



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 03 de diciembre de 2024.

VISTOS: Informe Legal N° 258-2024-DIRESA-HRM-AL/01 de fecha 03 de diciembre de 2024 del Área de Asesoría Legal, Informe N° 765-2024-DIRESA-HRM/05 de fecha 21 de noviembre de 2024 de la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, Informe N° 948-2024-DIRESA-HRM-03 de fecha 24 de octubre de 2024 de la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Informe N° 062-2024-DIRESA-HRM/AFP de fecha 22 de octubre de 2024 del profesional de la Oficina de Planeamiento, Informe N° 099-2024-DIRESA-HRM/21 de fecha 19 de julio de 2024 de la Jefatura del Departamento de Apoyo al Tratamiento, Informe N° 126-2024-DIRESA-HRM/21/2 de fecha 15 de julio de 2024 de la Jefatura del Servicio Social, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 0101-2011-GR/MOQ, del 15 de febrero del 2011, se resuelve crear la Unidad Ejecutora 402 Hospital Regional de Moquegua, en el Pliego N° 455 Gobierno Regional del Departamento de Moquegua, para el logro de objetivos y la contribución de la mejora de la calidad y cobertura del servicio público de salud y que por la función relevante la administración de la misma requiere independencia para garantizar su operatividad, teniendo como representante legal a su director;

Que, en los numerales I, II, y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, se dispone que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, siendo la protección de la salud de interés público; por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. En consecuencia, es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, asimismo, el artículo 37° de la mencionada Ley, dispone que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, cualquiera sea su naturaleza o su modalidad de gestión, deben cumplir los requisitos que dispone los reglamentos y normas técnicas que dicta la actividad de salud a nivel nacional, en relación a planta física, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, biológicos, ergonómicos y demás que procedan, atendiendo a la naturaleza y complejidad de los mismos;

Que, con Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, se aprobó el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene por finalidad contribuir a fortalecer los procesos de mejora continua de la calidad en salud en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo;

Que, asimismo, mediante Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, se aprueba la NTS N° 029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a mejorar la calidad de atención en todos los establecimientos de salud y servicios médico de apoyo del Sector Salud;

Que, por otro lado, a través de Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN, "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud", teniendo como objetivo establecer las disposiciones para la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión de riesgo en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud, a fin de contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud;

Que, la mencionada directiva, establece en su Anexo 2 Criterios de Evaluación, como buenas practicas la prevención de la fuga de pacientes, indicando como verificador la existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente;

Que, a través de Resolución Ejecutiva Directoral N° 115-2021-GRSM-UEHRM/DE, se aprueba la Directiva Especifica N° 001-2021-HRM-OPE-AR denominada "Lineamientos para la elaboración, aprobación, modificación, difusión y archivo de instrumentos técnicos para la gestión hospitalarias, en el Hospital Regional de Moquegua"; mediante la cual se establece que el Protocolo es un documento que contiene las pautas y/o actividades a seguir o tener en cuenta a realizar ante una determinada tarea, incluyendo tanto actividades autónomas como delegadas, para un comportamiento y/o desempeño apropiado para cada situación y/o evento;

Que, mediante Informe N° 214-2024-DIRESA-HRM/16 de fecha 06 de junio de 2024, la Jefatura del Departamento de Enfermería, eleva una serie de documentos técnicos para su revisión y aprobación, encontrándose dentro de estos el



Resolución Ejecutiva Directoral

Moquegua, 03 de diciembre de 2024.

