

# COMPROMISO DE MEJORA

FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE  
RIESGOS EN LA ATENCIÓN Y LA MEJORA  
CONTINUA DE LA CALIDAD MEDIANTE LA  
APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD  
DEL PACIENTE, HOSPITAL REGIONAL DE  
LORETO 2022

## **ACTOS RESOLUTIVOS**

- **EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**
- **PLAN Y CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Punchana, 30 de Marzo del 2022

OFICIO N° 1550-2022-GRL-DRS-L/30.50

Señor

Dr. CHANER ZUMAETA CÓRDOVA  
Director General de la Dirección Regional de Salud Loreto.

Presente

**ASUNTO: REMITE RESOLUCIONES DE RONDAS DE SEGURIDAD 2022**

**ATENCIÓN LIC. ENF. CINTHIA GÓMEZ VELA  
DIRECTORA DE CALIDAD EN SALUD - DIRESA**

\*\*\*\*\*  
Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que, en el marco del proceso de evaluación de indicadores de desempeño y compromisos de mejora, remitirle adjunto las Resoluciones del siguiente equipo y/o Plan:

- Resolución Directoral N° 014-2022-GRL-DRS-L/30.50, que aprueba la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad 2022 - HRL
- Resolución Directoral N° 030-2022- GRL-DRS-L/30.50, que aprueba el Plan de Rondas de Seguridad del paciente 2022 - HRL

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"  
Dr. MIGUEL MARTELARCA PINTO  
CMP N° 32666 - RNE 28653  
Director General

Cc.  
Archivo  
MBP/JGGA/HAC

Punchana, 30 de Marzo del 2022

**OFICIO N° 068 -2022-GRL-DRS-L /30.50.06**

Señor

**M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO**  
Director General del Hospital Regional de Loreto



Presente

**ASUNTO: REMITE RESOLUCIONES DE RONDAS DE SEGURIDAD 2022**

\*\*\*\*\*  
Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo comunicarle que, en el marco del proceso de evaluación de indicadores de desempeño y compromisos de mejora, remitirle adjunto las Resoluciones del siguiente equipo y/o Plan:

- Resolución Directoral N° 014-2022-GRL-DRS-L/30.50, que aprueba la conformación del Equipo de Rondas de Seguridad 2022 - HRL
- Resolución Directoral N° 030-2022- GRL-DRS-L/30.50, que aprueba el Plan de Rondas de Seguridad del paciente 2022 - HRL

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Dirección Regional de Salud-Loreto  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"  
*[Signature]*  
Dra. HAYDÉE ALVARADO CORA  
Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad

Cc.  
Archivo  
HAC/

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL**

Puncha, 26 de Enero del 2022

Visto el Memorando N°094-2022-GRL-DRS-L/30.50, emitido por el Director General, conteniendo el Oficio N°010-2022-GRL-DRS-L/30.50.06, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe Técnico N° 001-2022-GRL-DRS-L/30.50.06 presentado por la Unidad de Garantía de la Calidad, en el cual sustenta técnicamente la aprobación mediante Resolución Directoral del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente 2022 – 2023 – Hospital Regional de Loreto.

**CONSIDERANDO:**

Que, los Numerales I y II Título preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de Salud" señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Que, el Artículo VI del Título preliminar de la Ley N° 26842 "Ley General de Salud" establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en término socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que, la Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba 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", que define la Ronda de Seguridad, como una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, la cual consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, para identificar prácticas seguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

Que, el Numeral 6.1.1 del acápite 6 de 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" y II Título Preliminar de la Ley N°26842 "Ley General de Salud", establece que el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente debe estar conformado mediante Acto Resolutivo o Documento de la máxima autoridad o titular de la IPRESS pública, privada o mixta, según corresponda y actualizado anualmente.

Que, el Literal a) del numeral 6.1.2 del acápite 6 de la Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN, "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la Gestión el Riesgo en la Atención de Salud", y II Título Preliminar de la Ley N°26842 "Ley General de salud", señala que el Secretario Técnico en coordinación con los demás miembros del equipo elaboran el cronograma anual de rondas de Seguridad del Paciente, el cual debe ser aprobado y firmado por el Titular/Responsable de la IPRESS, el

## RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Puncha, 26 de Enero del 2022

responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, el Responsable de Epidemiología o quien haga sus veces y el Responsable del Departamento/Servicio de Enfermería. Se debe incluir la fecha, hora y día que se aplicará la Ronda de Seguridad del Paciente, sin especificar la UPSS a visitar.

Que, el Decreto Supremo N° 013-2006-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, cuyo objetivo es establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento.

Que, la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad", en su Octava Política Nacional de Calidad de la Atención de Salud, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.

Que, la Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

Que, las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, aprobada con Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, el cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas.

Que, el numeral 5.2, de la Resolución Ministerial precitada, considera Documento Normativo del Ministerio de Salud, a todo aquel documento oficial que tiene por objeto transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos, sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito del Sector Salud en cumplimiento de sus objetivos. Estas normas tienen el objetivo de facilitar el adecuado y correcto desarrollo de funciones, procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles y según correspondan.

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto, aprobado con Ordenanza Regional N° 008-2016-GR-CR, en el Artículo 27°, define a la Oficina de Gestión de la Calidad como la Unidad Orgánica encargada de implementar el

**RESOLUCIÓN DIRECTORAL**

Puncha, **26** de Enero del 2022

Sistema de Gestión de la Calidad en el Hospital para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal; depende de la Dirección General y tiene asignada las siguientes funciones: c) implementar las estrategias, metodologías e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios, f) asesorar en la formulación de normas, guías de atención y procedimientos de atención al paciente.

Con el visado de la Dirección, Sub Dirección General, Oficina Ejecutiva de Planeamiento, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Regional de Loreto. En uso de las atribuciones conferidas en el Resolución Ejecutiva Regional N° 414-2021-GRL-GR, de fecha 29 de Noviembre del 2021, que designa al Director General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1°.- Aprobar**, la conformación del "EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022 - 2023- HOSPITAL REGIONAL DE LORETO", según el siguiente detalle:

N°	CARGO ESTRUCTURAL	CARGO EN EL EQUIPO
1	Director General	Presidente
2	Jefe Unidad de Garantía de la Calidad	Secretaria Técnica
3	Jefe Oficina Ejecutiva de Administración	Miembro
4	Jefe Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	Miembro
5	Jefe del Departamento de Medicina	Miembro
6	Jefe del Departamento de Cirugía	Miembro
7	Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia	Miembro
8	Jefe del Departamento de Pediatría	Miembro
9	Jefe Departamento de Enfermedades Infecciosas y Tropicales	Miembro
10	Jefe del Departamento de Oncología	Miembro
11	Jefe del Departamento de Odontología	Miembro
12	Jefe del Departamento de Farmacia	Miembro
13	Jefe del Departamento de Psicología	Miembro
14	Jefe del Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos	Miembro
15	Jefe del Departamento de Enfermería	Miembro
16	Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Miembro
17	Jefe Departamento Patología Clínica y Anatomía Patológica	Miembro
18	Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes	Miembro
19	Jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación	Miembro

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Puncha, 26 de Enero del 2022

**Artículo 2°.- Encargar**, a la Oficina de Gestión de la Calidad realizar el seguimiento y monitoreo del "EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022 – 2023 DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO".

**Artículo 3°.- Disponer** que la Oficina de Gestión de la Calidad de manera coordinada con la Oficina de Estadística e Informática, procedan a publicar la presente Resolución en la página web del Hospital Regional de Loreto.

Regístrese y Comuníquese



DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"  
  
DR. MIGUEL MARIÁ BAGCA PINTO  
CMP N° 36960 - RNE 26553  
Director General

MMBP/CDJZG/LLARI/MRAP/HAC/LAOT/Lilia







N° 030 -2022-GRL-DRS-L/30.50

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Punchana, 04 de Febrero del 2022

Visto el Memorando N°174-2022-GRL-DRS-L/30.50, emitido por el Director General, conteniendo el Oficio N°018-2022-GRL-DRS-L/30.50.06, emitido por la Oficina de Gestión de la Calidad y el Informe Técnico N° 002-2022-GRL-DRS-L/30.50.06 presentado por la Unidad de Garantía de la Calidad, en el cual sustenta técnicamente la aprobación mediante Resolución Directoral el Plan de Rondas de Seguridad del Paciente 2022 y Cronograma Anual, Hospital Regional de Loreto.

CONSIDERANDO:

Que, los Numerales I y II Título preliminar de la Ley N° 26842 “Ley General de Salud” señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Que, el Artículo VI del Título preliminar de la Ley N° 26842 “Ley General de Salud” establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en término socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad.

Que, la Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba 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”, que define la Ronda de Seguridad, como una herramienta que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, la cual consiste en una visita programada a una UPSS seleccionada al azar en una determinada IPRESS, liderado por la máxima autoridad de ésta, para identificar prácticas seguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

Que, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba 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”, que tiene por finalidad contribuir con la mejora de calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPRESS, públicas, privadas y mixtas del Sector de Salud.

Que, el Literal a) del numeral 6.1.2 del acápite 6 de 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” y II Título preliminar de la Ley N°26842 “Ley General de Salud”, señala que el Secretario Técnico, en coordinación con los demás miembros del equipo elaboran el cronograma anual de Rondas de Seguridad del Paciente, el cual debe ser aprobado y firmado por: el Titular/Responsable de la IPRESS, el Responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, el



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Punchana, 04 de Febrero del 2022

Responsable de Epidemiología o quien haga sus veces y el Responsable del Departamento/Servicio de Enfermería. Se debe incluir la fecha, hora y día que se aplicará la Ronda de Seguridad del Paciente sin especificar la UPSS a visitar.

Que, el Numeral 4.2 del Artículo 4°, del Decreto Supremo N°035-2020, decreto supremo que establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2022. Se ha aprobado entre otras la Ficha Técnica N°22: Fortalecimiento de la Gestión de Riesgos en la Atención y Mejora Continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente, el mismo que es un compromiso de mejora de los servicios de salud.

Que, mediante Resolución Ministerial N°727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad", en su Octava Política Nacional de Calidad de Salud, establece que las organizaciones proveedoras de atención en salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de salud.

Que, la Resolución Ministerial N°519-2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", el cual tiene como objetivo establecer los principios, normas, metodológicas y procesos para la implementación del sistema de gestión de la calidad en salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud.

Que, las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, aprobada con Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, el cual tiene como objetivo establecer disposiciones relacionadas con los procesos de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los documentos normativos, así como estandarizar los elementos conceptuales, estructurales y metodológicos y explícitos para la emisión de los documentos normativos, también para brindar a las instancias reguladoras del Ministerio de Salud una herramienta que facilite el desarrollo de las funciones normativas.

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se aprueban las Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud, de observancia obligatoria por los órganos, unidades orgánicas y órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, prescribe en su numeral 5.2, que considera Documento Normativo de Salud, a todo aquel documento oficial, que tiene por objeto transmitir información estandarizada y aprobada sobre aspectos técnicos, sean estos asistenciales, sanitarios y/o administrativos, relacionados al ámbito del Sector Salud en cumplimiento de sus objetivos. Estas normas tienen el objeto de facilitar el adecuado y correcto desarrollo de funciones, procesos, procedimientos y/o actividades, en los diferentes niveles y según corresponda.

Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto, aprobado mediante Ordenanza Regional N°008-2016-GR-CR, en el Artículo 27° define a la Oficina de Gestión de la Calidad, como la Unidad Orgánica encargada de Implementar

RESOLUCIÓN DIRECTORAL

Punchana, 04 de Febrero del 2022

el Sistema de Gestión de la Calidad, en el Hospital Regional de Loreto, para promover la mejora continua de la atención asistencial y administrativa al paciente, con la participación activa del personal; depende de la Dirección General y tiene asignada las siguientes funciones: c) implementar las estrategias, metodológicas e instrumentos de la calidad y mejora continua en los servicios f) Asesorar en la formulación de normas, guías de atención, procedimientos de atención al paciente.

Con el visado de la Dirección, Sub Dirección General, Oficina Ejecutiva de Planeamiento, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina de Gestión de la Calidad y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Regional de Loreto. En uso de las atribuciones conferidas en el Resolución Ejecutiva Regional N° 414-2021-GRL-GR, de fecha 29 de Noviembre del 2021, que designa al Director General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

SE RESUELVE:

**Artículo 1°.- Aprobar el "PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022 Y CRONOGRAMA ANUAL – HOSPITAL REGIONAL DE LORETO", con un total de treinta (30) folios que desarrolla nueve (09) ítems.**

**Artículo 2°.- Encargar, a la Oficina de Gestión de la Calidad realizar el seguimiento y monitoreo el "PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2022 Y CRONOGRAMA ANUAL – HOSPITAL REGIONAL DE LORETO", para la implementación y aplicación del Plan y Cronograma autorizado en el artículo 1°, debiendo informar a la Dirección General sobre el respectivo desarrollo.**

**Artículo 3°.- Los gastos que genere el presente Plan estará sujeto a disponibilidad presupuestal.**

**Artículo 4°.- Disponer que la Oficina de Gestión de la Calidad de manera coordinada con la Oficina de Estadística e Informática, procedan a publicar la presente Resolución en la página web del Hospital Regional de Loreto.**

Regístrese y Comuníquese



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"  
Dr. MIGUEL MARIU - SAGCA PUNTO  
CMP N° 30460 - PNE 20063  
Director General

MMBP/JGGA/LLARI/MRAP/LAOT/HAC/JDPRS/Lilia



# HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

*OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD*

**UNIDAD DE GARANTIA DE LA CALIDAD**

## **PLAN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2022**



Punchana - Perú  
2022

4

## I. INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes es un aspecto crítico de la salud pública porque se relaciona con la respuesta organizada que la sociedad da a la población a través de la atención sanitaria. Los determinantes y condicionantes de la seguridad de los pacientes están vinculados con procesos inherentes a la asistencia, como la organización de los servicios y su capacidad para proveer una óptima calidad de atención, cuidar y proteger a los usuarios, anticipar daños y promover ambientes saludables, incluyentes y libres de amenazas a la integridad de las personas.

Las fallas, las deficiencias y errores en la atención de salud pueden tener consecuencias a menudo devastadoras para los usuarios y sus familias debido a las lesiones, daños, enfermedades y muerte por estas causas. El tema se ha constituido en una prioridad en la mayoría de los países y en todos los niveles de atención, especialmente en el ámbito hospitalario.

Con el propósito de contribuir a la promoción y seguimiento de prácticas seguras y en el marco de la iniciativa de la "Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente" Promovida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se promueve la implementación de las Rondas de Seguridad por una mejor calidad y seguridad de la Atención en salud.

Para ello se viene implementando una serie de medidas para fortalecer la Seguridad del Paciente, como son las Buenas Prácticas de Atención. La Implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente, en el Hospital Regional de Loreto, permitirá el monitoreo e incremento del nivel de seguridad del paciente en los servicios y conocer de manera directa los factores que condicionan riesgos para el paciente, así como evitar que los pacientes sufran daños durante el tratamiento y la atención. La Rondas de Seguridad, consiste en realizar visitas planificadas en la que se monitorice 13 aspectos relacionados con la seguridad del paciente a fin de verificar la aplicación de las buenas prácticas durante la atención, tomando como referencia la normatividad vigente.

## II. FINALIDAD

Promover la implementación de las prácticas seguras, contribuyendo a reducir los Eventos Adversos y mejorar la Seguridad en la Atención de los pacientes atendidos, a través de la realización de las Rondas de Seguridad, en el Hospital Regional de Loreto.

## III. OBJETIVOS

### 3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las pautas para la implementación y ejecución de las rondas de seguridad del paciente, como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en el Hospital Regional de Loreto.



## 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios asistenciales del Hospital Regional de Loreto..
2. Capacitar al Personal Profesional y no profesional en relación a las prácticas seguras durante la atención del paciente.
3. Tomar contacto con los pacientes para identificar aspectos relacionados con la seguridad en la atención de salud.
4. Crear compromisos con el personal responsable de la atención del paciente para mejorar su seguridad.

## IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud, señala que las personas tienen derecho a exigir que los servicios que se les prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.
- RM N° 308 -2010/MINSA, que aprueba la Lista de Verificación de la Cirugía Segura.
- RM N° 163 -2020/MINSA, que aprueba la Directiva sanitaria N° 92-IGSS/V.01: RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTION DEL RIESGO EN LA ATENCION EN SALUD.
- Ley N° 29414 – Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de Salud.

## V. DEFINICIONES OPERATIVAS

- 5.1. **Acción insegura.** Es la conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de los miembros del equipo de salud. En un incidente pueden estar involucrados una o varias acciones inseguras.
- 5.2. **Evento Adverso en Salud.** Una lesión, incidente o un resultado indeseado no intencional en la salud del paciente, directamente asociado con la atención. Puede ser causado por errores o por la imprevisible reacción del organismo del paciente.
- 5.3. **Rondas de Seguridad.** Herramienta que permite evaluar la ejecución de la buenas prácticas de la atención en salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada a una Unidad Productora de servicio de salud (UPSS) del Hospital Regional seleccionada al azar y liderada por el Director General, para identificar prácticas inseguras durante la atención en salud y establecer contacto directo con el paciente familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.



**5.4. Seguridad del paciente.** Es la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro.

**5.5. Unidad productora de servicio (UPS).** Es la unidad básica funcional del establecimiento de salud constituida por el conjunto de recursos humanos y tecnológicos en salud (infraestructura, equipamiento, medicamentos, procedimientos clínicos entre otros) organizadas para desarrollar funciones homogéneas producir determinados servicios en relación directa con el nivel de complejidad.

**5.6. Unidad productora de servicio de salud (UPSS).** Es la UPS organizada para desarrollar funciones homogéneas y producir determinados servicios de salud en relación directa con su nivel de complejidad.

## VI. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Plan de Rondas de Seguridad, es de aplicación en todas las unidades productoras de servicios del Hospital Regional de Loreto.

## VII. ACTIVIDADES.

**7.1. Formación del Equipo de las Rondas de Seguridad.** Dicho equipo estará conformado de la siguiente manera:

- 7.1.1. Director General
- 7.1.2. Director Administrativo
- 7.1.3. Jefe Oficina de Gestión de la Calidad o quien haga sus veces
- 7.1.4. Jefe Oficina de Epidemiología
- 7.1.5. Jefe del Departamento de Medicina
- 7.1.6. Jefe del Departamento de Cirugía
- 7.1.7. Jefe del Departamento Ginecología y Obstetricia
- 7.1.8. Jefe del Departamento de Pediatría.
- 7.1.9. Jefe del Departamento de enfermedades Infecciosas y Tropicales.
- 7.1.10. Jefe del Departamento de Oncología
- 7.1.11. Jefe del Departamento de Odontología
- 7.1.12. Jefe del Departamento de Psicología
- 7.1.13. Jefe del Departamento de Emergencias y Cuidados Críticos
- 7.1.14. Jefe de Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- 7.1.15. Jefe de Departamento de Patología Clínica y Anatomía patológica.
- 7.1.16. Jefe del Departamento de Diagnóstico por imágenes
- 7.1.17. Jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
- 7.1.18. Jefe del Departamento de Enfermería.
- 7.1.19. Jefe del Departamento de Farmacia

Quando se realice la ronda de seguridad deberán incorporarse:



- Médico Jefe del servicio visitado
- Enfermera Coordinadora del servicio visitado
- Responsable del área visitada

## 7.2. Organización

- 7.2.1. Convocatoria por parte del director a reuniones a los integrantes del equipo para la elaboración e implementación del Plan de las Rondas de Seguridad.
- 7.2.2. Elaboración y aprobación del cronograma anual.
- 7.2.3. Inicialmente con una periodicidad mensual y posteriormente de acuerdo a las observaciones podrá irse a una periodicidad quincenal.
- 7.2.4. La frecuencia de realización de las Rondas de Seguridad dependerá de la matriz de priorización o criterios establecidos por el equipo responsable de las Rondas de Seguridad.
- 7.2.5. Elaboración de un informe mensual de los resultados de las Rondas de Seguridad a las aéreas involucradas.

