

Punchana, 13 de Julio del 2022

OFICIO N° 2925 -2022-GRL-DRS-L /30.50

Señor

Dr. CHANER ZUMAETA CÓRDOVA
Gerente Regional de Salud Loreto

Presente

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - LORETO
TRAMITE DOCUMENTARIO

14 JUL 2022

Exp. N°: 006894
Folio: _____ Hera: 16.00
Fecha: _____ Firma: _____

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

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

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

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

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

Atentamente,



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

Miguel Martín Bacca Pinto
Dr. MIGUEL MARTÍN BACCA PINTO
C.M.P. N° 30660 - R.N.E. 22593
Director General

Cc.
Archivo
MBP/JGGA/HAC

Punchana, 13 de Julio del 2022

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

Señor

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

Presente



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

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

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

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

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

Atentamente,



Cc.
Archivo
HAC/

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

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

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

ASUNTO : INFORME SEMESTRAL RONDAS DE SEGURIDAD

FECHA : Punchana, 06 de Julio del 2022.

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

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

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

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

Responsables:

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

Así mismo participaron:

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



Organización:

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

Ejecución / Aplicación de las Rondas de Seguridad.

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

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

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

ANEXOS:

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

Es todo cuanto informo a usted.

Cc.
Archivo
HAC/ JPRS



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

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

RONDAS DE SEGURIDAD

UPSS

MEDICINA

21/01/22

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:		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS		FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
UPSS:		HOSPITALIZACIÓN			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:		M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO			
RESP. DE ADMINISTRACION:		LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:		LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS			
RESP. EPIDEMIOLOGIA:		LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ			
RESP. DE LA UPSS:		M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS			
RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:		DRA. HAYDEE ALVARADO CORA			
OTROS RESPONSABLES:		LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS			
BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	SI		
HISTORIA CLINICA	92%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCI, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	SI		
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la enfermedad actual.	SI		
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI		
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	SI		
HISTORIA CLINICA	92%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI		
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o 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:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BAGCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

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



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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA 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	79%	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	SI	



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	78%	Tímbr o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	78%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	SI	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	SI	

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

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



UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	NO	

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OPIC./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	64%	Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.	SI	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	89%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	SI	



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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	88%	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	88%	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	88%	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	88%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares.	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	88%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	SI	

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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	El resumen de la información del traslado de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcoholica para manos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	SI	

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	NO	
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	50%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	
HIGIENE DE MANOS	50%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	SI	
BIOSEGURIDAD	50%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	50%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	50%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	50%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	SI	
BIOSEGURIDAD	50%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	
BIOSEGURIDAD	50%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	

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

FICHA DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS		FECHA APLICACION:	11/02/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN		RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BAGCA PINTO		RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS	
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO		RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA	
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS	
BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES	
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO		
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO		
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI		
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI		
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	SI		
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	SI		
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO		
			SELECCIONNE		

ANEXO N° 03

HOJA DE

RESULTADOS



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OPIC/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	79%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	43%
PREVENCIÓN DE FUGA	50%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA	64%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UP	89%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	50%
BIOSEGURIDAD	50%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	76%

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

Dra. ROSA ENRIQUETA MERA ARO
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación
CMP. N° 35182-RNE. N° 23344

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

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

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

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

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

Bach. Liliana S. Rodríguez Del Castillo
JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

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

Q.F. INELDA V. RODRIGUEZ SANDOVAL
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA
CQFF 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 SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS"
P.S. UNIDAD RENINGIFOPSA UNITES
PSICOLOGA CLINICA
C.P.S.P. 22977
JEFA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

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

Dr. E. 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 Neorodólogo
CMP. N° 64672-RNE. N° 41401

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

Dr. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO
CMP N° 36660 - RNE 28553
Director General

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

DR. ALFREDO CANELO TORRES
CMP N° 20816
JEFE DEL DPTO. DE DIAGNOSTIC POR IMAGEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lic. A. M. M. ROSALINA AREVALO PEIXOTO
Directora Ejecutiva de Administración
LAD N° 01930

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

M.C. Ricardo Gutierrez Vásquez
CMP. 71893
Jefe del Dpto. de Patología 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

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		11/02/2022	(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. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	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
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 e DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	5	4	20
HISTORIA CLINICA	92%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	3	4	12
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	5	7	35
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	4	4	16
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	4	4	16
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	4	10	40
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Revisión diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficit neurológicos - cognitivos.	NO	5	4	20
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	NO	4	4	16
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	99%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	4	4	16
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento del ratio lavamos/ paciente-cama de al menos 1:10	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 05 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	50%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	50%	El servicio ha implementado el uso de "Cara Bundles" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	4	4	16
BIOSEGURIDAD	50%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	5	7	35

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

MATRIZ DE RIESGOS

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		11/02/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OPIC/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	50%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semi-rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	5	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	50%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	5	7	35