"Protocolo de Prevención y Actuación en caso de fuga de pacientes en los servicios del Hospital Regional de Moquegua", el mismo que fue socializado con las Jefaturas y Coordinadoras de Enfermería de los diversos servicios del Hospital Regional de Moquegua; asimismo, fue socializado con la Unidad de Gestión de la Calidad y el Área de Asesoría Legal;

Que, el mencionado protocolo, tiene por objetivo establecer mecanismos de seguridad, identificación y comunicación oportuna a las instancias correspondientes ante la sospecha o detección de la fuga de un paciente del Hospital Regional de Moquegua;

Que, a través de Informe N° 738-2024-DIRESA-HRM/03 de fecha 29 de agosto de 2024, la Jefatura de la Oficina de Planeamiento Estratégico, remite el Informe N° 047-2024-DIRESA-HRM/AFP de la Profesional de la Oficina de Planeamiento, quien previa evaluación y subsanación de observaciones del protocolo en mención, indicó que este cumple con la estructura dispuesta por las directiva para la elaboración de instrumentos técnicos para gestión hospitalarias, por lo que sugiere se continúe con el trámite de aprobación;

Que, con Informe N° 765-2024-DIRESA-HRM/05 de fecha 21 de noviembre de 2024, la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, otorga visto bueno al "Protocolo de Prevención y Actuación en caso de fuga de pacientes en los servicios del Hospital Regional de Moquegua", en concordancia con el Informe Técnico N° 028-2024-DIRESA-HRM/05-YYRT, emitido por la Lic. en Enfermería de la UGC, quien previo análisis otorga opinión favorable para su aprobación mediante acto resolutivo;

Que, mediante Informe Legal N° 258-2024-DIRESA-HRM-AL/01 de fecha 03 de diciembre de 2024, el Área de Asesoría Legal, concluye que, el Protocolo cuenta con las opiniones técnicas favorables, asimismo cumple con lo establecido en la Directiva Especifica N° 001-2021-HRM-OPE-AR denominada "Lineamientos para la elaboración, aprobación, modificación, difusión y archivo de instrumentos técnicos para la gestión hospitalarias, en el Hospital Regional de Moquegua", aprobado con Resolución Ejecutiva Directoral N° 115-2021-GRSM-UEHRM/DE; por lo que, determina que es necesario su aprobación;

Contando con el visto bueno de la Oficina de Planeamiento Estratégico, Departamento de Apoyo al Tratamiento, Servicio Social y proveído de la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Moquegua.

En atención a la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización y en uso de las atribuciones conferidas en el inciso c) del Artículo 8° del Reglamento de Organización y Funciones (R.O.F.) del Hospital Regional de Moquegua aprobado con Ordenanza Regional N° 007-2017-CR/GRM;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR el documento técnico denominado: "PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN EN CASO DE FUGA DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA", con Código de Documento: 001-2024-HRM-DPTO.ENF, el cual consta de once (11) folios y forma parte integrante de la presente resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Enfermería, la difusión, monitoreo e implementación del Protocolo aprobado con la presente resolución.

Artículo 3°.- REMÍTASE a la Unidad de Estadística e Informática, para su respectiva publicación en la página web Hospital Regional de Moquegua (www.hospitalmoquegua.gob.pe).

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.

MEHR/DIRECCIÓN
JWTB/AL
(01) O. ADMINISTRACION
(01) O. PLANEAMIENTO
(01) D. ENFERMERIA
(01) ESTADISTICA
(01) ARCHIVO



HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA
M.E. MIRTHILENA HUIHUAS DE REYNOSO
C.R. 017360 RN IE 008701
DIRECTORA EJECUTIVA

CODIGO DE PROTOCOLO <input type="text" value="001-2024-HRM-DPTO. ENF"/> TIPO DE PROTOCOLO <input type="text" value="PROTOCOLO ESTRUCTURADO"/> FECHA FOLIOS <input type="text" value="05-06-2024"/> <input type="text" value="Once (011)"/>		DENOMINACION: "PROTOCOLO DE PREVENCION Y ACTUACION EN CASO DE FUGA DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL MOQUEGUA"
REEMPLAZA A: Ninguna		ELABORADA POR: Departamento de Enfermería



I. INTRODUCCION

El presente Protocolo de Prevención y Actuación en Caso de Fuga del paciente del Hospital Regional de Moquegua, se elabora ante la necesidad de ejecutar el procedimiento detallado del actuar frente a esta situación de riesgo de salud del paciente, a fin de preservar su seguridad y del público en general.