## 7.3. Ejecución/Aplicación de las Rondas de Seguridad.

- 7.3.1. Horario: Las Rondas de Seguridad se realizarán en horario diferente de la visita médica.
- 7.3.2. Duración: La Rondas de Seguridad tendrá una duración máxima de 2 horas.
- 7.3.3. Metodología: Observación directa, revisión documentaria y entrevistas a los trabajadores de salud y usuarios externos.
- 7.3.4. Las Observaciones de la Rondas de Seguridad están centradas en la evaluación de prácticas inseguras en la atención al paciente. (Anexo 02)
- 7.3.5. Al finalizar la Ronda de seguridad, el secretario técnico deberá ingresar los datos e información recogida en la herramienta informática RONDAS DE SEGURIDAD y presenta la hoja de resultados de evaluación a todos los miembros del equipo para su firma en señal de conformidad. (Anexo 3)
- 7.3.6. El secretario técnico, elaborará y suscribirá el informe y adjuntará la hoja de resultados de evaluación, en la que se encuentran las acciones inseguras identificadas. El informe será remitido a la Dirección General.

## 7.4. Acciones Post Ejecución de las Rondas de Seguridad- Gestión del Riesgo.

- 7.4.1. Valoración de los riesgos, identificados en la ronda de seguridad del paciente. (Anexo 04)
- 7.4.2. Priorización de los riesgos identificados en la ronda de seguridad, (anexo 05)
- 7.4.3. Convocatoria al jefe de departamento /servicio visitado, a fin de elaborar de manera conjunta el plan de acción a ser implementado.
- 7.4.4. Informe al Director del plan de acción
- 7.4.5. Designación a un miembro del equipo, quien será el responsable de velar por el cumplimiento de los compromisos (acciones de mejora), registrados en el plan de acción, encargándose de hacer el monitoreo respectivo (Anexo 06).





7.4.6. Solicitar a DIRESA el acompañamiento técnico en forma trimestral.

### VIII. PRESUPUESTO

El presupuesto requerido para el Plan Anual de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Regional de Loreto se detalla a continuación:

LINEAS DE ACCIÓN	MATERIAL E INSUMOS	COSTO
Planificación y organización	Material de Escritorio	
	• Lapicero	S/20.00
	• Lápiz	S/20.00
	• Borrador	S/20.00
	• Tarjador	S/20.00
	• Fotocopia	S/360.00
	• Tablero	S/180.00
Refrigerio	• Refresco x 20 unid	S/100.00
	• Sandwich x 20unid	
<b>TOTAL</b>		<b>S/. 620.00</b>

### IX. ANEXOS

1. Cronograma Anual de Rondas de seguridad
2. Criterios de evaluación
3. Hoja de resultados de evaluación
4. Valoración de riesgos identificados
5. Priorización de intervenciones
6. Plan de Acción
7. Ficha de Monitoreo



**ANEXOS**

**Anexo 01: CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE HRL-2022**

**Titular: M.C. MIGUEL MARTÍN BACCA PINTO.**

MES: Enero	Fecha	Hora
Ronda 1	-	-
Ronda 2	-	-
MES: Febrero	Fecha	Hora
Ronda 1	18/02/2022	10:30 AM
Ronda 2	28/02/2022	10:30 AM
MES: Marzo	Fecha	Hora
Ronda 1	18/03/2022	10:30 AM
Ronda 2		
MES: Abril	Fecha	Hora
Ronda 1	15/04/2022	10:30 AM
Ronda 2		
MES: Mayo	Fecha	Hora
Ronda 1	13/05/2022	10:30 AM
Ronda 2		
MES: Junio	Fecha	Hora
Ronda 1	17/06/2022	10:30 AM
Ronda 2		
MES: Julio	Fecha	Hora
Ronda 1	15/07/2022	10:30 AM
Ronda 2		
MES: Agosto	Fecha	Hora
Ronda 1	19/08/2022	10:30 AM
Ronda 2		
MES: Septiembre	Fecha	Hora
Ronda 1	16/09/2022	10:30 AM
Ronda 2		
MES: Octubre	Fecha	Hora
Ronda 1	14/10/2022	10:30 AM
Ronda 2		
MES: Noviembre	Fecha	Hora
Ronda 1	18/11/2022	10:30 AM
Ronda 2		
MES: Diciembre	Fecha	Hora
Ronda 1	16/12/2022	10:30 AM
Ronda 2		

DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"  
**Dr. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO**  
C.M.P. N° 20513  
Director General

Dirección Regional de Salud-Loreto  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"  
**Dr. HAYDÉE AGUIRRE CORA**  
Jefe Oficina Gestión Calidad

Región de Salud  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"Felipe Arriola Iglesias"  
**Lic. ENF. ELIZABETH FL. DIAZ DIAZ**  
Jefe Oficina Epidemiología

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"  
**Lic. ENF. LORENA DEL PUECO ARMAS NAVAS**  
CEP. N° 34978  
Jefe del Departamento de Enfermería



**INFORMES**  
**PRIMER SEMESTRE 2022**

**CARGO**

191

Punchana, 13 de Julio del 2022

**OFICIO N° 2423 -2022-GRL-DRS-L /30.50**

Señor

**Dr. CHANER ZUMAETA CÓRDOVA**  
Gerente Regional de Salud Loreto

Presente

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
TRAMITE DOCUMENTAL

14 JUL 2022

Exp. N°: 006894  
Folio: \_\_\_\_\_ Hora: 10:00  
Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**ASUNTO: REMITE INFORME DE RONDAS DE SEGURIDAD I SEMESTRE 2022 HRL**

**ATENCIÓN LIC. ENF. CINTHIA GÓMEZ VELA**  
**DIRECTORA DE CALIDAD EN SALUD – GERESA**

\*\*\*\*\*  
Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo hacerle llegar el informe de **RONDAS DE SEGURIDAD I SEMESTRE 2022**, del Hospital Regional de Loreto, según DS N° 001-2022-SA, que define los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a cumplir en el año 2022 y criterios técnicos establecidos en el artículo 15 del DL N° 1153, conteniendo la siguiente información:

<ul style="list-style-type: none"><li>Ficha de evaluación</li><li>Resultados de evaluación</li><li>Matriz de riesgos</li><li>Prioridad de atención</li><li>Plan de acción</li><li>Monitoreo</li></ul>	<p><b>UPSS</b></p> <p>Medicina, Hemodiálisis, Emergencia Infectología, Oncología, UCI Pediatría</p>
---	---

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*Miguel Martín Baqca Pinto*  
**Dr. MIGUEL MARTÍN BAQCA PINTO**  
C.M.P. N° 20800 - R.N.E. 28553  
Director General

Cc.  
Archivo  
MBP/JGGA/HAC

Punchana, 13 de Julio del 2022

**OFICIO N° 161 -2022-GRL-DRS-L /30.50.06**

**Señor**

**M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO**  
**Director General del Hospital Regional de Loreto**

**Presente**



**ASUNTO: REMITE INFORME DE RONDAS DE SEGURIDAD I SEMESTRE 2022 HRL**

**ATENCIÓN: LIC. ENF. CINTHIA GÓMEZ VELA**  
**DIRECTORA DE CALIDAD EN SALUD – GERESA**

\*\*\*\*\*  
Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo hacerle llegar el informe de **RONDAS DE SEGURIDAD I SEMESTRE 2022**, del Hospital Regional de Loreto, según DS N° 001-2022-SA, que define los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a cumplir en el año 2022 y criterios técnicos establecidos en el artículo 15 del DL N° 1153, conteniendo la siguiente información:

• Ficha de evaluación	<b>UPSS</b> Medicina, Hemodiálisis, Emergencia Infectología, Oncología, UCI Pediatría
• Resultados de evaluación	
• Matriz de riesgos	
• Prioridad de atención	
• Plan de acción	
• Monitoreo	

Sin otro particular, me suscribo de usted no sin antes reiterarle las muestras de mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Cc.  
Archivo  
HAC/

**INFORME TÉCNICO N° 019 -2022-GRL-DRS-L/30.50.06**

PARA : M.C. Miguel Martin BACCA PINTO.  
Director General del Hospital Regional de Loreto.

DE : Lic. Enf. Haydee ALVARADO CORA, Dra.  
Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad.

ASUNTO : INFORME SEMESTRAL RONDAS DE SEGURIDAD

FECHA : Punchana, 06 de Julio del 2022.

\*\*\*\*\*  
Por medio del presente saludo a usted y al mismo tiempo cumpla con informar las actividades de Rondas de Seguridad, efectuadas a las unidades productoras de servicios de salud, según detalle:

- UPSS MEDICINA : 21 de Enero del 2022
- UPSS HEMODIÁLISIS : 28 de Febrero del 2022
- UPSS EMERGENCIA : 18 de Marzo del 2022
- UPSS INFECTOLOGÍA : 11 de Abril del 2022
- UPSS ONCOLOGÍA : 13 de Mayo del 2022
- UPSS UCI PEDIATRÍA : 17 de Junio del 2022

Las visitas se realizaron según cronograma y fueron seleccionadas por sorteo, a fin de identificar prácticas inseguras durante la atención y establecer contacto directo con el paciente familia y personal de salud.

**Metodología:** La metodología empleada, fueron: La observación directa, revisión documentaria de Historias clínicas y entrevista a los trabajadores de salud y usuarios externos.

**Responsables:**

- Equipo designado con RD N° 014-2022-GRL-DRS-L/30.50.
- Director General
- Director Administrativos
- Jefe Oficina de Gestión de la Calidad
- Jefe de Oficina de Epidemiología
- Jefes de Departamentos
- Jefe de Departamento de Enfermería
- Jefe de Farmacia

**Así mismo participaron:**

- Médico jefe del servicio visitado
- Enfermera Coordinadora del Servicio visitado
- Responsable del área visitada



**Organización:**

- La Dirección adjunta a través de la Unidad de Garantía de la Calidad, convocó a reuniones a los integrantes del equipo para la elaboración e implementación del plan de Rondas de Seguridad, en el auditorio del Hospital Regional de Loreto.

**Ejecución / Aplicación de las Rondas de Seguridad.**

- Las Rondas de Seguridad se realizaron a las 11:00 am, teniendo en consideración de no interferir con las actividades médicas, con una duración aproximada de 2 horas.
- Se realizó la presentación del equipo ante el jefe responsable del servicio para iniciar la Ronda de Seguridad.
- Cada miembro del equipo realizó las observaciones respectivas según fichas asignadas.
- Al finalizar la ronda de seguridad, se comprometió al jefe del servicio y su equipo para realizar el llenado del aplicativo.
- El secretario técnico, elaboró y suscribió el informe respectivo, adjuntando la hoja de resultados de evaluación, en el que se detallan acciones inseguras identificadas. El Informe fue dado a conocer a la Dirección General en Reuniones Técnicas.

**Acciones implementadas en las Rondas de Seguridad- Gestión del Riesgo.**

- Se valoró los riesgos identificados en la ronda de seguridad del paciente.
- Se priorizó los riesgos identificados en la ronda de seguridad.
- Se convocó al jefe de departamento / servicio visitado, a fin de elaborar de manera conjunta el plan de acción a ser implementado.
- Informe dirigido al Director sobre el plan de acción.
- Designación a un miembro del equipo, para realizar el monitoreo de cumplimiento de las acciones de mejora.

**ANEXOS:**

1. Criterios de evaluación
2. Hoja de resultados de evaluación
3. Valoración de Riesgos identificados
4. Priorización de Intervenciones
5. Plan de Acción
6. Ficha de Monitoreo

Es todo cuanto informo a usted.

Cc.  
Archivo  
HAC/ JPRS



Dirección Regional de Salud-Loreto  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"  
  
Dra. HAYDEE ALVARADO CORA  
Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad

**RONDAS DE SEGURIDAD**

**UPSS**

**MEDICINA**

**21/01/22**



**ANEXO N° 02**

**FICHA DE**

**EVALUACIÓN**



PERÚ  
Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Abastecimiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BAGCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del IEESS, 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.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la enfermedad actual.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	
HISTORIA CLINICA	92%	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.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	SI	

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	92%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la Contrarreferencia del paciente	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	La letra de la Historia Clínica es legible	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Historia clínica ordenada y limpia.	SI	



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS				
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN				
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO				
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO				
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS				
		RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
		RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
		RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		
BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	SI		
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	SI		
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	SI		
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	SI		
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	SI		
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	SI		
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	SI		
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	SI		
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	SI		
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO		
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO		
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	SI		



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	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.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	SI	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	SI	



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestadores y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	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.	SI	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	SI	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	SI	



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS				
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN				
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO				
RESP. DE ADMINISTRACION:	L.C. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO				
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	L.C. ENF. LORENA ARMAS NAVAS				
		RESP. EPIDEMIOLOGIA:	L.C. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
		RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
		RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	L.C. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		
BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	64%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	SI		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	64%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	64%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	SI		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	64%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	SI		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	64%	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	SI		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	64%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	64%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	64%	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	SI		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	64%	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	NO		



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022	
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS		FECHA APLICACION:	11/02/2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN		RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO		RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO		RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	64%	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.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	64%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	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.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	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.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	SI	





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS			
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO			
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS			
		FECHA APLICACION:	11/02/2022	(DD/MM/AAAA)
		RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
		RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS	
		RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	
BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares.	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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.	SI	



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	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.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	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.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	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.	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	SI	



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de prestaciones y aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
UFSS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	L.C. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	L.C. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UFSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DE ADMINISTRACION:	L.C. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:		OTROS RESPONSABLES:	L.C. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		
BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI		
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	NO		
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO		
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO		
HIGIENE DE MANOS	50%	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.	NO		
HIGIENE DE MANOS	50%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	SI		
BIOSEGURIDAD	50%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	SI		
BIOSEGURIDAD	50%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	SI		
BIOSEGURIDAD	50%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	SI		
BIOSEGURIDAD	50%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	SI		
BIOSEGURIDAD	50%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO		
BIOSEGURIDAD	50%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO		



UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:		HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS		11/02/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:		HOSPITALIZACIÓN			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:		M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO			
RESP. DE ADMINISTRACION:		LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:		LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS			
BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR		CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.		NO	
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.		NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad		SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad		SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.		SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).		SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	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.		NO	
				SELECCIONE	

**ANEXO N° 03**  
**HOJA DE**  
**RESULTADOS**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD  
**RESULTADOS DE EVALUACIÓN**

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:	11/02/2022	(dd/mm/aaaa)	
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	92%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	79%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	43%
PREVENCIÓN DE FUGA	50%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA	64%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	89%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	50%
BIOSEGURIDAD	50%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
<b>PROMEDIO</b>	<b>76%</b>

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

**76%**

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 Dra. ROSA ENRIQUETA MERA ARO  
 Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación  
 CMP. N° 35182-RNE. N° 21111

Dirección Regional de Salud-Loreto  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 Dra. HAYDEE ALVARADO CORA  
 Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 Lic. Enf. Jacqueline Rios Salinas  
 Jefe de la Unidad de Garantía de la Calidad

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 DR. ALFREDO MANUEL TORRES  
 Jefe de Oficina de Diagnóstico y Farmacia

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 Lic. ENF. LORENA DEL PILAR ARMAS NAVAS  
 Jefe de Departamento de Enfermería  
 CEP. N° 34978

Dirección Regional de Salud - Loreto  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 Lic. Ecol. Ana Victoria Carvallo del Aguila  
 Jefe de la Unidad de Salud Ambiental

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 P.S. SYDIA REINGIFO RIVERA  
 PSICOLOGA CLINICA  
 C.P.S.P. 22977  
 JEFA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 Lic. Enf. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ  
 Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Pública

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "Felipe Arriola Iglesias"

*[Signature]*  
 Bach. Liliana S. Rodríguez Del Castillo  
 JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 Dr. En. Valdeirama P.  
 Jefe del Dpto. Odontoesmatología  
 COP. 20936

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDINI  
 JEFE DPTO. EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS  
 CMP N° 43564

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 Q.F. MELBA V. RODRIGUEZ SANDOVAL  
 JEFA DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA  
 CQFP 19777

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"  
 Departamento de Cirugía

*[Signature]*  
 Dr. GUILLERMO EDUARDO VELAZCO CURAY  
 Jefe del Departamento de Cirugía  
 Médico Neurólogo  
 CMP. N° 64672-RNE. N° 41401

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "Felipe Arriola Iglesias"

*[Signature]*  
 Dr. JORGE LUIS BALDEON RIOS  
 Jefe del Dpto. de Medicina  
 Médico Internista  
 CMP 26447-RNE. 14477

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 Dr. SERGIO RUIZ TELLO  
 CMP 28184-RNE. 15638  
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 Dr. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO  
 CMP N° 36660 - RNE 28553  
 Director General

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
 Lic. M. ROSALINA AREVALO PEIXOTO  
 Directora Ejecutiva de Administración  
 LAD N° 01930

Dirección Regional de Salud-Loreto  
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
 "Felipe Arriola Iglesias"

*[Signature]*  
 M.C. Ricardo Vasquez  
 Jefe del Dpto. de Patología Clínica y  
 CMP. N° 71893

# **ANEXO N° 04**

# **MATRIZ DE**

# **RIESGOS**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD  
**MATRIZ DE RIESGOS**

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC. JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

**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	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	5	4	20
HISTORIA CLINICA	92%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	3	4	12
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	5	7	35
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	4	4	16
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	4	4	16
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	4	10	40
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO	5	4	20
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	NO	4	4	16
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	89%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	4	4	16
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	50%	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.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	50%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	NO	4	4	16
BIOSEGURIDAD	50%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semi-rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	5	7	35



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

**MATRIZ DE RIESGOS**

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		11/02/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OFIC.JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

**PROBABILIDAD**

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCCASIONAL	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	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
BIOSEGURIDAD	00%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	5	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	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.	NO	5	7	35

**ANEXO N°05**  
**PRIORIZACIÓN**  
**DE**  
**INTERVENCIONES**

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		11/02/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	20	2	40
HISTORIA CLINICA	92%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	36	2	70
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	12	1	12
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	36	2	70
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	16	2	32
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	60%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	18	2	32
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	60%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO	36	2	70
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	60%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	36	2	70
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	80%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	40	2	80
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Revaloración diaria de pacientes, ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO	20	2	60
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	NO	16	2	48
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	88%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	16	2	32
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de el menos 1:10	NO	36	2	70
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 06 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	36	2	70
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	36	2	70
HIGIENE DE MANOS	90%	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.	NO	16	2	70
BIOSEGURIDAD	80%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	16	2	32
BIOSEGURIDAD	50%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	28	2	56
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	36	2	70
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	36	2	70
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	36	2	70

