



G. REVILLA S.

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
<p><b>PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES</b></p>	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con ropa hospitalaria identificable.				
	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todos los accesos a la UPSS cuenten con vigilancia y se realiza control de las pertenencias de pacientes y visitas.	<p> <a href="#">Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA).</a>            2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.  <a href="https://www.alansaludmental.com/gest%20C3%B3n-de-riesgos-en-sin-proteccion-para-situaciones-de-riesgo-en-sin-proteccion-fuga/">https://www.alansaludmental.com/gest%20C3%B3n-de-riesgos-en-sin-proteccion-para-situaciones-de-riesgo-en-sin-proteccion-fuga/</a>  <a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DC/ALINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DC/ALINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf</a> </p>			
	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Verificar la existencia de un sistema físico, digital o automatizado de control de entrada y salida en la UPSS.				
	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Verificar si se valora el riesgo potencial de fuga en 03 Historias Clínicas tomadas al azar.				
	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se incluyen recomendaciones terapéuticas y medidas de supervisión específicas.				
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Verificar que el protocolo en caso de fuga contenga: comunicación inmediata al responsable de la UPSS, al Supervisor/a de enfermería y al médico de guardia, el cual deberá comunicar inmediatamente a la policía y a las instancias correspondientes.					



REVILLAS.

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE			
				SI	NO	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el tratamiento que recibe y la hora de administración, contrastándolo con la Historia Clínica.					
	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, sobre el conocimiento de efectos secundarios por los medicamentos que recibe.					
	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Verificar la existencia del Coche de Paro en el Servicio y su contenido según lo descrito en el Anexo N° 01					
	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	Verificar que todas las Soluciones endovenosas estén rotuladas.					
	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Verificar el almacenamiento de los medicamentos.					
	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Verificar rotulación de medicamentos de corresponder.					
	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Verificar el acondicionamiento de medicamentos y material quirúrgico en forma individualizada según lo descrito por el Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria (SDMDU), con la identificación del paciente y número de cama de corresponder. Contrastar el almacenamiento SDMDU de 03 pacientes elegidos al azar con la terapéutica registrada en la Historia Clínica.		RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DGSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.  RM N° 552-2007/MINSA aprueba NTS N° 057-MINSA/DIGEMID V.01 Norma Técnica de Salud "Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria para los Establecimientos del sector Salud.  Normas internas en la IPRESS.			
	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento /caducidad.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos almacenados en el servicio no correspondientes al Sistema de Dispensación de Medicamentos en Dosis Unitaria. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.					
	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Verificar la existencia de un registro de medicamentos controlados. El registro debe incluir: nombre, presentación, N° Lote y Fecha de Vencimiento. Contrastar el registro con 05 medicamentos elegidos al azar.					
	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Observar en 02 pacientes la administración de medicamentos: paciente correcto (identificado por su nombre y pulsera), medicamento correcto (identificación inequívoca del medicamento y su fecha de vencimiento), dosis correcta (dilución, velocidad de infusión), vía de administración correcta (contrastar con HCl) y hora de administración correcta (contrastar con HCl) y Kardex de Enfermería.					



G. REVILLAS.

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
<b>PREVENCIÓN DE LA CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA</b>	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.				
	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.				
	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	Observar según sea el caso el uso de contención mecánica.				
	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.		Nota descriptiva N° 344 - Caídas - Organización Mundial de la Salud.		
	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Verificar la existencia del protocolo respectivo.		<a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DEC/Aprevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DEC/Aprevenir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf</a>		
	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.		<a href="https://www.minsal.cl/portal/url/tema/medicade9662088895806040010165012d42.pdf">https://www.minsal.cl/portal/url/tema/medicade9662088895806040010165012d42.pdf</a>		
	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	Verificar el retro fiscal de las técnicas de inmovilización utilizadas.		<a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Calidad/tema/C3%20En-Salud/Observatorio/PREVENCIÓN%20Y%20REDUCCIÓN%20CAIDAS.pdf">https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Calidad/tema/C3%20En-Salud/Observatorio/PREVENCIÓN%20Y%20REDUCCIÓN%20CAIDAS.pdf</a>		
	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	Verificar la movilidad del paciente.				
	Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.	Verificar que no este afectadas las vías aéreas.				
Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	Verificar en la HCl la indicación y cumplimiento de cambios periódicos de la inmovilización y verificación in situ de la ausencia de úlceras por presión en cualquier grado.					



BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad aislamiento, poca aceptación en su medio.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA). <a href="https://www.npsa.nhs.uk/clinical-excellence/default.aspx?Page=0">https://www.npsa.nhs.uk/clinical-excellence/default.aspx?Page=0</a>			
	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Verificar si existe información disponible y preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.				
	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente. <a href="http://www.msai.gob.ar/images/stories/besigraficos/0000000879crit-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf">http://www.msai.gob.ar/images/stories/besigraficos/0000000879crit-2018-lineamientos-atencion-intento-suicidio-adolescentes.pdf</a>			
	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	Verificar si se realiza algún control al respecto.				
	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Verificar en 02 Historias Clínicas tomadas al azar por muestreo aleatorio simple si se registra la terapéutica específica.	Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelar Donabedian. <a href="https://portal.gub.uy/guia-salud-es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_comp.pdf">https://portal.gub.uy/guia-salud-es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_comp.pdf</a>			
	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto y el flujo de información respectivo.				

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
<b>PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.				
	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.				
	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la revaloración.	Declaración de Río de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Derecho Universal (Octubre 2011). <a href="https://www.minsalud.gov.cu/sites/rioclasBibliotecaDigital/RIDEDEC/Al-prevenir-ulceras-por-presion.pdf">https://www.minsalud.gov.cu/sites/rioclasBibliotecaDigital/RIDEDEC/Al-prevenir-ulceras-por-presion.pdf</a>			
	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.	<a href="http://www.ingesa.mecis.gob.cu/leas/Estudios/Docum/Fublica/mame/tpdf/Guia_Prevencion_UFF.pdf">http://www.ingesa.mecis.gob.cu/leas/Estudios/Docum/Fublica/mame/tpdf/Guia_Prevencion_UFF.pdf</a>			
	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Fraguar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	<a href="http://www.sd.cujaena.sipficsi.gerencia.cuja30.pdf">http://www.sd.cujaena.sipficsi.gerencia.cuja30.pdf</a>			
	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Verificar informes al Respeto. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	RM N° 455-2007/MINSA- prueba NTS NP 050-MINS-UDGSF V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Verificar la existencia del registro y su uso actualizado.	Normas internas en la IPRESS.			
	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	Verificar la existencia de la Guía de Curación. Verificar existencia de los insumos descritos en la guía.				
	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.				

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE			
				SI	NO	NO APLICA	
<b>PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES</b>	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se realiza la valoración.					
	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.					
	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	Corroborar la ubicación del paciente de acuerdo al riesgo valorado.		<p> Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido. (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA).</p> <p> <a href="https://www.npsa.nhs.uk/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf">https://www.npsa.nhs.uk/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf</a></p>			
	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.		<p> 2º Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de salud mental y seguridad del paciente.</p> <p> <a href="http://www.msai.gob.ar/images/stories/tes/graficos/0000000879cort-2018-lineamientos-abandon-informo-suicidio-adolescentes.pdf">http://www.msai.gob.ar/images/stories/tes/graficos/0000000879cort-2018-lineamientos-abandon-informo-suicidio-adolescentes.pdf</a></p>			
	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.	Verificar que el almacén de medicamentos se encuentran seguros.		<p> Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria - Instituto Universitario Avelar Donabedian.</p> <p> <a href="https://portal.guasa.gub.uy/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf">https://portal.guasa.gub.uy/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf</a></p>			
	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes	Verificar el coche de limpieza y su uso por el personal responsable.					
	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	Verificar si el personal de nutrición / alimentación conoce un protocolo al respecto. Evidenciar su registro.					
	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Verificar si la UPSS cuenta con un protocolo al respecto.					



