



Dirección General

## RESOLUCION DIRECTORAL

N° 158 -2014-DG-HVLH

Magdalena del Mar, 28 de Febrero 2014

**Visto;** La Nota Informativa N° 023-OGC-HVLH-2014, emitida por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera";

### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, se aprobó el Documento Técnico "Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006-2008", donde se enfatiza que en nuestro país, la conciencia cada vez mayor de los derechos de los pacientes y la presencia de mecanismos para facilitar su expresión están poniendo en evidencia los eventos adversos en nuestra realidad. Los servicios de emergencia, han mostrado mayor vulnerabilidad a los reclamos. Definiéndose a la Seguridad del paciente como reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que aseguren la obtención de los óptimos resultados para el paciente. Por lo tanto se hace necesario un abordaje sistémico para afrontar este problema y responder a las exigencias de nuestra población;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, se aprobó el "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual establece como uno de sus componentes a la Garantía y Mejoramiento de la Calidad, siendo uno de sus principales procesos, ofrecer la Seguridad del Paciente, con herramientas prácticas para hacer más seguros los procesos de atención, protegiendo al paciente de riesgos evitables.

Que, asimismo el artículo 17° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Víctor Larco Herrera", aprobado por Resolución Ministerial N° 132-2005/MINSA, establece que la Oficina de Gestión de la Calidad, es la unidad orgánica 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 literal a) Proponer la inclusión de actividades de calidad en los planes institucionales;

Que, mediante documento del Visto, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, solicita la aprobación del Plan de Seguridad del Paciente 2014, el mismo que cumple con los parámetros e indicaciones similares a los Planes Nacionales; por lo que es necesario su aprobación mediante acto administrativo;

Estando a lo informado por el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera", y,

Con el visto bueno del Director Ejecutivo de la Oficina de Planeamiento Estratégico, 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 lo previsto por el artículo 17° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General y 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 con eficacia anticipada al 02 de enero del 2014, el Documento Denominado: "PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – 2014", para su aplicación en el Hospital "Víctor Larco Herrera", el mismo que en documento adjunto a folios catorce (14) forma parte integrante de la presente Resolución.



**Artículo 2°.-** La Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital "Víctor Larco Herrera", es la responsable de la difusión e implementación del citado Documento.

**Artículo 3°.-** Dejar sin efecto las disposiciones que se opongan a la presente Resolución.



**Artículo 4°.-** Dispóngase a la Oficina de Comunicaciones, publicar el referido Documento Técnico en el portal de internet del Hospital "Víctor Larco Herrera".

Regístrese y Comuníquese



Ministerio De Salud  
Hospital "Victor Larco Herrera"

Julian R. Sarna Garcia  
Médico Psiquiatra  
C.M.P. N° 18388 R.N.E. 7949  
Director General (e)

CAEL/MYRV.

**Distribución:**

- Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico
- Oficina de Gestión de la Calidad
- Oficina de Asesoría Jurídica
- Oficina de Comunicaciones
- Unidades Orgánicas
- Archivo.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital "Víctor Larco Herrera"  
Oficina de Gestión de la Calidad  
Comité de Seguridad del Paciente



"Año de la Promoción de la  
Industria Responsable y del  
Compromiso Climático"

## PLAN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2014

HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA"

OFICINA DE GESTIÓN DE LA  
CALIDAD

COMITÉ DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



2014

Plan de Seguridad del Paciente - 2014: Oficina de Gestión de la Calidad/Comité de Seguridad del Paciente/Hospital "Víctor Larco Herrera"; 2014. 15p.





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital "Víctor Larco Herrera"  
Oficina de Gestión de la Calidad  
Comité de Seguridad del Paciente



"Año de la Promoción de la  
Industria Responsable y del  
Compromiso Climático"

**ELABORADO POR:**

Responsable de Seguridad del Paciente  
de la Oficina de Gestión de la Calidad

Med. José Carlos Bojórquez  
De la Torre

**COLABORADORES:**

Comité de Seguridad del Paciente

**REVISADO POR:**

Director General

Med. Cristina Alejandrina  
Eguiguren Li

Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad

Med. Walter Espinoza Cuestas

Jefe de la Oficina ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Ing. Jose Luis Solano Espinel

Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica

Abog. Miriam Ysabel  
Rodríguez Vargas

**HOSPITAL "VÍCTOR LARCO HERRERA" - OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Av. Augusto Pérez Araníbar N° 600, Magdalena del Mar, Lima 17 - Perú

Teléfono: (511) 261-5516 Anexo 1201

Página Web: [www.larcoherrera.gob.pe](http://www.larcoherrera.gob.pe)

e-mail: [jbojorquez@hvlh.gob.pe](mailto:jbojorquez@hvlh.gob.pe)





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital "Víctor Larco Herrera"  
Oficina de Gestión de la Calidad  
Comité de Seguridad del Paciente



"Año de la Promoción de la  
Industria Responsable y del  
Compromiso Climático"

## ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	04 - 05
II.	FINALIDAD	05
III.	OBJETIVO	06
IV.	BASE LEGAL	06
V.	ÁMBITO DE APLICACIÓN	06
VI.	DEFINICIONES OPERATIVAS	07 - 11
VII.	ACTIVIDADES	11 - 12
VIII.	ANEXOS	13 - 14





## I.- INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente parte de la premisa básica que los seres humanos somos susceptibles de cometer errores, aún cuando tengamos mucha experiencia. Más aún, los daños sobre los pacientes serán más susceptibles de darse si persisten en las organizaciones condiciones latentes que los favorezcan. De tal forma que el sistema debe crear barreras de defensa para evitar que se produzcan eventos adversos, pero lo importante no es solo determinar por qué las barreras fallaron sino establecer mecanismos para socializar el conocimiento generado a partir de esta experiencia y evitar que se den similares daños en otros establecimientos de salud.

Esta preocupación por la Seguridad del Paciente ingresa como agenda prioritaria a la gestión sanitaria a partir del año 1999 como consecuencia de la publicación del libro "Errar es Humano" por el Instituto de Medicina de Estados Unidos. En ésta se reconoce de manera explícita que los errores son mucho más frecuentes de lo que podría haberse pensado y que incluso llegan a producir gran cantidad de muertes evitables. No se trata de un descubrimiento súbito, sino de acumulación de datos provenientes de casos y estudios realizados algunos años atrás, pero que se van sumando y adquieren notoria visibilidad, ubicándose entre las cinco primeras causas de mortalidad en ese país. A partir de entonces, se va agregando información de otros países, como el Reino Unido, Australia, España y Canadá, lo cual permite hacer evidente, que en promedio 10% de los pacientes internados en un hospital, sufre un evento adverso durante su estancia hospitalaria y que aproximadamente 2% de ellos fallecen como consecuencia de éste.

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud del 2002 aprobó en Mayo del mismo año la Resolución WHA55.18, en la que invita a los países miembros a prestar la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y que establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención sanitaria, lo cual incluya el fortalecimiento de los sistemas de registro y monitoreo de los eventos adversos en las Instituciones de salud. Esta Asamblea instó a la OMS a elaborar normas y patrones mundiales y a apoyar los esfuerzos de los Estados Miembros por formular políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente. A razón de esto, en Octubre del 2004, la OMS presentó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente y se identificó al Proyecto de elaboración de una Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP) como una de las principales iniciativas del Programa de actividades de la Alianza para el 2005. La finalidad de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente es permitir la categorización de la información sobre seguridad del paciente por medio de conjuntos normalizados de conceptos con definiciones acordadas, términos preferidos y relaciones entre ellos basadas en una ontología de dominio explícita (por ejemplo, la seguridad del paciente). La CISP se ideó para ser una verdadera convergencia de las percepciones internacionales de las principales cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y para facilitar la descripción, la comparación, la medición, el seguimiento, el análisis y la interpretación de la información con miras a mejorar la atención al paciente.

El Perú en su calidad de país miembro de la Asamblea Mundial de la Salud, a través del Ministerio de Salud es responsable de poner en marcha la Alianza Interinstitucional Nacional por la Seguridad del Paciente y de elaborar e implementar el correspondiente Plan Nacional. A raíz de esto el 24 de Julio del 2006 fue aprobado con R.M. N° 676 - 2006/MINSA el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente 2006 - 2008.