# **ANEXO N° 06**

# **PLAN DE ACCIÓN**

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
40	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	Realizar la supervisión del plan de trabajo e historias clínicas de acuerdo a su patología de cada paciente.	Departamento de Medicina	15/03/2022
40	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Elaboración de memorando de cumplimiento de CIE -10	Departamento de Medicina	21/03/2022
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Conformar al equipo de auditoría para la revisión de historia directa y elaborar informe de resultados	Departamento de Medicina	21/03/2022
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Tímbr o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Implementar a través del proyecto de mejora continua el sistema de llamado al paciente	Departamento de Medicina	15/03/2022
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementar el folder de eventos adversos y respectiva notificación mensual	Departamento de Medicina	21/03/2022
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Registrar datos completos y correctos de los pacientes en los brazaletes	Departamento de Medicina	21/03/2022
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Solicitar formato de registro de accidente ocupacional	Departamento de Medicina	21/03/2022
32	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Elaborar documento a la Dirección compra de brazaletes de identificación	Departamento de Medicina	21/03/2022
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Elaborar guía de procedimiento de sujeción mecánica de paciente	Departamento de Medicina	15/03/2022
70	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.	Elaborar directiva para control de objetivos peligrosos	Departamento de Medicina	15/03/2022

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS		
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
70	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Elaborar un manual de procedimientos administrativos de fuga de pacientes	Departamento de Medicina	15/03/2022
60	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	Elaborar un memo al personal asistencial para reevaluación diaria de pacientes.	Departamento de Medicina	15/03/2022
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Implementar sistema de Stickers de colores para identificación de alto riesgo de caídas.	Departamento de Medicina	15/03/2022
80	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Realizar capacitación al personal asistencial para el manejo correcto de los medicamentos.	Departamento de Medicina	15/03/2022
32	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Solicitar compra de tela para ropa hospitalaria para los pacientes	Departamento de Medicina	15/03/2022
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN 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.	Elaborar una guía de procedimientos del proceso de sujeción mecánica del paciente.	Departamento de Medicina	15/03/2022
48	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	Elaborar un documento de cuidado de paciente de posición supina	Departamento de Medicina	15/03/2022
32	REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Elaborar un memo al personal asistencial para reevaluación diaria de pacientes.	Departamento de Medicina	15/03/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	Solicitar a la Dirección recursos para la implementación lavamanos para cada ambiente.	Departamento de Medicina	15/03/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Capacitación y monitoreo de higiene de manos	Departamento de Medicina	15/03/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Capacitación y monitoreo de higiene de manos	Departamento de Medicina	15/03/2022
70	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.	Capacitación y monitoreo de higiene de manos	Departamento de Medicina	15/03/2022

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIA FECHA APLICACION: 11/02/2022 (DD/MMI/AAAA)		
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS		
RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
32	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Implementar acciones de verificación de estancia hospitalaria	Departamento de Medicina	15/03/2022
56	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Realizar sala situacional observando las 10 primeras causas de Morbimortalidad del servicio.	Departamento de Medicina	15/03/2022
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Coordinar con el área de Epidemiología la implementación de las zonas rígidas y semi rígidas	Departamento de Epidemiología de Medicina	15/03/2022
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Capacitar al personal asistencial sobre medidas de bioseguridad	Departamento de Medicina	15/03/2022
70	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.	Realizar oficio al área de mantenimiento para solicitar la información de los mantenimientos de los equipos médicos y dotar la tarjeta de control.	Departamento de Medicina Oficina de mantenimiento	15/03/2022

**ANEXO N° 07**

**FICHA DE**

**MONITOREO**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	11/02/2022	(DD/MM/AAAA)	
RESP. DE LA UPSS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

96%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
40	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	Retomar la supervisión del plan de trabajo a historias clínicas de acuerdo a su patología de cada paciente.	Departamento de Medicina	15/03/2022	para realizar el procedimiento de Ecocardiograma, las fechas son extensivas.	SI
40	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de correspondier (presuntivos o definitivos)	Elaboración de memorando de cumplimiento de CIE -10	Departamento de Medicina	21/03/2022	Memorando número N° 002-2022-GRU-DRE-L/30.50.12, consignar CIE 10 en las historias clínicas	SI
58	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, son eliminados a los registrados en la historia clínica.	Conformar al equipo de auditoría para la revisión de historia directa y elaborar informe de resultados	Departamento de Medicina	21/03/2022	Oficio N° 048-2022-GRU-DRE-L/30.50.12 D Cod. Medicina, conformación comité de Auditoría.	SI
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Tinora o sistema de firmado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Implementar a través del proyecto de mejora continua el sistema de firmado al paciente	Departamento de Medicina	15/03/2022	Se realiza la solicitud de implementación con oficio a Dirección.	SI
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementar el folio de eventos adversos y respectiva notificación mensual	Departamento de Medicina	21/03/2022	Se implementó folio de Eventos adversos y respectiva notificación.	SI
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Registrar datos completos y correctos de los pacientes en los brazaletes	Departamento de Medicina	21/03/2022	Se realiza la implementación e implementación de los pacientes con sus respectivos brazaletes.	SI
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Solicitar formato de registro de accidente ocupacional	Departamento de Medicina	21/03/2022	se solicita el folio para de accidentes ocupacionales al servicio de epidemiología	SI
32	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Elaborar documento a la Dirección compra de brazaletes de identificación	Departamento de Medicina	21/03/2022	Oficio N° 027-2022-Dir-Dir-160.50.12, solicita compra de Brazaletes para pacientes hospitalizados.	SI
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Elaborar guía de procedimiento de sujeción mecánica de paciente	Departamento de Medicina	15/03/2022	Oficio N° 064-2022-GRU-DRE-L/30.50.12 D COD. Medicina, conformación comité de Auditoría, validación de Guías de Procedimiento y Prevención de Riesgos.	SI
70	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia continua las pertenencias de los pacientes y las vitelas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Elaborar directivos para control de objetivos peligrosos	Departamento de Medicina	15/03/2022	Oficio N° 054-2022-GRU-DRE-L/30.50.12 D COD. Medicina, conformación comité de Auditoría, validación de Guías de Procedimiento y Prevención de Riesgos.	SI
70	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Elaborar un manual de procedimientos administrativos de fuga de pacientes	Departamento de Medicina	15/03/2022	Manual en proceso de elaboración	SI
60	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Revelación diagn de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con débil neurofisiológico - cognitivos.	Elaborar un memo al personal asistencial para revelación diagn de pacientes.	Departamento de Medicina	15/03/2022	Se evidencia en historias clínicas la valoración diagn de los pacientes.	SI

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRILLOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	11/02/2022	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. MAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

96%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Implementar sistema de Sileas de colores para identificación de alto riesgo de caídas.	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
80	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Realizar capacitación al personal asistencial para el manejo correcto de los medicamentos.	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
32	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospitalaria fácilmente identificable.	Solicitar compra de tela para ropa hospitalaria para los pacientes	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Sistema de registro específico de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Elaborar una guía de procedimientos del proceso de sujeción mecánica del paciente.	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
40	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarse de la cama.	Elaborar un documento de cuidado de paciente de posición supina	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
32	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LESIONES POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Elaborar un memo al personal asistencial para reevaluación diaria de pacientes.	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)	Solicitar a la Dirección recursos para la implementación lavamanos para toda ambiente.	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 03 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)	Capacitación y monitoreo de higiene de manos	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Capacitación y monitoreo de higiene de manos	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Procentaje de cumplimiento > 80%. Del registro de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Capacitación y monitoreo de higiene de manos	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
32	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Core Brand" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	Implementar acciones de verificación de estancias hospitalaria	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
56	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAS en la UPSS.	Realizar sala situacional observando las 10 primeras causas de Morbimortalidad del servicio.	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran actualizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Coordinar con el área de Epidemiología la implementación de las zonas rígidas y semi rígidas	Departamento de Medicina/ Epidemiología	15/03/2022	15/03/2022	NO
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Capacitar al personal asistencial sobre medidas de bioseguridad	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LOREMA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

96%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
70	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Notificación de que la UPSS cumple con elevar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos (incluye forjados), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Realizar oficio al área de mantenimiento para solicitar la información de los mantenimientos de los equipos médicos y dotar la tarjeta de control.	Departamento de Medicina Oficina de mantenimiento	15/03/2022	Oficio la 036-2022-gf-ds-103.50.12	SI

# **ANEXO N°08**

# **I TRIMESTRE**

**RONDAS DE SEGURIDAD  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO**

**ANEXO 08**

**INDICADORES DE EVALUACIÓN – 2022**

RESULTADO PRIMER TRIMESTRE 2022

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

INDICADOR DE PROCESO		RESULTADO	TOTAL
NUMERADOR	DENOMINADOR	I TRIMESTRE	
N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	N° de Rondas de Seguridad del paciente programadas x 100	$3/12 \times 100 = 25\%$	25%

**2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

SERVICIOS	INDICADOR: DE RESULTADO		RESULTADOS	TOTAL
	N° de verificadores conformes	N° de verificadores evaluados x 100	I TRIMESTRE	%
MEDICINA	99	$126 \times 100 = 78.57$		78.57%
HEMODIALISIS	59	$76 \times 100 = 77.63$		77.63%
EMERGENCIA	78	$112 \times 100 = 69.64$		69.64%

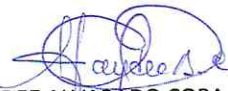
**3. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

SERVICIOS	INDICADOR: DE PROCESO Y RESULTADO		RESULTADOS	TOTAL
	N° de acciones de mejora implementadas	N° de acciones de mejora programadas x 100	I TRIMESTRE	
MEDICINA	26	$27 \times 100 = 96.29\%$		96.29%
HEMODIALISIS	14	$15 \times 100 = 93.33\%$		93.33%
EMERGENCIA	26	$34 \times 100 = 76.47\%$		76.47%

M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO  
Director General  
Hospital Regional de Loreto



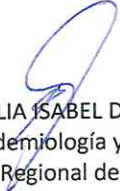
LIC. ENF. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.  
Jefe Oficina de Gestión de la Calidad  
Hospital Regional de Loreto



LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO  
Director Ejecutivo de Administración  
Hospital Regional de Loreto



LIC. ENF. ELIA ISABEL DÍAZ DÍAZ  
Jefe Oficina Epidemiología y Salud Pública  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JORGE LUIS BALDEÓN RÍOS  
Jefe Departamento de Medicina  
Hospital Regional de Loreto



M.C. GUILLERMO VELAZCO CURAY  
Jefe Departamento de Cirugía  
Hospital Regional de Loreto



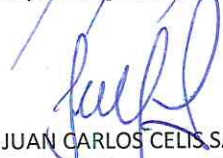
M.C. WILLY ALBERTO CARDENAS APAZA  
Jefe Departamento de Gineco-Obstetricia  
Hospital Regional de Loreto



M.C. SERGIO RUÍZ TELLO  
Jefe Departamento de Pediatría  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS  
Jefe Dpto. Enf. Infecciosas y Tropicales  
Hospital Regional de Loreto



M.C. LUIS ERNESTO ARTEAGA MENDOZA  
Jefe Departamento de Oncología  
Hospital Regional de Loreto



C.D. ERWIN VALDERRAMA PANDURO  
Jefe Departamento Odontología  
Hospital Regional de Loreto



Q.E. IMELDA VALENTINA RODRIGUEZ SANDOVAL  
Jefe Departamento de Farmacia  
Hospital Regional de Loreto



PSC. NIDIA RENGIFO COLLANTES  
Jefe Departamento de Psicología  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI  
Jefe Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos  
Hospital Regional de Loreto





LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS  
Jefe Departamento de Enfermería  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JOSÉ LEONCIO BACA HUAMAN  
Jefe Dpto. Anestesiología y Centro Quirúrgico  
Hospital Regional de Loreto



M.C. RICCI CHAFLOQUE VASQUEZ  
Jefe Dpto. Patología Clínica y Anatomía Patológica  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JULIO ALFREDO CANELO TORRES  
Jefe Dpto. de Diagnóstico por Imágenes  
Hospital Regional de Loreto



M.C. ROSA ENCARNACIÓN MERA ARO  
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación  
Hospital Regional de Loreto



BLGA. ANA VICTORIA CARVALHO DEL AGUILA  
Jefe Unidad de Salud Ambiental  
Hospital Regional de Loreto



LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS  
Jefe Unidad Garantía de la Calidad  
Hospital Regional de Loreto



BACH. LILIA SOLEDAD REATEGUI DEL CASTILLO  
Jefe Unidad de atención al Ciudadano  
Hospital Regional de Loreto

# RONDAS DE SEGURIDAD

# UPSS

# HEMODIÁLISIS

# 28/02/22



**ANEXO N° 02**  
**FICHA DE**  
**EVALUACIÓN**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HEMODIÁLISIS	FECHA APLICACION:	11/02/2022	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARIMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EEES, N° de HCl, 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.	NO	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de la enfermedad actual.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SI	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HEMODIÁLISIS	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARIAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	89%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	La letra de la Historia Clínica es legible	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Historia clínica ordenada y limpia.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	88%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	88%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	88%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	88%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	88%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	SI	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HEMODIÁLISIS	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	88%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	88%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	88%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO APLICA	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	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.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	SI	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	NO APLICA	

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HEMODIÁLISIS	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	SI	

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HEMODIÁLISIS	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencian comunicaciones reciprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	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.	SI	
HIGIENE DE MANOS	63%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SI	

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD**

**FICHA DE EVALUACIÓN**

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HEMODIÁLISIS	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HIGIENE DE MANOS	63%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	SI	
HIGIENE DE MANOS	63%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	63%	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	SI	
HIGIENE DE MANOS	63%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	63%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	63%	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.	NO	
HIGIENE DE MANOS	63%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	SI	
BIOSEGURIDAD	50%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	50%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	50%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	SI	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HEMODIÁLISIS	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
BIOSEGURIDAD	60%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	SI	
BIOSEGURIDAD	60%	El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	
BIOSEGURIDAD	60%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	
BIOSEGURIDAD	60%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	
BIOSEGURIDAD	60%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	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.	NO	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	



**ANEXO N° 03**  
**HOJA DE**  
**RESULTADOS**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD RESULTADOS DE EVALUACIÓN

Table with columns: IPRESS, UPSS, TITULAR/RESPONSABLE IPRESS, RESP. DE ADMINISTRACION, RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA, TRIMESTRE, FECHA APLICACION, RESP. EPIDEMIOLOGIA, RESP. DE LA UPSS, RESP. OFIC. JUNIDAD CALIDAD, OTROS RESPONSABLES. Includes date 11/02/2022 and year 2022.

Table with columns: BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS, % CUMPLIMIENTO. Lists 13 categories such as 'REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA' (89%), 'SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS' (88%), etc., ending with a 'PROMEDIO' of 76%.

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. ROSA ENCARNACION MERA ARO Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

76%

DIRECCION REGIONAL DE SALUD HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. ALFREDO CANELO TORRES

WVA NELEPAC DE DIAGNOSTICO POR DIAGNOSIS

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Enf. LORENA DEL PILAR ARMAS NAVAS

Departamento de Enfermería

Dirección Regional de Salud-Loreto HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. HAYDEE ALVARADO CORA Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Enf. Jacqueline Rios Salinas Jefe de la Unidad de Garantía de la Calidad

Dirección Regional de Salud - Loreto HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Ecol. Ana Victoria Carvallo del Aguila Jefe de la Unidad de Salud Ambiental

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS" Ps. JAYOLA RENGIFO COLLANTES PSICOLOGA CLINICA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Enf. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Pública

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "Felipe Arriola Iglesias"

Bach. Lilian Del Castillo JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCION AL CIUDADANO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Erwin Valderrama P. Jefe del Dpto. Odontoesmatología

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDINI JEFE DPTO. EMERGENCIA Y UNIDADES CRITICAS

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Q.F. IMELDA V. RODRIGUEZ SANDOVAL JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS" Departamento de Cirugia

Dr. GUILLERMO EDUARDO VELAZCO CURAY Jefe del Departamento de Cirugia

DIRECCION REGIONAL DE SALUD HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "Felipe Arriola Iglesias"

Dr. JORGE LUIS BALDEON RIOS Jefe del Dpto. de Medicina

Dirección Regional de Salud-Loreto HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "Felipe Arriola Iglesias"

M.C. RICCA, Chiffoque Vásquez C.M.P. 71893 Jefe del Dpto. de Patología Clínica y

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. SERGIO RUIZ TELLO C.M.P. 28184-RNE. 15638 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO C.M.P. N° 36660 - RNE 28833 Director General

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. ADM. MARIA R. AREVALO PEIXOTO Directora Ejecutiva de Administración

# **ANEXO N° 04**

# **MATRIZ DE**

# **RIESGOS**

35 E

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD  
**MATRIZ DE RIESGOS**

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		11/02/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HEMODIÁLISIS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

**PROBABILIDAD**

TRIFUNTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
BAJA	1

**GRAVEDAD / IMPACTO**

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	89%	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.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	88%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	5	7	35
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	6	7	35
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	6	7	35
HIGIENE DE MANOS	63%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	63%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	55%	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.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	80%	El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle' o Paquete de Medicina para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	80%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	80%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	80%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	5	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todas sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	4	7	28

**ANEXO N°05**  
**PRIORIZACIÓN**  
**DE**  
**INTERVENCIONES**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HEMODIÁLISIS	FECHA APLICACION:		11/02/2022	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARIAS NAVAS	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDÉE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	89%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HGI, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, CNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	NO	35	3	105
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (previnivos o definitivos)	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA UPSS	80%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	35	3	105
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el traslante del paciente como en el cartel visible.	NO	35	3	105
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	25	2	70
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Vigilancia continúa las pertenencias de los pacientes y las vitrinas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO	25	2	70
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	80%	Cochete de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	24	3	105
HIGIENE DE MANOS	83%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	28	2	70
HIGIENE DE MANOS	82%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	28	2	70
HIGIENE DE MANOS	82%	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.	NO	28	2	70
BIOSEGURIDAD	80%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundles" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	22	2	70
BIOSEGURIDAD	80%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	24	2	70
BIOSEGURIDAD	80%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semi-rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	24	2	70
BIOSEGURIDAD	80%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semi-rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	24	2	70
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	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.	NO	23	3	84