G. REVILLAS.

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE	
				SI	NO NO APLICA
COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	Verificar los mecanismos de comunicación de la UPSS. Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.	<p>"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004".</p> <p><a href="https://www.who.int/patientafety/solutions/patientafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf">https://www.who.int/patientafety/solutions/patientafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf</a></p> <p>"Nueve soluciones para la seguridad del paciente" - OMS / Las 6 Metas Internacionales de Seguridad del Paciente - OMS 2004".</p> <p><a href="https://www.who.int/patientafety/solutions/patientafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf">https://www.who.int/patientafety/solutions/patientafety/PatientSolutionsSPANISH.pdf</a></p> <p><a href="https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/C/A/Guia-estrategia-de-comunicacion.pdf">https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/DE/C/A/Guia-estrategia-de-comunicacion.pdf</a></p>		
	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.			
	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	Preguntar a 03 pacientes (o familiar responsable) elegidos al azar, si han sido informados al respecto.			
	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	Verificar documentos remitidos por la UPSS y las respuestas a los mismos.			
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentadamente el cambio de turno entre médicos. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno en los profesionales encargados del cuidado del paciente.			
	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Verificar documentadamente el cambio de turno entre profesionales encargados del cuidado de pacientes. Preguntar a 03 trabajadores del servicio elegidos al azar, sobre el procedimiento de cambio de turno entre los profesionales encargados del cuidado del paciente.			
	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	Verificar la disponibilidad de todas las historias clínicas completas.			
	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	Verificar en 03 Historias Clínicas tomadas al azar si se encuentran actualizadas.			
	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.	Verificar que todo paciente trasladado o transferido a otro servicio lleva su Historia Clínica.			
	El resumen de la información del traslado de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.	Verificar el contenido de la información del paciente trasladado o transferido de otro servicio.			



G. REVILLA S.

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		NO APLICA	
				SI	NO		
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.	RM N°255-2016/MINSA Guía Técnica para la implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud.				
	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.					
	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar disponibilidad en todos los ambientes que correspondan.					
	Cumplimiento del ratio lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10	Verificar el ratio mínimo recomendado.					
	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 02					
	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales si cumplen los pasos. Ver Anexo N° 03					
	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Verificar en 03 trabajadores del servicio elegidos al azar y de diferentes grupos ocupacionales, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. Ver Anexo N° 04					
	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Verificar la existencia de dibujos.					





G. REVILLAS.

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de residuos sólidos en la UPSS.	RM N°1295-2018/MINSA aprueba NTS N° 144-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de salud, Servicios Médicos de Apoyo y Centros de Investigación.  RM N°168-2015/MINSA Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.  RM N°660-1014/MINSA aprueba la NTS N° 110-MINSA/ DGIEM V.01 Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del segundo nivel de atención.  RM N° 753-2004/MINSA aprueba NT N°020-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica para la Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.			
	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Verificar lugares de eliminación de material punzo cortante y agujas.				
	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Verificar medidas de bioseguridad y protección personal.				
	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Verificar equipos de protección personal.				
	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Verificar existencia de medidas de prevención para IAAS.				
	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Evidencia documental de actividades de vigilancia.				
	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar señalización de corresponder.				
	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Observar trabajo del personal en zonas señalizadas.				



G. REVILLAS.

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD / REFERENCIA	CUMPLE		
				SI	NO	NO APLICA
<b>FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS</b>	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar existencia de equipos biomédicos.	RM N° 546-2011/MINSA aprueba NTS N° 021-MINSA/DCSP V.03 Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud.			
	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Verificar operatividad de equipos biomédicos.	RM N° 456-2007/MINSA aprueba NTS N° 050-MINSA/DCSP V.02 Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			
	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Utilización de equipos biomédicos por 02 profesionales de la salud elegidos al azar.				
	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Verificación de la existencia del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo.				
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Seleccionar 03 equipos biomédicos elegidos al azar y contrastar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento.		DS N° 013-2006-SA, Reglamento de los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.			



## ANEXO 4

### VALORACIÓN DE LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La valoración de los riesgos se realiza mediante las variables Probabilidad y Gravedad/Impacto, según se detalla:

1. **PROBABILIDAD:** Es la frecuencia en que una causa potencial de fallo (incumplimiento de un verificador) se produzca y dé lugar a un fallo o error, afectando la seguridad del paciente.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

- a. **FRECUENTE (5):** El incumplimiento del verificador ha sido frecuente y recurrente, siendo casi inevitable. Es casi seguro que el fallo se producirá frecuentemente. Muy alta probabilidad de ocurrencia.
- b. **PROBABLE (4):** El incumplimiento del verificador se ha presentado con cierta frecuencia en procesos similares o en procesos previos que han fallado. Alta probabilidad de ocurrencia.
- c. **OCASIONAL (3):** El incumplimiento del verificador se ha presentado ocasionalmente en procesos similares o previos al actual. Moderada probabilidad de ocurrencia.
- d. **INFRECUENTE (2):** El incumplimiento del verificador se ha presentado aisladamente en procesos similares o casi idénticos. Es razonable esperar que suceda, aunque es poco probable que suceda.
- e. **RARO (1):** El incumplimiento del verificador no se asocia a los procesos casi idénticos, ni se ha dado nunca en el pasado, pero es concebible que suceda.

#### PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

2. **GRAVEDAD / IMPACTO:** Determina la importancia o severidad del incumplimiento del verificador para el usuario (que puede ser el paciente, su familia o el gestor). Valora el nivel de sus consecuencias, por lo que el valor del índice aumenta en función de la insatisfacción del usuario, la degradación de las prestaciones esperadas y los costes de recuperación/ penalización/ indemnización.

Seleccionar una de las siguientes opciones:

- a. **CATASTRÓFICO (10):** El incumplimiento del verificador es muy crítico y afecta el funcionamiento de la seguridad del proceso de atención o involucra seriamente el incumplimiento de las normas. Origina la total insatisfacción del usuario, ya que produce la muerte del paciente.
- b. **IMPORTANTE (7):** El incumplimiento del verificador puede ser crítico y afectar la seguridad del paciente. Produce un grado de insatisfacción elevado en el paciente. Requiere de constantes reintervenciones que ponen en riesgo la vida del paciente. No existe incumplimiento de las normas. El paciente suele presentar secuelas o algún grado de discapacidad permanente.
- c. **MODERADO (4):** El incumplimiento del verificador produce cierto disgusto e insatisfacción en el usuario. El usuario observará el deterioro en el rendimiento



de la prestación. Puede ocasionar reintervenciones. El paciente puede presentar secuelas o algún grado de incapacidad temporal.

- d. **TOLERABLE (2):** El incumplimiento del verificador originaría un menor inconveniente al usuario. Probablemente, éste observará un pequeño deterioro del rendimiento de la prestación sin darle importancia. Es fácilmente subsanable. Puede requerir de una intervención médica o quirúrgica para resolver el fallo, sin generar discapacidad temporal o permanente.
- e. **INSIGNIFICANTE (1):** No es razonable esperar que el incumplimiento del verificador de poca importancia, origine efecto real alguno sobre el rendimiento de la prestación. Probablemente, el usuario no se dará cuenta del error. Puede requerir incrementar la estancia hospitalaria del paciente.

\* Predomina la valoración cuya gravedad o impacto sea de mayor severidad."

### GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

La **VALORACIÓN DEL RIESGO**, es el producto de la relación existente entre trascendencia (gravedad/impacto) con la magnitud (probabilidad de aparición) de un riesgo, lo cual se valora en la Matriz de Riesgos de la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente.

Seleccionar una de las siguientes opciones.

- a. **RIESGO INTOLERABLE (35 - 50):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por su altísima probabilidad y trascendencia de la aparición de un riesgo.
- b. **RIESGO IMPORTANTE (20 - 34):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por presentar una probabilidad media de aparición de un riesgo pero con repercusiones significativas.
- c. **RIESGO MODERADO (4 - 19):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por tener probabilidad media o baja de aparición de un riesgo y de trascendencia moderada o tolerable.
- d. **RIESGO BAJO (1 - 3):** El incumplimiento del verificador se caracteriza por su escasa frecuencia y su insignificante relevancia para la aparición de un riesgo.

		1	2	4	7	10
		GRAVEDAD / IMPACTO				
5	PROBABILIDAD	5	10	20	35	50
4		4	8	16	28	40
3		3	6	12	21	30
2		2	4	8	14	20
1		1	2	4	7	10

### VALORACIÓN DEL RIESGO

RIESGO INTOLERABLE	35 - 50
RIESGO IMPORTANTE	20 - 34
RIESGO MODERADO	4 - 19
RIESGO BAJO	1 - 3



MATRIZ DE RIESGOS

	TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
IPRESS: HOSPITAL IQUITOS CESAR GARAYAR GARCIA	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
UPSS: CONSULTA EXTERNA	RESP EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:	RESP OFIC./UNIDAD CALIDAD:			
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERIA	OTROS RESPONSABLES:			

