



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.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 RIOS SALINAS  
Jefe Unidad Garantía de la Calidad  
Hospital Regional de Loreto



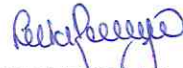
M.C. JOSÉ LEONCIO BACA HUAMAN  
Jefe Dpto. Anestesiología y Centro Quirúrgico  
Hospital Regional de Loreto



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**



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 UFSS:	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
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 EESS, 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 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:	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.OPIC./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 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 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 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	29%	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	SI	
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	
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	
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	
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	29%	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 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	29%	Tímbre 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 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	
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.	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:	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 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 CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN 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 CONTENCIÓN 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 mantacas, 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		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	



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
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 estándares.	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 custodiara 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 (DDMM/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 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
PREVENCIÓN DEL SUICIDO 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	



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
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 PINTO		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 ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS		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 ATENCIÓN 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 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	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 MERA ARO Jefa Dpto. Medicina Fisica y Rehabilitación CMP. N° 35182-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 Carvalho 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 ATENCIÓN AL CIUDADANO

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

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"

Dr. SERGIO RUIZ TELLO CMP. 28184-RNE. 15636 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

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. ROSA REYNGIFO COLLAUNTES PSICOLOGA CLINICA C.P.S. 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 Neorrológico CMP. N° 64672-RNE. N° 41404

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

Dr. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO CMP N° 36660 - RNE 28553 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 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. REYNGIFO FERNANDINI JEFE DPTO. EMERGENCIAS Y CUIDADOS CRITICOS CMP N° 46964

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

Dr. JORGE LUIS BALDEON RIOS Jefe del Dpto. de Medicina Médico Internista CMP° 26449 - RNE 14677

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

Lic. Adm. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO Jefa de Oficina de Administración CMP. N° 35182-RNE. N° 21111

M.C. Ricalda Chalfoque Vasquez CMP. 71693 Jefa del Dpto. de Fisiología Clínica 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:	I 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
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 ó 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	99%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a quimioterapia, los drogadependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	90%	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	90%	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	90%	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	90%	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 mirada de las comidas, el personal responsable procederán el 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/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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
BIOSEGURIDAD	20%	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 IAAS basadas en evidencia médica.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	25%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS 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

		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 PINTO	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 ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE:	3
REDUCIBLE:	2
INEVITABLE:	1

BUEVAS 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 Internasultas 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	90%	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	90%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%	Revisación diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogadependientes y las personas con déficits neurológicos-cognitivos.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAÍDA 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	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAÍDA 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	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%	Protocolo que establice 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	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	89%	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	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	26%	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	28%	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	23%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	28	SELECCIONE	
BIOSEGURIDAD	24%	Se observa si se encuentran señalizados 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	(DDMM/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. 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	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	25%	Se obtiene si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	2B	SELECCIONE	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	50%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	NO	2B	SELECCIONE	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	50%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	2B	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

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		

## ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
32	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
32	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
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 Infectología	1/06/2022
56	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
56	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
56	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
28	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
56	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
56	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
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 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
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			
	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.JUNIDAD 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	SEGURIDAD EN LA FUGA DE PACIENTES	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	Departamento de Infectología	1/06/2022
84	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
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	1/06/2022
56	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
56	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
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 suscitados.	Departamento de Infectología	1/06/2022
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	1/06/2022
56	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
56	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
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 Infectología	1/06/2022
56	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
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 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