**ANEXO N° 06**  
**PLAN DE ACCIÓN**

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	FECHA APLICACION:		(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HEMODIÁLISIS		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Actualizar el formato de historia clínica que incluya el registro del CIE 10	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
105	HISTORIA CLINICA	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del FEISS, N° de HCL, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civi, Instrucción, Ocupación, Relación, Acomodante o Responsable de ser el	Memorando al personal que labora en Hemodiálisis para el llenado correcto de las historias clínicas.	Departamento de Hemodiálisis	4/03/2022
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Solicitar a un personal para vigilancia y el control respectivo ante los eventos suscitados.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
70	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Implementar el sistema de stickers de colores en las historias clínicas según riesgo de caídas de los pacientes.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
105	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementar un cuaderno de análisis de incidentes y eventos adversos, en el área de hemodiálisis	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
70	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.	Solicitar a un personal para vigilancia y el control respectivo ante los eventos suscitados.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Implementar el sistema de stickers de colores en las historias clínicas según riesgo de caídas de los pacientes.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar supervisión y monitoreo de higiene de manos y realizar actividades de reforzamiento.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
84	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.	Realizar un informe sobre el cumplimiento de la garantía del mantenimiento preventivo de los equipos de hemodiálisis.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
70	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Socialización al personal de hemodiálisis, sobre la normativa vigente de bioseguridad.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HEMODIÁLISIS	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
70	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Realizar sala situacional observando las 10 primeras causas de Morbimortalidad del servicio.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Socialización al personal de hemodiálisis, sobre la normativa vigente de bioseguridad.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Realizar supervisión y monitoreo de higiene de manos y realizar actividades de reforzamiento.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Implementar en el área de hemodiálisis las señalización correspondiente según normativa vigente de bioseguridad.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
70	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.	Realizar supervisión y monitoreo de higiene de manos y realizar actividades de reforzamiento.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022

**ANEXO N° 07**  
**FICHA DE**  
**MONITOREO**

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

TRIMESTRE:	2022
FECHA APLICACIÓN:	11/02/2022
FECHA APLICACIÓN:	(DD/MM/AAAA)
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	
HEMODIALISIS	
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ
TITULAR RESPONSABLE UPSS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEKOTO
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS
RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PERA
RESP. OFICINA DE CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS

93%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR/INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (diferencial)	MONITOREO (diferencial)	IMPLEMENTACIÓN
105	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 a DSM-IV de correspondiente (resumen o definitivo)	Actualizar el formato de historia clínica que incluye el registro del CIE 10	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	El formato que se utiliza en el servicio de hemodialis, se encuentra en proceso.	SI
105	HISTORIA CLINICA	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del BEES, IV de HCL, Membres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Sexo, Edad, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	Monitorear al personal que labora en Hemodialis para el llenado correcto de las historias clínicas.	Departamento de Hemodialis	4/03/2022	Si se aplico el llenado correcto de las historias clínicas	SI
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Cocha de paro cuenta con las litamoras necesarias para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Solicitar a un personal para vigilancia y el control respectivo ante los eventos sustraídos.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	no se realizó coordinación respectiva	NO
70	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fuertemente identificable.	Implementar el sistema de sileros de cobetas en las historias clínicas según riesgo de caídas de los pacientes.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	Las Historias Clínicas se encuentran con sileros de cobetas según de cada.	SI
105	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementar un cuaderno de análisis de incidentes y eventos adversos, en el área de hemodialis	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	Se evidencia falta de implementación de folder de incidentes y eventos adversos	SI
70	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia constante las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos pertenecientes al paciente.	Solicitar a un personal para vigilancia y el control respectivo ante los eventos sustraídos.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	personal tecnico realiza la vigilancia y control respectivo ante eventos sustraídos	SI
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente bajo en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Implementar el sistema de sileros de cobetas en las historias clínicas según riesgo de caídas de los pacientes.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	Las Historias Clínicas se encuentran con sileros de cobetas según riesgo de caídas.	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 60 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar supervisión y monitoreo de higiene de manos y realizar actividades de reforzamiento.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	El personal estacionado cumple con los procesos de higiene de manos.	SI
84	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Realizar un informe sobre el cumplimiento de la garantía del mantenimiento preventivo de los equipos de hemodialis.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	se evidencia informe de garantía de los equipos de hemodialis.	SI
70	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Cure Bundle" o "Paquete de Medidas" para la prevención de las IMAE basadas en evidencia científica.	Socialización al personal de hemodialis, sobre la normativa vigente de bioseguridad.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	Se evidencia memorando al personal de hemodialis, sobre la normativa vigente de Bioseguridad.	SI
70	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IMAE en la UPSS.	Realizar esta actividad obteniendo las 10 primeras causas de morbimortalidad del servicio.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	se evidencia Data Sheet acerca al área de Hemodialis.	SI

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPRESS:	HEMODIALISIS	FECHA APLICACION:	11/02/2022	(DDMM/AAAA)	
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA IPRESS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFICINA/JUNTA CALIDAD:	DR. HAYDÉE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIGÓS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROPIEDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Socialización al personal de hemodialis, sobre la normativa vigente de bioseguridad.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	Se evidencia monitoreo al personal de hemodialis, sobre socialización de higiene de manos y bioseguridad.	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (paso y tiempo).	Realizar supervisión y monitoreo de higiene de manos y realizar actividades de reforzamiento.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	El personal atiende de acuerdo a la normativa de higiene de manos según normativa.	SI
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalados las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Implementar en el área de hemodialis las señalización correspondiente según normativa vigente de bioseguridad.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	En el área de Hemodialis se observó que se cumplió con la señalización de la Normativa de Bioseguridad.	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 60%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad sustancial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Realizar supervisión y monitoreo de higiene de manos y realizar actividades de reforzamiento.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	Se evidencia monitoreo de socialización, reforzamiento sobre higiene de manos.	SI

# **ANEXO N°08**

## **I TRIMESTRE**

RONDAS DE SEGURIDAD  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

ANEXO 08

INDICADORES DE EVALUACIÓN – 2022

RESULTADO PRIMER TRIMESTRE 2022

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


INDICADOR DE PROCESO		RESULTADO	TOTAL
NUMERADOR	DENOMINADOR	I TRIMESTRE	
N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	N° de Rondas de Seguridad del paciente programadas x 100	$3/12 \times 100 = 25\%$	25%

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


SERVICIOS	INDICADOR: DE RESULTADO		RESULTADOS	TOTAL
	N° de verificadores conformes	N° de verificadores evaluados x 100	I TRIMESTRE	%
MEDICINA	99	$126 \times 100 = 78.57$		78.57%
HEMODIALISIS	59	$76 \times 100 = 77.63$		77.63%
EMERGENCIA	78	$112 \times 100 = 69.64$		69.64%

3. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

SERVICIOS	INDICADOR: DE PROCESO Y RESULTADO		RESULTADOS	TOTAL
	N° de acciones de mejora implementadas	N° de acciones de mejora programadas x 100	I TRIMESTRE	
MEDICINA	26	$27 \times 100 = 96.29\%$		96.29%
HEMODIALISIS	14	$15 \times 100 = 93.33\%$		93.33%
EMERGENCIA	26	$34 \times 100 = 76.47\%$		76.47%




M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO  
Director General  
Hospital Regional de Loreto




LIC. ENF. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.  
Jefe Oficina de Gestión de la Calidad  
Hospital Regional de Loreto



LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO  
Director Ejecutivo de Administración  
Hospital Regional de Loreto




LIC. ENF. ELIA ISABEL DÍAZ DÍAZ  
Jefe Oficina Epidemiología y Salud Pública  
Hospital Regional de Loreto




M.C. JORGE LUIS BALDEÓN RÍOS  
Jefe Departamento de Medicina  
Hospital Regional de Loreto




M.C. GUILLERMO VELAZCO CURAY  
Jefe Departamento de Cirugía  
Hospital Regional de Loreto




M.C. WILLY ALBERTO CARDENAS APAZA  
Jefe Departamento de Gineco-Obstetricia  
Hospital Regional de Loreto



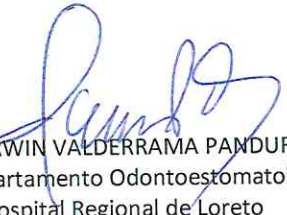
M.C. SERGIO RUÍZ TELLO  
Jefe Departamento de Pediatría  
Hospital Regional de Loreto




M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS  
Jefe Dpto. Enf. Infecciosas y Tropicales  
Hospital Regional de Loreto




M.C. LUIS ERNESTO ARTEAGA MENDOZA  
Jefe Departamento de Oncología  
Hospital Regional de Loreto




C.D. ERWIN VALDERRAMA PANDURO  
Jefe Departamento Odontoestomatología  
Hospital Regional de Loreto



Q.F. IMELDA VALENTINA RODRIGUEZ SANDOVAL  
Jefe Departamento de Farmacia  
Hospital Regional de Loreto



PSC. NIDIA RENGIFO COLLANTES  
Jefe Departamento de Psicología  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI  
Jefe Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos  
Hospital Regional de Loreto



LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS  
Jefe Departamento de Enfermería  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JOSÉ LEONCIO BACA HUAMAN  
Jefe Dpto. Anestesiología y Centro Quirúrgico  
Hospital Regional de Loreto



M.C. RICCI CHAFLOQUE VASQUEZ  
Jefe Dpto. Patología Clínica y Anatomía Patológica  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JULIO ALFREDO CANELO TORRES  
Jefe Dpto. de Diagnóstico por Imágenes  
Hospital Regional de Loreto



M.C. ROSA ENCARNACIÓN MERA ARO  
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación  
Hospital Regional de Loreto



BLGA. ANA VICTORIA CARVALHO DEL AGUILA  
Jefe Unidad de Salud Ambiental  
Hospital Regional de Loreto



LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS  
Jefe Unidad Garantía de la Calidad  
Hospital Regional de Loreto



BACH. LILIA SOLEDAD REATEGUI DEL CASTILLO  
Jefe Unidad de atención al Ciudadano  
Hospital Regional de Loreto



**RONDAS DE SEGURIDAD**

**UPSS**

**EMERGENCIAS**

**18/03/22**

**ANEXO N° 02**  
**FICHA DE**  
**EVALUACIÓN**



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS		
UPSS:	EMERGENCIA		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BAGCA PINTO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. OFIC. JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del IEISS, N° de HCl, 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.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de la enfermedad actual.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	
HISTORIA CLINICA	86%	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.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	NO APLICA	



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

# APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

## FICHA DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS				
UPSS:	EMERGENCIA				
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO				
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO				
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS				
		RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
		RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
		RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		
BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	SI		
HISTORIA CLINICA	86%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SI		
HISTORIA CLINICA	86%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	SI		
HISTORIA CLINICA	86%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	SI		
HISTORIA CLINICA	86%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	NO		
HISTORIA CLINICA	86%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	SI		
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	SI		
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	SI		
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	SI		
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de la Contrarreferencia del paciente	NO APLICA		
HISTORIA CLINICA	86%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO		
HISTORIA CLINICA	86%	Historia clínica ordenada y limpia.	SI		

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	18/03/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	19/03/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	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.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	SI	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	SI	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	SI	

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	19/03/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	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.	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	SI	



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	18/03/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	73%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	73%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	73%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	73%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	73%	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	73%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	73%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	73%	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	73%	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	SI	





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	19/03/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	75%	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.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	75%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones manifiestas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	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.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	SI	
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	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	18/03/2022	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC.JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	NO APLICA	
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	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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.	NO APLICA	

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	18/03/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BAGCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencian comunicaciones reciprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	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.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	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.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	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.	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	SI	

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD**

**FICHA DE EVALUACIÓN**

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	18/03/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARIAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HIGIENE DE MANOS	60%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	SI	
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	UNAS PINTADAS Y LARGAS
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	60%	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.	NO	
HIGIENE DE MANOS	60%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	
BIOSEGURIDAD	63%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	NO SE ENCONTRO TACHOS CON BOLSA NEGRA PERMITE MANEJO INADECUADO DE LOS RESIDUOS.
BIOSEGURIDAD	63%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	63%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	63%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	SI	
BIOSEGURIDAD	63%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	
BIOSEGURIDAD	63%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

### APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

#### FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	18/03/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
BIOSEGURIDAD	63%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	SI	
BIOSEGURIDAD	63%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	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.	NO	
			SELECCIONE	

**ANEXO N° 03**  
**HOJA DE**  
**RESULTADOS**



**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD**  
**RESULTADOS DE EVALUACIÓN**

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	18/03/2022	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	86%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	79%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	43%
PREVENCIÓN DE FUGA	33%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	73%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	50%
BIOSEGURIDAD	63%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
<b>PROMEDIO</b>	<b>67%</b>



DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
Dra. ROSA ENCARNACION MERA ARO  
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación  
CMP. N° 36762-RNE. N° 21111

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
DR. ALFREDO CANELO TORRES  
CMP. N° 39810  
JEFE DEL DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
HAYDEE ALVARADO CORA  
de Oficina de Gestión de la Calidad

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
Lic. Enf. Jacqueline Rios Salinas  
Jefe de la Unidad de Garantía de la Calidad

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
LIC. ENF. LORENA DEL PILAR ARMAS NAVAS  
CEP. N° 34978  
Departamento de Enfermería

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
Ecol. Ana Victoria Carvallo del Aguila  
Jefe de la Unidad de Salud Ambiental

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
D.S. JUDIA RENGIFO ACCOLLANTES  
PSICOLOGA CLINICA  
C.Ps.P. 22977  
JEFA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
Lic. Enf. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ  
Jefe de la Oficina de Epidemiología  
Unidad Clínica

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"Felipe Arriola Iglesias"

*[Signature]*  
Bach. Lilian S. Reategui Del Castillo  
JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
Dr. Erwin Valderrama P.  
Jefe del Dpto. Odontoesmatología  
COP. 20936

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDINI  
JEFE DPTO. EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS  
CMP. N° 48964

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
D.E. MELBA V. RODRIGUEZ SANDOVAL  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA  
CQFP 19777

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"  
Departamento de Cirugia

*[Signature]*  
Dr. GUILLERMO EDUARDO VELAZCO CURAY  
Jefe del Departamento de Cirugia  
Médico Neurocirujano  
CMP: N° 64672-RNE. N° 41401

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"Felipe Arriola Iglesias"

*[Signature]*  
Dr. JORGE LUIS GALDEON RISE  
Jefe del Dpto. de Medicina  
Médico Internista  
CMP 26449 - RNE. 14477

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
Dr. SERGIO RUIZ TELLO  
CMP. 28134-RNE. 15636  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
Dr. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO  
CMP N° 36660 - RNE 28553  
Director General

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO  
"FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

*[Signature]*  
Lic. ADM. MARIA R. AREVALO PEIXOTO  
Directora Ejecutiva de Administración  
CLAD N° 01930

# **ANEXO N° 04**

# **MATRIZ DE**

# **RIESGOS**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS: HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS: EMERGENCIA	FECHA APLICACION:		18/03/2022	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION: LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

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

BUEVAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	80%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	4	4	16
HISTORIA CLINICA	80%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evitable.	NO	3	7	21
HISTORIA CLINICA	80%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	3	7	21
SEGURIDAD EN LA UPSS	70%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	70%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	70%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	40%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	40%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	40%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	40%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	30%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	30%	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurre a la contención mecánica.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	30%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	30%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ella.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 carritos para la administración correcta de medicamentos.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	70%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sentido.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	70%	Protocolo que establece población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	70%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	4	7	28

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

**MATRIZ DE RIESGOS**

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:	18/03/2022 (DD/MM/AAAA)		
UPSS:	EMERGENCIA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

**PROBABILIDAD**

TRIBUJANTE	5
PROBABLE	4
OCCASIONAL	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	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	50%	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.	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	50%	Menajes y dibujos que promuevan la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	53%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	53%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	63%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAS en la UPSS.	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	50%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	50%	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 los respectivos tarjetas.	NO	4	7	28

**ANEXO N°05**  
**PRIORIZACIÓN**  
**DE**  
**INTERVENCIONES**

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:		18/03/2022	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

VALORACIÓN DEL RIESGO

RIESGO IN/ALTA UPSS:	35 - 50
RIESGO IMPORTANTE	20 - 34
RIESGO MODERADO	4 - 19
RIESGO BAJO	1 - 3

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
IRREDUCIBLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	16	3	48
HISTORIA CLINICA	88%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	NO	21	2	42
HISTORIA CLINICA	88%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	24	2	70
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	78%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	70%	Teléfono o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Entrevista con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurre a la contención mecánica.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirse los medicamentos que recibe.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento los según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	73%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	73%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	73%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	28	2	56
HIGIENE DE MANOS	80%	Cumplimiento de los 06 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	35	2	70
HIGIENE DE MANOS	80%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	36	2	70
HIGIENE DE MANOS	80%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los casos momentos de la higiene de manos.	NO	35	2	70
HIGIENE DE MANOS	80%	Mensajes y dibujos que promuevan la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	36	2	70
BIOSEGURIDAD	62%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	36	2	70



**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD**

**PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN**

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		18/03/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	EMERGENCIA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

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

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

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
BIOSEGURIDAD	00%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundles" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	35	2	70
BIOSEGURIDAD	00%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	20	2	55
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	00%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	NO	20	2	55
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	00%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	20	2	55

**ANEXO N° 06**  
**PLAN DE ACCIÓN**

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD  
 PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	18/03/2022	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	18/03/2022 (DD/MM/AAAA)			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ			
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA			
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS			

## ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
42	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	Memorando de solalización sobre la importancia del registro de incidencia y eventos adversos y respectiva medidas correctivas	Departamento de Emergencia	6/05/2022
48	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Memorando del jefe del departamento de Emergencia (médicos) llenado correcto del HCL, FUA, RUE, del CIE10	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Solicitar por medio de la receta médica el brazalete de identificación según sexo.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementar el formato de consentimiento informado de actividades de docencia.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
70	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible	Memorando del Jefe de Departamento de Emergencia para legibilidad de recetas y de Historias Clínicas.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Solicitar a la Dirección la implementación de timbre en el servicio de Emergencia.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Socializar al personal de salud sobre la importancia de el registro, notificación y medidas correctivas de los incidentes y eventos adversos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Socializar al personal la importancia del registro de datos correctos del paciente.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Convocar a reuniones con los enfermeros para incidir en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrado en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Solicitar a la Dirección la dotación de ropa para el paciente (batas, sábanas)	Departamento de Emergencia	6/05/2022

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLES	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	18/03/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	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.	Elaborar una guía de procedimientos de paciente en riesgo de fuga.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Elaborar una guía de procedimientos de paciente en riesgo de fuga.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Solicitar por medio de la receta única estandarizada el brazalete de identificación del paciente.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	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.	Elaborar una guía de procedimientos de paciente en riesgo de fuga.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Elaborar una guía de procedimientos sobre el riesgo de caídas	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Socializar con el personal sobre la importancia de la información de los efectos adversos de medicamentos administrados.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	Socializar con el personal la importancia de rotular los insumos para brindar un buen manejo.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Socializar con el personal para una adecuada administración e identificación del medicamento.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Socializar con el personal para una adecuada administración e identificación del medicamento.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Socializar con el personal el buen uso y almacenamiento de medicamentos	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Implementar el formato para el control efectivo de caducidad de insumos médicos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Convocar a reuniones con los enfermeros para incidir en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrado en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
FECHA APLICACION:	18/03/2022 (DD/MM/AAAA)		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Convocar a reuniones con los enfermeros para incidir en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrado en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Convocar a reuniones con los enfermeros para incidir en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrado en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN 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.	Convocar a reunión implementar el sistema de registro de sujeción mecánica y reevaluación periódica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar curso taller sobre higiene de manos (8 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Realizar curso taller sobre higiene de manos(11 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022
70	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.	Realizar curso taller sobre higiene de manos(11 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Realizar curso taller sobre higiene de manos(11 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022
70	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Emergencia	6/05/2022
70	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar al área de mantenimiento el plan anual , donde se verifica el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	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.	Solicita al área de mantenimiento las tarjetas de mantenimiento preventivo biomédicos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022

