

MINISTERIO DE SALUD



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

N° 155 - 2015-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 03 de Junio de 2015

Vistos; la Nota Informativa N°084-OEPE-HVLH-2015 y la Nota Informativa N° 073-OGC-HVLH-2015;

### CONSIDERANDO:

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842-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 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, el artículo 10° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, tiene asignado los objetivos funcionales de la Dirección General, siendo entre ellos, inciso h) asegurar la implementación y mantenimiento de un Sistema de Gestión de la calidad eficaz y eficiente;

Que, asimismo, el artículo 17° del Reglamento precitado, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad es la encargada de implementar el sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al usuario, con la participación activa del personal, depende de la Dirección General y tiene asignados objetivos funcionales, siendo uno de ellos, proponer la inclusión de actividades de calidad en los planes institucionales;

Que, el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" aprobada mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, establece que las organizaciones de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud con el objetivo de reducir la ocurrencia de eventos adversos durante el proceso de atención de salud y atenuar sus efectos;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad;

Con el visto bueno del Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Jefa de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital "Víctor Larco Herrera", y;

De conformidad con el literal c) del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera" aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA;

### SE RESUELVE:

**Artículo 1°.-** Aprobar la Directiva Sanitaria N° 005 -2015-DG-OGC-HVLH/IGSS, denominada "Directiva Sanitaria que Regula el Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud Mental en el Hospital Víctor Larco Herrera"; la misma que consta de (24) páginas, que en documento adjunto como anexo, forma parte integrante de la presente Resolución;



**Artículo 2º.-** El Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad será el responsable de la difusión, supervisión e implementación del cumplimiento de la presente Directiva.



**Artículo 3º.-** El Coordinador de la Seguridad del Paciente elaborará un Informe Semestral del consolidado de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente reportados en dicho periodo y un informe anual del sistema de notificación de la seguridad del paciente, dirigido al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, quien lo elevará a las instancias correspondientes.



**Artículo 4º.-** Dejar sin efecto cualquier normatividad que se oponga a lo dispuesto en la presente resolución.

**Artículo 5º.-** Disponer a la Oficina de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución en el portal de Internet del Hospital "Victor Larco Herrera".

Regístrese y comuníquese

Ministerio de Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"  
-----  
Med. Cristina Eguiguren Li  
Directora General  
CMP 17899 RNE 8270

CAEL/MYRV.

**Distribución:**

- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Unidades Orgánicas
- Archivo



PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO  
HERRERA

"Año de la Diversificación Productiva y  
del Fortalecimiento de la Educación

**DIRECTIVA SANITARIA N° 005-2015-DG-OGC-HVLH/IGSS  
QUE REGULA EL SISTEMA DE NOTIFICACION DE LA  
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCION EN  
SALUD MENTAL**

HOSPITAL "VICTOR LARCO HERRERA"  
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



2015



Página 1





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO  
HERRERA

"Año de la Diversificación Productiva y  
del Fortalecimiento de la Educación

**ELABORADO POR:**

Méd. Auditor. Sandra Giovanna Traverzo Vila  
Responsable de Seguridad del Paciente de la Oficina de Gestión de la calidad

**COLABORADORES:**

Comité de Seguridad del Paciente 2015  
**Med. Luis Enrique Bonelli Vásquez**  
Presidente del comité de Seguridad del Paciente  
**Lic. Enf. Luz Uscata Quispe**  
Miembro del comité de Seguridad del Paciente  
**Lic. Enf. Violeta Obdulia Flores Fernádes**  
Miembro del comité de Seguridad del paciente  
**Q.F. Maria del Rosario Alvarez Pacheco**  
Miembro del comité de Seguridad del Paciente

**REVISADO POR**

Méd. Cristina Alejandrina Equiguren Li  
Director General HVLH

Mag. Adm. Víctor Manuel Flores Castañeda  
Jefe de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Méd. Walter Alfredo Espinoza Cuestas  
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO  
HERRERA

"Año de la Diversificación Productiva y  
del Fortalecimiento de la Educación

## INDICE

PRESENTACION	4
I FINALIDAD	5
II OBJETIVOS	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICO	5
III AMBITO DE APLICACIÓN	5
VI BASE LEGAL	6
V DISPOSICIONES GENERALES	6
5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS	6
5.2 CONSIDERACIONES GENERALES	15
5.2.1 CONCEPTO DE SISTEMA DE NOTIFICACION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	15
5.2.2 INSTRUMENTOS DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	15
VI DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	16
6.1 PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EL PACIENTE	16
6.2 PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE EVENTO CENTINELA	16
VII RESPONSABILIDADES	17
VIII DISPOSICIONES FINALES	19
ANEXOS	20





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO  
HERRERA

"Año de la Diversificación Productiva y  
del Fortalecimiento de la Educación

## PRESENTACION

Si partimos de 2 expresiones:

1. La expresión latina "Primum nil nocere" o "Primum non nocere" que se traduce en castellano por **"LO PRIMERO ES NO HACER DAÑO"** que se aplica en el campo de la medicina, fisioterapia y ciencias en salud, frecuentemente atribuida al médico griego Hipócrates.
2. "Errare humanum est" que es una expresión en latín que significa literalmente: **"ERRAR ES HUMANO"**. Se considera que es intrínseco a la naturaleza humana el equivocarse, por lo que hay que aceptar los errores, y aprender de ellos para evitar que se repitan.

Sabemos que hay un crecimiento de actividades asistenciales, unido a la progresiva complejidad y especialización de los procesos y técnicas sanitarias y asistenciales empleadas lo que hace inevitable que, de la mano de esos mismos avances, ocasionalmente, se produzcan efectos adversos asociados a los procesos de atención sanitaria. Precisamente, la relativa frecuencia con que se producen errores y consecuencias adversas durante o a causa de la asistencia sanitaria recibida, ha provocado que, durante las dos últimas décadas del siglo xx, surgiese una preocupación excepcional por minimizar este riesgo, por gestionarlo, configurándose una nueva línea de trabajo que, enmarcada fundamentalmente entre las estrategias y políticas de calidad, se dirige a mejorar la atención sanitaria en lo que a seguridad del paciente se refiere.

En este contexto, en el hospital Víctor Larco Herrera ya han sido puestas en marcha distintas iniciativas dirigidas a garantizar que la seguridad del paciente se sitúe en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos inherentes a la calidad y a su mejora.

Entre las acciones emprendidas en este sentido, ha sido el de actualizar la Directiva Sanitaria 009 2014-SEG.PAC-OGC-HVLH/MINSA: Directiva Sanitaria que regula el Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente en la atención en salud mental aprobada por R.D. N°425-2014-DG-HVLH el 30 de junio del 2014, que tiene por finalidad el de Contribuir a mejorar la Seguridad del Paciente a través de la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente ocurridos durante el proceso de atención en salud mental brindada en el Hospital Víctor Larco Herrera.