La fuga de un paciente es considerado un incidente que puede ocurrir en cualquier momento de la prestación de servicios de salud, siendo más frecuente cuando el paciente desconfía del entorno terapéutico o ha sido ingresado de forma involuntaria más aun cuando se trata de pacientes con riesgos psicosociales o deterioro de la capacidad cognoscitiva en razón a que requieren mayor vigilancia y una mejor comunicación con el equipo de salud a fin de prevenir la fuga o sustracción de pacientes.

II. FINALIDAD

Implementar el presente protocolo para unificar criterios en la actuación ante fuga de pacientes, disminuyendo las probabilidades de riesgo de salud, a fin de preservar su seguridad y del público en general.

III. OBJETIVO

Establecer mecanismos de seguridad, identificación y comunicación oportuna a las instancias correspondientes ante la sospecha o detección de la fuga de un paciente del Hospital Regional Moquegua.

IV. AMBITO DE APLICACIÓN

El presente Protocolo es de aplicación a todos los Servicios que tengan pacientes con riesgo de fuga del Hospital Regional Moquegua.

V. BASE LEGAL

- Ley N°26842, Ley General de Salud.
- Ley N°23536, Ley que establece las Normas Generales que regula el trabajo y la carrera de los Profesionales de Salud.
- Ley N°30947, Ley de la Salud Mental.
- Decreto Supremo N°027-2015-SA que aprueba la Ley N°29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los Servicios de Salud
- Decreto Supremo N°020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA, que aprueba las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 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".
- Resolución Ministerial N°214-2018/MINSA, que aprueba la Norma técnica N°139-MINSA/2018/DGAIN "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica".
- Resolución Ministerial N°502-2016/MINSA, que aprueba la Norma técnica N°029-MINSA/DIGEPRES-V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoría de la Calidad de la Atención en Salud".
- Resolución Ministerial N°386-2006/MINSA, que aprueba la NTS N°042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia.
- Resolución Ejecutiva Directoral N°114-2D24-DIRESA-HRM/DE, que aprueba el "Plan Anual de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Regional de Moquegua 2024".
- Resolución Jefatural N°764-2016/IGSS, se aprobó la Directiva Sanitaria N°009-IGSS/V.01, Análisis de los Eventos Centinela en las Instituciones prestadoras de servicios de Salud-IPRESS y en las Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IGIPRESS del Instituto de Gestión de Servicios de Salud – IGSS.
- Ordenanza Regional N°07-2017-CR/GRM Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Regional de Salud Moquegua y sus órganos desconcentrados.



VI. CONTENIDO

6.1. Definiciones Operacionales

Fuga de Paciente:

Salida de un paciente del establecimiento de salud que estuvo hospitalizado, sin indicación médica de alta por el médico tratante.

6.2. Definiciones Básicas

a. Intento de Fuga:

Son las acciones frustradas que son desarrolladas por parte del paciente para fugar de las instalaciones del hospital.

b. Sospecha de fuga:

Observación de conductas que hagan sospechar al personal de turno que el paciente no quiere continuar en el servicio de hospitalización.

c. Factores de riesgo dependiente del paciente:

Son las condiciones que dependen de una situación legal (reos, internos de correccionales, albergues, etc.).

d. Seguridad del paciente:

Es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria.

e. Brazaletes de Identificación del Paciente:

Pulsera que se coloca en la muñeca del paciente con el registro de datos de identificación para el proceso de atención desde su ingreso, estancia y salida del hospital.

f. Unidad de paciente:

Es el conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el centro hospitalario.

g. Conducta de riesgo:

Son comportamientos de ansiedad, angustia, depresión, pacientes con antecedentes psiquiátricos.

h. Conducta psiquiátrica:

Comportamientos que se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, emociones, la conducta, la percepción y relaciones con los demás. Entre ellos se incluyen la esquizofrenia, depresión, demencia, etc.



i. Egreso:

Es la salida del paciente del establecimiento de salud que estuvo hospitalizado.

