DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03

DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

I. FINALIDAD

Contribuir con la mejora de la calidad de atención de las personas usuarias de los servicios de salud del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, disminuyendo el riesgo en la atención de salud.

II. OBJETIVO

2.1. Objetivo General

Establecer disposiciones para la gestión del riesgo en la atención de salud mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.

2.2. Objetivos Específicos

- 2.2.1.** Identificar, valorar y priorizar los riesgos en la atención de salud, empleando el Listado de Criterios de Evaluación de la Ronda de Seguridad del Paciente.
- 2.2.2.** Gestionar y monitorizar la implementación de acciones de mejora, registrados en el Plan de Acción de la Ronda de Seguridad del Paciente.
- 2.2.3.** Evaluar el cumplimiento de las Rondas de Seguridad del Paciente a través de indicadores establecidos por el Ministerio de Salud.
- 2.2.4.** Fortalecer el desarrollo y mantenimiento de buenas prácticas de seguridad del paciente.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Sanitaria es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todas las Unidades Organización del Hospital de Emergencias Villa El Salvador, según corresponda.

IV. BASE LEGAL

- 4.1.** Ley N°26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- 4.2.** Ley N°29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.
- 4.3.** Decreto Legislativo N°1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- 4.4.** Decreto Supremo N°013-2006-SA, que aprueba el “Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo”.
- 4.5.** Decreto Supremo N°031-2014-SA, que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD y sus modificatorias.
- 4.6.** Decreto Supremo N°027-2015-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°29414 Ley que Establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud.

- 4.7. Decreto Supremo N°008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- 4.8. Decreto Supremo N°021-2022-SA, que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el Artículo 15 del decreto Legislativo N°1153, decreto legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del estado.
- 4.9. Resolución Ministerial N°1472-2002-SA/DM, que aprueba el Manual de Desinfección y Esterilización Hospitalaria.
- 4.10. Resolución Ministerial N°452-2003-SA/DM, que aprueba el Manual de Aislamiento Hospitalario.
- 4.11. Resolución Ministerial N°753-2004/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°020-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- 4.12. Resolución Ministerial N°489-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°031-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de los Servicios de Cuidados Intensivos e Intermedios, y su modificatoria.
- 4.13. Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud N°042-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
- 4.14. Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- 4.15. Resolución Ministerial N°523-2007/MINSA, aprueba Guía Técnica para la Evaluación Interna de la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias.
- 4.16. Resolución Ministerial N°184-2009/MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°021-MINSA/DGE-V.01 Directiva Sanitaria para la Supervisión del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Infecciones Intrahospitalarias.
- 4.17. Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- 4.18. Resolución Ministerial N°1021-2010/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- 4.19. Resolución Ministerial N°022-2011/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud N°089-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la Atención Anestesiológica"
- 4.20. Resolución Ministerial N°372-2011/MINSA, que aprueba la Guía Técnica de Procedimientos de Limpieza y Desinfección de Ambientes en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.
- 4.21. Resolución Ministerial N°546-2011/MINSA, que aprueba NTS N°021-MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimiento del Sector Salud".
- 4.22. Resolución Ministerial N°095-2012/MINSA, que aprueba la Guía Técnica para la Elaboración de Proyectos de Mejora y la Aplicación de Técnicas y Herramientas para la Gestión de la Calidad.
- 4.23. Resolución Ministerial N°660-2014/MINSA, aprueba la Norma Técnica de Salud NTS N°110-MINSA/DGIEM-V.01 Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Segundo Nivel de Atención.