Es importante entonces dar un paso más en este ámbito con la actualización de esta Directiva Sanitaria, un trabajo que se enmarca en el Plan de la seguridad del paciente del Hospital Víctor Larco Herrera 2015





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD

HOSPITAL VÍCTOR LARCO  
HERRERA

"Año de la Diversificación Productiva y  
del Fortalecimiento de la Educación

## DIRECTIVA SANITARIA N° QUE REGULA EL SISTEMA DE NOTIFICACION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ATENCION EN SALUD MENTAL

### I. FINALIDAD

Establecer un sistema de notificación de la seguridad del paciente en la atención en salud mental en el Hospital "Víctor Larco Herrera".

### II. OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL

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

#### OBJETIVOS ESPECÍFICO

- Estandarizar el marco conceptual empleado para el sistema de notificación de la seguridad del paciente en las áreas involucradas con el proceso de atención en salud mental dentro del Hospital "Víctor Larco Herrera".
- Garantizar la socialización del sistema de notificación de incidentes y eventos adversos de la seguridad del paciente dentro de la Institución a fin de promover la participación de todos los trabajadores en dicho proceso.
- Promover una cultura de la seguridad del paciente dentro de la Institución.
- Realizar el análisis de la información obtenida de los incidentes notificados a fin de proponer, desarrollar e implementar soluciones que se puedan reflejar como acciones y/o proyectos de mejora para la seguridad del paciente dentro de la Institución.

### III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Sanitaria es de aplicación obligatoria por todos los profesionales y no profesionales de la salud que laboran en el Hospital "Víctor Larco Herrera".





#### IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud: Disposiciones Complementarias, transitorias y finales: Título Preliminar: Numeral VI.
- Decreto Supremo N° 013 – 2006 – SA: Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo: Título Cuarto: De la Garantía de Calidad en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo: Artículo 96°- 99°.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA - Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA: NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02. "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo": Listado de Estándares de Acreditación para Establecimientos de Salud de nivel I-1 a nivel III – 1 - Versión 02: Macroproceso 4: Manejo del Riesgo de la Atención.
- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA - Documento Técnico Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008.
- Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA - Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera": Capítulo III: Artículo 17°.
- Resolución Directoral N° 080 – 2013 – DG - HVLH: Recomposición del Comité de Seguridad del Paciente del Hospital "Víctor Larco Herrera".
- Resolución Directoral N° 094 -2015-DG-HVLH 2015 aprueba el "Plan de Seguridad del Paciente "

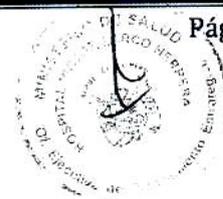
#### V. DISPOSICIONES GENERALES

##### 5.1 DEFINICIONES OPERATIVAS

**ANÁLISIS DE ARBOLES DE FALLOS:** El Análisis Árbol de falla (FTA Fault Tree Analysis) fue introducido por primera vez por Bell Laboratorios y es uno de los métodos más ampliamente usados en sistemas de relatividad, mantenimiento y análisis de seguridad. Es un proceso deducible utilizado para determinar las varias combinaciones de fallas programas de computación (software) y errores humanos que pueden causar eventos indeseables. El análisis deducible empieza con una conclusión general, luego intenta determinar las causas específicas de la conclusión construyendo un diagrama lógico llamado un árbol de falla. El motivo principal del análisis árbol de falla es el ayudar a identificar causas potenciales de falla de sistemas antes de que las fallas ocurran. También puede ser utilizado para evaluar la probabilidad del evento ADVERSO utilizando métodos analíticos o estadísticos.

Para empezar, se decide qué característica de calidad, salida o efecto se quiere examinar y continuar con los siguientes pasos:

1. Hacer un diagrama en blanco.
2. Escribir de forma concisa el problema o efecto.





3. Escribir las categorías que se consideren apropiadas al problema: máquina, mano de obra, materiales, métodos, son las más comunes y se aplican en muchos procesos.

**CIRCUNSTANCIA NOTIFICABLE:** Es una situación con gran capacidad de causar daños, pero en la que no se produce ningún incidente (por ejemplo, el caso de un servicio muy atareado que se queda durante todo un turno con mucho menos personal del necesario, o el del traslado de un desfibrilador a una urgencia y el descubrimiento de que no funciona, aunque finalmente no se necesite).

**CLASE TIPO DE INCIDENTE:** Es un término descriptivo para una categoría constituida por incidentes de naturaleza común que se agrupan por compartir características acordadas, como «proceso clínico/procedimiento» o «medicación/líquido para administración intravenosa»; y constituye una categoría «parental» bajo la cual pueden agruparse muchos conceptos. Aunque cada concepto de tipo de incidente es singular, un incidente relacionado con la seguridad del paciente puede clasificarse como más de un tipo de incidente.

**CLASE RESULTADOS PARA EL PACIENTE:** Contiene los conceptos relacionados con las repercusiones para el paciente total o parcialmente atribuibles a un incidente. Los resultados para el paciente pueden clasificarse según el tipo de daño, el grado de daño, y el impacto social o económico.

El grado de daño se califica como se indica a continuación:

**NINGUNO:** el resultado para el paciente no es sintomático o no se detectan síntomas y no hace falta tratamiento.

**LEVE** (Síntoma o daño o pérdida funcional leve y de corta duración, con intervención terapéutica nula o mínima)

**MODERADO** (Síntoma o daño o pérdida funcional permanente o de larga duración que exige intervención terapéutica o prolongación de la estancia hospitalaria)

**GRAVE** (Síntoma o daño o pérdida funcional importante y permanente o de larga duración que exige intervención terapéutica mayor o que salve la vida)

**MUERTE** (Sopesando las probabilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo)

El tipo de daño se registra según la fisiopatología (en base a la Clasificación internacional de enfermedades y a la Clasificación Internacional de Atención Primaria) y según la lesión (en base a la Clasificación Internacional de Enfermedades y a la Clasificación Internacional de Causas Externas de Lesiones).

El impacto social y/o económico se registra según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

**CLASE CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE:** Son atributos seleccionados de un paciente, como sus datos demográficos (edad y sexo), el motivo de consulta (procedimiento y diagnóstico principal según la Clasificación Internacional de Enfermedades, la Clasificación Internacional de Enfermedades – Clasificaciones derivadas específicas de los países, la Clasificación de Intervenciones y Procedimientos de la OPCS - Reino Unido, la Clasificación de Procedimientos Quirúrgicos del Nordic Medico-Statistical Committee) y otro diagnóstico/procedimiento (registrados según las clasificaciones previas).





**CLASE CARACTERÍSTICAS DEL INCIDENTE:** Clasifican la información sobre las circunstancias que rodearon el incidente, como en qué momento y lugar del paso del paciente por el sistema de salud tuvo lugar el incidente, quiénes se vieron implicados y quién lo notificó.