En el año 2007, el Perú fue invitado por la Organización Mundial de la Salud/Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, la Organización Panamericana de la Salud y el





PERÚ

Ministerio  
de Salud

Hospital "Víctor Larco Herrera"  
Oficina de Gestión de la Calidad  
Comité de Seguridad del Paciente



"Año de la Promoción de la  
Industria Responsable y del  
Compromiso Climático"

Ministerio de Sanidad y Consumo de España, a participar del Proyecto para investigar la prevalencia de los eventos adversos en cinco países de Latinoamérica (IBEAS). Se trató de un estudio observacional de tipo transversal que midió la prevalencia de los eventos adversos en pacientes hospitalizados. A su término se encontró una prevalencia promedio de eventos adversos del 10.5% en pacientes hospitalizados; y en el Perú, de los 2478 pacientes hospitalizados estudiados la prevalencia fue de 11.6%, siendo mayor cuando se asociaron factores de riesgo extrínsecos. El grupo etario con mayor presentación de Eventos Adversos fue de 15-45 años, los servicios con mayor prevalencia fueron Obstetricia y UCI, los tipos de Eventos Adversos más frecuentes estuvieron relacionados con Infecciones Nosocomiales, procedimientos y diagnósticos (en ese orden), y el Evento Adverso más frecuente fue la Neumonía Nosocomial. Y además se encontró que del total, el 68.1% de los EA fueron evitables. Estos resultados tuvieron una importancia gravitante en la elaboración de los planes de Seguridad de los años subsiguientes ya que por primera vez se contaba con datos locales sobre la distribución específica de los eventos adversos en las salas de hospitalización y su prevalencia por áreas. Por tanto gran parte de la gestión de riesgos se ha venido enfocando en estas áreas y tipo de eventos (Unidad de Cuidados Intensivos - UCI y Centros Obstétricos - CO, infecciones nosocomiales y eventos relacionados con los procedimientos); pero estos resultados al haber sido obtenidos en Hospitales de Atención General como el Hospital Dos de Mayo, Hospital Santa Rosa, Hospital Cayetano Heredia, Hospital Edgardo Rebagliati Martins y Hospital de Emergencias Grau, no se ajustan a la realidad de Hospitales de Atención especializada como el nuestro.

Por otro lado, en Enero del año 2009 la Alianza Mundial por la Seguridad del paciente presentó el *Informe Técnico Definitivo* que ofrece un panorama detallado del Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (CISP), el cual aspira a ofrecer una comprensión razonable del mundo de la seguridad del paciente y unos conceptos conexos con los que las clasificaciones regionales y nacionales existentes puedan establecer correspondencias, siendo este Informe un paso importante rumbo a una clasificación completa que proporcione una estructura para organizar los datos y la información y, por lo tanto, ser el andamiaje estructural de un sistema de notificación, basado en una clasificación correctamente elaborada, compuesta por elementos de datos esenciales relativos a la seguridad del paciente, que ofrece una interfaz que permite a los usuarios recolectar, almacenar y recuperar datos pertinentes de manera organizada. Tanto si los sistemas de notificación son de nueva creación como si ya existían, los datos y la información obtenidos a partir de ellos pueden agregarse en una base de datos explotables, analizarse, y utilizarse para identificar fuentes de riesgo y factores que contribuyen a éste, alertar a los profesionales sanitarios de problemas efectivos o potenciales, o evaluar los sistemas existentes.

Actualmente la Oficina de Gestión de la Calidad y el Comité de Seguridad del Paciente del Hospital "Víctor Larco Herrera" trabajan de manera activa para llevar a cabo la implementación del Sistema de Registro y Notificación de Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente en la Atención de Salud Mental dentro de la Institución, el cual se continuará en el presente año.

## II.- FINALIDAD

La finalidad del Plan de Seguridad del Paciente es contribuir a hacer de los servicios de salud del Hospital "Víctor Larco Herrera" lugares cada vez más seguros que brinden atención de calidad a los pacientes.





### III.- OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL

Desarrollar una cultura de Seguridad del Paciente en el Hospital "Víctor Larco Herrera", reduciendo la ocurrencia de eventos adversos en los procesos de atención en salud.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

**OE1:** Implementar y fortalecer un mecanismo estandarizado de identificación, registro, notificación, análisis, propuesta de mejora y seguimiento de Incidentes y eventos adversos en el proceso de atención en salud.