- 4.24. Resolución Ministerial N°168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Lineamiento para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.
- 4.25. Resolución Ministerial N°302-2015/MINSA, aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01: Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud.
- 4.26. Resolución Ministerial N°255-2016/MINSA, que aprueba la “Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud”.
- 4.27. Resolución Ministerial N°214-2018-MINSA, que aprueba la NTS N°139-MINSA/2018/DGAIN: “Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica”.
- 4.28. Resolución Ministerial N°1295-2018/MINSA, que aprueba la NTS N°144-MINSA/2018/DIGESA Norma Técnica de Salud: “Gestión Integral y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de Salud, Servicio Médicos de Apoyo y Centro de Investigación”.
- 4.29. Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN: “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud”.
- 4.30. Resolución Ministerial N°826-2021/MINSA, que aprueba el documento denominado “Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud”.
- 4.31. Resolución Jefatural N°381-2016/IGSS, que aprueba el Manual de Operaciones del “Hospital de Emergencias Villa El Salvador”.
- 4.32. Resolución Administrativa N°21419-DMYGS-DIRIS-LS/MINSA, que otorga al establecimiento de salud con razón social: “Hospital de Emergencias Villa El Salvador”; la Categorización de Hospital de Atención General con nivel de complejidad de Categoría II-2 del Segundo Nivel de Atención.
- 4.33. Resolución Directoral N°160-2021-DE-HEVES, aprueba la Directiva Administrativa N°001-HEVES/2021/OPP/V.01 “Directiva Administrativa para la Elaboración de Documentos Normativos en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador”.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas:

- 5.1.1. **Acciones de mejora:** Es el conjunto de acciones preventivas, correctivas y de innovación en los procesos de la organización que agregan valor a los productos.
- 5.1.2. **Acción insegura:** Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención de salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
- 5.1.3. **Cultura de Seguridad:** Es el patrón integrado de comportamiento individual y de organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de atención en salud.
- 5.1.4. **Evento Adverso:** Es un Lesión o resultado indeseado, no intencional, en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.

- 5.1.5. Evento Centinela:** Es aquel evento adverso que produce muerte o un daño físico psicológico severo de carácter permanente, que no estaba presente anteriormente y que requiere tratamiento permanente o cambio en el estilo de vida cuya ocurrencia debe interpretarse con una señal de alarma para el sistema de vigilancia de la calidad en salud, pues por lo general es la manifestación de que algo está fallando en el proceso de atención. No todos los eventos adversos son eventos centinela.
- 5.1.6. Gestión del Riesgo:** Es el procedimiento que permite, una vez caracterizado el riesgo, la aplicación de las medidas más adecuadas para reducir al mínimo los riesgos determinados y mitigar sus efectos, al tiempo que se obtienen los resultados esperados.
- 5.1.7. Higiene de Manos:** Medida higiénica conducente a la antisepsia de manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste usualmente en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o en lavárselas con agua y jabón normal o antimicrobiano.
- 5.1.8. Identificación del Paciente:** Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de su atención.
- 5.1.9. Incidente relacionado con la seguridad del paciente:** Es el suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que ha causado daño. Pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias. El daño que podrá haber ocasionado al paciente es innecesario e imprevisto. Cuando un incidente causa daño o lesión se denomina evento adverso.
- 5.1.10. Infección Asociada a la Atención de Salud - IAAS:** Es aquella condición local o sistémica resultante de una reacción adversa a la presencia de un agente infeccioso o a su toxina(s) que ocurre en un paciente en un escenario de atención en salud (hospitalización o atención ambulatoria) y que no estaba presente en el momento de la admisión, a menos que la infección esté relacionada a una admisión previa. Así mismo incluye las infecciones ocupacionales contraídas por el personal sanitario.
- 5.1.11. Paciente:** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud.
- 5.1.12. Practica Segura:** Intervención sanitaria o administrativa en el proceso de atención de salud con resultado clínico exitoso, que minimiza la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso.
- 5.1.13. Riesgo:** Factor que incrementa la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso dentro del proceso de atención de salud.
- 5.1.14. Rondas de Seguridad:** Es un herramienta de calidad que permite evaluar las buenas prácticas de atención de salud, recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios clínicos y no clínicos relacionados con el cuidado de los pacientes a través de una visita programada de un servicio seleccionado al azar de las UPSS priorizadas, para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el personal de salud, pacientes y familia, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa y no punitiva.
- 5.1.15. Seguridad del Paciente:** Es la prevención y mitigación de los daños causados por errores de omisión o comisión que se asocian con la atención en salud, y que supone el desarrollo de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad de errores, y maximizar la probabilidad de identificarlos y controlarlos cuando se producen.