**ANEXO N° 07**

**FICHA DE**

**MONITOREO**



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	18/03/2022		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULO DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

76%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROPIEDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
42	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	Memorando de socialización sobre la importancia del registro de incidentos y eventos adversos y respectivas medidas correctivas.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	No realiza ningún trámite con relación a la socialización sobre la importancia del registro de incidentos y eventos adversos.	NO
46	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 & DSM IV de correspondir (presuntivos o definitivos)	Memorando del jefe del departamento de Emergencia (médico) llevado con el HCL, FUA, RUE, del CIE10	Departamento de Emergencia	6/05/2022	En el rubro monomero (M), socialización de importancia del registro de incidentos y eventos adversos en historias clínicas.	SI
66	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Solicitar por medio de la receta médica al brazalete de identificación según sexo.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	Se evidencia la aplicación y utilización de los brazaletes en pacientes que se encuentran en los servicios de observación adulto y de observación adulto y pediátrico.	SI
68	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementar el formato de consentimiento informado de actividades de docencia.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	No se evidencia la implementación de los consentimientos informado de actividades de docencia.	NO
70	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible	Memorando del Jefe de Departamento de Emergencia para legibilidad de recetas y de Historias Clínicas.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	En el rubro monomero (M), Socialización de importancia del Registro de datos del paciente en historias clínicas.	SI
69	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Validar a la Dirección la implementación de timbre en el servicio de Emergencia.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	No se evidencia validación sobre la implementación de timbre en Emergencia.	NO
59	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentos y eventos adversos.	Socializar al personal de salud sobre la importancia de el registro, notificación y medidas correctivas de los incidentos y eventos adversos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	En el rubro monomero (M), importancia del Registro de datos del paciente en historias clínicas.	SI
58	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Socializar al personal la importancia del registro de datos correctos del paciente.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	En el rubro monomero (M), Socialización de importancia del Registro de datos del paciente en historias clínicas.	SI
59	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Convocar a reuniones con los enfermeros para incidir en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrados en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	Se realiza el monomero (M), sobre la socialización sobre la importancia de la socialización de los medicamentos.	SI
58	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Solicitar a la Dirección la dotación de ropa para el paciente (batas, sábanas)	Departamento de Emergencia	6/05/2022	No se evidencia solicitud sobre la implementación de dotación de ropa para el paciente.	NO

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	10/03/2022 (DDMMAAAA)		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BAGCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

76%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Entradas 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.	Elaborar una guía de procedimientos de paciente en riesgo de fuga.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	NO
60	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Evaluación de un procedimiento o protocolo que se activa en caso de fuga de paciente.	Elaborar una guía de procedimientos de paciente en riesgo de fuga.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	NO
60	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Solicitar por medio de la receta única estandarizada al brazalete de identificación del paciente.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
56	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.	Elaborar una guía de procedimientos de paciente en riesgo de fuga.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	NO
60	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Elaborar una guía de procedimientos sobre el riesgo de caídas	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	NO
55	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producir los medicamentos que recibe.	Socializar con el personal sobre la importancia de la información de los efectos adversos de medicamentos administrados.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ella.	Socializar con el personal la importancia de rotular los insumos para brindar un buen manejo.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Socializar con el personal para una adecuada administración e identificación del medicamento.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlo.	Socializar con el personal para una adecuada administración e identificación del medicamento.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Socializar con el personal al buen uso y almacenamiento de medicamentos	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Implementar el formato para el control efectivo de caducidad de insumos médicos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Conocer a reuniones con los enfermeros para brindar en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrados en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD  
 APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	18/03/2022		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DR. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

76%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sentido.	Convocar a reuniones con los enfermeros para incidir en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrado en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	Se realizó monitoreo (M), focalización de importancia del Registro de Efectos en en Historia Clínica.
56	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Procedo que establece población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los correctivos mecánicos de sujeción mecánica.	Convocar a reuniones con los enfermeros para incidir en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrado en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	Se realizó monitoreo (M), focalización de importancia del Registro de Efectos en en Historia Clínica.
56	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Sistema de registro específico de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Convocar a reunión Implementar el sistema de registro de sujeción mecánica y reevaluación periódica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	Elaboración de un documento para los enfermeros que se en posición propia.
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar curso taller sobre higiene de manos (8 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	Se realizó capacitación sobre Bioseguridad del paciente.
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Realizar curso taller sobre higiene de manos(11 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	Se realizó capacitación sobre Bioseguridad del paciente.
70	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.	Realizar curso taller sobre higiene de manos(11 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	Se realizó capacitación sobre Bioseguridad del paciente.
70	HIGIENE DE MANOS	Manejas y dibujos que promuevan la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Realizar curso taller sobre higiene de manos(11 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	Se realizó capacitación sobre Bioseguridad del paciente.
70	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	Se realizó capacitación sobre Bioseguridad del paciente.
70	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundles' o Paquetes de Medidas para la prevención de las IMAS basadas en evidencia científica.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	Se realizó capacitación sobre Bioseguridad del paciente.
56	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IMAS en la UPSS.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	Se realizó capacitación sobre Bioseguridad del paciente.
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluido los nuevos).	Splicar al área de mantenimiento al plan anual, donde se verifica el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	Se evidencia la solicitud plan de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos.
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluido los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Splicar al área de mantenimiento las tarjetas de mantenimiento preventivo biomédicos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	Se evidencia la solicitud plan de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos.

# **ANEXO N°08**

## **I TRIMESTRE**

**RONDAS DE SEGURIDAD  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO**

**ANEXO 08**

**INDICADORES DE EVALUACIÓN – 2022**

RESULTADO PRIMER TRIMESTRE 2022

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

INDICADOR DE PROCESO		RESULTADO	TOTAL
NUMERADOR	DENOMINADOR	I TRIMESTRE	
N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	N° de Rondas de Seguridad del paciente programadas x 100	$3/12 \times 100 = 25\%$	25%

**2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

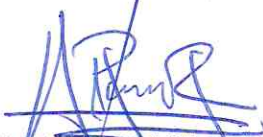
SERVICIOS	INDICADOR: DE RESULTADO		RESULTADOS	TOTAL
	N° de verificadores conformes	N° de verificadores evaluados x 100	I TRIMESTRE	%
MEDICINA	99	$126 \times 100 = 78.57$		78.57%
HEMODIALISIS	59	$76 \times 100 = 77.63$		77.63%
EMERGENCIA	78	$112 \times 100 = 69.64$		69.64%


**3. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**


SERVICIOS	INDICADOR: DE PROCESO Y RESULTADO		RESULTADOS	TOTAL
	N° de acciones de mejora implementadas	N° de acciones de mejora programadas x 100	I TRIMESTRE	
MEDICINA	26	$27 \times 100 = 96,29\%$		96.29%
HEMODIALISIS	14	$15 \times 100 = 93.33\%$		93.33%
EMERGENCIA	26	$34 \times 100 = 76.47\%$		76.47%

  
M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO  
Director General  
Hospital Regional de Loreto


  
LIC. ENF. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.  
Jefe Oficina de Gestión de la Calidad  
Hospital Regional de Loreto

  
LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO  
Director Ejecutivo de Administración  
Hospital Regional de Loreto

  
LIC. ENF. ELIA ISABEL DÍAZ DÍAZ  
Jefe Oficina Epidemiología y Salud Pública  
Hospital Regional de Loreto


  
M.C. JORGE LUIS BALDEÓN RÍOS  
Jefe Departamento de Medicina  
Hospital Regional de Loreto


  
M.C. GUILLERMO VELAZCO CURAY  
Jefe Departamento de Cirugía  
Hospital Regional de Loreto


  
M.C. WILLY ALBERTO CARDENAS APAZA  
Jefe Departamento de Gineco-Obstetricia  
Hospital Regional de Loreto

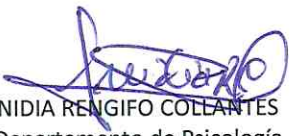
  
M.C. SERGIO RUÍZ TELLO  
Jefe Departamento de Pediatría  
Hospital Regional de Loreto


  
M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS  
Jefe Dpto. Enf. Infecciosas y Tropicales  
Hospital Regional de Loreto

  
M.C. LUIS ERNESTO ARTEAGA MENDOZA  
Jefe Departamento de Oncología  
Hospital Regional de Loreto

  
C.D. ERWIN VALDERRAMA PANDURO  
Jefe Departamento Odontostomatología  
Hospital Regional de Loreto

  
Q.F. IMELDA VALENTINA RODRIGUEZ SANDOVAL  
Jefe Departamento de Farmacia  
Hospital Regional de Loreto

  
PSC. NIDIA RENGIFO COLLANTES  
Jefe Departamento de Psicología  
Hospital Regional de Loreto

  
M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI  
Jefe Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos  
Hospital Regional de Loreto





LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS  
Jefe Departamento de Enfermería  
Hospital Regional de Loreto



M.C. RICCI CHAFLOQUE VASQUEZ  
Jefe Dpto. Patología Clínica y Anatomía Patológica  
Hospital Regional de Loreto



M.C. ROSA ENCARNACIÓN MERA ARO  
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación  
Hospital Regional de Loreto



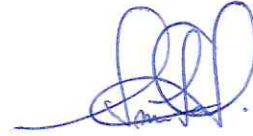
LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RÍOS SALINAS  
Jefe Unidad Garantía de la Calidad  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JOSÉ LEONCIO BACA HUAMAN  
Jefe Dpto. Anestesiología y Centro Quirúrgico  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JULIO ALFREDO CANELO TORRES  
Jefe Dpto. de Diagnóstico por Imágenes  
Hospital Regional de Loreto



BLGA. ANA VICTORIA CARVALHO DEL AGUILA  
Jefe Unidad de Salud Ambiental  
Hospital Regional de Loreto



BACH. LILIA SOLEDAD REATEGUI DEL CASTILLO  
Jefe Unidad de atención al Ciudadano  
Hospital Regional de Loreto

**RONDAS DE SEGURIDAD**

**UPSS**

**INFECTOLOGÍA**

**11/04/22**

**ANEXO N° 02**

**FICHA DE**

**EVALUACIÓN**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARIAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del IEESS, N° de HCl, 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.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la enfermedad actual.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	
HISTORIA CLINICA	92%	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.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	SI	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LÓRETO FÉLIX SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	92%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epítois, incluyendo diagnóstico definitivo.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la Contrareferencia del paciente	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	La letra de la Historia Clínica es legible	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	Historia clínica ordenada y limpia.	SI	



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	



## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	86%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	86%	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	86%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	86%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	86%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	86%	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.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	86%	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	SI	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	NO	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO GORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requeridos.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	





PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

BUENAS PRÁCTICAS		%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
IPRESS: HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS UPSS: HOSPITALIZACIÓN TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO RESP. DE ADMINISTRACION: LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS					
TRIMESTRE:		II TRIMESTRE		AÑO: 2022	
FECHA APLICACION:		11/04/2022		(DD/MM/AAAA)	
RESP. EPIDEMIOLOGIA:		LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ			
RESP. DE LA UPSS:		M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS			
RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:		DRA. HAYDEE ALVARADO CORA			
OTROS RESPONSABLES:		LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS			
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	SI		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	SI		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	NO		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	SI		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	SI		
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	SI		



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO GORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	50%	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.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	50%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	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.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discurrirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	SI	
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	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

## APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

### FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022 (DDMM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	NO APLICA	
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	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	86%	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.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	86%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	86%	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	86%	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	86%	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	86%	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	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	86%	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.	NO	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGÍA:	L.I.C. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	L.I.C. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	L.I.C. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	L.I.C. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	86%	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.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	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.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	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.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	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.	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	SI	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HIGIENE DE MANOS	100%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	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.	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	SI	
BIOSEGURIDAD	25%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	
BIOSEGURIDAD	25%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	25%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	25%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	NO	
BIOSEGURIDAD	25%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	
BIOSEGURIDAD	25%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022 (DDMM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
BIOSEGURIDAD	25%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	
BIOSEGURIDAD	25%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	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.	NO	
			SELECCION	

**ANEXO N° 03**

**HOJA DE**

**RESULTADOS**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	92%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	29%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	0%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	86%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	25%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
<b>PROMEDIO</b>	<b>67%</b>

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

67%

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. ROSA ENCARNACION MEDA ARO Jefa Dpto. Medicina Física y Rehabilitación CMP. N° 33182-RNE. N° 21111

Dirección Regional de Salud-Loreto HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. HAYDEE ALVARADO CORA Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad

Dirección Regional de Salud - Loreto HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Ecol. Ana Victoria Carvallo del Aguila Jefe de la Unidad de Salud Ambiental

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "Felipe Arriola Iglesias"

Bach. Lilian S. Rodríguez Del Castillo JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCION AL CIUDADANO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Q.F. INELDA V. RODRIGUEZ SANDOVAL JEFA DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA CQFP 19777

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. SERGIO RUIZ TELLO CMP. 28184-RNE. 15638 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Enf. Jacqueline Ríos Salinas Jefe de la Unidad de Garantía de la Calidad

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS" P.S. ANDREA REMIGIO COLLANTES PSICOLOGA CLINICA C.P. P. 22977 JEFA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Erwin Valderrama P. Jefe del Dpto. Odontoesmatologia COP. 20936

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS" Departamento de Cirugia

Dr. GUILLERMO EDUARDO VELAZCO CURAY Jefe del Departamento de Cirugia Médico Neurólogo CMP: N° 64672-RNE. N° 41401

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO CMP N° 36660 - RNE 28653 Director General

DIRECCION REGIONAL DE SALUD HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. ALFREDO CANELO TORRES CMP N° 30816

JEFE DEL DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

LIC. ENF. LORENA DEL PILAR ARMAS NAVAS CEP. N° 34978 Jefa del Departamento de Enfermería

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE SALUD-LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Enf. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Pública

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. JOSE C. REMIGIO FERNANDINI JEFE DPTO. EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS CMP N° 46964

DIRECCION REGIONAL DE SALUD HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "Felipe Arriola Iglesias"

Dr. JORGE LOIS BALDEON RIOS Jefe del Dpto. de Medicina Médico Internista CMP° 26449 - RNE 14477

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Adm. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO Jefa de Oficina de Administración C.A.O.P. 31930

M.C. RICARDO CHALQUIQUE VASQUEZ JEFE DEL DPTO. DE PATOLOGIA CLINICA Y



**ANEXO N° 04**  
**MATRIZ DE**  
**RIESGOS**

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

**MATRIZ DE RIESGOS**

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

**PROBABILIDAD**

RECURRENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

**GRAVEDAD / IMPACTO**

CATASTROFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	4	4	16
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 e DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	4	4	16
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	99%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos-cognitivos.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	99%	La entrega como la retirada de las onmidas, 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.	NO	4	7	28
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	4	7	28

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

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	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
BIOSEGURIDAD	25%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	25%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	25%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	25%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAS en la UPSS.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	25%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	25%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	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.	NO	4	7	28

**ANEXO N°05**  
**PRIORIZACIÓN**  
**DE**  
**INTERVENCIONES**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:		11/04/2022	(DDMM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	16	2	32
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	16	2	32
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	NO	28	1	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	88%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	28	1	84
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	28	1	84
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	80%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	50%	Revisación diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	50%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	50%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre en cama.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	50%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	50%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	80%	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederá al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	NO	28	2	56
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	28	2	56
BIOSEGURIDAD	29%	Deposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	28	2	56
BIOSEGURIDAD	29%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	NO	28	2	56
BIOSEGURIDAD	29%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	28	SELECCIONE	
BIOSEGURIDAD	29%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	28	SELECCIONE	
BIOSEGURIDAD	29%	Se observa si se encuentran señalizadas las zonas rígidas y semi-rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	28	SELECCIONE	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

**PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN**

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		11/04/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PIUTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

RIESGO INEVITABLE	55 - 50
RIESGO IMPORTANTE	20 - 34
RIESGO MODERADO	4 - 19
RIESGO BAJO	1 - 3

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

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
BIOSEGURIDAD	20%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	20	SELECCIONE	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	NO	20	SELECCIONE	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	20	SELECCIONE	

**ANEXO N° 06**  
**PLAN DE ACCIÓN**

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD  
PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:		II TRIMESTRE	AÑO:	2022
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIA		FECHA APLICACION:		
HOSPITALIZACIÓN		11/04/2022 (DD/MM/AAAA)		
RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:		
ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:		
		M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
		DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		
		OTROS RESPONSABLES:		

REALIZAR PRIORIDAD

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Realizar la supervisión del plan de trabajo e historias clínicas de acuerdo a su patología de cada paciente.	Departamento de Infectología	1/06/2022
HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	Elaboración de memorando de cumplimiento de CIE -10	Departamento de Infectología	1/06/2022
SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Socializar al personal de salud sobre la importancia de el registro, notificación y medidas correctivas de los incidentes y eventos adversos.	Departamento de Infectología	1/06/2022
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.	Realizar las coordinaciones con la responsable del servicio y realizar las coordinaciones correspondientes y acceder a un personal con disposición frente a cualquier imprevisto.	Departamento de Infectología	1/06/2022
SEGURIDAD EN LA UPSS	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Realizar seguimiento de las interconsultas solicitadas y firma en cuaderno de cargo para evidencia de entrega.	Departamento de Infectología	1/06/2022
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.	Coordinar con el personal responsable (docente) de enviar el rol correspondiente del profesional asistencial, se realizará el control con sello y firma de cuaderno de record.	Departamento de Infectología	1/06/2022
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.	La responsable del servicio de infectología creará un grupo whatsapp donde se realizará las coordinaciones correspondientes como el cumplimiento de asistencia de turno.	Departamento de Infectología	1/06/2022
SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Socializar al personal de salud sobre la importancia de el registro, notificación y medidas correctivas de los incidentes y eventos adversos.	Departamento de Infectología	1/06/2022
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.	Elaborar directiva para control de objetivos peligrosos	Departamento de Infectología	1/06/2022
SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementar el formato de consentimiento informado de actividades de docencia.	Departamento de Infectología	1/06/2022



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:	11/04/2022	(DD/MM/AAAA)
HOSPITALIZACIÓN	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
RESPONSABLE IPRESS:	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS	
ADMINISTRACION:	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
SERVICIO ENFERMERÍA:	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

ALZAR PRIORIDAD

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
SEGURIDAD EN LA UPSS	Tímbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Implementar a través del proyecto de mejora continua el sistema de llamado al paciente	Departamento de Infectología	1/06/2022
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Solicitar compra de tela para ropa hospitalaria para los pacientes	Departamento de Infectología	1/06/2022
SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementar el folder de eventos adversos y respectiva notificación mensual	Departamento de Infectología	1/06/2022
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Elaborar documento a la Dirección compra de brazaletes de identificación	Departamento de Infectología	1/06/2022
SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Solicitar formato de registro de accidente ocupacional	Departamento de Infectología	1/06/2022
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Solicitar a un personal para vigilancia y el control respectivo ante los eventos suscitados.	Departamento de Infectología	1/06/2022
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Elaborar una guía de procedimientos de paciente en riesgo de fuga.	Departamento de Infectología	1/06/2022
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Socializar con el personal el buen uso y almacenamiento de medicamentos	Departamento de Infectología	1/06/2022
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	Elaborar un memo al personal asistencial para reevaluación diaria de pacientes.	Departamento de Infectología	1/06/2022
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Convocar a reuniones con los enfermeros para incidir en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrado en la Historia Clínica.	Departamento de Infectología	1/06/2022
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	Elaborar una guía de procedimientos del proceso de sujeción mecánica del paciente.	Departamento de Infectología	1/06/2022
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Elaborar una guía de procedimientos del proceso de sujeción mecánica del paciente.	Departamento de Infectología	1/06/2022