ANEXO N°05
PRIORIZACIÓN
DE
INTERVENCIONES

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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		11/02/2022	(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. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
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 INTOLERABLE	35 - 50
RIESGO IMPORTANTE	20 - 34
RIESGO MODERADO	4 - 19
RIESGO BAJO	1 - 3

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	20	2	40
HISTORIA CLINICA	92%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	12	1	12
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	35	2	70
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	16	2	32
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	60%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	16	2	32
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	60%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO	35	2	70
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	60%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	30	2	80
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO	20	1	60
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de las diversas mecanismos de sujeción mecánica.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	64%	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	NO	16	1	48
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	68%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	16	2	32
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento del ratio lavamos/paciente-cama de al menos 1:10	NO	35	2	70
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	35	2	70
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	35	2	70
HIGIENE DE MANOS	60%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	35	2	70
BIOSEGURIDAD	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	16	2	32
BIOSEGURIDAD	60%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	28	2	56
BIOSEGURIDAD	60%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	35	2	70
BIOSEGURIDAD	60%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	35	2	70
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	35	2	70

ANEXO N° 06

PLAN DE ACCIÓN

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

PLAN DE ACCIÓN

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

ACTUALIZAR PRIORIDAD

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

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

PLAN DE ACCIÓN

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

ACTUALIZAR PRIORIDAD

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

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

PLAN DE ACCIÓN

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

ACTUALIZAR PRIORIDAD

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

ANEXO N° 07

FICHA DE

MONITOREO

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

FICHA DE MONITOREO

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

96%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUEVAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
40	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	Revisar la supervisión del plan de trabajo o historias clínicas de acuerdo a su patología de cada paciente.	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
40	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 a DSM IV de correspondiente (presuntivos o definitivos)	Elaboración de memorando de cumplimiento de CIE -10	Departamento de Medicina	21/03/2022	21/03/2022	SI
50	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Conformar al equipo de auditoría para la revisión de historia directa y elaborar informe de resultados	Departamento de Medicina	21/03/2022	21/03/2022	SI
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timba o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Implementar a través del proyecto de mejora continua el sistema de llamado al paciente	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementar el folder de eventos adversos y respectiva notificación manual	Departamento de Medicina	21/03/2022	21/03/2022	SI
50	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Regular datos completos y correctos de los pacientes en los brazaletes	Departamento de Medicina	21/03/2022	21/03/2022	SI
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Solicitar formato de registro de accidentes ocupacional	Departamento de Medicina	21/03/2022	21/03/2022	SI
32	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el libreta entre de cualquier procedimiento.	Elaborar documento a la Dirección compra de brazaletes de identificación	Departamento de Medicina	21/03/2022	21/03/2022	SI
50	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Procedo que establece población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Elaborar guía de procedimiento de sujeción mecánica de paciente	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
70	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las preferencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Elaborar directiva para control de objetos peligrosos	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
70	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Elaborar un manual de procedimientos administrativos de fuga de pacientes	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI
50	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con deficiencia neurológicas - cognitivas.	Elaborar un memo al personal asistencial para reevaluación diaria de pacientes.	Departamento de Medicina	15/03/2022	15/03/2022	SI