Puede ser por alta, retiro voluntario, fallecimiento, traslado o fuga.

j. Evento adverso:

Aquellos sucesos no intencionales, inesperados e indeseados en la salud del paciente, que se presentan durante la atención en salud y que le generan una afectación al paciente.

k. Incidente:

Es un suceso imprevisto y no intencional durante la atención de salud que no ha causado daño, pero que es susceptible de provocarlo en otras circunstancias.

6.3. Recursos e Insumos



6.3.1. Recursos Humanos

- Profesional Médico y/o Médico Especialista
- Licenciada(o) en Enfermería
- Licenciada(o) en Psicología
- Trabajadora(o) Social
- Técnica(o) en Enfermería
- Auxiliar en Enfermería
- Personal de vigilancia

6.3.2. Recursos Materiales

- Brazaletes de Identificación del Paciente.
- Ropa de Hospitalización.

6.3.3. Formatos

- Formato de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos (ver Anexo 01).
- Registro de Fuga de Pacientes (ver Anexo 02).
- Criterios de Evaluación en Rondas de Seguridad del Paciente Hospitalizado (ver Anexo 03).

6.4. Descripción detallada del procedimiento

6.4.1. MEDIDAS PREVENTIVAS

- El Profesional Médico y/o Licenciada(o) en Enfermería de Turno, durante su evaluación, identifica conductas de riesgo de sospecha de fuga o factores de riesgo dependiente del paciente (condiciones psicológicas del paciente), según corresponda, y lo registra en la historia clínica.
- El Profesional Médico de Turno y/o Guardia define la necesidad de asistencia de la especialidad de Psiquiatría y/o Servicio Social, según corresponda.
- Licenciada(o) en Enfermería y/o Técnica(o) de Enfermería debe vestir a todo paciente con ropa hospitalaria y debe portar el brazaletes de identificación.

- El Profesional Médico de Turno y/o Guardia registra en la hoja de Plan de Trabajo/Indicaciones el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas preventivas.
- Todo riesgo de sospecha de fuga o intento de fuga debe ser notificado al Personal de vigilancia.
- El Profesional Médico de Turno y/o Guardia en caso de riesgo de fuga, informará a Servicio Social para solicitar acompañamiento del familiar.
- Licenciada(o) en Enfermería efectiviza el Plan de Trabajo/Indicaciones registradas por el Médico de Turno y/o Guardia.
- Licenciada(o) en Enfermería y/o Técnica(o) de Enfermería realizara el acompañamiento del traslado y retorno del paciente a otros servicios por exámenes y/o otros procedimientos.
- Licenciada(o) en Enfermería realizara el registro de riesgo de fuga en las Notas de Evolución de Enfermería y Kardex de Enfermería.
- El Profesional Médico de Turno y/o Guardia solicita la interconsulta a Psicología y/o Psiquiatría para la evaluación del paciente con riesgo de fuga y brinde sugerencias.
- El paciente definido como psiquiátrico debe ser hospitalizado en un lugar donde se permita la vigilancia y/o supervisión continua dentro del servicio.
- Ante todo intento de fuga con violencia, el Profesional de Turno deberá notificar al Personal de Vigilancia para apoyo en la contención mecánica o farmacológica.
- Profesional de Salud deberá informar el intento de fuga o fuga en el reporte de su entrega de turno.
- En caso de fuga el personal de salud deberá informar por escrito a su Jefatura inmediata quien tiene la obligación de informar a la Oficina de Administración.
- Todo paciente con presunta responsabilidad penal imputables, debe tener resguardo policial desde el ingreso hasta su retiro del Hospital.