**DIAGRAMA DE GANTT:** Un diagrama de Gantt es una representación gráfica y simultánea tanto de planificación como de programación concreta de procesos y/o proyecto desarrollada por Henry L. Gantt a principios del siglo XX. Mediante el uso del diagrama de Gantt podemos representar y monitorizar el desarrollo de las distintas actividades de un proceso y / o proyecto durante un período de tiempo, de manera fácil y rápida.

En este tipo de diagramas se representan de forma muy clara las distintas fases de un proceso y / o producto, de manera ordenada y en forma de gráfica (barras horizontales), permitiéndonos planificar y programar las distintas fases de un proceso y/o proyecto.

La planificación y programar las actividades a realizar en la resolución de problemas.

La planificación y programación de tareas derivadas de procesos de mejora.

La planificación y programación de proyectos.

La planificación y programación de planes de acción.

El diagrama de Gantt es la base para la generación e implantación de otras metodologías de gestión y control de proyectos como PERT, CPM, Cadena Crítica

**DIAGRAMA CAUSA-EFECTO.** El Diagrama Causa-Efecto es llamado usualmente Diagrama de "Ishikawa" porque fue creado por Kaoru Ishikawa,; también es llamado "Diagrama Espina de Pescado" por qué su forma es similar al esqueleto de un pez: Está compuesto por un recuadro (*cabeza*), una línea principal (*columna vertebral*), y 4 o más líneas que apuntan a la línea principal formando un ángulo aproximado de 70° (*espinas principales*). Estas últimas poseen a su vez dos o tres líneas inclinadas (*espinas*), y así sucesivamente (*espinas menores*), según sea necesario.

Su concepción conceptual al concebir su Diagrama Causa-Efecto se puede resumir en que cuando se realiza el análisis de un problema de cualquier índole y no solamente referido a la salud, estos siempre tienen diversas causas de distinta importancia, trascendencia o proporción. Algunas causas pueden tener relación con la presentación u origen del problema y otras, con los efectos que este produce. El diagrama de Ishikawa ayuda a graficar las causas del problema que se estudia y analizarlas. Es llamado "Espina de Pescado" por la forma en que se van colocando cada una de las causas o razones que a entender originan un problema. Tiene la ventaja que permite visualizar de una manera muy rápida y clara, la relación que tiene cada una de las causas con las demás razones que inciden en el origen del problema. En algunas oportunidades son causas independientes y en otras, existe una íntima relación entre ellas, las que pueden estar actuando en cadena.

**DIAGRAMA DE AFINIDADES:** El diagrama de afinidad es una técnica cualitativa que plantea una forma de organizar la información reunida en sesiones de lluvia de ideas. Ayuda a agrupar elementos que estén relacionados y como resultado de ello, cada grupo se une alrededor de un tema o concepto clave.

Se utiliza cuando:

- Se está tratando de solucionar un problema que tiene muchas causas.
- Si el problema está desorganizado





- Se quieren determinar temas claves de un gran número de ideas.
- Cuando se desea alcanzar rápidamente consenso de grupo

He aquí los pasos que debe seguir cada grupo para aplicar esta técnica:

1. Transferir los datos obtenidos por la lluvia de ideas a notas o tarjetas.
2. Clasificar las tarjetas en grupos similares.
3. Establecer cabeceras para cada grupo de ideas por afinidad.
4. Graficar el diagrama de afinidad.
5. Corroborar la coherencia y conformidad de los participantes con el diagrama

**HOJA DE REGISTRO DE DATOS O CHECKLIST:** La hoja de registro de datos es un documento donde se recoge de forma fácil y estructurada todo tipo de datos para su posterior análisis. En función de los datos a recoger, se diseña la hoja y se anotan los datos indicando la frecuencia de observación.

El uso que le daremos a esta hoja será para:

- Facilitar las tareas en el recojo de datos.
- Evitar la posibilidad de errores o malos entendidos.
- Permitir el análisis rápido de los datos.

**DIAGRAMA DE FLUJO:** El diagrama de flujo, flujograma, flujograma, cursograma o flow chart, es la representación. Gráfica de un proceso, procedimiento o rutina.

Se usa para:

- Ayuda a determinar en forma global cómo se relacionan las fases de un proceso
- Se usa para aclarar cómo funciona un proceso
- Ayuda a rediseñar un proceso
- Determina la existencia de actividades limitantes (cuellos de botella), faltantes, repetitivas o innecesarias demoras, etc.

**DIAGRAMA GLOBAL DE PROCESOS:** Ilustración gráfica que permite identificar las personas, los servicios involucrados, sus productos y su interrelación con el proceso en estudio. Ayuda a identificar:

- Los participantes en el proceso
- La secuencia de actividades a través de la cual fluye el proceso por los diferentes servicios
- Las entradas y salidas de todo el proceso
- Los productos / documentos que se generan en cada área del proceso.

Antes de elaborar un diagrama global de procesos se debe:

- Definir con precisión el proceso
- Precisar, quien inicia el proceso y quien lo finaliza
- Identificar los servicios o áreas que intervienen en el proceso
- Identificar quien participa o quién es el responsable de cada actividad
- Identificar la secuencia de proceso
- Determinar los insumos de entrada y los productos de salida de cada actividad dentro del proceso
- Identificar los productos/documentos generados en cada área del proceder ¿Cómo se construye?
- Elaborar un cuadro de doble entrada. En la fila superior colocar las áreas o servicios que intervienen en el proceso en orden secuencial.
- En la columna izquierda colocar los responsables de cada actividad





- En la fila inferior colocar, en la parte inferior de cada columna el producto/ documento que se genera en cada área o servicio
- Determinar qué servicio es el principal responsable de esta actividad.
- Unir cada actividad con una línea que represente el flujo según secuencia cronológica (ver ejemplo).

**DIAGRAMA DE PARETO:** El diagrama de Pareto es una herramienta de análisis que ayuda a tomar decisiones en función de prioridades, el diagrama se basa en el principio enunciado por Wilfredo Pareto que dice: "El 80% de los problemas se pueden solucionar, si se eliminan el 20% de las causas que los originan".

En otras palabras: un 20% de los errores vitales, causan el 80% de los problemas, o lo que es lo mismo: en el origen de un problema, siempre se encuentran un 20% de causas vitales y un 80% de triviales.

Es por lo enunciado en los párrafos anteriores que al Diagrama de Pareto también se le conoce también como regla 80 - 20 o también por "muchos triviales y pocos vitales" o por la curva C-A-B.

El diagrama de Pareto es un caso particular del gráfico de barras, en el que las barras que representan los factores correspondientes a una magnitud cualquiera están ordenados de mayor a menor (en orden descendente) y de izquierda a derecha.

Este principio empírico que se presenta en todos los ámbitos de la vida como el económico (la mayor parte de la riqueza está concentrada en unas pocas personas), el geográfico (la mayoría de la población vive en una pequeña parte del territorio), etc., se aplica al análisis de problemas entendiendo que existen unos pocos factores (o causas) que originan la mayor parte de un problema.