**OE2:** Promover, difundir e implementar las Prácticas seguras de atención

#### IV.- BASE LEGAL

- 1.- Ley N° 26842 – Ley General de Salud (15 de Julio 1997)
- 2.- Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud (17 de Enero 2002)
- 3.- Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA que conforma el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
- 4.- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- 5.- Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, aprobó el Documento Técnico Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008.

#### V.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

El Plan de Seguridad del Paciente es de aplicación a todos los servicios asistenciales del Hospital "Víctor Larco Herrera"

#### VI.- DEFINICIONES OPERATIVAS

1. **Amenaza para la seguridad del paciente:**  
Todo riesgo, evento, error, situación peligrosa o conjunto de circunstancias que ha causado daño a pacientes o podría causarlo.
2. **Análisis de las causas profundas (ACP):**  
Proceso sistemático de investigación de un incidente crítico o de un resultado adverso para determinar los diversos factores contribuyentes. El análisis se centra en identificar las condiciones latentes que subyacen a la variación en el desempeño y, si procede, en elaborar recomendaciones de mejoras que reduzcan las probabilidades de un incidente similar en el futuro. Un ACP reúne las características siguientes:
  - El examen es de carácter interdisciplinario, con participación de las partes más estrechamente ligadas al proceso.
  - El análisis se centra principalmente en los sistemas y los procesos, no en el desempeño individual.
  - El análisis profundiza preguntando qué y por qué hasta que se examinan todos los aspectos del proceso y se identifican todos los factores contribuyentes (avanzando desde la consideración de las causas especiales hasta la de las comunes).
  - El análisis identifica las modificaciones que podrían hacerse en los sistemas y procesos rediseñándolos o bien desarrollando otros nuevos que mejoraran el desempeño y redujeran el riesgo de recurrencia de eventos o cuasiincidentes.





Para ser completo, un ACP debe incluir:

- La determinación de los factores humanos y de otro tipo asociados más directamente con el evento o el cuasiincidente, y de los procesos y sistemas relacionados con su aparición (rara vez hay una sola causa subyacente).
- Análisis de los sistemas subyacentes preguntando sucesivamente por qué con miras a determinar dónde se podría reducir el riesgo mediante rediseños.
- Identificación de los riesgos y de sus posibles contribuciones al evento o al cuasiincidente.
- Determinación de posibles mejoras de los procesos o sistemas que tenderían a reducir las probabilidades de tales eventos en el futuro, o la determinación, tras el análisis, de que tales oportunidades de mejora no existen.
- Para ser creíble, un ACP debe:
- Incluir la participación de los dirigentes de la organización (esto puede ir desde la contratación del equipo de ACP a la participación directa en dicho equipo y a la intervención en el diseño del plan de acción correctivo) y de las personas más estrechamente implicadas en los procesos y sistemas objeto de examen.
- Poseer coherencia interna (es decir, no contradecirse a sí mismo ni dejar preguntas obvias sin respuesta).
- Incluir un examen de la bibliografía pertinente.

3. **Barrera de Seguridad:**

Son restricciones administrativas o técnicas que pueden detener la falla activa o absorber su efecto y evitar el daño o la producción del error.

4. **Complicación:**

Resultado clínico desfavorable de probable aparición inherente a las condiciones propias del paciente y/o curso natural de su enfermedad.

5. **Daño:**

Es la alteración estructural o funcional del organismo y/o todo efecto perjudicial derivado de ella. Los daños comprenden las enfermedades, las lesiones, los sufrimientos, las discapacidades y la muerte, y pueden ser físicos, sociales o psicológicos.

6. **Diez clases superiores del marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente:**

1. **Tipo de incidente:**

Término descriptivo para designar una categoría constituida por incidentes de naturaleza común agrupados por compartir características acordadas 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. Los incidentes se clasifican en diversos tipos. Los tipos de incidentes comprenden los siguientes: administración clínica, proceso clínico/procedimiento, documentación, infección asociada a la atención sanitaria, medicación/líquidos para administración i.v., sangre/productos sanguíneos, nutrición, oxígeno/gases/vapores, dispositivos/equipos médicos, comportamiento, accidentes del paciente, infraestructuras/locales/instalaciones, y recursos/gestión de la organización.