5.1.16. Usuario de salud: Es la persona natural que hace uso de las atenciones de salud.

5.2. Siglas y/o Acrónimo:

DIRIS	: Dirección de Redes Integradas de Salud.
HEVES	: Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
MINSA	: Ministerio de Salud.
SUSALUD	: Superintendencia Nacional de Salud.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. De la Conformación y Funciones del Equipo de Ronda de Seguridad del Paciente:

6.1.1. De la Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente:

El Equipo de Ronda de Seguridad del Paciente debe ser conformado mediante acto resolutivo aprobado por la Dirección Ejecutiva; y actualizado anualmente.

El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente debe estar conformado por:

- a) Director Ejecutivo, quién es el Líder del Equipo.
- b) Jefe (a) de la Oficina de Administración.
- c) Jefe (a) de la Unidad de Gestión de la Calidad, quien ejerce la Secretaría Técnica.
- d) Jefe (a) de la Unidad de Inteligencia Sanitaria
- e) Jefe (a) del Departamento de Atención Ambulatoria y de Hospitalización.
- f) Jefe (a) del Departamento de Atención de Emergencia y Cuidados Críticos.
- g) Jefe (a) del Departamento de Atención de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento.
- h) Jefe (a) del Servicio de Enfermería.

Así mismo, cuando se realiza la Ronda de Seguridad del Paciente, se incorporan al Equipo de Rondas, en tanto dure ésta, los siguientes:

- a) El Jefe (a) del servicio visitado, o quien haga sus veces.
- b) El Jefe (a) de Enfermería del Servicio visitado, o quien haga sus veces.
- c) El Jefe (a) de otras áreas vinculadas al servicio visitado.

6.1.2. De las funciones de los integrantes del Equipo de Rondas Seguridad del Paciente:

Los integrantes del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente tienen las siguientes funciones:

- a) El Secretario Técnico, en coordinación con los demás integrantes del Equipo de Rondas elaboran el cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente (**Anexo N°01**), el cual debe ser aprobado y firmado por:
 - El/la Director (a) Ejecutivo (a).
 - El/la Jefe (a) de la Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces.
 - El/la Jefe (a) de la Unidad de Inteligencia Sanitaria o quien haga sus veces.
 - El /la Jefe (a) del Servicio de Enfermería.

El cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente deberá incluir la fecha, hora y día en que se aplicará la Ronda de Seguridad del Paciente, sin especificar la Unidad Orgánica a visitar.

- b) El Líder del Equipo remite a Dirección Ejecutiva el cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente, dentro de los primeros 07 días de inicio del año, para su aprobación por acto resolutivo.
- c) El Líder del Equipo convoca a los integrantes del Equipo para la aplicación de la ronda, según el cronograma aprobado.
- d) El Secretario Técnico, se encarga del registro y custodia de la información relacionada a las Rondas de Seguridad del Paciente, así como, de todas aquellas acciones propias de su cargo.
- e) Los integrantes del Equipo, firman el Listado de Criterios de Evaluación (**Anexo N°02**), la Hoja de Resultados de Evaluación (**Anexo N°03**) y la Matriz de Riesgo (**Anexo N°04**) obtenida en cada Ronda de Seguridad del Paciente aplicada.
- f) El Secretario Técnico, debe elaborar el Informe respectivo de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicada, y remitirla a la Dirección Ejecutiva y departamentos involucrados.
- g) El Secretario Técnico, comunica a los responsables de las Unidades Orgánicas las acciones inseguras encontradas en la atención del paciente, así como las acciones de mejora de la ronda, para el monitoreo e implementación de las mismas, según plazos establecidos en el Plan de Acción.