Concretamente este tipo de diagrama, es utilizado básicamente para:

Conocer cuál es el factor o factores más importantes en un problema.

Determinar las causas raíz del problema.

Decidir el objetivo de mejora y los elementos que se deben mejorar.

Conocer se ha conseguido el efecto deseado (por comparación con los Paretos iniciales).

Con objeto de realizar correctamente un diagrama de Pareto hemos de realizar los siguientes pasos:

Recolectar o recoger datos y clasificarlos por categorías

Ordenar las categorías de mayor a menor indicando el número de veces que se ha producido.

Calcular los porcentajes individuales y acumulados de cada categoría, el acumulado se calcula sumando los porcentajes anteriores a la categoría seleccionada.

Construcción del diagrama en función de los datos obtenidos anteriormente.

**Generación del diagrama de Pareto**

El diagrama es gráfico que contiene las categorías en el eje horizontal y dos ejes verticales, el de la izquierda con una escala proporcional a la magnitud medida (valor total de los datos) y el de la derecha con una escala porcentual del mismo tamaño.

Se colocan las barras de mayor a menor y de izquierda a derecha, pero poniendo en último lugar la barra correspondiente a otros (aunque no sea la menor).

Se marcan en el gráfico con un punto cada uno de los porcentajes acumulados (los puntos se pueden situar en el centro de cada una de las categorías o en la zona dónde se juntan una con otra) y se unen los puntos mediante líneas rectas.





Se separan (por medio de una línea recta discontinua, por ejemplo) las pocas categorías que contribuyen a la mayor parte del problema. Esto se hará en el punto en el que el porcentaje acumulado suma entre el 70% y el 90% del total (generalmente en este punto la recta sufre un cambio importante de inclinación).

**EVENTO CENTINELA:** hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, lesión física, o psicológica grave que causa daño permanente o muerte al paciente.

Principales eventos centinelas:

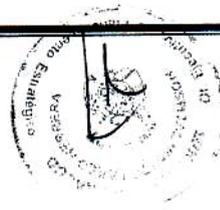
- Cirugías en el sitio equivocado.
- Complicaciones quirúrgicas graves
- Errores en prescripción y administración de medicamentos que lleven a la muerte.
- Accidentes anestésicos
- Caídas de pacientes
- Cualquier procedimiento de atención médica que provoque daño permanente o muerte al paciente

**DIEZ CLASES SUPERIORES:** Integran el marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, concebido para ofrecer una comprensión global del tema de la seguridad del paciente, de forma que representan un ciclo continuo de aprendizaje y mejora haciendo hincapié en la identificación de riesgos, la prevención, la detección, la reducción de riesgos, la recuperación de los incidentes y la resiliencia del sistema. Estas diez clases superiores son:

1. Tipo de incidente
2. Resultados para el paciente
3. Características del paciente
4. Características del incidente
5. Factores/peligros contribuyentes
6. Resultados para la organización
7. Detección
8. Factores atenuantes
9. Medidas de mejora
10. Medidas adoptadas para reducir el riesgo

**CUASIINCIDENTE:** Es un incidente que no alcanza al paciente (por ejemplo, se conecta una unidad de sangre a la vía de infusión intravenosa del paciente equivocado, pero se detecta el error antes de comenzar la infusión).

**CULTURA DE SEGURIDAD:** Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización y el estilo y la competencia de dicha gestión.





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO  
HERRERA

"Año de la Diversificación Productiva y  
del Fortalecimiento de la Educación

**DAÑO:** Es la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella, que comprende enfermedades, lesiones, sufrimientos, discapacidades y la muerte, y que además puede ser físico, social o psicológico.

**DAÑO ASOCIADO A LA ATENCIÓN SANITARIA:** Es el daño que deriva de los planes o medidas adoptadas durante la prestación de atención sanitaria o que se asocia a ellos, no el que se debe a una enfermedad o lesión subyacente.

**DISCAPACIDAD:** Es cualquier tipo de alteración estructural o funcional del organismo, limitación de actividad y/o restricción de la participación en la sociedad, asociadas a un daño pasado o presente.

**ENFERMEDAD:** Se define como una disfunción fisiológica o psicológica.

**ERROR:** Es el hecho de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto. Los errores pueden manifestarse al hacer algo erróneo (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), ya sea en la fase de planificación o en la de ejecución.

**INCIDENTE CON DAÑO (EVENTO ADVERSO):** Es un incidente que causa daño al paciente (por ejemplo, se infunde una unidad de sangre al paciente erróneo y éste muere de una reacción hemolítica).

**INCIDENTE RELACIONADO CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Es un evento o circunstancia que podría haber ocasionado u ocasionó un daño innecesario a un paciente (en el contexto de nuestra Institución se denominarán simplemente INCIDENTES). Esto debido a ERRORES (involuntarios) e INFRACCIONES (intencionados c/s malicia). Un incidente puede ser una circunstancia notificable, un cuasiincidente, un incidente sin daños o un incidente con daños.

**INCIDENTE SIN DAÑO:** Es aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable (por ejemplo, se infunde una unidad de sangre a un paciente equivocado, pero resulta que no era incompatible).

**INFRACCIÓN:** Es un desvío deliberado de las normas, reglas o procedimientos operativos. \* Tanto los errores como las infracciones elevan el riesgo, aunque no llegue a producirse un incidente.

**LESIÓN:** Es un daño producido a los tejidos por un agente o una circunstancia.

**LA MATRIZ DE PRIORIZACIÓN:** Es una herramienta que permite la selección de opciones sobre la base de la ponderación y aplicación de criterios.





Hace posible, determinar alternativas y los criterios a considerar para adoptar una decisión, priorizar y clarificar problemas, oportunidades de mejora y proyectos y, en general, establecer prioridades entre un conjunto de elementos para facilitar la toma de decisiones.

La aplicación de la matriz de priorización conlleva un paso previo de determinación de las opciones sobre las que decidir, así como de identificación de criterios y de valoración del peso o ponderación que cada uno de ellos tendrá en la toma de decisiones.

La matriz de priorización consiste en la especificación del valor de cada criterio seleccionado para, posteriormente, analizar mediante el despliegue de distintas matrices tipo-L, el grado en que cada opción cumple con los criterios establecidos.

Elaboración de la Matriz de Priorización

1. Definir el objetivo. El planteamiento del objetivo ha de ser claro y explícito.

2. Identificar las opciones.

Es posible que las opciones estén ya presentes, es decir, se hayan definido previamente. En caso contrario el equipo deberá generar las alternativas posibles para alcanzar el objetivo.

3. Elaborar los criterios de decisión. Si los criterios no están determinados, el equipo elabora una lista consensuada. Los criterios deben definirse nítidamente para que su significado no ofrezca duda a los miembros del equipo.

4. Ponderar los criterios. Mediante una matriz tipo-L se ponderan los distintos criterios, confrontándolos con los demás. Para ello, y partiendo del eje vertical, se compara el primer criterio con los restantes, asignando el valor más apropiado según la tabla de valores existente al efecto.