2. **Resultados para el paciente:**

Repercusiones para un 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.





3. **Características del paciente:**  
Atributos seleccionados de un paciente. Clasifican la información demográfica del paciente, la razón original por la que se solicitó atención sanitaria, y el diagnóstico principal.
4. **Características del incidente:**  
Atributos seleccionados de un 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.
5. **Factores/peligros contribuyentes:**  
Se define como una circunstancia, acción o influencia (por ejemplo, una mala distribución de los turnos o una mala asignación de tareas) que se considera que ha desempeñado un papel en el origen o la evolución de un incidente o que ha aumentado el riesgo de que se produzca un incidente. Los factores contribuyentes pueden ser externos (es decir, fuera del control de un servicio u organización), de la organización (por ejemplo, la inexistencia de protocolos aceptados), relacionados con un factor del personal (un defecto cognitivo o conductual de un individuo, un mal trabajo en equipo o una comunicación insuficiente) o relacionados con un factor del paciente (por ejemplo, el incumplimiento). Un factor contribuyente puede ser un precursor necesario de un incidente y puede ser o no ser suficiente para causar un incidente. Es habitual que, en un incidente relacionado con la seguridad del paciente intervenga más de un factor contribuyente o un peligro.
6. **Resultados para la organización:**  
Repercusiones en una organización total o parcialmente atribuibles a un incidente. Abarcan las consecuencias directas para la organización, como el aumento de los recursos asignados a la asistencia del paciente, la atención de los medios de comunicación o las ramificaciones jurídicas, a diferencia de las consecuencias clínicas o terapéuticas, que se consideran resultados para el paciente.
7. **Detección:**  
Acción o circunstancia que da lugar al descubrimiento de un incidente (prevención secundaria). Por ejemplo, un incidente puede detectarse por un cambio en la situación del paciente o mediante un monitor, una alarma, una auditoría, un examen o una evaluación de riesgos. Los mecanismos de detección pueden estar incorporados al sistema como barreras oficiales o establecerse de forma no estructurada.
8. **Factores atenuantes (atenuación):**  
Son acciones o circunstancias que previenen o moderan la progresión de un incidente hacia la producción de un daño al paciente. Se conciben para reducir todo lo posible dicho daño una vez que el error se ha producido y ha puesto en marcha mecanismos de control del daño. Juntas, la detección y la atenuación pueden impedir que la progresión de un incidente alcance al paciente o lo dañe. Si el incidente causa daño, pueden adoptarse medidas de mejora (prevención secundaria).
9. **Medidas de mejora**  
Son las medidas que se adoptan o las circunstancias que se modifican para mejorar o compensar el daño tras un incidente (prevención terciaria). Se aplican al paciente (tratamiento clínico de una lesión, presentación de disculpas) y a la organización (reunión informativa con el personal, cambios de cultura, gestión de reclamaciones).
10. **Medidas adoptadas para reducir el riesgo/daño:**  
Se concentran en disposiciones para evitar que se repita el mismo incidente relacionado con la seguridad del paciente o uno similar y en mejoras de la





resiliencia del sistema. Son aquellas medidas que reducen, gestionan o controlan el daño o la probabilidad de daño asociado a un incidente. Pueden ir dirigidas al paciente (dispensación de una atención adecuada, apoyo a la toma de decisiones), al personal (formación, disponibilidad de políticas y protocolos), a la organización (mejora del liderazgo o la orientación, evaluación proactiva del riesgo) y a los agentes y equipos terapéuticos (auditorías regulares, funciones forzadas). La detección, los factores atenuantes y las medidas de mejora influyen en las medidas adoptadas para reducir el riesgo y las orientan.

7. **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. Así, si el cribado del cáncer de colon consiste en determinaciones periódicas de la presencia de sangre oculta en heces, hacer una colonoscopia de cribado sin disponer antes de una prueba de sangre oculta supone un error de comisión (la aplicación de un plan incorrecto), mientras que el hecho de no solicitar la determinación de sangre oculta constituye un error por omisión.