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

FICHA DE MONITOREO

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

96%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
59	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el traslado del paciente como en el cuarto viable.	Implementar sistema de Sillera de Sillers de colores para identificación de alto riesgo de caídas.	Departamento de Medicina	15/03/2022	Se evidencia la implementación de silleros en historias clínicas.	SI
80	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Realizar capacitación al personal asistencial para el manejo correcto de los medicamentos.	Departamento de Medicina	15/03/2022	Capacitación al personal sobre el manejo correcto de medicamentos, 18/03/22.	SI
32	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta conropa de hospital fácilmente identificable.	Solicitar compra de tela para ropa hospitalaria para los pacientes	Departamento de Medicina	15/03/2022	Se realiza guía de procedimiento, se presentó a Gestión de la calidad para su revisión respectiva.	SI
55	PREVENCIÓN DE CAÍDA 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 al tiempo de sujeción.	Elaborar una guía de procedimientos del proceso de sujeción mecánica del paciente.	Departamento de Medicina	15/03/2022	Se realiza guía de procedimiento, se presentó a Gestión de la calidad para su revisión respectiva.	SI
48	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que pueda mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	Elaborar un documento de cuidado de paciente de posición supina	Departamento de Medicina	15/03/2022	Se realiza guía de procedimiento, se presentó a Gestión de la calidad para su revisión respectiva.	SI
32	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.	Elaborar un memo al personal asistencial para reevaluación diaria de pacientes.	Departamento de Medicina	15/03/2022	El servicio de medicina cuenta con oficio educativo dirigido a pacientes y familia	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del ratio lavamosur paciente-cama de al menos 1:10	Solicitar a la Dirección recursos para la implementación lavamanos para cada ambiente.	Departamento de Medicina	15/03/2022	Se realiza la solicitud de implementación con oficio a Dirección.	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 05 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Capacitación y monitoreo de higiene de manos	Departamento de Medicina	15/03/2022	Se realiza la solicitud de implementación con oficio a Dirección.	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Capacitación y monitoreo de higiene de manos	Departamento de Medicina	15/03/2022	Se realiza la solicitud de implementación con oficio a Dirección.	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80% del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Capacitación y monitoreo de higiene de manos	Departamento de Medicina	15/03/2022	Capacitación al personal sobre el manejo correcto de medicamentos, 18/03/22.	SI
32	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Cara Buntel" o Paqueta de Medidas para la prevención de las IMAS basadas en evidencia científica.	Implementar acciones de verificación de estancias hospitalaria	Departamento de Medicina	15/03/2022	Se observa un listado de cada paciente con verificación de estancia hospitalaria.	SI
55	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IMAS en la UPSB.	Realizar sala situacional observado las 10 primeras causas de Mortalidad del servicio.	Departamento de Medicina	15/03/2022	Implementación de sala situacional 10 primeras causas.	SI
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Coordinar con el área de Epidemiología la implementación de las zonas rígidas y semi rígidas	Departamento de Medicina Epidemiología	15/03/2022	No se observa la implementación sobre medidas de bioseguridad	NO
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respaldan las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Capacitar al personal asistencial sobre medidas de bioseguridad	Departamento de Medicina	15/03/2022	Capacitación al personal sobre el manejo correcto de medicamentos, 18/03/22.	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:	1° TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/02/2022		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JORGE LUIS BALDEON RIOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

96%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
70	Funcionamiento y Manejo de Equipos	Verificación de que la UPSS cumple con operar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos (incluye los nuevos), mediante la verificación de las respectivas tarjetas.	Realizar oficina al área de mantenimiento para solicitar la información de los mantenimientos de los equipos médicos y dejar la tarjeta de control.	Departamento de Medicina Oficina de mantenimiento	15/03/2022	Oficina 035-2022-pp-ds-109.06.12	SI

ANEXO N°08

I TRIMESTRE

**RONDAS DE SEGURIDAD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO**

ANEXO 08

INDICADORES DE EVALUACIÓN – 2022

RESULTADO PRIMER TRIMESTRE 2022

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

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

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

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

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

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

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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



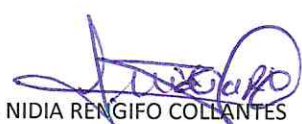
C.D. ERWIN VALDERRAMA PANDURO
Jefe Departamento Odontostomatología
Hospital Regional de Loreto



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



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



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





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



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



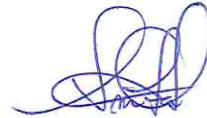
M.C. RICCI CHAFLOQUE VASQUEZ
Jefe Dpto. Patología Clínica y Anatomía Patológica
Hospital Regional de Loreto



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



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



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



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



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

RONDAS DE SEGURIDAD

UPSS

HEMODIÁLISIS

28/02/22

ANEXO N° 02

FICHA DE

EVALUACIÓN



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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HEMODIÁLISIS	FECHA APLICACION:	11/02/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA 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	89%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del 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.	NO	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de la enfermedad actual.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	89%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SI	

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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

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



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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

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



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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

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

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

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



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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HIGIENE DE MANOS	63%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	SI	
HIGIENE DE MANOS	63%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	63%	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	SI	
HIGIENE DE MANOS	63%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	63%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	63%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	
HIGIENE DE MANOS	63%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	SI	
BIOSEGURIDAD	60%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	60%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	60%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	SI	



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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
BIOSEGURIDAD	50%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	SI	
BIOSEGURIDAD	50%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	
BIOSEGURIDAD	50%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	

ANEXO N° 03
HOJA DE
RESULTADOS



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	89%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	88%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	80%
PREVENCIÓN DE FUGA	0%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	63%
BIOSEGURIDAD	50%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	76%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

76%

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

[Signature]
Dra. ROSA ENCARNACION MERA ARO
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación
CMP N° 25182-RNE. N° 21114

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

[Signature]
DR. ALFREDO CANELO TORRES
CMP N° 29816
JEFE DEL DPTO. DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES

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

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

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

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

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

[Signature]
LIC. ENF. LORENA DEL PILAR ARMAS NAVAS
CEP. N° 34978
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

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

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

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

[Signature]
D. JOSE C. RENGIFO COLLANTES
PSICOLOGA CLINICA
C.P.S. 22977
JEFA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

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

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

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

[Signature]
Bach. Liliana Del Castillo
JEFE DE LA UNIDAD DE ATENCION AL CIUDADANO

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

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

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

[Signature]
DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDINI
JEFE DPTO. EMERGENCIA Y UNIDADES CRITICAS
CMP N° 45964

