



BOMBEROS QUITO

Salvamos **vidas**

PROCEDIMIENTO PARA EL CONTROL DE CALIDAD DE LA HOJA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA – ANEXO 002

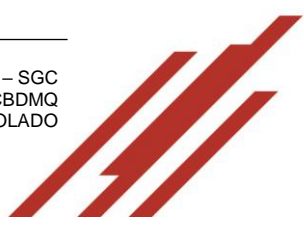
NOVIEMBRE, 2023

CONTENIDO

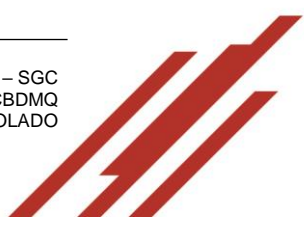
- I. CONTROL DE CAMBIOS
- II. OBJETIVO
- III. ALCANCE
- IV. BASE LEGAL
- V. RESPONSABILIDADES
- VI. DEFINICIONES
- VII. PROCEDIMIENTO
- VIII. ANEXOS

I. CONTROL DE CAMBIOS

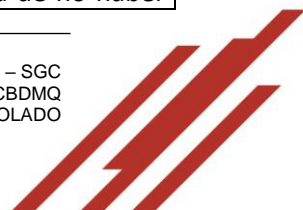
Número de Capítulo	Párrafo / Tabla / Nota	Adición (A) Supresión (S) Revisión (R)	Cambios Realizados	Fecha de cambio
I-VIII	Todo el documento	A	Desarrollo del procedimiento	09/06/2015
-	Encabezado	R	Actualización código	09/07/2016
-	Encabezado	R	Actualización código	13/11/2023
-	Caratula y Encabezado	R	Cambio de nombre de: Procedimiento para el control de calidad del anexo 002 por “Procedimiento para el control de calidad de la Hoja de Atención Prehospitalaria Anexo 002” .	13/11/2023
I-VIII	Todo el documento	A, S, R.	Actualización del procedimiento	13/11/2023



Aprobado por: Director Operaciones CB-DMQ.	 Mayo. Carlos Estuardo Moyano Luna
Revisado por: Jefe de Brigada Especializada en Atención Prehospitalaria CB-DMQ	 Cptn. Juan Carlos Ganchala Alvear
Elaborado por: Médico de la Brigada de Atención Prehospitalaria TEM. Técnico en emergencias médicas y atención prehospitalaria	 Dra. Arlen Anahí Guayasamín Bedón Lic. Milton Fabián Jiménez Chamba



II. OBJETIVO:	Realizar el seguimiento y el control del adecuado registro de información y datos en los campos establecidos en la hoja de Atención Prehospitalaria Anexo 002 generado por el personal de Atención Prehospitalaria producto de las atenciones de emergencias en campo.
III. ALCANCE:	INICIO: Recepción de copias de las “Hojas de Atención Prehospitalaria Anexo 002” y parte de emergencia en las atenciones relacionadas con accidentes de tránsito. FIN: Generar el informe técnico sobre el resultado de la evaluación realizada.
IV. BASE LEGAL:	<ol style="list-style-type: none">1. Constitución de la República del Ecuador2. Código Orgánico Integral Penal (COIP).3. Acuerdo Ministerial 5216 – A. Reglamento para el manejo de información confidencial en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública. Art.- 2, 3, 4, 7, 27.4. Acuerdo Ministerial 115-2023. Reglamento para el manejo de la Historia Clínica Única. Art.- 4, 5, 14. Ministerio de Salud Pública5. Cuarto Suplemento Nro. 454 – Registro Oficial Martes 18 de mayo de 2021. Pág. 301, Actualización de Hoja de Atención Prehospitalaria Anexo 2.6. Estatuto Orgánico por Procesos del CB-DMQ vigente7. Manual de Seguridad del Paciente – Ministerio de Salud Pública
V. RESPONSABLE (S):	Responsable de archivo de la BEMAPH y Gestor Documental de Planillaje, Médico y Paramédico de Planillaje.
VI. DEFINICIONES:	<ul style="list-style-type: none">• Acción de mejora: de acuerdo con la OMS que define a la medida de mejora como la acción adoptada o una circunstancia alterada para mejorar o compensar cualquier daño derivado de un evento.• Anamnesis: es el resultado de la entrevista inicial al paciente para generar un diagnóstico.• Cuasi evento: error de comisión o por omisión que podría haber causado daño al paciente, pero que no produjo un daño grave gracias a la casualidad, a la prevención o a la atenuación.• Evento relacionado con la seguridad del paciente: todo desvío de a atención medica habitual que causa una lesión al paciente o entraña riesgo de daño.• Evento adverso: evento que causa un daño involuntario al paciente por un acto de comisión o de omisión, no por la enfermedad o el trastorno de fondo del paciente.• Evento adverso evitable: lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada con error, no por la patología de base. Es evento adverso prevenible• Evento adverso no evitable: lesión o daño no intencional causado por la intervención asistencial ejecutada sin error, no por la patología de base. Se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. Es un evento adverso prevenible.• Error: acto de comisión u omisión que causo la lesión involuntaria o contribuyo a causarla• Error por comisión: error que se produce como consecuencia de una acción. Es un error por acción• Error por omisión: error que se produce como consecuencia de no haber