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.JUNIDAD 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	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
56	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
56	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
56	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	1/06/2022
56	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	(DDMMAAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DÍAZ DÍAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARIAS NAVAS	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDÉE ALVARADO COIRA		
		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
32	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM-IV de corresponder (presurbitos o definitivos)	Realizar la supervisión del plan de trabajo e historias clínicas de acuerdo a su patología de cada paciente.	Departamento de Infectología	10/09/2022	Monitoreo al personal sobre el llenado correcto de las historias clínicas	SI
32	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	Elaboración de memorandos de cumplimiento de CIE -10	Departamento de Infectología	10/09/2022	memorandó para los médicos, considerar CIE 10 en las historias clínicas y registrarlos en el sistema de historias.	SI
56	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	10/09/2022		SELECCIONÉ
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Mecanismo de retroalimentación para cubrir la asistencia 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 escoger a un personal con disposición para a cualquier requerimiento.	Departamento de Infectología	10/09/2022		SELECCIONÉ
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Las intervenciones se gestionan oportunamente durante el turno.	Realizar seguimiento de las intervenciones solicitadas y firma en cuaderno de apoyo para evidencia de entrega.	Departamento de Infectología	10/09/2022		SELECCIONÉ
59	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación (fórmulas, cálculos, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutor y supervisión.	Coordinar con el personal responsable (docente) de entrar al rol correspondiente del profesional asistencial, se realizará el control con sala y firma en cuaderno de record.	Departamento de Infectología	10/09/2022	se evidencia rol del personal responsable en el registro de cuaderno de record.	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 creó un grupo whatsapp donde se realiza las coordinaciones correspondientes como el cumplimiento de asistencia de turno.	Departamento de Infectología	10/09/2022	Se evidencia whatsapp del servicio para informar y coordinar al cumplimiento de turno.	SI
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Facilitar al personal de salud sobre la importancia de el registro, notificación y medidas correctivas de los incidentes y eventos adversos.	Departamento de Infectología	10/09/2022	Sensibilización al personal para el registro, notificación de incidentes y eventos adversos.	SI
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y sus visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Elaborar directiva para control de objetos peligrosos	Departamento de Infectología	10/09/2022		NO
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 Infectología	10/09/2022		NO
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	Departamento de Infectología	10/09/2022		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		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTÍN BAGCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	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. OPTOSERVICIO ENFERMERÍA:	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 (días/mes/año)	MONITOREO (días/mes/año)	IMPLEMENTACIÓN
64	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente suelta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Solicitar compra de tela para ropa hospitalaria para los pacientes	Departamento de Infectología	1/09/2022	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 folio de eventos adversos y respectiva notificación mensual	Departamento de Infectología	1/09/2022	Reubicación al personal para el registro, notificación de incidentes y eventos adversos.	SI
58	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene trazado de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Elaborar documento a la Dirección compra de bracelets de identificación	Departamento de Infectología	1/09/2022	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 estamental.	Solicitar formato de registro de accidente ocupacional	Departamento de Infectología	1/09/2022	Se solicita e implementa el folio y notifica ante un accidente ocupacional.	SI
58	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	1/09/2022	Reubicación al personal para el registro, notificación de incidentes y eventos adversos.	SI
64	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Evidencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Elaborar una guía de procedimientos de paciente en fuga de fuga.	Departamento de Infectología	1/09/2022		NO
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Evidencia de un registro de medicamentos controlados.	Solicitar con el personal el buen uso y almacenamiento de medicamentos	Departamento de Infectología	1/09/2022	Se implementa un formato de almacenamiento para medicamentos.	SI
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Revisión diaria de pacientes: ancianos, iguales sometidos a polimedicación, los drogadependientes y las personas con deficiencias neurológicas - cognitivas.	Elaborar un memo al personal estamental para reevaluación diaria de pacientes.	Departamento de Infectología	1/09/2022	Memorando al personal estamental para 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 la memoria.	Comenzar a reuniones con los enfermeros para hablar en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos e administrar y registrados en la Historia Clínica.	Departamento de Infectología	1/09/2022	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 delirium cognitivo severo se utilizan barras de protección lateral o contención isobalmanal cuando el paciente se encuentra acamado.	Elaborar una guía de procedimientos del proceso de sujeción mecánica del paciente.	Departamento de Infectología	1/09/2022		NO
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Procedo que establece población, objetivos, 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	1/09/2022		NO
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Siempre de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Comenzar a reunión implementar el sistema de registro de sujeción mecánica y reevaluación periódica.	Departamento de Infectología	1/09/2022		NO
56	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	La enfermera, la enfermera de los cuidados, el personal responsable proceden al acuerdo de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procede al registro.	Capacitar al personal de salud sobre depresión, control de emociones para prevención del suicidio.	Departamento de Infectología	1/09/2022	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 SANTRAGO ARIOLLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	11/04/2022	DIR:	(DDMM/AAAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BAGCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEWOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDÉE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