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

[Signature]
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"

[Signature]
Dr. GUILLERMO EDUARDO VELAZCO CURAY
Jefe del Departamento de Cirugia
Médico Neurocirujano
CMP. N° 64872-RNE. N° 41401

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

[Signature]
Dr. JORGE LUIS BALDEON RIOS
Jefe del Dpto. de Medicina
Médico Internista
CMP 28440 - RNE. 94477

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

[Signature]
M.C. Ricci A. Chaffoque Vásquez
CMP. 71893
Jefe del Dpto. de Patología Clínica y

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

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

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

[Signature]
Dr. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO
CMP N° 36680 - RNE 28893
Director General

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

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

ANEXO N° 04

MATRIZ DE

RIESGOS

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

MATRIZ DE RIESGOS

TRIMESTRE:	TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS: HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:	11/02/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS: HEMODIÁLISIS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA	
RESP. DE ADMINISTRACION: LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OFIC/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
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	89%	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.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	88%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	5	7	35
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	83%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	83%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	83%	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	6	7	35
BIOSEGURIDAD	80%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	80%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	80%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	80%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	5	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos 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:	TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACIÓN:		11/02/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HEMODIÁLISIS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DE 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		

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	89%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	NO	15	3	105
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (prevalentes o definitivos)	NO	15	3	105
SEGURIDAD EN LA UPSS	80%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	19	3	105
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	19	3	105
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	0%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	15	2	70
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	15	2	70
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	80%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	19	3	105
HIGIENE DE MANOS	82%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	16	2	70
HIGIENE DE MANOS	82%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	16	2	70
HIGIENE DE MANOS	82%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	19	2	70
BIOSEGURIDAD	80%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	15	2	70
BIOSEGURIDAD	80%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	15	2	70
BIOSEGURIDAD	80%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	16	2	70
BIOSEGURIDAD	80%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	16	2	70
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	20	3	84

ANEXO N° 06

PLAN DE ACCIÓN

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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESAS		
UPSS:	HEMODIÁLISIS		
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:	11/02/2022		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

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

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

IPRESS:	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIA	FECHA APLICACION:		11/02/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUAMAN PEÑA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP. DPPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
70	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	Realizar sala situacional observando las 10 primeras causas de Morbimortalidad del servicio.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Socialización al personal de hemodiálisis, sobre la normativa vigente de bioseguridad.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Realizar supervisión y monitoreo de higiene de manos y realizar actividades de reforzamiento.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Implementar en el área de hemodiálisis las señalizaciones correspondiente según normativa vigente de bioseguridad.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Realizar supervisión y monitoreo de higiene de manos y realizar actividades de reforzamiento.	Departamento de Hemodiálisis	25/03/2022

ANEXO N° 07

FICHA DE

MONITOREO

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORRETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HEMODIÁLISIS	FECHA APLICACION:	11/02/2022	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADRI. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS HUMANA PEÑA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFICINA CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO COIRA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PROXIMIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INEQUIVOCO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (determinado)	MONITOREO (definición)	IMPLEMENTACIÓN
105	HISTORIA CLINICA	Registro de los dispositivos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Actualizar el formato de historia clínica que incluye el registro del CIE 10	Departamento de Hemodialis	26/03/2022	El formato que se utilizó en el servicio de hemodialis, se encuentra en proceso.	SI
105	HISTORIA CLINICA	Registro completo de la filiación del paciente. Datos del EESS, IV de HGT, Nombres y Apellidos del Paciente, Sexo, Edad, Teléfono, DNI, Cargos, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	Memoranda al personal que labora en Hemodialis para el llenado correcto de las historias clínicas.	Departamento de Hemodialis	4/03/2022	Se elaboró el formato de historia clínica al llenado correcto de las historias clínicas	SI
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACION	Cochas de paro cuenta con los ítemos necesarios para atender situaciones críticas según normativa/des Vigencia.	Solicitar a un personal para vigilancia y el control respectivo ante los eventos adversos.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	no se realizó coordinación respectiva	NO
70	PREVENCIÓN DE LA FUERA DE PACIENTES	Paciente estricto con ropa de hospital fuertemente identificable.	Implementar el sistema de alertas de cobetas en las historias clínicas según riesgo de caídas de los pacientes.	Departamento de Hemodialis	26/03/2022	Las Historias Clínicas se encuentran con alertas de cobetas según riesgo de caídas.	SI
105	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentos y eventos adversos.	Implementar en cuaderno de análisis de incidencias y eventos adversos, en el área de hemodialis	Departamento de Hemodialis	2/03/2022	Se evidenció haber de implementación de labor de incidentos y eventos adversos	SI
70	PREVENCIÓN DE LA FUERA DE PACIENTES	Vigilancia constante las reacciones de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Solicitar a un personal para vigilancia y el control respectivo ante los eventos adversos.	Departamento de Hemodialis	26/03/2022	Personal tecnico realiza la vigilancia y control respectivo ante los eventos adversos	SI
105	IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cama visible.	Implementar el sistema de alertas de cobetas en las historias clínicas según riesgo de caídas de los pacientes.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	Las Historias Clínicas se encuentran con alertas de cobetas según riesgo de caídas.	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 05 pasos de la disinfección de manos (gasos y tiempo).	Realizar supervisión y monitoreo de higiene de manos y realizar actividades de reforzamiento.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	El personal educacional cumple con los procesos de higiene de mano.	SI
84	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Realizar un informe sobre el cumplimiento de la garantía del mantenimiento preventivo de los equipos de hemodialis.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	Se evidencia informe de garantía de los equipos de hemodialis.	SI
70	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Cero Buzos" o Paquetes de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia científica.	Socialización al personal de hemodialis, sobre la normativa vigente de bioseguridad.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	Se evidencia memorando al personal de hemodialis sobre Higiene de Manos y Bioseguridad.	SI
70	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IAS en la UPSS.	Realizar sala situacional observando las 10 primeras causas de Mortalidad del servicio.	Departamento de Hemodialis	25/03/2022	Se evidencia Sala Situacional con información de las 10 primeras causas de Mortalidad.	SI