6.4.2 MEDIDAS FRENTE A UNA FUGA

- Personal de Salud que advierte la ausencia del paciente en su unidad, verificará las instalaciones del servicio, de confirmar su ausencia, realizará la notificación inmediata al Equipo de Salud de guardia y Personal de Vigilancia para activar el Protocolo y activar el código de alerta de fuga "código ámbar".
- Se inicia la búsqueda de paciente, a través del perifoneo y cámaras de seguridad.
- El Personal de Vigilancia comunica simultáneamente a su supervisor para controlar salidas y entradas del Hospital para evitar la salida del paciente.
- Personal de Salud de Turno y/o Guardia comunica al Anexo 1107, Área de monitorización de cámaras, la activación de código ámbar a fin de que se efectúe la búsqueda, detallando las características de paciente.
- En caso de hallar al paciente dentro de las instalaciones del Hospital, se le retomara a su servicio para la evaluación médica e identificación del motivo de intento de fuga y se reforzara medidas de seguridad.
- Profesional Médico y/o Trabajadora(o) Social de Turno/Guardia comunica el incidente al familiar o persona responsable del paciente.

- En caso de no encontrar al paciente dentro de las instalaciones del Hospital, el Médico de Turno y/o Guardia realizará la denuncia ante el personal policial de turno y/o comisaria y/o fiscalía de turno.
- Profesional de Salud que identifique la fuga de paciente deberá llenar el Formato de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos (ver **Anexo 01**) y deberá reportar de forma inmediata a la Unidad de Gestión de la Calidad.
- Licenciada(o) en Enfermería registra el caso de fuga en el formato de censo de pacientes y libro de Ingresos y Egresos.
- Médico de Turno y/o Guardia, registra el caso de fuga en Historia Clínica.
- La fuga de un menor tutelado por el Ministerio de la Mujer y Población Vulnerable o que tenga un acta fiscal, debe ser notificado a la policía, fiscalía de familia de Turno por el Profesional Médico de Turno y/o Guardia.
- Personal de Salud de Turno entregará pertenencias al familiar y/o persona responsable, caso contrario pasará a custodia de Servicio Social.

6.5. Indicaciones

Ante la comprobación de fuga de un paciente de los diferentes Servicios de Hospitalización del Hospital Regional Moquegua.

6.6. Contraindicaciones

No aplica



VII. RESPONSABILIDADES

- 7.1. El Profesional Médico de Turno y/o Guardia es responsable de definir la necesidad de asistencia de la especialidad de Psiquiatría y/o Servicio Social, según corresponda.
- 7.2. El Médico de Turno y/o Trabajadora(o) Social es responsable de informar la fuga del paciente a los familiares y/o persona responsable.
- 7.3. El Profesional de Salud que identifique la fuga de paciente deberá llenar el Formato de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos y deberá reportar de forma inmediata a la Unidad de Gestión de la Calidad.
- 7.4. El Personal de Salud responsable deberá informar por escrito a su Jefatura inmediata quien tiene la obligación de informar a Dirección Ejecutiva y a la Oficina de Administración.
- 7.5. El Profesional de la Salud, es responsable de realizar los registros de la sospecha y/o fuga de paciente y solicitar la interconsulta a psiquiatría.
- 7.6. Personal de Salud que identifique es responsable de realizar las comunicaciones correspondientes ante la sospecha y/o fuga de paciente y realizar los registros correspondientes.
- 7.7. El Personal de Vigilancia es responsable de garantizar las medidas de seguridad para la prevención de la fuga de paciente, así como de su notificación y registro ante la confirmación del incidente.
- 7.8. El Personal de Vigilancia deberá tener controladas las salidas y entradas de los diferentes Servicios, a través de un registro, el cual deberá estar actualizado.
- 7.9. El Personal de Vigilancia deberá Verificar las pertenencias de los visitantes para evitar el ingreso de objetos potencialmente peligrosos.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- 8.1. Directiva Administrativa N°001-INSN-SB/UAD-2021 "Prevención y Actuación Ante Fugas de Pacientes En El Instituto Nacional de Salud Del Niño–San Borja".
- 8.2. Protocolo de Actuación ante Fuga de Pacientes del Hospital Santa Rosa (13-08-2018).