6.2. De la Organización, Aplicación y Acciones post aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente

6.2.1. Organización de las Rondas de Seguridad del Paciente:

- a) El Líder del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al Equipo para dar inicio a la Ronda de Seguridad del Paciente, según cronograma aprobado (**Anexo N°01**).
- b) La Unidad Orgánica visitada se identifica mediante sorteo el mismo día de la programación, ante la presencia de todos los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- c) El Líder del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convoca al responsable de la Unidad Orgánica seleccionada a visitar, a fin de ser incorporado al Equipo de Rondas.
- d) El Secretario Técnico, es el encargado de determinar el Listado final de los Criterios de Evaluación que se aplicarán a según la Unidad de Organización a visitar, y explicará la dinámica a emplear.

6.2.2. Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente:

- a) Las Rondas de Seguridad del Paciente, en un inicio se aplican mensualmente, pudiéndose aplicar de forma quincenal, según lo defina el Líder del Equipo de Rondas en el Cronograma anual.
- b) Las Rondas de Seguridad del Paciente se aplican en un horario diferente a la visita médica.
- c) La duración de la Ronda de Seguridad del Paciente debe ser como máximo de dos (02) horas.
- d) La metodología se basa en observación directa, revisión documentaria y entrevistas al personal de salud y a los pacientes.
- e) El instrumento de evaluación a ser aplicado en la Ronda de Seguridad del Paciente, ha sido tomado de la Directiva Sanitaria N°092-

MINSA/2020/DGAIN: “Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud”.

- f) Las observaciones deben estar centradas en identificar acciones inseguras durante la atención del paciente, según el Listado de Criterios de Evaluación a ser utilizado (**Anexo N°02**).
- g) Al finalizar la actividad el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente se reunirá para revisar y discutir los resultados obtenidos.
- h) El Secretario Técnico ingresa los datos e información recogida en la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente y presenta la Hoja de Resultados de Evaluación y describe la condición alcanzada por la unidad orgánica evaluada (**Anexo N°03**), a todos los integrantes del Equipo de Rondas para su firma en señal de conformidad.
- i) Para la valoración de la condición de la unidad orgánica visitada se aplicará la Tabla N°01:

Tabla N°01: Valoración del promedio de cumplimiento y condición de la Unidad Orgánica visitada

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO OBTENIDO POR EL SERVICIO	CONDICIÓN DEL SERVICIO EVALUADO
Porcentaje promedio de cumplimiento de buenas prácticas evaluadas <60%	El Servicio promueve insuficientemente Buenas Prácticas de Atención
Porcentaje de cumplimiento de verificadores de evaluación entre 60% y 80%	El Servicio promueve suficientemente Buenas Prácticas de Atención
Promedio de Porcentaje de verificadores de evaluación >80%	El Servicio promueve Buenas Prácticas de Atención

Fuente: Unidad de Gestión de la Calidad

6.2.3. Acciones post aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente:

- a) El Secretario Técnico, junto a los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realizan la Valoración de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente, completando la Matriz de Riesgos. (**Anexo N°04**).
- b) El Secretario Técnico, junto a los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente realizan la Priorización de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente (**Anexo N°05**).
- c) El Secretario Técnico, junto a los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente convocan a él/la Jefe (a) de la unidad orgánica visitada, al equipo de mejora de la unidad orgánica visitada, a fin de elaborar de manera conjunta el Plan de Acción a ser implementado (**Anexo N°06**).
- d) El Secretario Técnico eleva el informe de la Ronda de Seguridad del Paciente al Líder del Equipo para su respectiva firma y posteriormente ser remitido a la Dirección Ejecutiva, adjuntando el Plan de Acción a ser implementado por las unidades orgánicas involucradas conjuntamente con sus equipos de mejora, según corresponda.
- e) El Secretario Técnico, designa a un miembro del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, quien es el responsable de velar por el cumplimiento de los compromisos (acciones de mejora) registrados en el Plan de Acción, encargándose además de realizar el monitoreo respectivo (**Anexo N°07**).
- f) El/La Jefe(a) de la unidad orgánica visitada remitirá las evidencias del cumplimiento del Plan de Acción a la Unidad de Gestión de la Calidad dentro

de los plazos establecidos, y de requerir, podrá solicitar ampliación del plazo mediante documento formal.