93%

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

FICHA DE MONITOREO

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

93%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
70	INSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Socialización al personal de hemodialisis, sobre la normativa vigente de bioseguridad.	Departamento de Hemodialisis	25/02/2022	25/02/2022	Si
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (paso y tiempo).	Realizar supervisión y monitoreo de higiene de manos y realizar actividades de reforzamiento.	Departamento de Hemodialisis	25/02/2022	25/02/2022	Si
70	BIOSSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Implementar en el área de hemodialisis la señalización correspondiente según normativa vigente de bioseguridad.	Departamento de Hemodialisis	25/02/2022	25/02/2022	Si
70	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 60%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Realizar supervisión y monitoreo de higiene de manos y realizar actividades de reforzamiento.	Departamento de Hemodialisis	25/02/2022	25/02/2022	Si

ANEXO N°08

I TRIMESTRE

**RONDAS DE SEGURIDAD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO**

ANEXO 08

INDICADORES DE EVALUACIÓN – 2022

RESULTADO PRIMER TRIMESTRE 2022

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


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

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


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

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


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




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




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




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




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




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




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



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



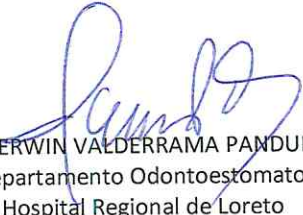
M.C. SERGIO RUÍZ TELLO
Jefe Departamento de Pediatría
Hospital Regional de Loreto




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




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




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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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



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

RONDAS DE SEGURIDAD

UPSS

EMERGENCIAS

18/03/22

ANEXO N° 02
FICHA DE
EVALUACIÓN



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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

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



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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	86%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	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	86%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	86%	Registro de la Contrarreferencia del paciente	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	86%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	
HISTORIA CLINICA	86%	Historia clínica ordenada y limpia.	SI	



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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Departamento Viceministerial de Prestación de Servicios y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

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



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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

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



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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	73%	Si el paciente se encuentra en decúbito prono asegurar que las vías aéreas no están obstruidas en ningún momento y que la expansión pulmonar no se ve limitada.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	73%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	100%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO APLICA	



PERÚ
Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN 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 estadios.	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN		Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes	SI	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	NO APLICA	



PERÚ

Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencian comunicaciones reciprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia) relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	El resumen de la información del traslado de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	SI	



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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	SI	
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	UÑAS PINTADAS Y LARGAS
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	50%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	
HIGIENE DE MANOS	50%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	
BIOSEGURIDAD	63%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	NO SE ENCONTRO TACHOS CON BOLSA NEGRA PERMITE MANEJO INADECUADO DE LOS RESIDUOS.
BIOSEGURIDAD	63%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	63%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	63%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	SI	
BIOSEGURIDAD	63%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	
BIOSEGURIDAD	63%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	



UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE EVALUACIÓN

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

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

ANEXO N° 03

HOJA DE

RESULTADOS



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

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

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

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

67%

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° 35182-RNE. N° 21111

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

HAYDEE ALVARADO CORA Jefe de Oficina de Gestión de la Calidad

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"

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

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

Dr. 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. 26134-RNE. 45638 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. INDIA RENGIFO COLLANTES PSICOLOGA CLINICA C.Ps.P. 22977 JEFA DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

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

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

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

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

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

Dr. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO CMP N° 36560 - RNE 28551 Director General

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

DR. ALFREDO CANELO TORRES CMP N° 39818

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

LIC. ENF. LORENA DEL PILAR ARMAS NAVAS CEP. N° 34978 Departamento de Esterilización

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

Lic. Enf. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ Jefe de la Oficina de Epidemiologia Unidad Clínica