79%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIMORDIAL	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (Administrativa)	MONITOREO (Administrativa)	IMPLEMENTACIÓN
56	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	1/09/2022	Se implementa banner sobre atención de recibir información del médico tratante	SI
56	BIOSEGURIDAD	Disposición de estantes cubiertos de acuerdo a las normas.	Realizar curso taller sobre sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	1/09/2022	Realización al personal sobre bioseguridad hospitalaria	SI
56	BIOSEGURIDAD	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	Realizar curso taller sobre sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	1/09/2022	Se evidencia el cumplimiento de barreras de protección	SI
	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Cero Buzos" o Paquetes de Medidas para la prevención de las IVAS basadas en evidencia médica.	Realizar curso taller sobre sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	1/09/2022	Se evidencia el cumplimiento de barreras de protección	SI
	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selección y focalizada de IVAS en la UPSS.	Realizar sala situacional observando las 10 primeras causas de morbimortalidad del servicio.	Departamento de Infectología	1/09/2022	se evidencia Sala situacional por 10 primeras causas	SI
	BIOSEGURIDAD	Se observan si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Realizar curso taller sobre sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	1/09/2022	se evidencia el cumplimiento de barreras de protección	SI
	BIOSEGURIDAD	Se observan si se respetan las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Realizar curso taller sobre sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Infectología	1/09/2022	se evidencia el cumplimiento de barreras de protección	SI
	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	Se solicita al área de mantenimiento el plan anual, dónde se verifica el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	Departamento de Infectología	1/09/2022	Se solicita al área de mantenimiento de los equipos	SI
	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.	Se solicita al área de mantenimiento las tarjetas de mantenimiento preventivo biomédicos.	Departamento de Infectología	1/09/2022	Se solicita al área de mantenimiento la tarjeta de control de mantenimiento de los 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



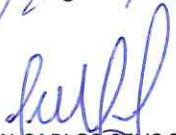
M.C. GUILLERMO VELAZCO CURAY  
Jefe Departamento de Cirugía  
Hospital Regional de Loreto




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



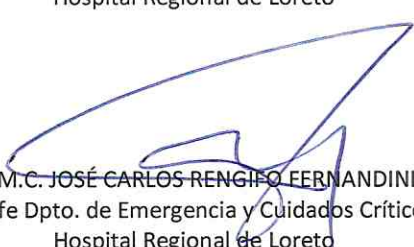
C.D. ERWIN VALBERRAMA PANDURO  
Jefe Departamento Odontología  
Hospital Regional de Loreto



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



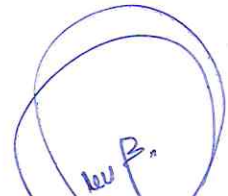
PSC. NIDIA RENGIFO COLLANTES  
Jefe Departamento de Psicología  
Hospital Regional de Loreto



M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERRANDINI  
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



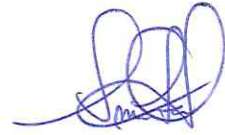
M.C. RICCI CHAFLOQUE VASQUEZ  
Jefe Dpto. Patología Clínica y Anatomía Patológica  
Hospital Regional de Loreto



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



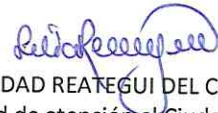
M.C. ROSA ENCARNACIÓN MERA ARO  
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación  
Hospital Regional de Loreto



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

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 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 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.	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 las Funciones Biológicas: apellido, 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 las 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

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	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	
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA	
RESP. 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 epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de la Contrareferencia 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

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	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 MIENDOZA	
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
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 cidea 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	





PERÚ  
Ministerio  
de Salud

Despacho Viceministerial de  
Prácticas 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	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 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	87%	Tímbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	87%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	50%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO APLICA	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	50%	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	NO APLICA	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	50%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	50%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	50%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO APLICA	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	50%	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	50%	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	



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	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 PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA	
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	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	



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	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	
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA 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	

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	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficit neurológicos - cognitivos.	NO APLICA	
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.	SI	
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.	SI	
PREVENCIÓN 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	
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	
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 APLICA	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	NO APLICA	
PREVENCIÓN 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

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	13/06/2022 (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 ARTEAGA MIENDOZA		
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 CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN 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 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	



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:	13/05/2022	(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. LUIS ARTEAGA MENDOZA		
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 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	57%	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	
PREVENCIÓN 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	
PREVENCIÓN 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	
PREVENCIÓN 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	
PREVENCIÓN 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	
PREVENCIÓN 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	
PREVENCIÓN 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

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 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	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 alcoholólica 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

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 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	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	NO	
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	
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.	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

		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. EPIDEMIOLOGÍA:	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 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	
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:	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 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	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 MECANICA	60%
SEGURIDAD SEXUAL	0%
PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	57%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	50%
BIOSEGURIDAD	63%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
<b>PROMEDIO</b>	<b>66%</b>

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO 66%

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

*Rosa Enarriacion Herrera Aro*  
Dra. ROSA ENARRIACION HERRERA ARO  
Jefe Dpto. Medicina Interna y Rehabilitación  
COP. N° 20102-RNE. N° 21111

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

*Alfredo Canelo Torres*  
DR. ALFREDO CANELO TORRES  
COP. N° 28826  
JEFE DEL DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

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

*Haydee Alvarado Cora*  
Dra. HAYDEE ALVARADO CORA  
Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad

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

*Jacqueline Rios Salinas*  
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"

*Loirena del Pilar Armas Navas*  
LIC. ENF. LORENA DEL PILAR ARMAS NAVAS  
COP. N° 24978  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

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

*Ana Victoria Carvallo del Aguila*  
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"

*Dr. Erwin Valderrama P.*  
DR. ERWIN VALDERRAMA P.  
C.P.S. DR. ERWIN VALDERRAMA P. COLABORANTES  
PSICOLOGA CLINICA  
C.P.S. R. 22977  
JEFA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

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

*Elia Isabel Diaz Diaz*  
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"

*Lilian S. Rostegui Del Castillo*  
Bach. Lilian S. Rostegui 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.*  
Dr. Erwin Valderrama P.  
Jefe del Dpto. Odontoesmatología  
COP. 20936

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

*Dr. Jose C. Rengifo Fernandoni*  
DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDONI  
JEFE DPTO. EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS  
CMP N° 45964

*M.C. Riccia Chiriquio Vasquez*  
M.C. Riccia Chiriquio Vasquez  
COP. N° 71893  
Jefe del Dpto. de Patología Clínica y Anatomía Patológica

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

*Dr. Inelda V. Rodriguez Sandoval*  
DR. INELDA V. RODRIGUEZ SANDOVAL  
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA  
COP. 19777

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

*Dr. Guillermo Eduardo Velazco Curay*  
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. Jorge Luis Saldeon Rios*  
DR. JORGE LUIS SALDEON RIOS  
Jefe del Dpto. de Medicina  
Médico Internista  
COP. 28444-RNE. 14477

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

*Dr. Sergio Ruiz Tello*  
Dr. SERGIO RUIZ TELLO  
COP. 28184-RNE. 15636  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

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

*Dr. Miguel Martin Bacca Pinto*  
Dr. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO  
COP. N° 36680 - RNE 28653  
Director General

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

*Lic. Adriana Mariana Rosendo de la Cruz*  
Lic. Adriana Mariana Rosendo de la Cruz  
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:	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 ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PROBABILIDAD

IMPREVENCIBLE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICA	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 RARO	1 - 3

BUENAS 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%	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	90%	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%	Teléfono o sistema de llamado de emergencia 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	80%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	80%	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, alcoholismo, poca socialización 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 dictarán 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	87%	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conductas violentas 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	90%	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	80%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	30%	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 cultivos 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		
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 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
BIOSEGURIDAD	60%	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	60%	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	5	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	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:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA 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 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 INTOLERABLE	35 - 50
RIESGO IMPORTANTE	20 - 34
RIESGO MODERADO	4 - 19
RIESGO BAJO	1 - 3

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
IN EVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	18	2	32
HISTORIA CLINICA	56%	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentarios, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y otologatura del médico responsable.	NO	26	2	56
HISTORIA CLINICA	60%	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%	Antifás y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	29	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%	Tímbrico o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	50%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	50%	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	29	2	56
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 maritacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	20	2	56
SEGURIDAD SEXUAL	0%	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	1	84
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	NO	28	2	56
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	28	2	56
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas.	NO	28	1	84
PREVENCIÓN 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 autodestructiva, 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 estímulos y de visitas.	NO	28	2	56
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento del ratio lavamiento/ paciente-cama de al menos 1:10	NO	28	2	56
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	28	2	56
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	35	2	70
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	35	2	70
BIOSEGURIDAD	53%	Cuidado y manejo de los catéteres en realiza de acuerdo a normas.	NO	38	2	70
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	36	2	70
BIOSEGURIDAD	67%	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	1	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	35	2	70



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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIA		
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 ARIMAS NAVAS		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	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		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
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.	Convocar a reunión implementar el registro de sjección mecanica y reevaluación periódica.	Departamento de Oncologia	13/06/2022
84	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 agesiones sexuales.	Departamento de Oncologia	13/06/2022
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Solicitar por medio de la receta médica el brazalete de identificación según sexo.	Departamento de Oncologia	13/06/2022
56	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 Oncologia	13/06/2022
56	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 mecanica y reevaluación periódica.	Departamento de Oncologia	13/06/2022
56	SEGURIDAD SEXUAL	Al declarar 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 Oncologia	13/06/2022
84	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 Oncologia	13/06/2022
56	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 Oncologia	13/06/2022
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 específicos)	Realizar coordinación de apoyo al departamento de psicología, para su asistencia física y mental.	Departamento de Oncologia	13/06/2022
56	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 Oncologia	13/06/2022
56	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 Oncologia	13/06/2022
56	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 Oncologia	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
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESAS		FECHA APLICACIÓN:	13/06/2022 (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 ADMINISTRACIÓN:	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