- g)** La Unidad de Gestión de la Calidad consolida el registro de la Ficha de Monitoreo del Cumplimiento del Plan de Acción de las Rondas de Seguridad del Paciente, cuya evaluación se realizará a través del cumplimiento de los indicadores trimestrales, que permitirá analizar el avance de los mismos e implementar estrategias para el cumplimiento del mismo.

6.3. Evaluación del cumplimiento de Rondas de Seguridad del Paciente:

6.3.1. La evaluación de la aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente en el HEVES, está a cargo de la Unidad de Gestión de la Calidad.

6.3.2. La evaluación de la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente se hará mediante los siguientes indicadores (**Anexo N°08**) descritos en la Tabla N°02.

Tabla N°02: Indicadores para evaluar el cumplimiento de la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador

INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE AUDITABLE	FRECUENCIA
Porcentaje de Rondas de Seguridad del paciente aplicadas en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del paciente programadas}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> Cronograma de Rondas. Hoja de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas 	Trimestral
Porcentaje de Cumplimiento de Buenas Prácticas en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Verificadores conformes}}{\text{N}^\circ \text{ de verificadores evaluados}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> Listado de Criterios de Evaluación Hojas de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas 	Trimestral
Porcentaje de Acciones de mejora implementadas en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Acciones de Mejora Implementadas}}{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	<ul style="list-style-type: none"> Plan de Acción. Informe de Implementación de acciones de mejora. Fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas 	Trimestral

Fuente: Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud. Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA.

VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

7.1. La Unidad de Gestión de la Calidad podrá coordinar con la Dirección Ejecutiva y la Unidad de Comunicaciones e Imagen Institucional para extender una felicitación escrita a la Unidad de Organización con resultados de buenas prácticas evaluadas mayor o igual al 70%.

VIII. DISPOSICIONES FINALES

8.1. La Unidad de Gestión de la Calidad realizará la difusión de la presente Directiva Sanitaria a todas las Unidades de Organización del HEVES, para su conocimiento y cumplimiento según corresponda.

8.2. La Ronda de Seguridad del Paciente será considerado como una actividad dentro del cronograma de actividades del Plan Anual de Trabajo de la Unidad de

Gestión de la Calidad correspondiente a la Línea de Acción de Gestión del Riesgo y las Buenas Prácticas en Seguridad del Paciente.

- 8.3.** Los Jefes de las Unidades de Organización del Hospital de Emergencias Villa El Salvador deben dar cumplimiento a los compromisos (acciones de mejora) asumidos en las Rondas de Seguridad del Paciente, en aquellos casos en que se identifiquen aspectos de su competencia.

IX. ANEXOS

- 9.1.** Anexo N°01: Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente.
- 9.2.** Anexo N°02: Listado de Criterios de Evaluación.
- 9.3.** Anexo N°03: Hoja de Resultados de Evaluación.
- 9.4.** Anexo N°04: Valoración de los Riesgos identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente.
- 9.5.** Anexo N°05: Priorización de las Intervenciones para Evitar, Reducir o Mitigar los Riesgos Identificados en la Ronda de Seguridad del Paciente.
- 9.6.** Anexo N°06: Plan de Acción.
- 9.7.** Anexo N°07: Ficha de Monitoreo.
- 9.8.** Anexo N°08: Indicadores de Evaluación.