5. Comparar las opciones. Se comparan todas las opciones entre sí en función de cada uno de los criterios. Se crean para ello tantas matrices tipo-L como criterios se han definido, estableciendo las comparaciones de las opciones a analizar en cada uno de los criterios.

**LLUVIA DE IDEAS:** La lluvia de ideas es una técnica básica de trabajo en grupo que se utiliza con el fin de generar ideas en un periodo de tiempo. Para ello se forma un grupo reducido de personas que conozcan perfectamente la oportunidad de mejora a tratar y se estimula a los integrantes a que participen en la aportación de ideas que sirvan para resolver una determinada situación. Se usa para:

Abordar un problema

Encontrar soluciones alternas de un problema

Enunciar los elementos individuales de un proceso antes de organizarlos

Generar planteamientos de un problema antes de dirigirse a uno solo

Para llevar a cabo una sesión de lluvia de ideas es necesario que exista un líder o moderador que coordine las fases que se indican en la tabla:

**NOTIFICACIÓN DE EVENTO:** Principal medio por el que se identifican los eventos adversos por medicamentos y otros riesgos. Los objetivos de la notificación de eventos son mejorar la atención dispensada a un paciente, identificar y corregir fallos de los sistemas, prevenir la repetición de eventos, ayudar a crear una base de datos orientada a la gestión de riesgos y la mejora de la calidad, contribuir a ofrecer un





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO  
HERRERA

"Año de la Diversificación Productiva y  
del Fortalecimiento de la Educación

entorno seguro para la atención de los pacientes, proporcionar un registro del evento y obtener consejo médico y asesoramiento jurídico inmediatos.

**NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES:** Proceso utilizado para documentar las incidencias que no se corresponden con lo que es habitual en el funcionamiento del hospital o la atención a los pacientes. Sistema instaurado en muchas organizaciones de atención sanitaria para recopilar y notificar incidencias adversas relacionadas con los pacientes, como errores de medicación y fallos de equipos. Se basa en informes individuales de incidentes. La eficacia de la notificación de incidentes es limitada por diversas razones, entre ellas, el temor a una acción punitiva, la renuencia de personal no médico a notificar incidentes que impliquen a médicos, el desconocimiento de lo que es un incidente notificable, y la falta de tiempo para los trámites.

**NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES CRÍTICOS:** Identificación de incidentes prevenibles (es decir, de incidencias que podrían haber derivado o derivaron en un resultado desfavorable) notificados por personal directamente implicado en el proceso en cuestión en el momento en el que se descubrió el evento. Las notificaciones de incidentes pueden referirse a eventos de todas o alguna de las tres categorías básicas (eventos adversos, eventos sin daños y cuasiincidentes).

**NOTIFICACIÓN PASIVA:** Es el registro y reporte de Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente que realiza el personal asistencial de los servicios del Hospital "Victor Larco Herrera", utilizando una Ficha de registro y notificación (Anexo Z).

**NOTIFICACIÓN ACTIVA:** Es la búsqueda activa, continua y focalizada de Incidentes con daño grave (Eventos Adversos) en servicios priorizados, a cargo del Coordinador de Seguridad del Paciente del Hospital "Victor Larco Herrera".

**RIESGO:** Es la probabilidad de que se produzca un incidente.

**SEGURIDAD DEL PACIENTE:** Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

**SISTEMA:** Conjunto de elementos interdependientes (personas, procesos, equipos) que interactúan para lograr un objetivo común.

**SUFRIMIENTO:** Consiste en la experiencia de algo subjetivamente desagradable y comprende el dolor, el malestar general, las náuseas, la depresión, la agitación, la alarma, el miedo y la aflicción.





## 5.2 CONSIDERACIONES GENERALES

### 5.2.1 CONCEPTO DE SISTEMA DE NOTIFICACION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Un Sistema de Notificación de la Seguridad del Paciente ofrece una interfaz que permite a los usuarios recolectar, almacenar y recuperar datos de una manera organizada y fiable. Estos elementos de datos del sistema de notificación están basados en los conceptos contenidos en cada una de las 10 clases que componen la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP); y que al agregarse en una base de datos explotable pueden ser analizados y utilizados para identificar fuentes de riesgo y factores que contribuyen a éste, y a su vez alertar a los profesionales sanitarios de problemas efectivos o potenciales, y también hacen posible la evaluación de los sistemas, políticas y procedimientos existentes en dicha organización

En este sentido, se espera que la implementación de este sistema en un establecimiento de salud sirva para aprender de experiencias y contribuir a la mejora del clima de seguridad dentro del ámbito de trabajo:

Estos sistemas deben tener las siguientes características

No ser punitivo

Garantizar la confidencialidad

Ser independientes

Contar con el análisis de expertos

Llevar a cabo análisis a tiempo de los casos

Tener orientación sistémica y continua

Garantizar la capacidad de respuesta

Retroalimentación

Para el adecuado funcionamiento del presente Sistema es necesaria la participación de la Dirección General, del Coordinador de la Seguridad del Paciente de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Supervisor de la Notificación de la Seguridad del Paciente de la Oficina de Gestión de la Calidad, del Comité de Seguridad del Paciente y de los Jefes de los Departamentos y Servicios Asistenciales.

### 5.2.2 INSTRUMENTOS DEL SISTEMA DE NOTIFICACION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Para la implementación del presente sistema es necesario contar con los siguientes instrumentos validados:

-Ficha de Registro y reporte de incidente y eventos adversos de la Seguridad del paciente en salud mental (fichas que se encuentran en los servicios) -anexo 1

-Ficha de Rondas del paciente -anexo 2





-Instructivo de la Ficha de Registro y Notificación de Incidentes relacionados con la salud mental -anexo 3

## VI DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 PROCEDIMIENTO PARA LA NOTIFICACION DE INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD EL PACIENTE

1.- Cuando sucedo un incidentes y/o evento adversos relacionado con la seguridad de paciente el personal HVLH el que reportara solicita la ficha de reporte de incidentes y /o eventos adversos (dichas fichas se encuentran en el servicio de enfermería donde designe la supervisora de enfermería, usualmente en el tópico de enfermería (personal médico o no medico), y archivarlas en el mismo folder (para ser recabado por el monitor de seguridad los días Jueves salvo que por su importancia se notifique a la OGC ,en este caso será recabada el mismo día para ser entregado al Coordinador de Seguridad del paciente.

2.- El monitor de Seguridad del paciente (Personal de salud de la OGC) acude a los servicios para recabar las fichas de Incidentes y eventos adversos de la OGC para hacer entrega al Coordinador de seguridad el paciente una vez por semana, salvo que la importancia del caso que puede ser al momento que se notifique a la OGC

3.-El Comité de seguridad del Paciente recibe las fichas de eventos adversos para el análisis y realizar el informe con las respectivas recomendaciones y acciones

4.-La Oficina de Gestión de la calidad recibe el informe de Notificación de la seguridad del Paciente para evaluación y envío a las instancias pertinentes.