8. **Efecto Adverso:**

Una lesión o un resultado inesperado e indeseado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

9. **Efecto secundario:**

Es un efecto conocido, distinto del deseado primordialmente y relacionado con las propiedades farmacológicas de un medicamento, como la aparición de náuseas tras la administración de morfina para aliviar el dolor.

10. **Evento Adverso:**

Todo accidente que hubiera causado daño al paciente o lo hubiera podido causar, ligado tanto a las condiciones de la asistencia como a las del propio paciente. Es toda lesión causada por el tratamiento médico (no por la enfermedad subyacente) que prolonga la hospitalización, ocasiona una discapacidad en el momento del alta, o ambas cosas; siendo causados por complicaciones medicamentosas, infecciones de la incisión y complicaciones técnicas, y los debidos a negligencia [lo son por] percances diagnósticos, percances terapéuticos y eventos ocurridos en el servicio de urgencias. Los eventos adversos son relacionados directamente con la atención o los servicios prestados en la jurisdicción de un centro médico, una consulta externa u otro establecimiento, y pueden ser consecuencia de actos de comisión o de omisión.

11. **Evento Centinela:**

Es un tipo de evento adverso que produce una muerte o un daño físico o psicológico severo permanente (o el riesgo de que se produzca), que no estaba presente anteriormente, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente, y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediata. Incidencia o variación imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca.





#### 12. Grado del daño:

Es la gravedad, la duración y las repercusiones terapéuticas del daño derivado de un incidente. Según los principios rectores, parecería deseable registrar por separado la naturaleza, la gravedad y la duración del daño; aunque desde el punto de vista teórico cabría inclinarse por esta opción, en la práctica la mayoría de las escalas de daño reconocen que estos elementos se fusionan en la evaluación natural que se lleva a cabo al asignar un grado de daño. Anteriores intentos de calificar el grado de daño tendían a fusionar estos parámetros en una escala. En el contexto del marco conceptual de la CISP, 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: el resultado para el paciente es sintomático, los síntomas son leves, la pérdida funcional o el daño son mínimos o intermedios, pero de corta duración, y no hace falta intervenir o la intervención necesaria es mínima (por ejemplo, observar más estrechamente, solicitar pruebas, llevar a cabo un examen o administrar un tratamiento de poca entidad).
- Moderado: el resultado para el paciente es sintomático y exige intervenir (por ejemplo, otra intervención quirúrgica, un tratamiento suplementario) o prolongar la estancia, o causa un daño o una pérdida funcional permanente o de larga duración.
- Grave: el resultado para el paciente es sintomático y exige una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o una pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.
- Muerte: sopesando las probabilidades, el incidente causó la muerte o la propició a corto plazo.

#### 13. Incidente:

Un incidente puede ser una circunstancia notificable, un cuasiincidente, un incidente sin daños o un incidente con daños (evento adverso). Una **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 una unidad de cuidados intensivos muy atareada 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). Un **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). Un **incidente sin daños** es aquel en el que un evento alcanza al paciente, pero no le causa ningún daño apreciable (por ejemplo, se infunde la mencionada unidad de sangre, pero no era incompatible). Un **incidente con daños (evento adverso)** es un incidente que causa daño al paciente (por ejemplo, se infunde la unidad de sangre errónea y el paciente muere de una reacción hemolítica).

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

#### 15. 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.

**16. Reacción adversa:**

Un daño imprevisto derivado de un tratamiento justificado. Por ejemplo, una neutropenia inesperada tras administrar un fármaco que no se sabía que pudiera tener este efecto es una reacción adversa. La recurrencia de una reacción adversa conocida puede ser prevenible (por ejemplo, una reacción alérgica a un medicamento puede prevenirse evitando la reexposición).

**17. Riesgo:**

Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro de un sistema de atención de Salud.

**18. Resiliencia:**

Se refiere al grado en que un sistema previene, detecta, atenúa o mejora continuamente peligros o incidentes. Permite a una organización «recuperar» lo antes posible su capacidad original de desempeñar funciones asistenciales después de que se haya producido un daño.