**PROBABILIDAD**

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RAIRO	1

**GRAVEDAD / IMPACTO**

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

RIESGO INTOLERABLE	35 - 50
RIESGO IMPORTANTE	20 - 34
RIESGO MODERADO	4 - 19
RIESGO BAJO	1 - 3

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	



G. REVILLA S.

## ANEXO 5

### PRIORIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES PARA EVITAR, REDUCIR O MITIGAR LOS RIESGOS IDENTIFICADOS EN LA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

1. **FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN:** El estudio de la evitabilidad o de factibilidad de una intervención, exige considerar los siguientes aspectos:
- 1.1 La factibilidad científica, por medio de un análisis de la evidencia disponible sobre los métodos de intervención.
  - 1.2 La factibilidad económica y el costo-oportunidad de las actividades dirigidas a la intervención, aspecto que necesariamente hay que valorar, a fin de hacer un uso eficiente y efectivo de los recursos.
  - 1.3 La estrategia de reducción, considerando si va a ser por medio de normativas o procedimientos, de controles, de nueva tecnología diagnóstica o terapéutica, entre otros.
- Seleccionar una de las siguientes opciones:
- a. **EVITABLE (3):** Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo - Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser eliminado o erradicado, a través de un Plan de erradicación de Riesgos.
  - b. **REDUCIBLE (2):** Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo - Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo puede ser reducido, buscando evitar la aparición de consecuencias, a través de un Plan de Reducción de Riesgos.
  - c. **INEVITABLE (1):** Cuando la Factibilidad Científica, Económica y de Costo - Oportunidad, así como la estrategia a emplear han demostrado que el riesgo es inevitable, por lo que es necesario limitar sus consecuencias, a través de un Plan de Mitigación de Riesgos.

#### FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

2. **PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN:** Es el producto de la relación existente entre el resultado de la Valoración del Riesgo con la Factibilidad de la Intervención, a partir del cual se construye el listado de priorización de intervenciones en el Plan de Acción.









## ANEXO 8

### INDICADORES DE EVALUACIÓN

#### 1. PORCENTAJE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICADAS EN LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

- a. Fórmula de cálculo:  $\text{N}^{\circ}$  de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas /  $\text{N}^{\circ}$  de Rondas de Seguridad del Paciente programadas x 100
- b. Tipo de Indicador: De Proceso
- c. Fuente Auditable: Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente, Hoja de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas.
- d. Meta Anual: Porcentaje de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la Institución Prestadora de Servicio de Salud  $\geq 90\%$
- e. Frecuencia de Reporte: Trimestral
- f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.
- g. Responsable del Análisis y Consolidación: El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente es responsable del análisis y el Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces de la consolidación.

#### 2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

- a. Fórmula de cálculo:  $\text{N}^{\circ}$  de Verificadores conformes /  $\text{N}^{\circ}$  de Verificadores evaluados x 100
- b. Tipo de Indicador: De Resultado
- c. Fuente Auditable: Listado de Criterios de Evaluación, Hoja de Resultados de Evaluación de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicadas.
- d. Meta Anual: Porcentaje de Cumplimiento de Buenas Prácticas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud  $\geq 90\%$  por Ronda de Seguridad del Paciente.
- e. Frecuencia de Reporte: Trimestral
- f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.
- g. Responsable del Análisis y Consolidación: El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente es responsable del análisis y el Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces, de la consolidación.



G. REVILLAS.

**3. PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

- a. Fórmula de cálculo:  $N^{\circ}$  de acciones de mejora implementadas/  $N^{\circ}$  de acciones de mejora propuestas x 100
- b. Tipo de Indicador: De Proceso y Resultado
- c. Fuente Auditable: Plan de Acción, Informe de Implementación de acciones de mejora, fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas.
- d. Meta Anual: Porcentaje de acciones de mejora implementadas por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud  $\geq$  90% por Ronda de Seguridad del Paciente.
- e. Frecuencia de Reporte: Trimestral
- f. Responsable de la Medición: Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces.
- g. Responsable del Análisis y Consolidación: El Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad de la IPRESS o quien haga sus veces de la consolidación.



G. REVILLA S.