5.-El coordinador de la seguridad con el comité de Seguridad del Paciente realiza el seguimiento de las recomendaciones.

### 6.2 PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE EVENTO CENTINELA

a.- Identificación de eventos centinela a ser investigado:

El Coordinador de Seguridad del Paciente, el Monitor del sistema de notificación de la seguridad y al menos un miembros el comité de Seguridad del paciente realizan la selección de los eventos centinela reportados que serán investigados.

b.- Formación del Equipo de Análisis Causal de evento Centinela

Una vez seleccionada un evento centinela a ser investigados el coordinador de la seguridad del paciente convocará al equipo responsable del análisis causal el cual estará conformado por:





- El coordinador de la Seguridad el paciente, quien lidera el equipo
- El monitor del sistema de Notificación de la Seguridad el paciente
- El comité de seguridad el paciente
- El jefe o un representante del área involucrada
- El equipo responsable del análisis causal podrá solicitar la participación de un representante de la Dirección General cuando el caso lo amerite.

### c.- Análisis Causal del Evento centinela

Para Llevar a cabo esta actividad el equipo responsable del análisis causal seguirá los siguientes pasos

#### c.1. Recolección y registro de información del evento Centinela

- Revisión documentaria
- Entrevista al personal de salud
- Observación del lugar de hecho

#### c.2. Establecimiento de la secuencia cronológica de los hechos

Se puede usar instrumentos como el árbol de decisión, la cronología narrativa, línea de tiempo y la tabla de personas -tiempo espina de pescado, análisis de barrera diagrama de Pareto, gráficos de control etc.

#### c.3. Desarrollo de recomendaciones e implementaciones

Finalmente el equipo responsable del análisis causal formulara recomendaciones para reducir el riesgo del evento centinela seleccionado

#### c.4.- Informe del análisis de las causas profundas y recomendaciones

El coordinador de la Seguridad del Paciente realiza el informe con las recomendaciones del análisis de causas Profundas (realizadas por el equipo) quien lo elevara a las instancias correspondientes para su implementación

#### c.5.- Monitoreo de las recomendaciones

El monitor del sistema de Seguridad del Paciente (personal de salud dela OGC) se encargara de hace el seguimiento de forme directa del cumplimiento de las recomendaciones.

#### c.6.-Informe del Cumplimiento de las Recomendaciones

El coordinador de la seguridad del paciente supervisa (una vez finalizada el plazo establecido) el cumplimiento de las recomendaciones para reducir el riesgo del Evento Centinela.

## VII RESPONSABILIDADES

La Dirección General del Hospital "Víctor Larco Herrera" tendrá las siguientes funciones:





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO  
HERRERA

"Año de la Diversificación Productiva y  
del Fortalecimiento de la Educación

- Promover y fomentar una cultura para la identificación, prevención y reducción de los eventos adversos en los trabajadores de la Institución.
- Proveer los recursos y facilidades para la implementación de las acciones de mejora en aspectos de seguridad del paciente a nivel institucional.

**El Coordinador de la Seguridad del Paciente** de la Oficina de Gestión de la Calidad del "Víctor Larco Herrera" tendrá las siguientes funciones:

- Planificar, organizar y evaluar el sistema de notificación activa para la identificación de eventos adversos en los diferentes servicios del HVLH.
- Sistematizar los registros de las notificaciones pasivas de eventos adversos ocurridos en los servicios asistenciales de la Institución.
- Coordinar con el Comité de Seguridad del paciente y con el servicio involucrado la ejecución del análisis causa-raíz de los eventos adversos identificados a fin de proponer acciones de mejora por la seguridad del paciente.
- Elaborar y presentar el Informe de Notificación de la Seguridad del Paciente al Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad.
- Coordinar con el Personal de salud de la OGC (El monitor de la seguridad del paciente) sobre los Consolidados datos de las fichas de reporte de eventos adversos de los servicios asistenciales.

**El Supervisor de la Notificación de la Seguridad del Paciente:** Personal de Enfermería (el departamento de enfermería es encargado de nombrar al supervisor responsable de los registros de los incidentes y eventos adversos de los servicios)

- Ejecutar el sistema de notificación de seguridad del paciente en los diferentes servicios del HVLH.

**El Comité de Seguridad del Paciente** tendrá las siguientes funciones:

- Participar en el análisis causa-raíz de los eventos adversos identificados activa y pasivamente para implementar acciones correctivas y preventivas.
- Participar en la revisión y actualizaciones periódicas del sistema de Notificación de la seguridad del paciente
- Participar de la planificación y ejecución de las actividades de capacitación en el sistema de notificación de la seguridad del paciente dirigidas al personal de salud de la institución.
- Participación en las Rondas de seguridad del paciente en el Hospital Víctor Larco Herrera.

**Los Jefes de los Departamentos/Servicios asistenciales** del Hospital "Víctor Larco Herrera" tendrán las siguientes funciones:

- Participar en el análisis causa-raíz de los eventos adversos identificados activa y pasivamente para implementar acciones correctivas y preventivas.
- Supervisar e informar el cumplimiento de las acciones correctivas y preventivas.
- Otorgar facilidades para la implementación de la presente Directiva dentro de su departamento y/o servicio





PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO  
HERRERA

"Año de la Diversificación Productiva y  
del Fortalecimiento de la Educación

- Promover y fomentar una cultura para la identificación , prevención y reducción de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente en el personal a su cargo

#### **Monitor del sistema de notificación de la seguridad del paciente**

Deberá ser un personal de salud ( de preferencia Licenciado en Enfermería ) del equipo de la oficina de Gestión de la calidad de salud quien se encargara de:

- Entregar al personal de salud de los servicios (al supervisor de Enfermería) las fichas de notificación de incidentes y eventos adversos.
- Recoger periódicamente (según establezca el coordinador) la información de las fichas de notificación de incidentes y eventos adversos que se encuentran en los servicios del HVHL
- Promover la notificación oportuna de los incidentes relacionados con la salud mental
- Participar del equipo encargado del análisis causa –raíz de los eventos centinela identificados
- Participar en la planificación y ejecución de las actividades de capacitación en el sistema la notificación de la seguridad el paciente dirigidos al personal de la institución

#### **VIII DISPOSICIONES FINALES**

-El jefe de la Oficina de Gestión de la calidad será responsable de la supervisión del cumplimiento de la siguiente directiva

-El coordinador dela seguridad el paciente elaborar un informe semestral del consolidado de los incidentes relacionados con la seguridad del paciente reportados en dicho periodo y un informe anual del sistema de Notificación de la seguridad del paciente dirigido al Jefe de la oficina de gestión de la calidad quien lo elevara las instancias correspondientes.