tomado una medida.

- **Hoja de atención Prehospitalaria:** es un documento médico legal, contiene toda la información relacionada a la atención de los pacientes y las conductas que los equipos médicos de las ambulancias brindan a las personas.

VII. PROCEDIMIENTO

No.	ACTIVIDADES	RESPONSABLE
1	Recepción de copias de las “Hojas de Atención Prehospitalaria Anexo 002” y parte de emergencia en las atenciones relacionadas con accidentes de tránsito.	Responsable archivo BEMAPH /Gestión Documental
2	Tabular hojas ingresadas: anuladas, fallidas, efectivas, por paramédico, mes y año.	Responsable gestión documental
3	Clasificar las atenciones que ingresar al sistema de planillaje SPPAT	Responsable gestión documental
4	Generar documentos habilitantes para el proceso de cobro correspondiente de la atención de pacientes víctimas de accidentes de tránsito SPPAT	Responsable gestión documental
5	Archivar y custodiar las copias de las hojas de Atención Prehospitalaria Anexo 002.	Responsable gestión documental
6	Revisar técnicamente el pertinente llenado y registro de la hoja de Atención Prehospitalaria Anexo 002 por estación y por paramédico	Médico/Paramédico responsable planillaje
	¿Evidencia un posible evento relacionado con la seguridad del paciente?	
7	NO: Continuar a la Actividad N° 10.	Médico/Paramédico responsable planillaje
8	SI: Notificación del evento adverso mediante formato “REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE”, dar el seguimiento según el PLAN DE ACCIÓN planteado para cada caso.	Médico/Paramédico responsable planillaje
9	Registrar la evaluación técnica del registro y llenado de la hoja de Atención Prehospitalaria Anexo 002.	Médico/Paramédico responsable planillaje
10	Tabular de resultados de la evaluación técnica de la hoja de Atención Prehospitalaria Anexo 002.	Médico responsable planillaje
11	Generar el informe técnico sobre el resultado de la evaluación realizada.	Médico responsable planillaje

FIN DEL PROCEDIMIENTO

INVOLUCRADOS:	Responsable de archivo de la BEMAPH y Gestor Documental de Planillaje, Medico y Paramédico de Planillaje. Jefe de la BEMAPH, Responsable de archivo de la BEMAPH, Supervisor APH, Jefes de Unidad APH, Supervisores de APH, Responsable de Ambulancia, Asistente de Ambulancia
FRECUENCIA:	Daria