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	HISTORIA CLINICA	Registro de evolución del paciente: fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y 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
32	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
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Tímbre 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	13/06/2022
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	13/06/2022
56	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
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	13/03/2022
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 suscitado y garantizar la atención de los usuarios.	Departamento de Oncología	13/06/2022
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 clínica y elaborar informe de resultados.	Departamento de Oncología	13/06/2022
56	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
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 reunión implementar el registro de sujeción 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

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	13/05/2022 (DD/MMI/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 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)
70	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
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 y bioseguridad.	Departamento de Oncología	13/06/2022
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 Epidemiología de Medicina/	13/06/2022
70	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medicas 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
56	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
105	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 oficio 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
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	13/06/2022

**ANEXO N° 07**

**FICHA DE**

**MONITOREO**



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRÓLIZA IGLESÍAS	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. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PIKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DR. HAYDÉE ALVARADO COÑA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

76%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CI/COO)	PLAZO (d/m/a/a/a)	MONITOREO (d/m/a/a/a)	IMPLEMENTACIÓN
66	HISTORIA CLINICA	Revisión de exactitud del registro: Fecha y hora de edición, Apellidos, Apellidos, Apellidos, Cédulas, Tratamiento, Dieta, Inyección de anestesia y consumo, Inyección y Plan de trabajo, firma, día y cotización del médico responsable.	Revisar la supervisión del plan de trabajo e historias clínicas de acuerdo a su psicología de cada paciente.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Memorando en el cumplimiento en el llenado correcto de las historias clínicas	SI
32	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de correspondencia (traumática o definitiva)	Elaboración de memorando de cumplimiento de CIE -10	Departamento de Oncología	13/05/2022	Memorando en el cumplimiento en el llenado correcto de las historias clínicas	SI
66	SEGURIDAD EN LA UPSS	Tiene o sistema de llenado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Implementar a través del proyecto de mejorar el sistema de llenado 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 a incidentes.	SI
68	HISTORIA CLINICA	La lista de la Historia Clínica es legible	Elaboración de memorandos de cumplimiento de llenado correcto de la historia clínica y legible.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Memorando 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	Salud a la oficina de Epidemiología o flujo sobre accidentes laborales y su notificación.	SI
26	SEGURIDAD EN LA UPSS	Mecanismo de reembolso 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	13/05/2022		NO
68	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Confirmar al equipo de atención para la revisión de historia clínica y elaborar informe de resultados.	Departamento de Oncología	13/05/2022		NO
59	SEGURIDAD SEXUAL	Control de la entrega de píldoras 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
69	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONVENCIÓN MECÁNICA	Procedimiento que establece población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Conocer a reunión implementar el registro de sujeción mecánica y renovación periódica.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Socialización sobre la importancia del registro y renovación sobre la sujeción mecánica	SI
59	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su llegada y durante el curso de los riesgos de ser víctima de un género, agresiones sexuales, distribuciones maritales, Maltrato de la personalidad, abuso sexual, poca aceptación en su medio.	Conocer a reunión implementar el registro de sujeción mecánica y renovación periódica.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Socialización sobre la importancia del registro y renovación 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 ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	13/05/2022		(DDMM/AAAA)
TITULO ARRESPONSABLE 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 ARTEAGA MENDOZA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDÉE 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
64	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	13/05/2022	SI
69	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	13/05/2022	13/05/2022	SI
69	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Conversar a reunión con los enfermeros para incidir en tema de orientación al paciente sobre consecuencias penales ante las agresiones sexuales.	Departamento de Oncología	13/05/2022	13/05/2022	SI
69	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Conversar a reunión implementar el sistema de registro de sujeción mecánicas y reevaluación periódica.	Departamento de Oncología	13/05/2022	13/05/2022	SI
69	SEGURIDAD SEXUAL	Al detectar conductas desaprobadas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Mencionando al personal de salud, sobre la seguridad de los pacientes en hospitalización	Departamento de Oncología	13/05/2022	13/05/2022	SI
64	SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y lugares que resten opacadas	Mencionando al personal de salud, sobre la seguridad de los pacientes en hospitalización	Departamento de Oncología	13/05/2022	13/05/2022	SI
69	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del riesgo de suicidio: antecedentes de enfermedad mental (yo abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesión, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano).	Mencionando al personal de salud, sobre la seguridad de los pacientes en hospitalización.	Departamento de Oncología	13/05/2022	13/05/2022	SI
69	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	13/05/2022	SI
69	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, al control de salidas y de visitas.	Realizar coordinación de apoyo al departamento de psicología, para su asistencia física y mental.	Departamento de Oncología	13/05/2022	13/05/2022	SI
69	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del ratio lavamano/ paciente-cama de al menos 1:10	Solicitar el mantenimiento del ratio lavamano en los servicios	Departamento de Oncología	13/05/2022	13/05/2022	NO
69	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 09 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar curso taller sobre higiene de manos y bioseguridad.	Departamento de Oncología	13/05/2022	13/05/2022	SI
70	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	13/05/2022	13/05/2022	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Presencia de cumplimiento > 60% del resultado de realizar la higiene de las manos durante su actividad autorizada 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	13/05/2022	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 FELPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	13/05/2022		(DDMM/AAAA)
TITULO ARRESPONSABLE 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 WENDOZA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DR. HAYDÉE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS BALINAS		