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD  
PLAN DE ACCIÓN

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIA		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
HOSPITALIZACIÓN		FECHA APLICACION:		11/04/2022 (DD/MM/AAAA)	
RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
OSERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC. JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ALIZAR PRIORIDAD

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN 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.	Convocar a reunión implementar el sistema de registro de sujeción mecánica y reevaluación periódica.	Departamento de Infectología	1/06/2022
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO 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.	Capacitar al personal de salud sobre depresión, control de emociones para prevención del suicidio.	Departamento de Infectología	1/06/2022
COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	Implementar un banner sobre los servicios que brinda, horario de atención y recibir información del médico tratante.	Departamento de Infectología	1/06/2022
BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	1/06/2022
BIOSEGURIDAD	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	1/06/2022
BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	1/06/2022
BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Realizar sala situacional observando las 10 primeras causas de Morbimortalidad del servicio.	Departamento de Infectología	1/06/2022
BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	1/06/2022
BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	1/06/2022
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Solicitar al área de mantenimiento el plan anual, donde se verifica el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	Departamento de Infectología	1/06/2022
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.	Solicita al área de mantenimiento las tarjetas de mantenimiento preventivo biomédicos.	Departamento de Infectología	1/06/2022

**ANEXO N° 07**  
**FICHA DE**  
**MONITOREO**

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	11/04/2022		(DDMM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDÉE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

79%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (d/m/a)	MONITOREO (d/m/a)	IMPLEMENTACIÓN
32	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 CDM IV de corresponder (psuquicos o físicos)	Realizar la supervisión del plan de trabajo e historias clínicas de acuerdo a su patología de cada paciente.	Departamento de Infectología	10/05/2022	10/05/2022	SI
32	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Hoja de Médicos.	Elaboración de memorando de cumplimiento de CIE -10	Departamento de Infectología	10/05/2022	10/05/2022	SI
59	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Socializar al personal de salud sobre la importancia de el registro, notificación y medidas correctivas de los incidentes y eventos adversos.	Departamento de Infectología	10/05/2022	10/05/2022	SI
59	SEGURIDAD EN LA UPSS	Mecanismo de respaldo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	Realizar las coordinaciones con la responsable del servicio y realizar las coordinaciones correspondientes y acceder a un personal con disposición previa a cualquier requerido.	Departamento de Infectología	10/05/2022	10/05/2022	SI
59	SEGURIDAD EN LA UPSS	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	Realizar seguimiento de las interconsultas solicitadas y firma en cuaderno de cargo para evidencia de entrega.	Departamento de Infectología	10/05/2022	10/05/2022	SI
59	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación (teórico, práctico, especialidad u otro) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple con el rol de tutor y supervisión.	Coordinar con el personal responsable (docente) de emitir el rol correspondiente del profesional asistencial, se realizará el control con el rol y firma de cuaderno de record.	Departamento de Infectología	10/05/2022	10/05/2022	SI
20	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.	La responsable del servicio de infectología creará un grupo whatsapp donde se realice las coordinaciones correspondientes como el cumplimiento de asistencia de turno.	Departamento de Infectología	10/05/2022	10/05/2022	SI
59	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Socializar al personal de salud sobre la importancia de el registro, notificación y medidas correctivas de los incidentes y eventos adversos.	Departamento de Infectología	10/05/2022	10/05/2022	SI
59	PREVENCIÓN DE LA FUERA DE PACIENTES	Vigilancia controla las preferencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Elaborar directiva para control de objetos peligrosos	Departamento de Infectología	10/05/2022	10/05/2022	NO
59	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementar el formato de consentimiento informado de actividades de docencia.	Departamento de Infectología	10/05/2022	10/05/2022	NO
59	SEGURIDAD EN LA UPSS	Tinder o sistema de llamado se encuentra creta de paciente y está operativo.	Implementar a través del proyecto de mejora continua el sistema de llamado al paciente	Departamento de Infectología	10/05/2022	10/05/2022	NO



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	11/04/2022	ARO:	(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PRITO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS GELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DIRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

79%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
84	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Solicitar compra de vida para ropa hospitalaria para los pacientes	Departamento de Infectología	10/09/2022	Solicitud compra de ropa de cama hospitalaria	SI
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementar el folder de eventos adversos y respectiva notificación mensual	Departamento de Infectología	10/09/2022	Reactivación al personal para el registro, notificación de incidentes y eventos adversos	SI
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente lleva bracelet de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Elaborar documento a la Dirección compra de bracelets de identificación	Departamento de Infectología	10/09/2022	Se coordina con Farmacia para la adquisición de bracelets de identificación	SI
59	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal estacional.	Solicitar formato de registro de accidente ocupacional	Departamento de Infectología	10/09/2022	Se solicita epidemiólogo el fijo y registra ante un accidente ocupacional.	SI
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	Solicitar a un personal para vigilancia y el control respectivo ante los eventos asociados.	Departamento de Infectología	10/09/2022	Se notifica al personal para el registro, notificación de incidente y eventos adversos	SI
84	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Elaborar una guía de procedimientos de paciente en riesgo de fuga.	Departamento de Infectología	10/09/2022		NO
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Solicitar con el personal el buen uso y almacenamiento de medicamentos	Departamento de Infectología	10/09/2022	Se implementa un formato de control de almacenamiento para medicamentos.	SI
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Revisión de ficha de pacientes mecánicas, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con delirio psicótico, cognitivo.	Elaborar un memo al personal asistencial para reevaluación diaria de pacientes.	Departamento de Infectología	10/09/2022	Monitoreo al personal médico en consideración a reevaluación médica.	SI
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Convocar a reuniones con los enfermeros para incluir en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos e administrar y registrando en la Historia Clínica.	Departamento de Infectología	10/09/2022	Orientación a paciente y familia sobre los efectos adversos de medicamentos	SI
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	En casos de sedación y delirio cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención mecánica cuando el paciente se encuentre en cama.	Elaborar una guía de procedimientos del proceso de sujeción mecánica del paciente.	Departamento de Infectología	10/09/2022		NO
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los directos mecánicos de sujeción mecánica.	Elaborar una guía de procedimientos del proceso de sujeción mecánica del paciente.	Departamento de Infectología	10/09/2022		NO
59	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Bitácora de registro específica de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la intención y el tiempo de sujeción.	Convocar a reunión. Implementar el sistema de registro de sujeción mecánicas y reevaluación periódica.	Departamento de Infectología	10/09/2022		NO
56	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable proceda al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguno de ellas, se proceda al registro.	Capturar al personal de salud sobre depresión, ansiedad, conductas de riesgo para prevención del suicidio.	Departamento de Infectología	10/09/2022	solicitar apoyo al departamento de Psicología	SI

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARROLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	11/04/2022	UDM(MM/AAAAA)	(00/00/000000)
TITULO RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DR. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

79%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (diferenciales)	MONITOREO (diferenciales)	IMPLEMENTACIÓN
55	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	Implementar un banner sobre los servicios que brinda, horario de atención y recibir información del médico paciente.	Departamento de Infectología	10/02/2022	Se implementa banner sobre atención de recibir información del médico paciente.	SI
56	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Realizar curso taller sobre sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	10/02/2022	Sensibilización al personal sobre bioseguridad hospitalaria	SI
57	BIOSEGURIDAD	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Realizar curso taller sobre sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	10/02/2022	Se evidencia el cumplimiento de barreras de protección	SI
58	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Cero Bander" o Paquete de Medidas para la prevención de las IMAS basada en evidencia científica.	Realizar curso taller sobre sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	10/02/2022	Se evidencia el cumplimiento de barreras de protección	SI
59	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IMAS en la UPSS.	Realizar sala situacional observando las 10 primeras causas de Mortalidad del servicio.	Departamento de Infectología	10/02/2022	Se evidencia sala situacional y sus 10 primeras causas	SI
60	BIOSEGURIDAD	Se observan si se encuentran señalizados las zonas riesgosas y señalizadas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Realizar curso taller sobre sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	10/02/2022	Se evidencia el cumplimiento de barreras de protección	SI
61	BIOSEGURIDAD	Se observan si se respetan las zonas riesgosas y señalizadas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Realizar curso taller sobre sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	10/02/2022	Se evidencia el cumplimiento de barreras de protección	SI
62	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Solicita al área de mantenimiento el plan anual , donde se verifica el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	Departamento de Infectología	10/02/2022	Se solicita el plan anual y mantenimiento de los equipos	SI
63	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Solicita al área de mantenimiento las tarjetas de mantenimiento preventivo biomédicos.	Departamento de Infectología	10/02/2022	Se solicita al área de mantenimiento de control de mantenimiento. De equipos biomédicos.	SI

**ANEXO N° 08**

**II TRIMESTRE**

**RONDAS DE SEGURIDAD  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO**

**ANEXO 08**

**INDICADORES DE EVALUACIÓN – 2022**

RESULTADO SEGUNDO TRIMESTRE 2022

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

INDICADOR		RESULTADO	TOTAL
NUMERADOR	DENOMINADOR	II TRIMESTRE	
N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	N° de Rondas de Seguridad del paciente programadas x 100	$3/12 \times 100 = 25\%$	25%

**2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

SERVICIOS	INDICADOR: DE RESULTADO		RESULTADOS	TOTAL
	N° de verificadores conformes	N° de verificadores evaluados x 100	I TRIMESTRE	%
INFECTOLOGÍA	81	$114 \times 100 = 71.02\%$		71.02%
ONCOLOGÍA	67	$96 \times 100 = 69.79\%$		69.79%
UCI PEDIATRÍA	84	$113 \times 100 = 74.33\%$		74.33%

**3. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**


SERVICIOS	INDICADOR: DE PROCESO Y RESULTADO		RESULTADOS	TOTAL
	N° de acciones de mejora implementadas	N° de acciones de mejora programadas x 100	I TRIMESTRE	
INFECTOLOGÍA	24	$33 \times 100 = 93.93\%$		72.72%
ONCOLOGÍA	22	$29 \times 100 = 75.86\%$		75.86%
UCI PEDIATRÍA	11	$29 \times 100 = 37.93\%$		37.93%

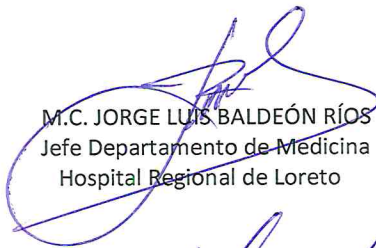


  
M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO  
Director General  
Hospital Regional de Loreto

  
LIC. ENF. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.  
Jefe Oficina de Gestión de la Calidad  
Hospital Regional de Loreto

  
LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO  
Director Ejecutivo de Administración  
Hospital Regional de Loreto


  
LIC. ENF. ELIA ISABEL DÍAZ DÍAZ  
Jefe Oficina Epidemiología y Salud Pública  
Hospital Regional de Loreto

  
M.C. JORGE LUIS BALDEÓN RÍOS  
Jefe Departamento de Medicina  
Hospital Regional de Loreto

  
M.C. GUILLERMO VELAZCO CURAY  
Jefe Departamento de Cirugía  
Hospital Regional de Loreto

  
M.C. WILLY ALBERTO CARDENAS APAZA  
Jefe Departamento de Gineco-Obstetricia  
Hospital Regional de Loreto

  
M.C. SERGIO RUÍZ TELLO  
Jefe Departamento de Pediatría  
Hospital Regional de Loreto

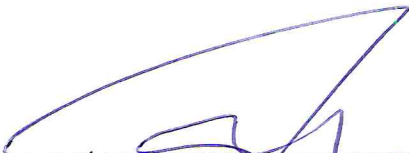
  
M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS  
Jefe Dpto. Enf. Infecciosas y Tropicales  
Hospital Regional de Loreto

  
M.C. LUIS ERNESTO ARTEAGA MENDOZA  
Jefe Departamento de Oncología  
Hospital Regional de Loreto

  
C.D. ERWIN VALDERRAMA PANDURO  
Jefe Departamento Odontostomatología  
Hospital Regional de Loreto

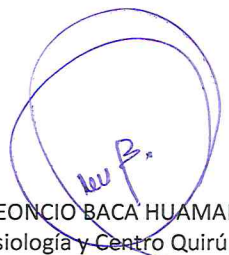
  
Q.F. IMELDA VALENTINA RODRIGUEZ SANDOVAL  
Jefe Departamento de Farmacia  
Hospital Regional de Loreto

  
PSC. NIDIA RENGIFO COLLANTES  
Jefe Departamento de Psicología  
Hospital Regional de Loreto

  
M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI  
Jefe Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos  
Hospital Regional de Loreto



LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS  
Jefe Departamento de Enfermería  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JOSÉ LEONCIO BACA HUAMAN  
Jefe Dpto. Anestesiología y Centro Quirúrgico  
Hospital Regional de Loreto



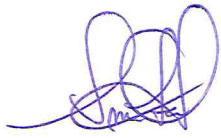
M.C. RICCI CHAFLOQUE VASQUEZ  
Jefe Dpto. Patología Clínica y Anatomía Patológica  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JULIO ALFREDO CANELO TORRES  
Jefe Dpto. de Diagnóstico por Imágenes  
Hospital Regional de Loreto



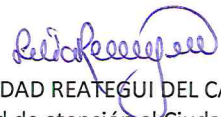
M.C. ROSA ENCARNACIÓN MERA ARO  
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación  
Hospital Regional de Loreto



BLGA. ANA VICTORIA CARVALHO DEL AGUILA  
Jefe Unidad de Salud Ambiental  
Hospital Regional de Loreto



LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS  
Jefe Unidad Garantía de la Calidad  
Hospital Regional de Loreto



BACH. LILIA SOLEDAD REATEGUI DEL CASTILLO  
Jefe Unidad de atención al Ciudadano  
Hospital Regional de Loreto

**RONDAS DE SEGURIDAD**

**UPSS**

**ONCOLOGÍA**

**13/05/22**

**ANEXO N° 02**

**FICHA DE**

**EVALUACIÓN**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
PSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	13/05/2022	(DDMM/AAAA)	
TULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
ESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA		
ESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	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.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de la enfermedad actual.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de la Funciones Biológicas: apalito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	
HISTORIA CLINICA	85%	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.	NO	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	NO APLICA	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
PSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	13/05/2022 (DD/MM/AAAA)		
TULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
ESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA		
ESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OPIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	85%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epíctisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de la Contrarreferencia del paciente	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	85%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	
HISTORIA CLINICA	85%	Historia clínica ordenada y limpia.	SI	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
RESS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	13/05/2022	(DD/MM/AAAA)
TULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
:SP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA	
:SP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO GORA	
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO APLICA	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
RESS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	13/06/2022	(DD/MM/AAAA)
TULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
ESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA	
ESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARIMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	60%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO APLICA	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	60%	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	NO APLICA	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	60%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	60%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	60%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO APLICA	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	60%	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.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	60%	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	SI	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	SI	





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
ISS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	13/05/2022	(DD/MM/AAAA)
TULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
SP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UFSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA	
SP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	SI	

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
FECHA APLICACION:	13/05/2022 (DD/MM/AAAA)		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA		
RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	SI	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO APLICA	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	SI	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	SI	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	SI	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO APLICA	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	NO APLICA	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	NO APLICA	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
RESPONSABLE IPRESS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	13/05/2022 (DD/MM/AAAA)	
RESP. DE LA UPSS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MIENDOZA	
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	60%	Si el paciente se encuentra en déficit prono asegurar que las vías aéreas no estén obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.	NO APLICA	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	60%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL	0%	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.	NO	
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	
SEGURIDAD SEXUAL	0%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO	
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	NO	
SEGURIDAD SEXUAL	0%	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.	NO	
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCION 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	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO APLICA	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:	13/05/2022 (DD/MM/AAAA)
ISS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ
TULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA
SP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA
SP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	NO APLICA	
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	NO APLICA	
REVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	57%	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolésiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	NO	
REVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	57%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	NO	
REVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	57%	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	NO APLICA	
REVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	57%	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.	SI	
REVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	57%	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	SI	
REVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	57%	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	SI	
REVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	57%	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.	SI	

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
FECHA APLICACION:	13/05/2022 (DD/MM/AAAA)		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MIENDOZA		
RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
REVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	57%	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.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	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.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	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.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	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.	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	SI	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UBICACIÓN:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	13/05/2022	(DD/MM/AAAA)
RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA	
SP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	NO	
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	50%	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.	NO	
HIGIENE DE MANOS	50%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	SI	
BIOSEGURIDAD	63%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	63%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	63%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	NO	
BIOSEGURIDAD	63%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	SI	
BIOSEGURIDAD	63%	El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	
BIOSEGURIDAD	63%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	13/05/2022 (DD/MM/AAAA)	
TULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
ESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA	
ESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
BIOSEGURIDAD	63%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	SI	
BIOSEGURIDAD	63%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	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.	NO	
			SELECCIONE	

**ANEXO N° 03**  
**HOJA DE**  
**RESULTADOS**





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
RESULTADOS DE EVALUACIÓN

Table with columns for IPRESS, UPSS, TITULAR/RESPONSABLE IPRESS, RESP. DE ADMINISTRACION, RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA, TRIMESTRE, II TRIMESTRE, AÑO, 2022, FECHA APLICACION, 13/05/2022, RESP. EPIDEMIOLOGIA, LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ, RESP. DE LA UPSS, M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA, RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD, DRA. HAYDEE ALVARADO CORA, OTROS RESPONSABLES, LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS

Table with columns: BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS, % CUMPLIMIENTO. Rows include: REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA (85%), SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS (67%), IDENTIFICACIÓN CORRECTA (50%), PREVENCIÓN DE FUGA (100%), SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN (100%), PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA (60%), SEGURIDAD SEXUAL (0%), PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES (57%), COMUNICACIÓN EFECTIVA (100%), HIGIENE DE MANOS (50%), BIOSEGURIDAD (63%), FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS (60%), PROMEDIO (66%)

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

66%

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. ROSA ENRIQUETA MERA ARO Jefe Dpto. Medicina Interna y Psiquiatria CMP. N° 2012-RNE. N° 2111

Dirección Regional de Salud-Loreto HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. HAYDEE ALVARADO CORA Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad

Dirección Regional de Salud - Loreto HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Ecol. Ana Victoria Carvallo del Aguila Jefe de la Unidad de Salud Ambiental

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "Felipe Arriola Iglesias"

Bach. Lilian S. Reategui Del Castillo JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. MELBA V. RODRIGUEZ SANDOVAL JEFA DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA CQFP 19777

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Enf. Jacqueline Rios Salinas Jefe de la Unidad de Garantía de la Calidad

DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. S. YADIA BENGUE COZAMANTES PSICÓLOGA CLÍNICA C.P.S.P. 22977 JEFA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Erwin Valderrama P. Jefe del Dpto. Odontoesmatología COP. 20936

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS" Departamento de Cirugia

Dr. GUILLERMO EDUARDO VELAZCO CURAY Jefe del Departamento de Cirugia Médico Neurocirujano CMP. N° 64672-RNE. N° 41401

DIRECCION REGIONAL DE SALUD - LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO CMP N° 36860 - RNE 23653

DIRECCION REGIONAL DE SALUD HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. ALFREDO GONZALO TORRES Jefe del Dpto. de Diagnóstico por Imágenes

DIRECCION REGIONAL DE SALUD HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. ENF. LORENA DEL PILAR ARMAS NAVAS CEP. N° 34978 Jefe del Departamento de Enfermería

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Enf. ELIASABEL DIAZ DIAZ Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Pública

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. JOSE C. BENGIO FERNANDINI JEFE DPTO. EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS CMP N° 45954

DIRECCION REGIONAL DE SALUD HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "Felipe Arriola Iglesias"

Dr. JORGE LUIS BALBEON RIOS Jefe del Dpto. de Medicina Médico Internista CMP 26449 - RNE 14472

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

M.C. RICCI A. CHILIOQUA VASQUEZ Jefe del Dpto. de Diagnóstico por Imágenes Jefe del Dpto. de Diagnóstico por Imágenes Armonía Patológica

**ANEXO N° 04**  
**MATRIZ DE**  
**RIESGOS**

*[Faint, illegible text]*



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD  
**MATRIZ DE RIESGOS**

IPRESS: HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE: II TRIMESTRE	AÑO: 2022
UPSS: HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION: 13/05/2022	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA: LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
RESP. DE ADMINISTRACION: LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS: M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA	
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC/JUNIDAD CALIDAD: DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
	OTROS RESPONSABLES: LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
BASTO	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 BASTO	1 - 3

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	95%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	4	4	16
HISTORIA CLINICA	80%	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.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	80%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	3	10	30
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	4	7	28
SEGURIDAD SEXUAL	0%	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 adaptación en su medio.	NO	4	7	28
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	4	7	28
SEGURIDAD SEXUAL	0%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO	4	7	28
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	NO	4	7	28
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se descubrirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	NO	4	7	28
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	67%	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.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	67%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	67%	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.	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento del ratio lavamos/paciente-cama de al menos 1:10	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 05 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	60%	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.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	63%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	NO	5	7	35



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

**MATRIZ DE RIESGOS**

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		13/05/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TTULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

**PROBABILIDAD**

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RAPO	1

**GRAVEDAD / IMPACTO**

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
BIOSEGURIDAD	63%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	NO	6	7	35
BIOSEGURIDAD	63%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAS en la UPSS.	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	6	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	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.	NO	6	7	35

**ANEXO N°05**  
**PRIORIZACIÓN**  
**DE**  
**INTERVENCIONES**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		13/05/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEXOTO	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDÉE ALVARADO CORA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
NO EVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	88%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	18	2	32
HISTORIA CLINICA	88%	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.	NO	28	2	56
HISTORIA CLINICA	88%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO	28	1	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	30	2	60
SEGURIDAD EN LA UPSS	67%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	20	2	56
SEGURIDAD SEXUAL	9%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maritacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	28	2	56
SEGURIDAD SEXUAL	9%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	28	2	56
SEGURIDAD SEXUAL	0%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización	NO	28	3	84
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	NO	28	2	56
SEGURIDAD SEXUAL	9%	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.	NO	28	2	56
SEGURIDAD SEXUAL	9%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	NO	28	3	84
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	67%	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.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	67%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	67%	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.	NO	28	2	56
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento del ratio lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10	NO	28	2	56
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 68 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	28	2	56
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	35	2	70
HIGIENE DE MANOS	60%	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.	NO	35	2	70
BIOSEGURIDAD	63%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas	NO	38	2	70
BIOSEGURIDAD	63%	El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	35	2	70
BIOSEGURIDAD	63%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	28	2	56
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	35	3	105
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	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.	NO	38	2	70

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIA	FECHA APLICACION:	13/05/2022	(DD/MM/AAAA)
HOSPITALIZACIÓN			
RESPONSABLE IPRESS:	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA	
ADMINISTRACION:	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
TO/SERVICIO ENFERMERIA:	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

JALIZAR PRIORIDAD

D	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones manifiestas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Convocar a reunión implementar el registro de sjección mecánica y reevaluación periódica.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Implementación de un folder de brindar información sobre ageseiones sexuales.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Solicitar por medio de la receta médica el brazalete de identificación según sexo.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Convocar a reunión con los enfermeros para incidir en tema de orientación al paciente sobre consecuencias penales ante las agresiones sexuales.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Convocar a reunión implementar el sistema de registro de sujeción mecánica y reevaluación periódica.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	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.	Memorando al personal de salud, sobre la seguridad de los pacientes en hospitalización	Departamento de Oncología	13/06/2022
	SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Memorando al personal de salud, sobre la seguridad de los pacientes en hospitalización	Departamento de Oncología	13/06/2022
	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	Memorando al personal de salud, sobre la seguridad de los pacientes en hospitalización.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	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)	Realizar coordinación de apoyo al departamento de psicología, para su asistencia física y mental.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO 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	Realizar coordinación de apoyo al departamento de psicología, para su asistencia física y mental.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	Solicitar el mantenimiento del ratio lavamanos en los servicios	Departamento de Oncología	13/06/2022
	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar curso taller sobre higiene de manos y bioseguridad.	Departamento de Oncología	13/06/2022

# **ANEXO N° 06**

# **PLAN DE ACCIÓN**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:		II TRIMESTRE	AÑO:	2022
HOSPITALIZACIÓN		FECHA APLICACION: 13/05/2022 (DD/MM/AAAA)		
RESPONSABLE IPRESS:		RESP.EPIDEMIOLOGIA: LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
ADMINISTRACION:		RESP. DE LA UPSS: M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA		
TO/SERVICIO ENFERMERIA:		RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD: DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES: LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

UALIZAR PRIORIDAD

D	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
	HISTORIA CLINICA	Registro de evolución del paciente: Fecha y nota de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colectadura del médico responsable.	Realizar la supervisión del plan de trabajo e historias clínicas de acuerdo a su patología de cada paciente.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Elaboración de memorando de cumplimiento de CIE -10	Departamento de Oncología	13/06/2022
	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Implementar a través del proyecto de mejora el sistema de llamado al paciente.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementación de un registro sobre la información análisis y medidas correctivas de los eventos adversos.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible	Elaboración de memorando de cumplimiento el llenado correcto de la historia clínica y legible.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Socialización del flujo sobre atención de accidentes laborales al personal asistencial.	Departamento de Oncología	13/03/2022
	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.	Implementar un rol del profesional ante cualquier evento suscitado y garantizar la atención de los usuarios.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Conformar al equipo de auditoría para la revisión de historia clínica y elaborar informe de resultados.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	SEGURIDAD SEXUAL	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	Implementación de un registro de conformidad de la atención médica	Departamento de Oncología	13/06/2022
	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Convocar a reunión implementar el registro de sjección mecánica y reevaluación periódica.	Departamento de Oncología	13/06/2022

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIA	FECHA APLICACION:	13/06/2022 (DD/MM/AAAA)	
HOSPITALIZACIÓN			
RESPONSABLE IPRESS:	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
ADMINISTRACION:	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA	
OTROS RESPONSABLES:	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

UALIZAR PRIORIDAD

ID	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Realizar curso taller sobre higiene de manos y bioseguridad.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	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.	Realizar curso taller sobre higiene de manos y bioseguridad.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Realizar curso taller sobre higiene de manos y bioseguridad.	Departamento de Epidemiología	13/06/2022
	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Realizar curso taller sobre higiene de manos y bioseguridad.	Departamento de Oncología	13/06/2022
	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Realizar actividades de vigilancia epidemiológicas a través de la sala situacional y sus 10 primeras causas.	Oficina de Epidemiología	13/06/2022
	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).	Realizar oficina al área de mantenimiento para solicitar el plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos.	Departamento de Medicina Oficina de mantenimiento	13/06/2022
	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.	Realizar oficina al área de mantenimiento para solicitar la información de los mantenimientos de los equipos médicos y dotar la tarjeta de control.	Departamento de Medicina Oficina de mantenimiento	13/06/2022

**ANEXO N° 07**  
**FICHA DE**  
**MONITOREO**



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	13/05/2022		(DDMM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LOREMA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

78%  
PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (d/d/m/aaaa)	MONITOREO (d/d/m/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
63	HISTORIA CLINICA	Registro de evolución del paciente; Fecha y hora de atención; Apreciación; Diagnóstico; Plan de trabajo; Inim; sitio y colegio del médico responsable.	Realizar la supervisión del plan de trabajo e historias clínicas de acuerdo a su psicología de cada paciente.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Monitoreo en el cumplimiento en el llenado correcto de las historias clínicas	SI
32	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 a DSM IV de correspondir (resumivos o definitivos)	Elaboración de memorando de cumplimiento de CIE-10	Departamento de Oncología	13/05/2022	Monitoreo en el cumplimiento del llenado de CIE-10 en historias clínicas	SI
66	SEGURIDAD EN LA UPSS	Tímulo o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Implementar a través del proyecto de mejora el sistema del llamado al paciente.	Departamento de Oncología	13/05/2022		NO
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementación de un registro sobre la información, análisis y medidas correctivas de los eventos adversos.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Implementación del folder de eventos adversos e incidentes.	SI
65	HISTORIA CLINICA	La lista de la Historia Clínica es legible	Elaboración de memorando de cumplimiento del llenado correcto de la historia clínica y legible.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Monitoreo en el cumplimiento en el llenado correcto de las historias clínicas	SI
60	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Socialización del flujo sobre atención de accidentes laborales al personal asistencial.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Solicitud a la oficina de Epidemiología el flujo sobre accidentes laborales y su notificación.	SI
28	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.	Implementar un rol del profesional ante cualquier evento ausente y garantizar la atención de los usuarios.	Departamento de Oncología	13/05/2022		NO
55	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, con similitud a los registrados en la historia clínica.	Conformar al equipo de auditoría para la revisión de historia clínica y elaborar informe de resultados.	Departamento de Oncología	13/05/2022		NO
55	SEGURIDAD SEXUAL	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	Implementación de un registro de conformidad de la atención médica	Departamento de Oncología	13/05/2022		NO
59	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establece población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Conocer e implementar el registro de sujeción mecánica y reevaluación periódica.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Socialización sobre la importancia del registro y reevaluación sobre la sujeción mecánica	SI
55	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales; desinhibición mecánica, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Conocer e implementar el registro de sujeción mecánica y reevaluación periódica.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Socialización sobre la importancia del registro y reevaluación sobre la sujeción mecánica	SI

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	13/05/2022	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTAEGAN MENDOZA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. -JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

78%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INICUERO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (día/mes/año)	MONITOREO (día/mes/año)	IMPLEMENTACIÓN
84	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Implementación de un folio de brindar información sobre agresiones sexuales.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Implementación del registro de brindar información sobre agresiones sexuales.	SI
59	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Solicitar por medio de la escala médica el brazalete de identificación según sexo.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Se solicita y se coordina con farmacia sobre la adquisición de brazaletes de los pacientes.	SI
56	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Comenzar a reunión con los enfermeros para leer en tema de educación al paciente sobre consecuencias penales ante las agresiones sexuales.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Implementación del registro de brindar información sobre agresiones sexuales.	SI
59	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de cada de todo paciente que es hospitaliza.	Comenzar a reunión implementar el sistema de registro de sujeción mecánica y reevaluación periódica.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Socialización sobre la importancia del registro para actualización de los pacientes.	SI
56	SEGURIDAD SEXUAL	Al detectar conductas desahibadas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Memorando al personal de salud, sobre la seguridad de los pacientes en hospitalización	Departamento de Oncología	13/05/2022	Memorando sobre los cuidados de los pacientes en hospitalización.	SI
84	SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicaran las medidas médicas y legales que resulten oportunas.	Memorando al personal de salud, sobre la seguridad de los pacientes en hospitalización	Departamento de Oncología	13/05/2022	Memorando sobre los cuidados y seguridad de los pacientes en hospitalización.	SI
56	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental, uso abusivo de sustancias, enfermedad severa, ideas o intentos de suicidio, conducta violenta o autodestructiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Memorando al personal de salud, sobre la seguridad de los pacientes en hospitalización.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Memorando sobre los cuidados de los pacientes en hospitalización.	SI
56	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 específico)	Realizar coordinación de apoyo al departamento de psicología, para su asistencia física y mental.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Implementación de un registro para asistencia psicológica.	SI
59	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO 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 visitas y de visitas.	Realizar coordinación de apoyo al departamento de psicología, para su asistencia física y mental.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Implementación de un registro para asistencia psicológica.	SI
56	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del ratio lavamanoz pacientes/cama de al menos 1:10	Solicitar el mantenimiento del ratio lavamanoz en los servicios	Departamento de Oncología	13/05/2022		NO
56	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 09 pasos de la desinfección de manos (paso y tiempo).	Realizar curso taller sobre higiene de manos y bioseguridad.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Socialización de la importancia de la higiene de manos y bioseguridad hospitalaria.	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (paso y tiempo).	Realizar curso taller sobre higiene de manos y bioseguridad.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Socialización de la importancia de la higiene de manos y bioseguridad hospitalaria.	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Proceder de cumplimiento > 80%, del registro de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial, de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos	Realizar curso taller sobre higiene de manos y bioseguridad.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Socialización de la importancia de la higiene de manos y bioseguridad hospitalaria.	SI



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	13/08/2022	(DDMM/AAAA)	
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFICINA CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

76%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
70	BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	Realizar curso taller sobre higiene de manos y bioseguridad.	Departamento de Medicina Epidemiología	13/05/2022	13/05/2022	SI
70	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Cape Bandit" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	Realizar curso taller sobre higiene de manos y bioseguridad.	Departamento de Oncología	13/05/2022	13/05/2022	SI
56	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IAS en la UPSS.	Realizar actividades de vigilancia epidemiológica a través de la sala situacional y sus 10 primeras casas.	Oficina de Epidemiología	13/05/2022	13/05/2022	SI
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluido los nuevos).	Realizar cédula al área de mantenimiento para solicitar el plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos.	Departamento de Medicina Oficina de mantenimiento	13/05/2022	13/05/2022	NO
70	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluido los nuevos), mediante la Verificación de las respectivas tarjetas.	Realizar cédula al área de mantenimiento para solicitar la información de los mantenimientos de los equipos médicos y dar la tarjeta de control.	Departamento de Medicina Oficina de mantenimiento	13/05/2022	13/05/2022	NO

**ANEXO N° 08**

**II TRIMESTRE**

**RONDAS DE SEGURIDAD  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO**

**ANEXO 08**

**INDICADORES DE EVALUACIÓN – 2022**

RESULTADO SEGUNDO TRIMESTRE 2022

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

INDICADOR		RESULTADO	TOTAL
NUMERADOR	DENOMINADOR	II TRIMESTRE	
N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	N° de Rondas de Seguridad del paciente programadas x 100	$3/12 \times 100 = 25\%$	25%

**2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

SERVICIOS	INDICADOR: DE RESULTADO		RESULTADOS	TOTAL
	N° de verificadores conformes	N° de verificadores evaluados x 100	I TRIMESTRE	%
INFECTOLOGÍA	81	$114 \times 100 = 71.02\%$		71.02%
ONCOLOGÍA	67	$96 \times 100 = 69.79\%$		69.79%
UCI PEDIATRÍA	84	$113 \times 100 = 74.33\%$		74.33%

**3. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

SERVICIOS	INDICADOR: DE PROCESO Y RESULTADO		RESULTADOS	TOTAL
	N° de acciones de mejora implementadas	N° de acciones de mejora programadas x 100	I TRIMESTRE	
INFECTOLOGÍA	24	$33 \times 100 = 93.93\%$		72.72%
ONCOLOGÍA	22	$29 \times 100 = 75.86\%$		75.86%
UCI PEDIATRÍA	11	$29 \times 100 = 37.93\%$		37.93%



M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO  
Director General  
Hospital Regional de Loreto

LIC. ENF. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.  
Jefe Oficina de Gestión de la Calidad  
Hospital Regional de Loreto

LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO  
Director Ejecutivo de Administración  
Hospital Regional de Loreto

LIC. ENF. ELIA ISABEL DÍAZ DÍAZ  
Jefe Oficina Epidemiología y Salud Pública  
Hospital Regional de Loreto

M.C. JORGE LUIS BALDEÓN RÍOS  
Jefe Departamento de Medicina  
Hospital Regional de Loreto

M.C. GUILLERMO VÉLAZCO CURAY  
Jefe Departamento de Cirugía  
Hospital Regional de Loreto

M.C. WILLY ALBERTO CARDENAS APAZA  
Jefe Departamento de Gineco-Obstetricia  
Hospital Regional de Loreto

M.C. SERGIO RUÍZ TELLO  
Jefe Departamento de Pediatría  
Hospital Regional de Loreto

M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS  
Jefe Dpto. Ent. Infecciosas y Tropicales  
Hospital Regional de Loreto

M.C. LUIS ERNESTO ARTEAGA MENDOZA  
Jefe Departamento de Oncología  
Hospital Regional de Loreto

C.D. ERWIN VALDERRAMA PANDURO  
Jefe Departamento Odontostomatología  
Hospital Regional de Loreto

Q.F. IMELDA VALENTINA RODRIGUEZ SANDOVAL  
Jefe Departamento de Farmacia  
Hospital Regional de Loreto

PSC. NIDIA RENGIFO COLLANTES  
Jefe Departamento de Psicología  
Hospital Regional de Loreto

M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI  
Jefe Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos  
Hospital Regional de Loreto



LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS  
Jefe Departamento de Enfermería  
Hospital Regional de Loreto



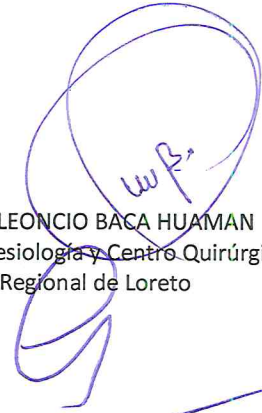
M.C. RICCI CHAFLOQUE VASQUEZ  
Jefe Dpto. Patología Clínica y Anatomía Patológica  
Hospital Regional de Loreto



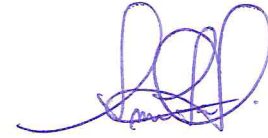
M.C. ROSA ENCARNACIÓN MERA ARO  
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación  
Hospital Regional de Loreto



LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RÍOS SALINAS  
Jefe Unidad Garantía de la Calidad  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JOSÉ LEONCIO BACA HUAMAN  
Jefe Dpto. Anestesiología y Centro Quirúrgico  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JULIO ALFREDO CANELO TORRES  
Jefe Dpto. de Diagnóstico por Imágenes  
Hospital Regional de Loreto