ENTRADA:	PROVEEDOR:	Personal de Atención Prehospitalaria del CB-DMQ.
	INSUMOS:	Hoja de Atención Prehospitalaria Anexo 002
SALIDA:	CLIENTE:	BEMAPH – OPERACIONES CB-DMQ
	PRODUCTO:	Informe Evaluación de la Hoja de Atención Prehospitalaria Anexo 002
RECURSOS:	TECNOLÓGICOS:	Computador, Software Office.
	HUMANOS:	Paramédico y Medico de Planillaje.
	FÍSICOS:	Escritorio de trabajo. Computador, Hojas de Atención Prehospitalaria Anexo 2.
POLÍTICAS DE OPERACIÓN:	<ol style="list-style-type: none">1. El segundo día laborable de cada semana se receptorá en las instalaciones de la Unidad de Planillaje y Auditoría Médica las copias de las hojas de Atención Prehospitalaria Anexo 002 y los partes de las emergencias producto de accidentes de tránsito.2. El Gestor Documental de Planillaje clasificará las emergencias en accidentes de tránsito y no planilladas. Datos que se tabulan en la matriz de ingreso 002 conforme a la matriz Excel establecida.3. Las atenciones relacionadas con accidentes de tránsito deberán contar con los documentos habilitantes para el cobro de SPPAT, de acuerdo con la normativa vigente para Auditoria de la Calidad de la Facturación de los Servicios de Salud y posterior entrega al Responsable de planillaje SPPAT.4. El Gestor Documental de planillaje deberá realizar el proceso de destrucción las Hojas de Atención Prehospitalaria Anexo2 con su respetivo informe, que debe ser entregado mensualmente al Médico de Planillaje.5. El llenado de la “Hoja de Atención Prehospitalaria Anexo 002” estará a cargo del Responsable de Ambulancia.6. La custodia de las Hojas Anexo2 son de responsabilidad del personal paramédico, los mismos precautelaran su integridad hasta la entrega en la BEMAPH.7. Las hojas Anexo 002 se recibirán en la BEMAPH el primer día laborable de cada semana para su revisión de integridad y secuencia. Posteriormente serán archivadas de forma física y digital.8. Semanalmente se subirán estos respaldos a la carpeta compartida de la BEMAPH, el acceso deberá ser para el personal autorizado y con la firma del Acta de Confidencialidad9. El personal designado para la revisión técnica de las Hojas de Atención Prehospitalaria Anexo 002 ingresarán a la carpeta compartida y procederá a la lectura de las hojas de Atención Prehospitalaria enmarcadas en los principios de confidencialidad, imparcialidad y respeto profesional.10. El personal designado para el control de calidad técnica registrará la evaluación de la Hoja Anexo2 en la matriz designada11. En el proceso de evaluación de calidad técnica se deberá considerar el aspecto de forma que está enmarcado en Instructivo para el llenado de la Hoja atención Prehospitalaria Anexo2 vigente. Y el aspecto técnico deberá tener un enfoque objetivo para verificar las mejoras que se pueden hacer	



