema informático perinatal de cada una de nuestras unidades de análisis (hospitales), desde enero 2004 hasta diciembre 2008, sobre la evolución cronológica de la tasa de fracturas de clavícula, con el objetivo de evaluar su tendencia y sus patrones característicos. Pivotal: medidas de resultados: Tasa de fracturas de clavícula (total de fracturas de clavícula al mes * 100/ total de partos al mes). Resultados: Durante el periodo de estudio, mientras las mayores tasas de fracturas de clavícula se registraron en el IEHP (2,56% a 0,32%), los hospitales San Bartolomé (1,02% a 0,53%, p<0,01) y Santa Rosa (0,72% a 0,21%, p<0,01) mantuvieron tasas significativamente más bajas. Sin embargo, analizando la progresión anual de estas tasas, se pudo apreciar que, mientras en el IEHP (2,20% [2004], 2,93% [2006], 2,23 [2008]) y en el hospital Santa Rosa la tasa anual de fracturas de clavícula viene disminuyendo sostenidamente en los últimos 3 años, en el San Bartolomé esta tasa se encuentra en franco ascenso, pasando de 0,47% a 1,76%, en los últimos 5 años. Conclusiones: La tasa de fracturas del IEHP es mucho más alta que la de los hospitales Santa Rosa y San Bartolomé; sin embargo, mientras que, en los últimos 3 años, esta tasa viene disminuyendo consistentemente en el IEHP y en el hospital Santa Rosa, en el hospital San Bartolomé se encuentra en franco ascenso.

Palabras clave: Tasa de fracturas de clavícula, tendencia, Hospital Materno Infantil San Bartolomé, Hospital Santa Rosa, Instituto Especializado Materno Perinatal.

Analysis of clavicle fractures tendency in three Lima hospitals

Antonio Quispe*,
Álvaro Santiváñez**
Imelda Leyton***
Juan Carlos Olivos*+.

* Oficina de Gestión de la Calidad, HONADOMANI San Bartolomé, Lima, Perú
** Jefe, Oficina de Gestión de la Calidad, HONADOMANI San Bartolomé, Lima, Perú
*** Jefa, Oficina de Gestión de la Calidad, Hospital Santa Rosa, Lima, Perú
+* Jefe, Oficina de Gestión de la Calidad, Instituto Nacional Materno Perinatal

Estudio realizado en los Hospitales Nacional Doctores Materno San Bartolomé y Hospital Santa Rosa y el Instituto Nacional Materno Perinatal.
Financiamiento: propio
Conflicto de intereses: ninguno
Correspondencia:
Álvaro Santiváñez Pimentel
Av. Tomás Mariano 3872, Lima 33
Correo electrónico: alvarosantivanez@yahoo.com
Trabajo presentado como Tesis Libre al VIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, febrero de 2009.

Redalyc
Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal



Quispe, Antonio M., Santiváñez-Pimentel, Álvaro, Leyton-Valencia, Imelda, Pomasunco, Denis

CESÁREAS EN SIETE HOSPITALES PÚBLICOS DE LIMA, ANÁLISIS DE TENDENCIA EN EL PERIODO 2001-2008
Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 27, núm. 1, 2010, pp. 45-50
Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

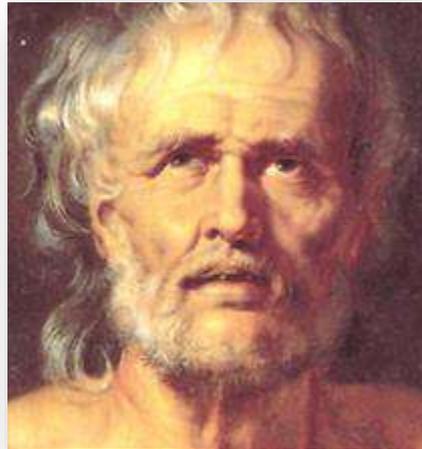
Disponible en: <http://www.redalyc.org/sr/Inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=36319346008>

REVISTA PERUANA DE MEDICINA EXPERIMENTAL Y SALUD PÚBLICA

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública
ISSN (Versión impresa): 1725-4642
revmedex@ins.gob.pe
Instituto Nacional de Salud
Perú

“No puede el médico curar bien sin tener presente al enfermo”

Séneca



jd.asocalp@gmail.com

MUCHAS GRACIAS...