BLGA. ANA VICTORIA CARVALHO DEL AGUILA  
Jefe Unidad de Salud Ambiental  
Hospital Regional de Loreto



BACH. LILIA SOLEDAD REATEGUI DEL CASTILLO  
Jefe Unidad de atención al Ciudadano  
Hospital Regional de Loreto

**RONDAS DE SEGURIDAD**

**UPSS**

**UCI- PEDIATRIA**

**17/06/22**

**ANEXO N° 02**

**FICHA DE**

**EVALUACIÓN**



**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD**

**FICHA DE EVALUACIÓN**

IEESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
SS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/06/2022 (DD/MM/AAAA)		
ULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
SP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
SP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del IEESS, 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.	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de la enfermedad actual.	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	
HISTORIA CLINICA	71%	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.	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	SI	

**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD**

**FICHA DE EVALUACIÓN**

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
FECHA APLICACION:	17/06/2022 (DD/MM/AAAA)		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	71%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	NO	
HISTORIA CLINICA	71%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	NO	
HISTORIA CLINICA	71%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	NO	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epíctisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de la Contrarreferencia del paciente	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	La letra de la Historia Clínica es legible	SI	
HISTORIA CLINICA	71%	Historia clínica ordenada y limpia.	NO	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

ESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
SS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/06/2022	(DD/MM/AAAA)	
ULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
SP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
SP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
FECHA APLICACION:	17/06/2022 (DD/MM/AAAA)		
RESP.EPIDEMIOLÓGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	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.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	SI	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	SI	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	SI	





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
SS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/06/2022	(DD/MM/AAAA)
TULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
SP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO	
SP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requeritos.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	SI	

**IDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**

**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD**

**FICHA DE EVALUACIÓN**

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
FECHA APLICACION:	17/06/2022 (DD/MM/AAAA)		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	SI	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	SI	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	SI	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	SI	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	SI	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de los duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	NO APLICA	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	SI	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	SI	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	SI	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	SI	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
SS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/08/2022	(DD/MM/AAAA)
TULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
SP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO	
SP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	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.	SI	
REVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	75%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones manifiestas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	
SEGURIDAD SEXUAL	75%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL	75%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL	75%	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	75%	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.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	75%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
FECHA APLICACION:	17/06/2022 (DD/MM/AAAA)		
RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
RESP.OFIC.JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	NO	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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.	SI	

**NIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD**

**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD**

**FICHA DE EVALUACIÓN**

RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
PS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/06/2022 (DD/MM/AAAA)	
TULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
ESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO	
ESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
REVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	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.	NO APLICA	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	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.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	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.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	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.	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	SI	



**APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD**

**FICHA DE EVALUACIÓN**

RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
ISS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/08/2022	(DD/MM/AAAA)
TULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
ESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO	
ESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HIGIENE DE MANOS	100%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	Cumplimiento del raito lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	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.	SI	
HIGIENE DE MANOS	100%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en silios estratégicos.	SI	
BIOSEGURIDAD	100%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	100%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	100%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	100%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	SI	
BIOSEGURIDAD	100%	El servicio ha implementado el uso de "Care Buncie" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	SI	
BIOSEGURIDAD	100%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	SI	



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

RESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
PS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/06/2022 (DDMM/AAAA)		
TULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
SP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
SP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
BIOSEGURIDAD	100%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	SI	
BIOSEGURIDAD	100%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	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.	NO	
			SELECCIONE	

**ANEXO N° 03**

**HOJA DE**

**RESULTADOS**





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD RESULTADOS DE EVALUACIÓN

Table with columns for IPRESS, UPSS, TITULAR/RESPONSABLE IPRESS, RESP. DE ADMINISTRACION, RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA, TRIMESTRE, FECHA APLICACION, AÑO, and various responsible parties.

Table titled 'BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS' with columns for the practice name and percentage of fulfillment. Practices include 'REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA' (71%), 'SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS' (38%), etc.

PROMEDIO 79%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

79%

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. ROSA ENCARNACION MERA ARO Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación C.M.P. N° 35182-RNE. N° 21111

DIRECCION REGIONAL DE SALUD HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. ALFREDO CANELO TORRES Jefa Dpto. Diagnóstico por Imágenes C.M.P. N° 20510

Dirección Regional de Salud-Loreto HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. HAYBEE ALVARADO CORA Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Enf. Jacqueline Rios Salinas Jefe de la Unidad de Garantía de la Calidad

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Enf. LORENA DEL PILAR RIOS NAVAS Jefa del Departamento de Enfermería C.E.P. N° 34078

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. Ecol. Ana Victoria Carvallo del Aguila Jefe de la Unidad de Salud Ambiental

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dra. P.S. ANITA RENGIFO COLLANTES PSICOLOGA CLINICA C.P.S. N° 22977 JEFA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE SALUD-LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Lic. Enf. ELIA ISABEL DIAZ Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Pública

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Bach. Lillian S. Rodríguez Del Castillo JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. Erwin Valderrama P. Jefe del Dpto. Odontoesmatología C.O.P. 20936

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDINI JEFE DPTO. EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS C.M.P. N° 45964

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Q.F. IMELDA V. RODRIGUEZ SANDOVAL JEFA DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA C.Q.F.P. 19777

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS" Departamento de Cirugia

Dr. GUILLERMO EDUARDO VELAZCO CURAY Jefe del Departamento de Cirugia Médico Neuquirujano C.M.P. N° 64672-RNE. N° 41401

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. JORGE LUIS BALDEON RIOS Jefe del Dpto. de Medicina Médico Internista C.M.P. N° 26449 - RNE. 14477

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

Dr. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD-LORETO HOSPITAL REGIONAL DE LORETO "FELIPE ARRIOLA IGLESIAS"

**ANEXO N° 04**  
**MATRIZ DE**  
**RIESGOS**

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/06/2022	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PROBABILIDAD

TRUENO	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
BAJO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTROFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	71%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	71%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	71%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	71%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	71%	Historia clínica ordenada y limpia.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	NO	3	7	21
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO	2	7	14
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	87%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	87%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	87%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	4	7	28
SEGURIDAD SEXUAL	78%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones raras, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca adaptación en su media.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	NO	4	7	28
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	NO	4	7	28



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

MATRIZ DE RIESGOS

	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:	17/06/2022	(DDMMAAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO	
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	

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	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estudios.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	NO	4	7	28
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	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.	NO	4	7	28

**ANEXO N°05**  
**PRIORIZACIÓN**  
**DE**  
**INTERVENCIONES**

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:		17/06/2022	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	33	2	70
HISTORIA CLINICA	71%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	NO	28	2	56
HISTORIA CLINICA	71%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	28	2	56
HISTORIA CLINICA	71%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	NO	28	1	28
HISTORIA CLINICA	71%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	NO	28	2	56
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	28	2	56
HISTORIA CLINICA	71%	Historia clínica ordenada y limpia.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	NO	21	2	42
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO	14	2	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	7	2	14
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NS	28	3	84
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	67%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	67%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	28	3	84
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	67%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	28	2	56
SEGURIDAD SEXUAL	76%	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.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	NO	28	2	56
COMUNICACIÓN EFECTIVA	80%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardias), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardias) y la evolución de los pacientes.	NO	28	2	56
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	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.	NO	28	2	56

**ANEXO N° 06**  
**PLAN DE ACCIÓN**



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESAS		II TRIMESTRE	AÑO:	2022
HOSPITALIZACIÓN		FECHA APLICACION:		
RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	M.C. LUIS BACCA PINTO		
TO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

UALIZAR PRIORIDAD

D	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	Realizar la supervisión del plan de trabajo e historias clínicas de acuerdo a su patología de cada paciente.	UCI - Pediatría	30/06/2022
	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Elaboración de memorando de cumplimiento de CIE -10	UCI - Pediatría	30/06/2022
	HISTORIA CLINICA	Historia clínica ordenada y limpia.	Conformar al equipo de auditoria para la revisión de historia directa y elaborar Informe de resultados	UCI - Pediatría	30/06/2022
	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	Implementar a través del proyecto de mejora continua el sistema de llamado al paciente	UCI - Pediatría	30/06/2022
	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	Implementar el folder de eventos adversos y respectiva notificación mensual	UCI - Pediatría	30/06/2022
	HISTORIA CLINICA	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	Implementar un registro de procedimientos realizados al paciente.	UCI - Pediatría	30/06/2022
	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	Registrar datos completos y correctos de los pacientes en los brazaletes.	UCI - Pediatría	30/06/2022
	SEGURIDAD EN LA UPSS	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Sensibilización al personal de turno sobre los procedimientos de apoyo y tratamiento oportuno de los usuarios.	UCI - Pediatría	30/06/2022
	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Implementar a través del proyecto de mejora continua el sistema de llamado al paciente	UCI - Pediatría	30/06/2022
	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Implementar el folder de eventos adversos y respectiva notificación mensual	UCI - Pediatría	30/06/2022







**ANEXO N° 07**

**FICHA DE**

**MONITOREO**

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/06/2022		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LOREWA ARIAS NAVAS	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DR. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

79%

PRIMORDIAL	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	Realizar la supervisión del plan de trabajo e historias clínicas de acuerdo a su patología de cada paciente.	UCI - Psiquiatría	30/06/2022	Memorando en el cumplimiento del plan de trabajo con respecto de las historias clínicas	SI
70	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 A DSM IV de correspondencia (presuntivos o definitivos)	Elaboración de memorando de cumplimiento de CIE -10	UCI - Psiquiatría	30/06/2022	Memorando en el cumplimiento del plan de trabajo del CIE-10, en la historia clínica	SI
56	HISTORIA CLINICA	Historia clínica ordenada y limpia.	Condicionar al equipo de auxiliares para la revisión de historia directa y elaborar informe de resultados	UCI - Psiquiatría	30/06/2022		SELECCIONE
56	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	Implementar a través del proyecto de mejora continua el sistema de llamado al paciente	UCI - Psiquiatría	30/06/2022		NO
56	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	Implementar el folio de eventos adversos y respectiva notificación mensual	UCI - Psiquiatría	30/06/2022	Implementación del folio de eventos adversos e incidentes.	SI
56	HISTORIA CLINICA	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	Implementar un registro de procedimientos realizados al paciente.	UCI - Psiquiatría	30/06/2022	Implementación del registro sobre procedimientos	SI
26	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	Registrar datos completos y correctos de los pacientes en los brazaletes.	UCI - Psiquiatría	30/06/2022	Memorando sobre el cumplimiento de los datos completos en el brazalete de identificación.	SI
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Sensibilización al personal de turno sobre los procedimientos de apoyo y tratamiento oportuno de los usuarios.	UCI - Psiquiatría	30/06/2022	Taller de sensibilización sobre la importancia de los procedimientos de apoyo y tratamiento oportuno.	SI
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Implementar a través del proyecto de mejora continua el sistema de llamado al paciente	UCI - Psiquiatría	30/06/2022		NO
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Implementar el folio de eventos adversos y respectiva notificación mensual	UCI - Psiquiatría	30/06/2022	Implementación del folio de eventos adversos e incidentes y respectiva notificación mensual.	SI

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	17/08/2022		(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LOREWA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDÉE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

79%

PROPIEDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Conformar un equipo de profesionales, para analizar e implementar acciones ante los incidentes y eventos adversos.	UCI - Pediatría	30/08/2022	NO	
64	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Elaborar un memo al personal asistencial para reevaluación diaria de pacientes.	UCI - Pediatría	30/08/2022	SI	Memorando al personal asistencial sobre la implementación de reevaluación diaria de pacientes.
42	SEGURIDAD EN LA UPSS	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	Socialización al personal asistencial de la importancia y el cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación de su médico tratante.	UCI - Pediatría	30/08/2022	SI	Socialización al personal sobre la importancia y cumplimiento de dieta del paciente.
14	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Solicitar el flujo al departamento de Epidemiología ante accidentes laborales.	Epidemiología	30/08/2022	SI	Eficacia a la oficina de Epidemiología el flujo sobre accidentes laborales y su notificación.
26	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.	Crear un checklist de los profesionales asistenciales ante la ausencia del personal programado a fin de garantizar la atención del paciente.	UCI - Pediatría	30/08/2022	SI	Elaboración de checklist de profesionales asistenciales y su notificación.
59	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente lista brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Coordinar con el Departamento de farmacia para adquisición de los brazaletes de identificación.	Departamento de Farmacia- UCI Pediatría	30/08/2022	SI	Se solicita y se coordina con farmacia sobre la adquisición de brazaletes de los pacientes.
64	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Elaborar un memo al personal asistencial para el llenado correcto de los datos completos de los pacientes.	UCI - Pediatría	30/08/2022	SI	Memorando sobre el llenado correcto de datos completos de identificación.
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Elaborar un memo al personal asistencial la verificación y conformidad de la identidad del paciente ante cualquier procedimiento.	UCI - Pediatría	30/08/2022	SI	Taller de Capacitación sobre la importancia de los procedimientos de apoyo y tratamiento oportunos.
56	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales; desinhibiciones manifiestas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Realizar un protocolo de atención en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión.	UCI - Pediatría	30/08/2022	NO	
56	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	Implementar sistema de programa educativo dirigido a pacientes y familias.	UCI - Pediatría	30/08/2022	NO	
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Verificación del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión.	Realizar un protocolo de atención en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión.	UCI - Pediatría	30/08/2022	SI	En proceso de implementación
66	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.	Realizar un protocolo de atención en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión.	UCI - Pediatría	30/08/2022	SI	En proceso de implementación

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	17/06/2022		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PIEKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

79%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRORIDAD	BUEVAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (determinada)	MONITOREO (determinada)	IMPLEMENTACIÓN
50	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.	Realizar un protocolo de atención en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión.	UCI - Podiatría	30/06/2022	En proceso de implementación	SI
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido al paciente, su cuidador y la familia.	Educar al familiar en la prevención de úlceras por presión	UCI - Podiatría	30/06/2022	En proceso de implementación	SI
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario inscrito en los servicios de hospitalización.	Implementar un registro diario de notificación de incidencia y prevalencia de úlceras por presión	UCI - Podiatría	30/06/2022	En proceso de implementación	SI
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	Realizar un protocolo de atención en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión.	UCI - Podiatría	30/06/2022	En proceso de implementación	SI
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Proceder al seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	Realizar un protocolo de atención en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión.	UCI - Podiatría	30/06/2022	En proceso de implementación	SI
50	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se realiza comunicación verbal, escrita o electrónica e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	Realizar un curso taller sobre comunicación efectiva con la participación activa del personal asistencial.	UCI - Podiatría	30/06/2022	En proceso de implementación	SI
50	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos tecnológicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Realizar oficio al área de mantenimiento para solicitar la información de los mantenimientos de los equipos médicos y dotar la tarjeta de control.	Área de Mantenimiento	30/06/2022	Solicitud de información sobre el mantenimiento de los equipos médicos de control.	SI

# **ANEXO N° 08**

## **II TRIMESTRE**

**RONDAS DE SEGURIDAD  
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO**

**ANEXO 08**

**INDICADORES DE EVALUACIÓN – 2022**

RESULTADO SEGUNDO TRIMESTRE 2022

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

INDICADOR		RESULTADO	TOTAL
NUMERADOR	DENOMINADOR	II TRIMESTRE	
N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	N° de Rondas de Seguridad del paciente programadas x 100	$3/12 \times 100 = 25\%$	25%

**2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

SERVICIOS	INDICADOR: DE RESULTADO		RESULTADOS	TOTAL
	N° de verificadores conformes	N° de verificadores evaluados x 100	I TRIMESTRE	%
INFECTOLOGÍA	81	$114 \times 100 = 71.02\%$		71.02%
ONCOLOGÍA	67	$96 \times 100 = 69.79\%$		69.79%
UCI PEDIATRÍA	84	$113 \times 100 = 74.33\%$		74.33%

**3. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD**

SERVICIOS	INDICADOR: DE PROCESO Y RESULTADO		RESULTADOS	TOTAL
	N° de acciones de mejora implementadas	N° de acciones de mejora programadas x 100	I TRIMESTRE	
INFECTOLOGÍA	24	$33 \times 100 = 93.93\%$		72.72%
ONCOLOGÍA	22	$29 \times 100 = 75.86\%$		75.86%
UCI PEDIATRÍA	11	$29 \times 100 = 37.93\%$		37.93%



M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO  
Director General  
Hospital Regional de Loreto

LIC. ENF. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.  
Jefe Oficina de Gestión de la Calidad  
Hospital Regional de Loreto

LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO  
Director Ejecutivo de Administración  
Hospital Regional de Loreto

LIC. ENF. ELIA ISABEL DÍAZ DÍAZ  
Jefe Oficina Epidemiología y Salud Pública  
Hospital Regional de Loreto

M.C. JORGE LUIS BALDEÓN RÍOS  
Jefe Departamento de Medicina  
Hospital Regional de Loreto

M.C. GUILLERMO VELAZCO CURAY  
Jefe Departamento de Cirugía  
Hospital Regional de Loreto

M.C. WILLY ALBERTO GARDENAS APAZA  
Jefe Departamento de Gineco-Obstetricia  
Hospital Regional de Loreto

M.C. SERGIO RUÍZ TELLO  
Jefe Departamento de Pediatría  
Hospital Regional de Loreto

M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS  
Jefe Dpto. Enf. Infecciosas y Tropicales  
Hospital Regional de Loreto

M.C. LUIS ERNESTO ARTEAGA MENDOZA  
Jefe Departamento de Oncología  
Hospital Regional de Loreto

C.D. ERWIN VALDERRAMA PANDURO  
Jefe Departamento Odontostomatología  
Hospital Regional de Loreto

Q.F. IMELDA VALENTINA RODRIGUEZ SANDOVAL  
Jefe Departamento de Farmacia  
Hospital Regional de Loreto

PSC. NIDIA RENGIFO COLLANTES  
Jefe Departamento de Psicología  
Hospital Regional de Loreto

M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI  
Jefe Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos  
Hospital Regional de Loreto



LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS  
Jefe Departamento de Enfermería  
Hospital Regional de Loreto



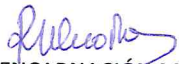
M.C. JOSÉ LEONCIO BACA HUAMAN  
Jefe Dpto. Anestesiología y Centro Quirúrgico  
Hospital Regional de Loreto



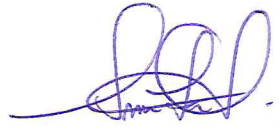
M.C. RICCI CHAFLOQUE VASQUEZ  
Jefe Dpto. Patología Clínica y Anatomía Patológica  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JULIO ALFREDO CANELO TORRES  
Jefe Dpto. de Diagnóstico por Imágenes  
Hospital Regional de Loreto



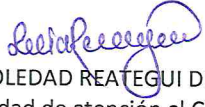
M.C. ROSA ENCARNACIÓN MERA ARO  
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación  
Hospital Regional de Loreto



BLGA. ANA VICTORIA CARVALHO DEL AGUILA  
Jefe Unidad de Salud Ambiental  
Hospital Regional de Loreto



LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS  
Jefe Unidad Garantía de la Calidad  
Hospital Regional de Loreto



BACH. LILIA SOLEDAD REATEGUI DEL CASTILLO  
Jefe Unidad de atención al Ciudadano  
Hospital Regional de Loreto