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

DR. JOSE C. RENGIFO FERNANDINI JEFE DPTO. EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS CMP N° 44964

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

Dr. JORGE LUIS BALDEON RIBE 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 Director Ejecutivo de Administración CLAD N° 01950

ANEXO N° 04

MATRIZ DE

RIESGOS

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

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	18/03/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC/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 BASTANTE	1 - 3

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	90%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	4	4	16
HISTORIA CLINICA	90%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	NO	3	7	21
HISTORIA CLINICA	85%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	75%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	75%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	70%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	45%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	45%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	45%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	45%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	55%	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	35%	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrió a la contención mecánica.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	35%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se le administren.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	75%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el equilibrio.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	75%	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	75%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	4	7	28

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

MATRIZ DE RIESGOS

		TRIMESTRE:	ITRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		18/03/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	EMERGENCIA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	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
HIGIENE DE MANOS	90%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	90%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	90%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	90%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	93%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	93%	El servicio ha implementado el uso de 'Care Bands' o Paquete de Medidas para la prevención de las IVAS basadas en evidencia médica.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	93%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IVAS en la UPSS.	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	90%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	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

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

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)

EVITABLE	3
REDUCIBLE	2
INEVITABLE	1

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	80%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	10	1	48
HISTORIA CLINICA	80%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	NO	21	2	42
HISTORIA CLINICA	80%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	24	2	70
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	30	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	79%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	30	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Paciente cuenta conropa de hospital fácilmente identificable.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurre a la contención mecánica.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las meritas de supervisión oportunas.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	33%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	20%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	73%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	73%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	73%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	25	2	56
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	31	2	70
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	31	2	70
HIGIENE DE MANOS	60%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad esencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	31	2	70
HIGIENE DE MANOS	60%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	35	2	70
BIOSEGURIDAD	63%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	31	2	70

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

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	FECHA APLICACION:		18/03/2022	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	EMERGENCIA	RESP.EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP. DPTO/SERVICIO 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	87%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundles" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	35	2	70
BIOSEGURIDAD	62%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	25	2	58
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	25	2	56
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	66%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de los respectivos targetas.	NO	25	2	56

ANEXO N° 06

PLAN DE ACCIÓN

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

PLAN DE ACCIÓN

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

ACTUALIZAR PRIORIDAD

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

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

PLAN DE ACCIÓN

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

ACTUALIZAR PRIORIDAD

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



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

PLAN DE ACCIÓN

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

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Convocar a reuniones con los enfermeros para incidir en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrado en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Convocar a reuniones con los enfermeros para incidir en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrado en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Convocar a reunión implementar el sistema de registro de sujeción mecánica y reevaluación periódica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar curso taller sobre higiene de manos (8 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Realizar curso taller sobre higiene de manos(11 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Realizar curso taller sobre higiene de manos(11 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022
70	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Realizar curso taller sobre higiene de manos(11 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022
70	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Emergencia	6/05/2022
70	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IAAS en la UPSS.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicita al área de mantenimiento el plan anual , donde se verifica el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Solicita al área de mantenimiento las tarjetas de mantenimiento preventivo biomédicos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022

ANEXO N° 07
FICHA DE
MONITOREO

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

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

76%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
42	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro electrónico.	Mencionado de socialización sobre la importancia del registro de incidencias y eventos adversos y respectiva medidas correctivas	Departamento de Emergencia	06/05/2022	No se realizó ningún trámite con relación a la implementación de la importancia y eventos adversos	NO
48	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de correspondencia (presuntivos o definitivos)	Mencionado del jefe del departamento de Emergencia (pedidos) llenado correcto del ICL, FUA, RUE, del CIELO	Departamento de Emergencia	06/05/2022	Se realizó memorando (M), Socialización de importancia del registro de datos del paciente en historias clínicas.	SI
58	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene buzete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Solicitar por medio de la receta médica el buzete de identificación según zona.	Departamento de Emergencia	06/05/2022	Se evidencia la solicitud y buzete de identificación en pacientes que se encuentran en los servicios de observación adulto y pediátricos.	SI
58	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementar el formato de consentimiento informado de actividades de docencia.	Departamento de Emergencia	06/05/2022	No se evidencia la implementación de los consentimientos informado de actividades de docencia.	NO
70	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible	Mencionado del Jefe de Departamento de Emergencia para legibilidad de recetas y de Historias Clínicas.	Departamento de Emergencia	06/05/2022	Se realizó memorando (M), Socialización de importancia del registro de datos del paciente en historias clínicas.	SI
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Solicitar a la Dirección la implementación de timbre en el servicio de Emergencia.	Departamento de Emergencia	06/05/2022	no se evidencia solicitud de implementación de timbre en Emergencia.	NO
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Socializar al personal de salud sobre la importancia de el registro, notificación y medidas correctivas de los incidentes y eventos adversos.	Departamento de Emergencia	06/05/2022	Se realizó memorando (M), importancia del registro de datos del paciente en historias clínicas.	SI
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	Socializar al personal la importancia del registro de datos correctos del paciente.	Departamento de Emergencia	06/05/2022	Se realizó memorando (M), Socialización de importancia del registro de datos del paciente en historias clínicas.	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Convocar a reuniones con los enfermeros para incidir en forma de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrado en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	06/05/2022	Se realizó el memorando (M), sobre la socialización de orientación al paciente, a administración de los medicamentos.	SI
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Solicitar a la Dirección la dotación de ropa para el paciente (batas, sabanas)	Departamento de Emergencia	06/05/2022	No se evidencia solicitud sobre la implementación de dotación de ropa para el paciente.	NO