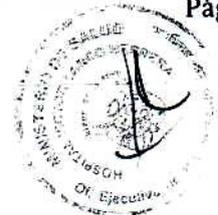
PERU

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS  
DE SALUD

HOSPITAL VICTOR LARCO  
HERRERA

"Año de la Diversificación Productiva y  
del Fortalecimiento de la Educación

IX ANEXOS



**FICHA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN SALUD MENTAL DEL HOSPITAL "VICTOR LARGO HERRERA"**

A. DATOS GENERALES						
FECHA DE INDICENTE O EVENTO ADVERSO / /	TURNO			SEXO DEL PACIENTE		EDAD DEL PACIENTE
	M	T	N	M	F	HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE
SERVICIO				DIAGNOSTICO		
PERSONAL QUE REPORTA	MEDICO		NO MEDICO		OTROS	

**B SUCESO (MARQUE CON UN ASPA O CIRCULO SEGUN CORRESPONDA)**

C. CLASIFICACION DE SUCESO						
LEVE		MODERADO		GRAVE		MUERTE

D. HETEROAGRESION						
A DIRIGIDO A:		TIPO:			MODO:	
DEL PERSONAL AL PACIENTE		VERBAL			ACOSO SEXUAL	
					TOCAMIENTO	
DEL FAMILIAR AL PACIENTE		FISICO			PENETRACION	
					GOLPEAR CON PUÑO	
DE PACIENTE A OTRO PACIENTE		SEXUAL			PATEAR	
					ARAÑAR	
DE PACIENTE A FAMILIAR		OTRO			MORDER	
OTRO:					EMPUJAR	
					OTRO	

E. AUTODIAGNOSIS						
GOLPEARSE CONTRA UN OBJETO CONTUNDENTE		ARAÑARSE		CORTARSE		OTRO:

F. COMPORTAMIENTO DESTRUCTIVO DIRIGIDA HACIA UN OBJETO						
INFRAESTRUCTURA		ROPA DE CAMA		VESTIMENTA		OTRO:

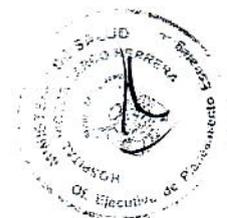
G. CAIDA						
RESBALON		TROPEZAR CON OBJETO		CAIDA DE CAMA		CONVULSIONES
						OTROS:

H. CONDUCTA SUICIDA						
TIPO		MODO				
AMENAZA SUICIDA		INGESTA DE MEDICAMENTO				
GESTO SUICIDA		INGESTA DE AGENTES NOCIVOS				
INTENTO SUICIDA		CORTES				
SUICIDIO FRUSTADO		AHORCAMIENTO				
SUICIDIO CONSUMADO		OTROS:				

I. FUGA						
INTENTO DE FUGA				FUGA CONSUMADA		

J. OTROS INCIDENTES O EVENTOS						
ATRAGANTAMIENTO		ESTANCIA PROLONGADA		PROBLEMA RELACIONADOS A LOS MEDICAMNETOS RAM		OTROS

K. EN LOS SIGUIENTES ITEMS MARCARSE PARA LOS INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS QUE SE REPORTA						
OBJETO USADO	CIRCUNSTANCIAS DEL INIDENTE O EVENTO ADVERSO			LUGAR DEL INCIDENTE O EVENTO ADVERSO		
PUNZOCORTANTE	ACTIVIDAD EN EL SERVICIO			BAÑO		
PIEDRA	ACTIVIDAD DEPORTIVA			COMEDOR		
MUEBLE	CAMBIO DE TURNO			PATIO		
UTENSILIO/MENAJE	COMIDAS			HABITACION		
OTROS	VISITA DE FAMILIA			ESTACION DE ENFERMERIA		
	OTROS			OTROS		



**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA FICHA DE NOTIFICACION DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN SALUD MENTAL FNI Y EA-SM-HVLH**

Por cada incidente o evento adverso se llenara 01 ficha

**A DATOS GENERALES**

Se llenara esta ficha para cada incidente o evento adversos que se presente , llene los espacios en blanco y/o marque con un aspa (X) según corresponda en el cuadrante correspondiente

**a) Fecha de la notificación:** Registre el día, mes y año que ocurrió el incidente o evento adverso

**b) Turno:** Marque con aspa (X)

**M,** si ocurrió en el turno mañana, el incidente o evento adverso

**T,** si ocurrió en el turno tarde el incidente o evento adverso

**N,** si ocurrió en el turno noche el incidente o evento adverso

**c) Sexo:** Marque con un aspa el sexo del paciente:

**M** si es masculino o **F** si es Femenino

**d) Edad:** Registre la edad del paciente (en años)

**e) N° de Historia clínica o ficha de atención de Emergencia:** Registre el número de la historia clínica o de la ficha de atención si lo tuviera.

**f) Diagnóstico:** Anote los diagnósticos principales del paciente registrado por el médico en la Historia Clínica o la ficha de la atención incluya el código CIE10 si estuviera registrado.

**g) Servicio:** Anote el servicio donde ocurrió el suceso

Departamento (Depart.)

Hospitalización(hosp)

Adicciones(adic)

Consulta Externa adultos (CE)

Psiquiatría Niños y adolescente (psiq N Y A)

Apoyo Medico complementario(AMC)

Emergencia EMG

Otro: Marque otro lugar que no se haya considerado en la ficha

Pabellón: Anote Numero de pabellón

**h) Personal que notifique:** marque con un aspa (X) si es :

Medico

No medico

Otros ejem. Personal en formación y si es otro especifique

**B SUCESO**

**B.1 Clasificación del suceso** marque con un aspa (X) según corresponda:

**Leve.** Los Síntomas son leves o la perdida funcional son mínimos de corta duración, no prolonga estancia; Requiere observación o tratamiento menor. No es necesaria la intervención o es mínima, sin prolongar la estancia

**Moderado.** Daño o perdida funcional de larga duración, prolonga la estancia hospitalaria temporal, pero no es permanente. Cirugía o administración de tratamiento suplementario. resulta en la necesidad de tratamiento o intervención

**Grave,** Acorta la esperanza de vida o causa un daño o perdida funcional importante y permanente o de larga duración,

**Muerte.** Causo la muerte o la propicio a corto plazo

**B.2 Descripción del suceso:** Marque con un aspa (X) el tipo de incidente o evento adverso

**1 HETERO - AGRESIÓN** (cuando al agresión fue de una persona hacia otra ) especificar marcando con un aspa(X)

-Dirigido a:

Si fue de personal(que trabaja en la Hospital) al paciente

Si fue de familiar al paciente

Si fue de paciente a otro paciente

Si fue de paciente a familiar

U otros especificar

-Tipo Marcar con un aspa (X) si la hetero- agresión fue:

Verbal, Física, Sexual u

Otros especificar si fue otro tipo de agresión distinta a los anteriores

-Modo Marcar con un aspa (X) si fue

Acoso sexual

Tocamiento

Penetración

Golpear con puño

Patear

Arañar

Morder

Empujar

Otros Anotar si fue otro distinto a los anteriores

**2 AUTOAGRESION** (Cuando la agresión es hacia la misma persona , es decir uno mismo se agrede)

Marcar con aspa (X) si la agresión fue(como causa de)