**76%**

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (diferencial)	MONITOREO (diferencial)	IMPLEMENTACIÓN
70	BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los catéteres en reglas de acceso a normas.	Realizar curso taller sobre higiene de manos y bioseguridad.	Departamento de Medicina Epidemiología	13/05/2022	Socialización de la importancia de higiene de manos y bioseguridad hospitalaria.	SI
70	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Cero Bandido" o Paquete de Inocidad para la prevención de las IAS basadas en evidencia científica.	Realizar curso taller sobre higiene de manos y bioseguridad.	Departamento de Oncología	13/05/2022	Socialización de la importancia de higiene de manos y bioseguridad hospitalaria.	SI
50	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selección y localización 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	Se implementa Sala Situacional para las 10 primeras casas.	SI
100	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		NO
70	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ajustar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluido los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Realizar cédula 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	13/05/2022		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. Enf. Infecciosas y Tropicales  
Hospital Regional de Loreto



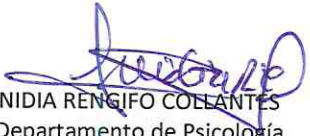
M.C. LUIS ERNESTO ARTEAGA MENDOZA  
Jefe Departamento de Oncología  
Hospital Regional de Loreto



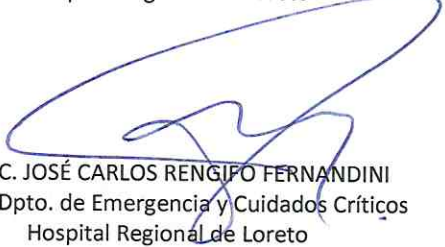
C.D. ERWIN VALDERRAMA PANDURO  
Jefe Departamento Odontología  
Hospital Regional de Loreto



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



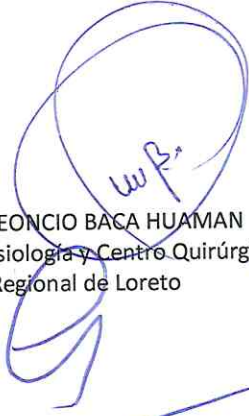
PSC. NIDIA RENGIFO COLLANTES  
Jefe Departamento de Psicología  
Hospital Regional de Loreto



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**

**UCI- PEDIATRIA**

**17/06/22**

# **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

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/08/2022 (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. DPPTO/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 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	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

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/08/2022	(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		

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 HCl.	NO	
HISTORIA CLINICA	71%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl 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 epícrisis, 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	



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	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	

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

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		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Tímbre 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

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/06/2022 (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. LUIS BAGCA 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	

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 normalidad 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	



PERÚ

Ministerio de Salud

Departamento 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:	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		

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	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	SI	
PREVENCIÓN 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	
PREVENCIÓN 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	
PREVENCIÓN 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	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	NO APLICA	
PREVENCIÓN 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	
PREVENCIÓN 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	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	100%	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	SI	
PREVENCIÓN 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	



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:	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		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN 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	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN 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 maníacas, 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

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/08/2022	(DD/MM/AAAA)	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADMI. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
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	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 estándares.	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 permanezca 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:	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		

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. La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO APLICA	
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 reciprocas 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	



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:	17/06/2022 (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. LUIS BAGCA 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		

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	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 Bundle" 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

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.JUNIDAD 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

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

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	71%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	38%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	57%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	75%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	11%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
<b>PROMEDIO</b>	<b>79%</b>

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

Dra. ROSA ENCARNACION MERA ARO Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación CMP N° 25182-RNE. N° 21111