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	16/03/2022		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE PRESS:	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. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

76%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
50	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención médica.	Elabora una guía de procedimientos de paciente en riesgo de fuga.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	No se realizó la guía de procedimientos de paciente en fuga.	NO
50	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Evidencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Elabora una guía de procedimientos de paciente en riesgo de fuga.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	No se realizó la guía de procedimientos de paciente en fuga.	NO
50	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Calificar por medio de la receta única estandarizada el brazalete de identificación del paciente.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	Se evidenció la solicitud y utilización de los brazaletes en pacientes que se encuentran en los servicios de emergencia y quirófanos.	SI
50	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Elabora una guía de procedimientos de paciente en riesgo de fuga.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	No se realizó la guía de procedimientos de paciente en fuga.	NO
50	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Elabora una guía de procedimientos sobre el riesgo de caídas	Departamento de Emergencia	6/05/2022	No se realizó la guía de procedimientos de pacientes en riesgo de caídas.	NO
50	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producir los medicamentos que recibe.	Socializar con el personal sobre la importancia de la información de los efectos adversos de medicamentos administrados.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	Se realizó el memorando (M) de socialización sobre los efectos adversos de medicamentos de la administración de los medicamentos.	SI
50	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran ebidamente rotuladas con la fecha y los componentes sostenibles en ella.	Socializar con el personal la importancia de rotular los insumos para brindar un buen manejo.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	Se realizó el memorando (M) de socialización sobre el rotulado de capacidad de medicamentos e insumos médicos.	SI
50	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombre o de presentación.	Socializar con el personal para una adecuada administración e identificación del medicamento.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	Se realizó el memorando (M) de socialización sobre el control efectivo de medicamentos e insumos médicos.	SI
50	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Socializar con el personal para una adecuada administración e identificación del medicamento.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	Se realizó el memorando (M) sobre la socialización sobre los efectos adversos de medicamentos de la administración de los medicamentos.	SI
50	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se catalogan para su almacenamiento basal según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Socializar con el personal el buen uso y almacenamiento de medicamentos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	Se realizó el memorando (M) de socialización sobre el control efectivo de capacidad de medicamentos e insumos médicos.	SI
50	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Implementar el formato para el control efectivo de capacidad de insumos médicos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	Se realizó el memorando (M) de socialización de control efectivo de capacidad de insumos médicos.	SI
50	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 cometas para la administración correcta de medicamentos.	Consejar e instruir con los enfermeros para incidir en tema de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos e administrar y registrar en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	6/06/2022	Se realizó el memorando (M) sobre la socialización sobre los efectos adversos de medicamentos de la administración de los medicamentos.	SI

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPFS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	19/03/2022		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIKOTO	RESP. DE LA UPFS:	M.C. JOSÉ CARLOS REINGIFO FERNANDINI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DR. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

76%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (d/d/m/aaaa)	MONITOREO (d/d/m/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
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 recibir en forma de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrados en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establece población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción invertebral.	Convocar a reuniones con los enfermeros para recibir en forma de orientación al paciente sobre efectos de los medicamentos a administrar y registrados en la Historia Clínica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Sistema de registro específico de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Convocar a reunión implementar el sistema de registro de sujeción mecánica y reevaluación periódica.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (paso y tiempo).	Realizar curso taller sobre higiene de manos (8 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (paso y tiempo).	Realizar curso taller sobre higiene de manos(11 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Prevalencia de cumplimiento > 80%, del protocolo de realizar la higiene de las manos durante su actividad relacionada al cuidado con los procedimientos de la higiene de manos.	Realizar curso taller sobre higiene de manos(11 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Mantas y objetos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Realizar curso taller sobre higiene de manos(11 pasos)	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
70	BIOSEGURIDAD	Disponición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
70	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de 'Cari Blind' o 'Prepu' de Invidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia científica.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
56	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPFS.	Realizar curso taller sobre bioseguridad hospitalaria.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPFS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluyendo los nuevos).	Solicitar al área de mantenimiento el plan anual , donde se verifica el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPFS cuenta con el plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluyendo los nuevos), incluída la actualización de la respectiva ficha.	Solicitar al área de mantenimiento las tarjetas de mantenimiento preventivo biomédicos.	Departamento de Emergencia	6/05/2022	6/05/2022	SI