-Golpear contra un objeto contundente(Por cualquier objeto duro, ejm madera, ladrillo, martillo)

-arañarse

-cortarse

-otros si fue otro tipo de autoagresión no mencionada anteriormente

**3 CONDUCTA DESTRUCTIVA DIRIGIDO HACIA UN OBJETO:** cuando al agresión no es a un persona si no al algún objeto material

Marcar con una aspa (X) si fue:

-Estructura del edificio es decir a algún parte de la infraestructura EJM pared ,ventana ,puerta, carpeta, mueble, etc

-Ropa de cama, sabana . almohada , frazada

-Vestimenta

Otros si la agresión fue a otros objetos distinto a la lista anterior

**4 CAIDA** marcar con un aspa (X) si al caída fue por :

Resbalón

Tropiezo con algún objeto

Caída de cama

Convulsión

Otros especificar si fue otra la causa a lo mencionado anteriormente

**5 CONDCUTA SUICIDA** marcar con un aspa (X) el tipo :Si fue

**Amenaza suicida:** Es dar a entender con palabras sobre una acción suicida que se realizará.

**Gesto suicida:** Es dar a entender con actos, que suelen tener algún simbolismo sobre una acción suicida que se realizará

**Intento de suicidio:** Se engloban aquellos actos autolesivos deliberados con diferente grado de intención de morir y de lesiones que no tienen un final letal.

**Suicidio frustrado:** Acto suicida que no ha conseguido el objetivo por alguna circunstancia imprevista.

**Suicidio consumado:** Es el acto suicida que se ha llevado a cabo con éxito.

Modo, marcar con aspa (X) :

Si fue con ingesta de medicamentos

Ingesta de nocivos

Cortes

ahorcamiento

Otros Anote si fue otro modo distinto a los anteriores

**6 FUGA** marcar con un aspa (X) Si fue:

Intento de Fuga

O Fuga consumada

**7 OTROS INCIDENTES Y/O EVENTOS**

Marcar con aspa (x) si el evento se encuentra en una de las opciones de

Atragantamiento

Estancia prolongada

Problemas relacionados a medicamentos,

otros si se reportará otro incidente o evento adversos distinto a los anteriores

**B.3 EN LOS SIGUIENTES ITEMS MARCAR LOS INCIDENTES O EVENTOS ADVERSOS QUE SE REPORTA ,** marcar con un aspa(X) en relación al Incidentes o evento adverso reportado anteriormente

**-Objeto usado**

Objeto punzocortante por ejm cuchillos , tijeras , navajas ect

Piedra,

mueble

Utensilio/ menaje: tenedores , cuchara

Otros si fue otra cosas , objeto que se uso

**-Circunstancias del incidente o evento adverso**

Puede ser en actividades del servicio cuando ocurrió dentro de las actividades cotidianas

Actividad deportiva

En cambio de turno

En comida

Visita de familiares

Otros si ocurrió en otras circunstancias

**-Lugar del incidente** Si ocurrió en el:

baño

Comedor

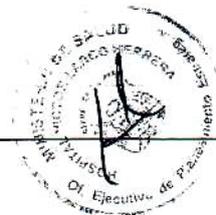
Patio

Habitación

Estación de enfermería

Otros especificar en qué lugar sucedió

**8 AMPLIAR INFORMACION.** Si hay información que sea importante se puede registrar en el espacio detrás de la hoja



## LISTA DE VERIFICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ SERVICIO: \_\_\_\_\_  
 PABELLÓN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas

CARACTERÍSTICAS A EXPLORAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
<b>I. REGISTROS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA</b>				
Verificar en las siguientes Historias Clínicas:	H.C.(N°): 1. _____ 2. _____			
1. La Frecuencia de las notas de evolución es de acuerdo a la Normativa vigente?	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
2. Registra Fecha y hora, firma y sello del responsable en cada atención.	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
3. La Frecuencia de registro de Funciones vitales, peso, talla y funciones biológicas es de acuerdo a la Normativa vigente?	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
<b>4. Respecto al Plan de Trabajo</b>				
a) Tratamiento Farmacológico prescrito coincide con lo registrado en Kardex, y se cumplió según lo indicado?	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
b) Tratamiento no Farmacológico prescrito coincide con lo registrado en Kardex, y se cumplió según lo indicado?	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
c) Respecto a los Exámenes de Ayuda Diagnóstica y/o Procedimientos especiales e Interconsultas				
Se registra la Fecha y Hora de solicitud en el Plan de Trabajo?	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
Se registra la Fecha y Hora en que se cursó la solicitud?	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
Se registra la Fecha y Hora en que se realizó?	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
Se registra la Fecha y Hora en que se recibieron los Resultados (incluyendo los Informes si corresponde)?	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
Se registra en la Evolución médica la interpretación de los Resultados y/o Informes con su respectivo comentario?	1. 2.	1. 2.	1. 2.	
<b>II. DISPOSITIVOS MÉDICOS, SEGURIDAD E IDENTIFICACIÓN.</b>				
1. El Funcionamiento de los Dispositivos Médicos es adecuado y están accesibles para su uso?				
2. El Pabellón cuenta con extintores y se encuentran vigentes?				
3. El personal porta de manera visible una credencial con fotografía, que exhiba con caracteres legibles el nombre del Hospital, su profesión u ocupación, su área de trabajo y periodo de vigencia?				
4. Los pacientes están identificados en el ambiente donde se encuentran hospitalizados?				



**LISTA DE VERIFICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE  
DEL HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"**

PABELLÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_ horas

CARACTERÍSTICAS A EXPLORAR	SI	NO	NA	OBSERVACIONES
<b>III. USO DE MEDICAMENTOS</b>				
1. En el Tópico de Enfermería los productos farmacéuticos tienen fecha de vencimiento vigente?				En caso sea NO, registrar lo siguiente: Nombre Genérico   Forma de Presentación   Cantidad   Fecha de Vencimiento   N° de Lote.
				1. _____
				2. _____
				3. _____
4. _____				
2. En el Tópico de Enfermería los productos farmacéuticos se almacenan en un ambiente adecuado?				_____
3. En el Tópico de Enfermería los productos farmacéuticos están distribuidos por paciente dentro de su envase inmediato?				_____
4. En el Tópico de Enfermería los productos farmacéuticos están restringidos al personal responsable?				_____
<b>IV. INCIDENTES RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>				
1. En el Pabellón se ha detectado alguna Circunstancia Notificable no reportada?				_____
2. En el Pabellón se ha detectado algún Cuasiincidente no reportado?				_____
3. En el Pabellón se ha detectado algún Incidente sin daño no notificado?				_____
4. En el Pabellón se ha detectado algún Incidente con daño (evento adverso) no notificado?				_____
<b>V. INFORMACIÓN ADICIONAL O COMENTARIOS:</b>				
_____				
_____				
_____				