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

79%

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

DR. ALFREDO CANELO TORRES Jefe Dpto. Diagnóstico por Imágenes

DIRECCION 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

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

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

M.C. Rocío Chanoque Vásquez Jefe del Dpto. de Patología Clínica y Anatomía Patológica

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

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"

Ps. ANDREA RENGIFO COLLANTES PSICÓLOGA CLÍNICA C.Ps.P. 22977 JEFA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

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"

Bach. Lilian 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. Odontología COP. 20936

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

DR. JOSE C. RENGIFO BERNANDINI JEFE DPTO. EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS CMP 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 CQFP 19777

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

Dr. GUILLERMO EDUARDO VELAZCO CURAY Jefe del Departamento de Cirugía Médico Neuropsiquiatra CMP: 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 Médica Internista CMP 26449 - RNE 14479

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"

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

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

Lic. ADM. MANTA ROSALINA AREVALO PEIXOTO Directora Ejecutiva de Administración C.P.A.D. 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

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:	17/06/2022 (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 BACCA PINTO		
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
BAJO	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	71%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 a DSM N 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 HCl.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	71%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl 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	33%	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	30%	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	30%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	1	7	7
SEGURIDAD EN LA UPSS	30%	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	70%	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	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 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

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

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCCASIONAL	3
INFRECIENTE	2
BAJO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

VALORACIÓN DEL RIESGO

RIESGO INDETERMINADO	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 estándares.	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 prestado durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	90%	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

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		17/08/2022	(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 BACCA PINTO		
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 EN LA UPSS	39 - 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	31	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	25	2	55
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	25	2	55
HISTORIA CLINICA	71%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	NO	25	1	28
HISTORIA CLINICA	71%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	NO	25	2	55
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	25	2	55
HISTORIA CLINICA	71%	Historia clínica ordenada y limpia.	NO	25	2	55
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	25	2	55
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	23
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	23	2	55
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	23	2	55
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.	NO	25	3	84
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	25	2	55
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	25	2	55
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	25	1	84
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	25	2	55
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, maniobras, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca adaptación en su medio.	NO	25	2	55
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	25	2	55
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	25	2	55
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	25	2	55
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	25	2	55
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	20	2	55
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	25	2	55
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares.	NO	25	2	55
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Protocolización del seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	NO	25	2	55
COMUNICACIÓN EFECTIVA	80%	Se evita toda 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	25	2	55
FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	80%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluyendo los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	25	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

TRIMESTRE:	II 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 ARIMAS NAVAS		
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		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
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 - Pediatría	30/06/2022
70	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
56	HISTORIA CLINICA	Historia clínica ordenada y limpia.	Conformar al equipo de auditoría para la revisión de historia directa y elaborar informe de resultados	UCI - Pediatría	30/06/2022
56	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
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 folder de eventos adversos y respectiva notificación mensual	UCI - Pediatría	30/06/2022
56	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
28	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
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 - Pediatría	30/06/2022
56	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	UCI - Pediatría	30/06/2022
56	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



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
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:	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		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
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	30/06/2022
84	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	30/06/2022
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	30/06/2022
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	30/06/2022
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.	Crear un whatsapp de los profesionales asistenciales ante la ausencia del personal programado a fin de garantizar la atención del paciente.	UCI - Pediatría	30/06/2022
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene 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	30/06/2022
84	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	30/06/2022
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	30/06/2022
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 maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Solicitar apoyo al departamento de psicología para las terapias relacionadas ante las agresiones sexuales.	UCI - Pediatría	30/06/2022
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 familia.	UCI - Pediatría	30/06/2022
56	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.	Realizar un protocolo de atención en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión.	UCI - Pediatría	30/06/2022
56	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	30/06/2022



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
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		
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		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	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 - Pediatría	30/06/2022
56	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.	Educar al familiar ante la prevención de úlceras por presión	UCI - Pediatría	30/06/2022
56	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.	Implementar un registro diario de notificación de incidencia y prevalencia ante la presencia de úlceras por presión	UCI - Pediatría	30/06/2022
56	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 - Pediatría	30/06/2022
56	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	Realizar un protocolo de atención en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión.	UCI - Pediatría	30/06/2022
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidenciará 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 - Pediatría	30/06/2022
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.	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

**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 ABRIOLO (GLESIMAS)	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	17/08/2022		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BAGCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA BABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEYKOTO	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		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