**19. Seguridad del Paciente:**

Reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud a través del uso de las mejores prácticas, que garanticen la obtención de óptimos resultados para el paciente. Evitación, prevención y mejora de los resultados adversos o lesiones derivados de procesos de atención sanitaria. Esos eventos comprenden «errores», «desvíos» y «accidentes». La seguridad surge de la interacción entre los componentes del sistema; no reside en una persona, un dispositivo o un departamento. Mejorar la seguridad depende de que se aprenda cómo emerge esta de las interacciones entre los componentes. Identificación, análisis y gestión de los riesgos e incidentes relacionados con los pacientes con el propósito de mejorar la seguridad de la asistencia que se les presta y reducir al mínimo los daños que puedan sufrir.

**20. Sistema:**

Conjunto de elementos interdependientes (personas, procesos, equipos) que interactúan para lograr un objetivo común y forman un todo unificado. Proceso mediante el cual un conjunto de personas y máquinas (y otros recursos esenciales) operan juntas de manera ordenada para llevar a cabo una determinada tarea.

**VII.- ACTIVIDADES.**

**OE1:** Implementar y fortalecer un mecanismo de identificación, registro, notificación, análisis, propuesta de mejora y seguimiento de Incidentes y Eventos adversos en el proceso de atención en salud:





1. Elaboración y Aprobación de la Directiva Sanitaria que regula el Sistema de Registro y Notificación de Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud Mental en el Hospital "Víctor Larco Herrera"
2. Capacitación en el Registro y Notificación de Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud Mental dirigida al Personal de salud de los Pabellones Asistenciales.
3. Informe Semestral del registro, notificación y análisis del consolidado de Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud Mental dentro de la Institución.
4. Informe Anual de evaluación del Plan de Seguridad del Paciente.

OE2: Promover, difundir e implementar las Prácticas seguras de atención:

1. Diseño y Aprobación de la Nueva Lista de Chequeo de Seguridad del Paciente del Hospital "Víctor Larco Herrera".
2. Seguimiento de Recomendaciones de Rondas de Seguridad del Paciente
3. Informe Anual de Rondas de Seguridad del Paciente





**IX. ANEXOS:**

**ANEXO N° 01 - Matriz de Programación de Actividades Operativas del Plan de Seguridad del Paciente - 2014**

ACTIVIDADES	META ANUAL PROGRAMADA		CRONOGRAMA DE PROGRAMACIÓN												INDICADORES (%)	RESPONSABLE		
	UNIDAD DE MEDIDA	CANTIDAD	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D				
<b>OE 1.- Implementar y fortalecer un mecanismo de registro de incidentes y eventos adversos.</b>																		
1. Elaboración y Aprobación de la Directiva Sanitaria que regula el Sistema de Registro y Notificación de Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud Mental en el Hospital "Víctor Larco Herrera"	Directiva aprobada	1	1														N° Directivas Aprobadas x 100/ N° Directivas Aprobadas programadas	Oficina de gestión de la Calidad / Comité de Seguridad del Paciente
2. Capacitación en el Registro y Notificación de Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud Mental dirigida al Personal de salud de los Pabellones Asistenciales.	Informe	1													1		N° Informes elaborados x 100/ N° Informes programados	Comité de Seguridad del Paciente
3. Informe Semestral del registro, notificación y análisis del consolidado de Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud Mental dentro de la Institución.	Informe	2								1						1	N° Informes elaborados x 100/ N° Informes programados	Oficina de gestión de la Calidad / Comité de Seguridad del Paciente
4. Informe Anual de evaluación del Plan de Seguridad del Paciente.	Informe	1														1	N° Informes elaborados x 100/ N° Informes programados	Oficina de gestión de la Calidad / Comité de Seguridad del Paciente
<b>OE2.- Promover, difundir e implementar las Prácticas Seguras de Atención</b>																		
1. Diseño y Aprobación de la Nueva Lista de Chequeo de Seguridad del Paciente del Hospital "Víctor Larco Herrera".	Resolución Directoral	1														1	N° R.D. x 100/ N° R.D. programadas	Oficina de gestión de la Calidad / Comité de Seguridad del Paciente







PERÚ Ministerio de Salud

Hospital "Victor Larco Herrera"  
Oficina de Gestión de la Calidad  
Comité de Seguridad del Paciente



"Año de la Promoción de la  
Industria Responsable y del  
Compromiso Climático"