IX. ANEXOS

- ANEXO 01: Formato de Registro y Reporte de Incidentes y Eventos Adversos.
- ANEXO 02: Registro de Fuga de Paciente.
- ANEXO 03: Criterios de Evaluación en Rondas de Seguridad del Paciente.



ANEXO01
FORMATO DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS



FORMATO A
FORMATO DE REGISTRO Y REPORTE DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

NOMBRE DEL PACIENTE:

H.C.L.:

EDAD:

TURNO: T () M () N ()

SEXO:

FECHA:

DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE:

() **INCIDENTE:** Eventos adverso que no ha causado daño pero susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.

() **EVENTO ADVERSO:** Daños en el paciente relacionado con la atención de salud recibida y no a la enfermedad de fondo. El incidente no llega a producir daño; el evento adverso sí afecta la salud del paciente.

MARCAR TIPO DE EVENTO:

() **LEVE:** Cualquier evento adverso que no prolonga la estancia, requiere observación o trámite menor

() **MODERADO:** Ocasiona aumento en la estancia de al menos un día, produce un daño a tener en cuenta pero no es permanente

() **GRAVE:** Evento adverso ocasiona fallecimiento, incapacidad residual al alta o requiere intervención quirúrgica. El reporte de incidentes y/o eventos adversos que usted va a realizar es una oportunidad para aprender y mejorar más, y no será utilizado para sancionar a los involucrados.

CATEGORÍA DEL INCIDENTE/EVENTO ADVERSO

DESCRIPCIÓN DEL SUCESO

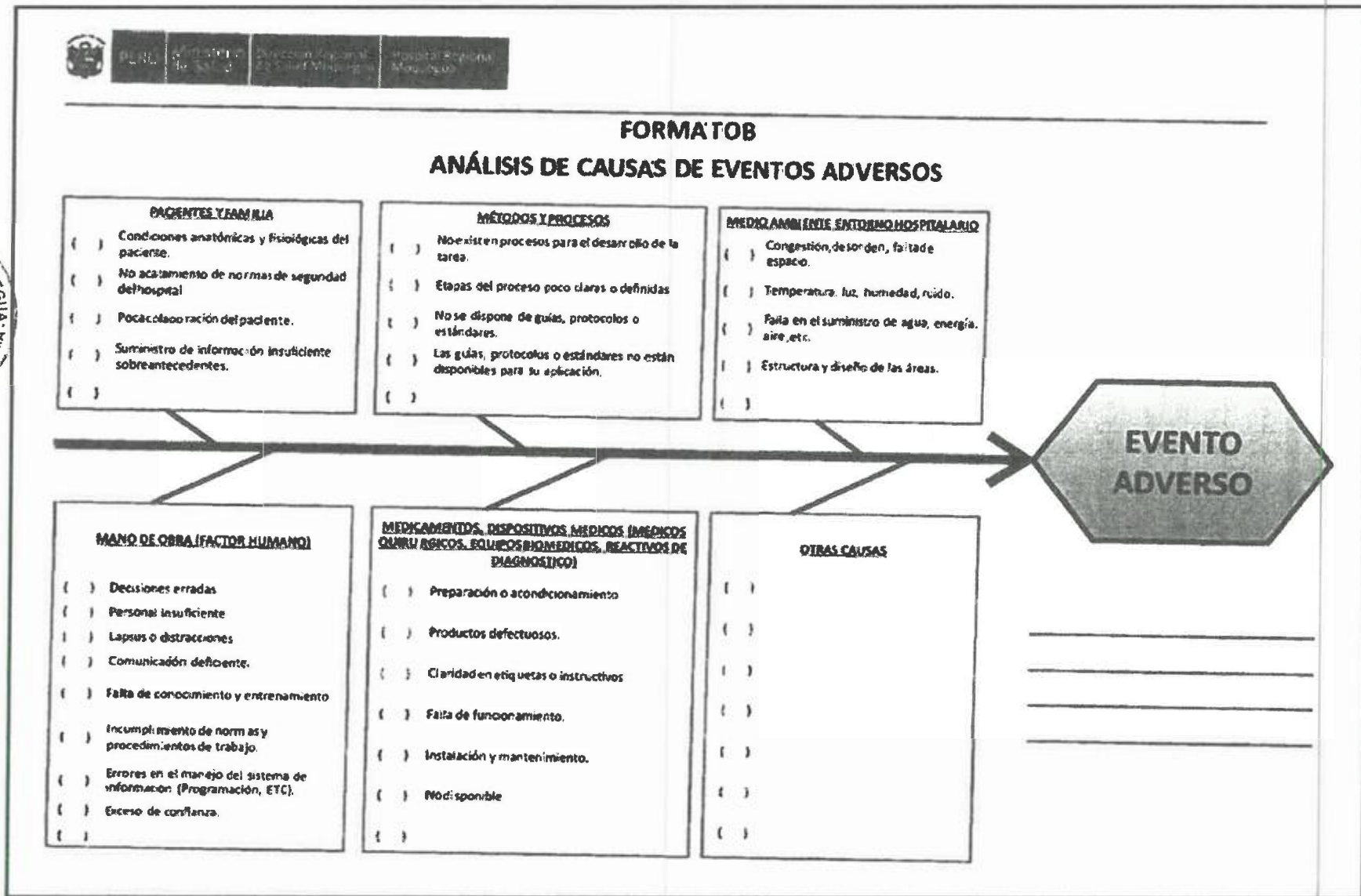
PERSONAL QUE NOTIFICA:

MEDICO

NO MEDICO (Especificar) _____

PERSONAL EN FORMACIÓN (Especificar) _____





**ANEXO02
REGISTRO DE FUGA DE PACIENTE**

SOSPECHA _____ INTENTO _____ FUGA _____

Fecha: _____ Hora: _____ Servicio: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Edad: _____ Historia Clínica: _____ Teléfono: _____

NOMBRE DEL PERSONAL QUE REPORTO EL HECHO: _____

NOMBRE DEL MEDICO RESPONSABLE DEL SERVICIO: _____

NOMBRE DEL PERSONAL DE SEGURIDAD: _____

DATOS DE IDENTIFICACION Y VESTIMENTA (para aportar a la policía/seguridad y familia)



BREVE DESCRIPCION DE LOS HECHOS:

SE HA PUESTO EN CONOCIMIENTO A:

ANEXO03
CRITERIOS DE EVALUACION EN RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR	METODOLOGIA DE EVALUACION DEL VERIFICADOR	NORMATIVIDAD/REFERENCIA	CUMPLIMIENTO			OBSERVACIONES	
				SI	NO	NO APLICA		
PREVENCIÓN DE A FUGA DE PACIENTES	1	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Observar que todos los pacientes hospitalizados o en sala de observación cuenten con ropa hospitalaria identificable.					
	2	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso adecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Observar que todos los accesos a la UPSS cuentan con vigilancia y se realiza control de las pertenencias de pacientes y visitas.					
	3	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Verificar la existencia de un sistema físico, digitalizado automatizado de control de entrada y salida en la UPSS.	Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido (2006) Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (NPSA)				
	4	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.	Informe del Observatorio de la Seguridad del paciente. Con la seguridad en la mente: Servicios de Salud mental y Seguridad del paciente. https://www.alansaludmental.com/gesfi%C3%B3n-de-riesgos-en-sm/protocolos-para-situaciones-de-riesgo-en-sm/protocolos-fuga/				
	5	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga de 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.	https://www.minsalud.gov.com/sites/rid/Listas/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/LINEAMIENTOS_IMPLEMENTACION_POLITICA_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf				
	6	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.					