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
 DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
 ATENCION EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

ANEXO N°01
CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

IPRESS: HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1		

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 2		

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 3		

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 4		

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 5		

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 6		

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 7		

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 8		

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 9		

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 10		

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 11		

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 12		

 Director Ejecutivo

 Jefe de la Unidad de Gestión de
 la Calidad

 Jefa de la Unidad de Inteligencia
 Sanitaria

 Jefa del Servicio de Enfermería

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
 DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
 ATENCION EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

ANEXO N°02

LISTADO DE CRITERIOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
IPRESS:	HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MC.CARLOS LUIS URBANO DURAND	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA		Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCI, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de la enfermedad actual.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de los antecedentes del paciente.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SELECCIONE	

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
ATENCION EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

BUENAS PRÁCTICAS ▾	% ▾	VERIFICADOR ▾	CUMPLIMIENTO ▾	OBSERVACIONES ▾
HISTORIA CLINICA		Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de la fecha y hora del alta del paciente	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	SELECCIONE	

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
ATENCION EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

BUENAS PRÁCTICAS ▾	% ▾	VERIFICADOR ▾	CUMPLIMIENTO ▾	OBSERVACIONES ▾
HISTORIA CLINICA		Registro de la Contrarreferencia del paciente	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		La letra de la Historia Clínica es legible	SELECCIONE	
HISTORIA CLINICA		Historia clínica ordenada y limpia.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA UPSS		Tímbrico o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	SELECCIONE	

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

BUENAS PRÁCTICAS ▾	% ▾	VERIFICADOR ▾	CUMPLIMIENTO ▾	OBSERVACIONES ▾
SEGURIDAD EN LA UPSS		Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	SELECCIONE	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE		Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	SELECCIONE	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE		Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	SELECCIONE	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE		Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	SELECCIONE	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE		Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	SELECCIONE	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE		Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	SELECCIONE	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE		Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	SELECCIONE	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE		Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		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.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	SELECCIONE	

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
ATENCION EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Existencia de un registro de medicamentos controlados.	SELECCIONE	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA		Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA		Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA		Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA		En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA		Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periodicos, etc.	SELECCIONE	

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
ATENCION EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA		Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA		Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA		Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA		Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA		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.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA		Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	SELECCIONE	
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.	SELECCIONE	
SEGURIDAD SEXUAL		Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	SELECCIONE	
SEGURIDAD SEXUAL		El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	SELECCIONE	
SEGURIDAD SEXUAL		Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	SELECCIONE	
SEGURIDAD SEXUAL		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.	SELECCIONE	
SEGURIDAD SEXUAL		Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	SELECCIONE	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	SELECCIONE	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	SELECCIONE	

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
ATENCION EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		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.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		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.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	SELECCIONE	

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES		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	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES		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.	SELECCIONE	
PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES		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.	SELECCIONE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA		La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	SELECCIONE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA		Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	SELECCIONE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA		La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	SELECCIONE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA		Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	SELECCIONE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA		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.	SELECCIONE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA		Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SELECCIONE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA		Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SELECCIONE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA		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.	SELECCIONE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA		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.	SELECCIONE	
HIGIENE DE MANOS		Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SELECCIONE	
HIGIENE DE MANOS		Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	SELECCIONE	
HIGIENE DE MANOS		Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SELECCIONE	
HIGIENE DE MANOS		Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	SELECCIONE	

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
ATENCIÓN EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HIGIENE DE MANOS		Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	SELECCIONE	
HIGIENE DE MANOS		Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	SELECCIONE	
HIGIENE DE MANOS		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.	SELECCIONE	
HIGIENE DE MANOS		Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	SELECCIONE	
BIOSEGURIDAD		Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	SELECCIONE	
BIOSEGURIDAD		Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	SELECCIONE	
BIOSEGURIDAD		Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	SELECCIONE	
BIOSEGURIDAD		Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	SELECCIONE	
BIOSEGURIDAD		El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	SELECCIONE	
BIOSEGURIDAD		Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	SELECCIONE	
BIOSEGURIDAD		Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	SELECCIONE	
BIOSEGURIDAD		Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	SELECCIONE	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS		Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SELECCIONE	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS		Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SELECCIONE	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS		Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	SELECCIONE	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS		Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	SELECCIONE	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS		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.	SELECCIONE	

ANEXO N°04

VALORACION 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, 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.

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
 DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
 ATENCION EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

- 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 apaciente.