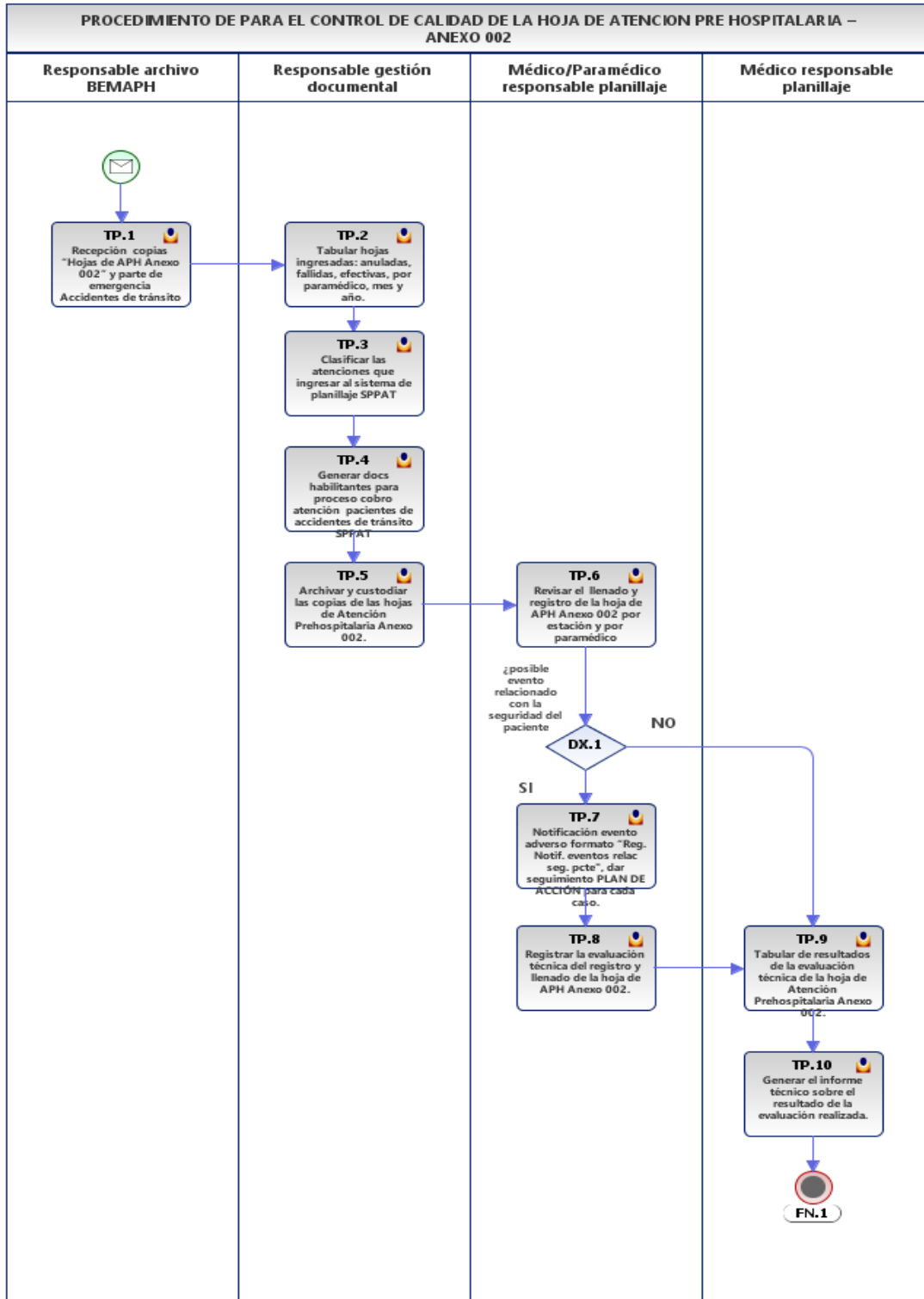
en cada atención con el soporte Médico

- 12.** Se debe considerar aquellas atenciones en las que sean de interés para un estudio de caso el cual será reportado al Médico de Unidad de planillaje.
- 13.** De acuerdo con el Manual de Seguridad del Paciente – Ministerio de Salud Pública a través de la revisión técnica de las hojas de atención prehospitalaria, se podrá notificar los eventos catalogados como “EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE”, en el formato respectivo. El PLAN DE ACCIÓN determinado por cada caso tendrá como objetivo la mejora continua del servicio a través de la política: corregir los errores y aprender de ellos, actuando a tiempo.
- 14.** El Médico de la Unidad de Planillaje será el responsable de generar la matriz “Evaluación de hoja de atención prehospitalaria Anexo 02 – año” que refleje un consolidado del resultado de la evaluación de cada hoja de atención por mes y Paramédico.
- 15.** Mensualmente se enviará un reporte al Jefe de la BEMAPH con los datos obtenidos de la lectura de las hojas de Atención Prehospitalaria Anexo 002



VIII. ANEXOS

1. FLUJOGRAMA



2. RESOLUCIONES.

- N/A

3. INSTRUCTIVOS

- Instructivo para el llenado de la Hoja de Atención Prehospitalaria Anexo 2.