79%

PRIORIDAD	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 - Pediatría	30/08/2022	Memorando en el cual se detalló el estado correcto de las historias clínicas	SI
70	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	30/08/2022	Memorando en el cumplimiento del llenado del CIE-10, en la historia clínica	SI
							SELECCIONE
							SELECCIONE
59	HISTORIA CLINICA	Historia clínica ordenada y limpia.	Conformar al equipo de auditoría para la revisión de historia clínica y elaborar informe de resultados	UCI - Pediatría	30/08/2022		NO
59	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 llenado al paciente	UCI - Pediatría	30/08/2022		NO
59	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 - Pediatría	30/05/2022	Implementación del folio de eventos adversos e incidentes.	SI
59	HISTORIA CLINICA	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	Implementar un registro de procedimientos realizados al paciente.	UCI - Pediatría	30/09/2022	Implementación del registro sobre procedimientos	SI
28	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	Registrar datos completos y correctos de los pacientes en las historias.	UCI - Pediatría	30/05/2022	Memorando sobre el llenado correcto de datos completos y correctos de identificación.	SI
59	SEGURIDAD EN LA UPSS	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	Remobilización al personal de turno sobre los procedimientos de apoyo y tratamiento oportuno de los usuarios.	UCI - Pediatría	30/09/2022	Taller de sensibilización sobre la importancia de los procedimientos de apoyo y tratamiento oportuno.	SI
59	SEGURIDAD EN LA UPSS	Tímbrico 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	30/09/2022		NO
59	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 - Pediatría	30/09/2022	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:	17/04/2022		(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 PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LOREINA 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 (determinada)	MONITOREO (determinada)	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	30/06/2022		NO
64	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de donación.	Elaborar un memo al personal asistencial para reevaluación de pacientes.	UCI - Pediatría	30/06/2022	Memorando al personal asistencial para reevaluación de consentimiento de alta de pacientes.	SI
42	SEGURIDAD EN LA UPSS	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	Socializar 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	30/06/2022	Socialización al personal asistencial de cumplimiento de dieta del paciente.	SI
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	30/06/2022	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.	Crear un WhatsApp de los profesionales asistenciales ante la ausencia del personal programado a fin de garantizar la atención del paciente.	UCI - Pediatría	30/06/2022	Solicitud a la oficina de Epidemiología el flujo sobre accidentes laborales y su notificación.	SI
58	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene 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	30/06/2022	En solicitud y se socializa al personal asistencial sobre la adquisición de brazaletes de los pacientes.	SI
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	30/06/2022	Memorando sobre el llenado correcto de datos completos en el brazalete de identificación.	SI
59	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	30/06/2022	Taller de sensibilización sobre la importancia de los procedimientos de identificación y tratamiento oportuno.	SI
55	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el curso de los riesgos de sus víctimas a de cometer agresiones sexuales, intimidaciones, amenazas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Solicitar apoyo al departamento de psicología para las terapias relacionadas ante las agresiones sexuales.	UCI - Pediatría	30/06/2022		NO
59	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 familia.	UCI - Pediatría	30/06/2022		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 previas.	Realizar un protocolo de atención en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión.	UCI - Pediatría	30/06/2022		SI
59	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	30/06/2022		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 ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	17/08/2022		(DD/MM/AAAA)
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. LUIS BAGCA 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		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

79%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (determinado)	MONITOREO (determinado)	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	30/08/2022	En proceso de implementación	SI
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Educar al familiar ante la prevención de úlceras por presión	UCI - Podiatría	30/08/2022	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 instaurado en los servicios de hospitalización.	Implementar un registro diario de notificación de incidencia y prevalencia ante la presencia de úlceras por presión	UCI - Podiatría	30/08/2022	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	30/08/2022	En proceso de implementación	SI
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Propaganda al seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en equipos ambulatorios en domicilio.	Realizar un proceso de atención en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión.	UCI - Podiatría	30/08/2022	En proceso de implementación	SI
50	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencia comunicación verbal, escrita o electrónica e intercambio de información entre los profesionales de salud 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	30/08/2022	En proceso de implementación	SI
50	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluyendo los nuevos), mediante la visualización de la visualización de las respectivas tarjetas.	Realizar eficaz el área de mantenimiento para solicitar la información de los mantenimientos de los equipos médicos y dar la tarjeta de control.	Área de Mantenimiento	30/08/2022	Solicitud de información sobre el mantenimiento de los equipos y tarjetas 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 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 BAGA HUAMAN  
Jefe Dpto. Anestesiología y Centro Quirúrgico  
Hospital Regional de Loreto



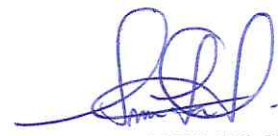
M.C. RICCI CHAFLOQUE VASQUEZ  
Jefe Dpto. Patología Clínica y Anatomía Patológica  
Hospital Regional de Loreto



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