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

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTROFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

La **VALORACION 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

VALORACION DEL RIESGO

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

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
 DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
 ATENCION EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

MATRIZ DE RIESGOS

	TRIMESTRE:	SELECCIONE	AÑO:	SELECCIONE:
IPRESS: HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR	FECHA APLICACION:			{DD/MM/AAAA}
UPSS: CONSULTA EXTERNA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRE MC.CARLOS URBANO DURAND	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:	RESP.OFIC./UNIDAD CAI			
RESP.DPTO/SERVICIO ENFER	OTROS RESPONSABLES:			

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	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	x	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	

ANEXO N°05:

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

1. **FACTIBILIDAD DE INTERVENCION:** 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 poder 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 INTERVENCION
(ECONOMICA- CIENTIFICA)**

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

2. **PRIORIDAD DE INTERVENCION:** 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.

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
 DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
 ATENCION EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

ANEXO N°06
PLAN DE ACCION

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
UPSS:	EMERGENCIA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MC.CARLOS LUIS URBANO DURAND	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:		OTROS RESPONSABLES:			

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
 DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
 ATENCION EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

ANEXO N°07
FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
UPSS:	EMERGENCIA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:			
TITULAR/RESPONSABLE IPRES	MC.CARLOS LUIS URBANO DURAND	RESP. DE LA UPSS:			
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP.OFIC.JUNIDAD CALID			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERM		OTROS RESPONSABLES:			

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE
							SELECCIONE

ANEXO N°08
INDICADORES DE EVALUACION

**PORCENTAJE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICADAS EN EL
 HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR**

Proceso	Gestión del Riesgo y Seguridad del Paciente.
Objetivo	Optimizar la calidad de atención de salud en el HEVES mediante las Rondas de Seguridad del Paciente.
Indicador	De proceso
Finalidad del Indicador	Medir el cumplimiento de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad programadas}} \times 100$
Fuente Auditable	Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente, Hoja de Resultados de Evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas
Meta Anual	Porcentaje de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en el Hospital de Emergencias de Villa El Salvador $\geq$ 90%
Frecuencia de Reporte	Trimestral.
Responsable	<u>Análisis</u> : Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente <u>Consolidación</u> : Unidad de Gestión de la Calidad

**PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL DE
 EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR**

Proceso	Gestión del Riesgo y Seguridad del Paciente.
Objetivo	Optimizar la calidad de atención de salud en el HEVES mediante las Rondas de Seguridad del Paciente.
Indicador	De resultado
Finalidad del Indicador	Medir el cumplimiento de Buenas Prácticas en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Verificadores Conformes}}{\text{N}^\circ \text{ de Verificadores Evaluados}} \times 100$
Fuente Auditable	Listado de Criterios de Evaluación, Hoja de Resultados de Evaluación de la Ronda de Seguridad del Paciente aplicadas.
Meta Anual	Porcentaje de Cumplimiento de Buenas Prácticas en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador $\geq$ 90% por Ronda de Seguridad del Paciente.
Frecuencia de reporte	Trimestral.
Responsable	<u>Análisis</u> : Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente <u>Consolidación</u> : Unidad de Gestión de la Calidad

DIRECTIVA SANITARIA N°004-HEVES/2023/UGC/V.03
 DIRECTIVA SANITARIA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA
 ATENCION EN EL HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR

**PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN EL HOSPITAL
 DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR**

Proceso	Gestión del Riesgo y Seguridad del Paciente.
Objetivo	Optimizar la calidad de atención de salud en el HEVES mediante las Rondas de Seguridad del Paciente.
Indicador	Porcentaje de Acciones de Mejora Implementadas en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador.
Finalidad del Indicador	Medir la implementación de las Acciones de Mejora en el HEVES.
Fórmula	$\frac{\text{N° de Acciones de Mejora implementadas}}{\text{N° de Acciones de Mejora Propuestas}} \times 100$
Fuente Auditable	Plan de Acción, Informe de Implementación de acciones de mejora, fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas.
Meta Anual	Porcentaje de acciones de mejora implementadas en el Hospital de Emergencias Villa El Salvador $\geq$ 90% por Ronda de Seguridad del Paciente.
Frecuencia del reporte	Trimestral.
Responsable	Análisis y consolidación: Unidad de Gestión de la Calidad