4. FORMATOS DE REGISTROS

- Matriz de “Evaluación de la Hoja de Atención Prehospitalaria”.
- Notificación de “Eventos relacionado con la seguridad del paciente”.

Validado por:
Unidad de Desarrollo InstitucionalTlgo. Freddy G. Orbe V.
Analista de Desarrollo Institucional 1

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE LA HOJA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA



CUERPO DE BOMBEROS DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO
REGISTRO DE EVALUACIÓN LLENADO HOJA DE ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA
BRIGADA ESPECIALIZADA DE EMERGENCIAS MEDICAS Y ATENCIÓN PRE-HOSPITALARIA



NÚMERO DE HOJA DE ATENCIÓN:		ALFA/DELTA	
NOMBRE DE PARAMÉDICO RESPONSABLE DE ATENCIÓN:		FECHA DE ATENCIÓN	MM/DD/AA
NOMBRE DEL RESPONSABLE DE EVALUACIÓN:		FECHA DE EVALUACIÓN	MM/DD/AA

SGC-BEMAPH-000

DATOS DE EVALUACIÓN - REGISTRA		CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE	PONDERACIÓN	RESULTADO	3%
A	Datos de la Ambulancia.				2%	#VALOR!	
B	Datos generales (nombres y apellidos completos del paciente, datos de la emergencia, fecha y hora)				2%	#VALOR!	
C	Interrogatorio (anamnesis, relato cronológico)				10%	#VALOR!	
D	Constantes vitales (signos vitales y escalas de acuerdo a la situación clínica del paciente)				5%	#VALOR!	
E	Examen físico (exploración física por sistemas y evaluación preferencial congruente con anamnesis)				15%	#VALOR!	
F	Diagnóstico presuntivo (congruente con la historia clínica)				15%	#VALOR!	
G	Procedimientos (pertinencia de procedimientos de acuerdo al diagnóstico presuntivo)				15%	#VALOR!	
H	Trauma (registra de acuerdo al diagnóstico presuntivo)				2%	#VALOR!	
I	Emergencia gineco-obstétrica y neonatal (registro de acuerdo al diagnóstico presuntivo)				2%	#VALOR!	
J	Paro cardio respiratorio (registro del procedimiento de acuerdo al diagnóstico presuntivo)				5%	#VALOR!	
K	Estabilización en establecimiento de salud (registro si aplica, campos llenos)				5%	#VALOR!	
L	Custodia de pertenencias (registro si aplica, campos llenos)				2%	#VALOR!	
M	Descargo de medicamentos y dispositivos médicos (registro del descargo de insumos y medicamentos de acuerdo al instructivo institucional)				4%	#VALOR!	
N	Observaciones (registro de acuerdo al instructivo institucional hoja 002)				2%	#VALOR!	
Ñ	Datos de familiares / acompañantes.				2%	#VALOR!	
O	Equipo de respuesta de la unidad (personal)				2%	#VALOR!	
P	Radio despacho (despachador y evaluador, kilometrajes)				2%	#VALOR!	
Q	Datos del destino del paciente (acorde al instructivo institucional, firma y sello de doctor y paramédico)				3%	#VALOR!	
R	Exoneración de responsabilidad (campos llenos)				2%	#VALOR!	
					97%	#VALOR!	

PONDERACIÓN	CUMPLE TOTALMENTE	CUMPLE PARCIALMENTE	NO CUMPLE
2%	2	1	0
5%	5	3	0
10%	10	5	0
15%	15	7	0

Se establece los parámetros para la ponderación conforme a las siguientes especificaciones de su **CUMPLIMIENTO de acuerdo al instructivo de llenado de hoja de atención pre hospitalaria, Anexo 2:**

TOTAL: Registro de los ítems en cuanto a los ítems C, E y F: registro detallado cronológicamente y sustentado técnicamente de acuerdo a protocolos de atención nacionales e internacionales.

PARCIAL: Registro incompleto de los datos, tachones, borrones, casilleros en blanco. En el ítem C, E y F: registro incompleto, sin concordancia entre ellos.


NO CUMPLE: No registra, ni anula casilleros. Ítem C, E y F no tienen concordancia, procedimiento que incumple los protocolos nacionales e internacionales de atención pre hospitalaria.

EQUIVALENTE NUMÉRICO (en %)	
EXCELENTE:	90 A 100% H.C.
BUENA:	80 A 89% H.C.
REGULAR:	70 A 79% H.C.
MALA :	00 A 69% H.C.

NOTA: Todos los ÍTEMs evaluados se basan en el "Instructivo de llenado de la Hoja de Atención Prehospitalaria Anexo 2.

 EVALUADOR

Notificación de “EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE”

	REGISTRO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		Versión: 1 Código: DNCSS-MSP-002 Fecha: 01/08/2016
	1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD		
	a. Institución del Sistema: MSP <input type="radio"/> IESS <input type="radio"/> FFAA <input type="radio"/> Policía Nacional <input type="radio"/> Municipal <input type="radio"/> Red Privada <input type="radio"/> Fiscomisional <input type="radio"/>		
b. Provincia:		c. Zona:	d. Distrito:
e. Unicódigo:		f. Establecimiento de salud:	
g. Tipología:		h. Servicio / Área donde se produce el evento:	
i. Fecha: dd / mm / aa		j. Hora:	
2. DATOS DEL PACIENTE			
a. Nombres y apellidos del paciente:			
b. Edad:		c. Sexo: H <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	d. N° de Historia Clínica única:
e. Diagnóstico / Motivo de atención:		f. CIE 10:	
3. INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR			
a. Médica/o <input type="radio"/>		b. Enfermera/o <input type="radio"/>	c. Obstetra <input type="radio"/>
d. Familiares/acompañante/cuidador <input type="radio"/>		e. Trabajador/a Social <input type="radio"/>	
f. Odontóloga/o <input type="radio"/>		g. Psicólogo/a <input type="radio"/>	h. Estudiante <input type="radio"/>
i. Otro <input type="radio"/>		j. Fecha del reporte: dd / mm / aa	
4. TIPO DE EVENTO			
a. Cuasi evento <input type="radio"/>		b. Evento adverso <input type="radio"/>	c. Evento centinela <input type="radio"/>
5. NATURALEZA DEL EVENTO			
a. Medicación <input type="radio"/>		b. Infección asociada a la atención de salud <input type="radio"/>	
c. Caídas <input type="radio"/>		d. Úlceras por presión <input type="radio"/>	
e. Trombosis Venosa Profunda <input type="radio"/>		f. Dispositivos médicos /equipos biomédicos <input type="radio"/>	
g. Procedimiento clínico <input type="radio"/>		h. Procedimiento quirúrgico <input type="radio"/>	
i. Otro:			
6. DESCRIPCIÓN DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA			
Quando ocurrió: Al ingreso <input type="radio"/> Durante la estancia <input type="radio"/> Al alta <input type="radio"/> Ambulatorio <input type="radio"/>		Donde ocurrió: En el servicio <input type="radio"/> En el traslado <input type="radio"/> Otro:	
Fue informado el paciente y/o familia: Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
Realice una descripción detallada de cómo se produjo el evento:			
7. DESENLACE DEL CUASI EVENTO / EVENTO ADVERSO / EVENTO CENTINELA			
a. Ninguna (sin lesión) <input type="radio"/>		b. Síntomas leves/pérdida funcional o daño mínimo <input type="radio"/>	
c. Requirió hospitalización o prolongó la hospitalización <input type="radio"/>		d. Daño de una función o estructura corporal temporal <input type="radio"/>	
e. Daño de una función o estructura corporal permanente <input type="radio"/>		f. Requirió intervención quirúrgica o médica mayor <input type="radio"/>	
g. Muerte: <input type="radio"/>		h. Otro <input type="radio"/>	

SNS-MSP-DNCSS-Form-059-2016