ANEXO N°08

I TRIMESTRE

RONDAS DE SEGURIDAD
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO

ANEXO 08

INDICADORES DE EVALUACIÓN – 2022

RESULTADO PRIMER TRIMESTRE 2022

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

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

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


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

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


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



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




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



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




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




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




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




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




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




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




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




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



Q.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



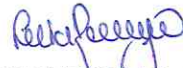
M.C. JOSÉ LEONCIO BACA HUAMAN
Jefe Dpto. Anestesiología y Centro Quirúrgico
Hospital Regional de Loreto



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:		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS		FECHA APLICACION:	11/04/2022 (DD/MM/AAAA)		
UPSS:		RESP.EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:		RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP.OPIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:		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 mantacapas, 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	

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:	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%
PROMEDIO	67%

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 JEFE 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 REINGIRO 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. REINGIRO 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

		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		

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.EPIDEMIOLOGÍA:	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 INTOLERABLE:	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

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 IGLESIA	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 IGLESAS			
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 IGLES	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 ARRILLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	11/04/2022	(DDMMAAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	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 el 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 educación.	Implementar el formato de consentimiento informado de actividades de educación.	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

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	11/04/2022		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTÍN BAGCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JUAN CARLOS CELIS SALINAS		
RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP. OFIC. JUNIDAD CALIDAD:	DR. HAYDEE ALVARADO CORA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

79%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/mes/año)	MONITOREO (días/mes/año)	IMPLEMENTACIÓN
64	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente sujeta 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
66	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
68	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene trazado de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Elaborar documento a la Dirección compra de tachales de identificación	Departamento de Infectología	1/09/2022	Se coordina con Farmacia para la adquisición de tachales de identificación	SI
69	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
69	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
66	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
66	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Revisión diaria de pacientes: acilinas, agallas 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	Monitoreo al personal médico para la reevaluación médica.	SI
66	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
66	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
66	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo 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
66	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Diagrama de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe 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
66	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	La enfermera, la enfermera de los cuidados, el personal responsable proceden al registro 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 PEKOTO	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

PRIORIDAD	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 realiza el área de mantenimiento el plan anual, donde se verifica el cronograma de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	Departamento de Infectología	1/09/2022	Se solicita al plan anual y mantenimiento de los mantenimientos 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 realiza el 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 FERNANDINI
Jefe Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos
Hospital Regional de Loreto





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



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



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



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



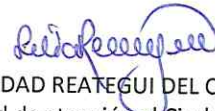
M.C. ROSA ENCARNACIÓN MERA ARO
Jefe Dpto. Medicina Física y Rehabilitación
Hospital Regional de Loreto



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



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



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

RONDAS DE SEGURIDAD

UPSS

ONCOLOGÍA

13/05/22

ANEXO N° 02

FICHA DE

EVALUACIÓN

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:	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 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 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	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 MECÁNICA	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%
PROMEDIO	66%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO 66%

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

Rosa Enarriacion Mera Aro
Dra. ROSA ENARRIACION MERA ARO
Jefe Dpto. Medicina Física 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"

Lorena 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 SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS"

Yadla Rengifo Colman
Dra. YADLA RENGIFO COLMAN
PSICOLOGA CLINICA
C. Ps. 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"

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"

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. 71893
Jefe del Dpto. de Patología Clínica y Anatomía Patológica

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

Melida V. Rodriguez Sandoval
Dra. MELIDA 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

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"

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"

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"

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"

Maria Rosalina Arevalo Peixoto
Lic. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO
Directora Ejecutiva de Administración
CLAD N° 01930

ANEXO N° 04

MATRIZ DE

RIESGOS



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

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	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

FRECUENTE	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 se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	80%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	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 dictaminarán 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

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		

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%	Antifaz 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%	Timbre 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	29	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	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 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	29	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. INF. LORENA ARIMAS NAVAS		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. INF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA		
RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. INF. 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

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESAS	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	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 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	

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

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 ARMAS NAVAS		
RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS ARTEAGA MENDOZA		
RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

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 ARRÓLA 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 COIRA		
		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 admisión, Apellidos, Apellidos, Apellidos, Cédulas, Tratamiento, Dieta, Inspección de alimentos y consumo, Inspección y Plan de trabajo, firma, sello 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 (psuquiatría o dermatología)	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 el 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 crimen sexual de distribución marítima. Mantener a la personal, alabando, 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 RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEKOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS 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		

76%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

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.	Momentando 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	Momentando 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).	Momentando 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	Resolución de cumplimiento > 60% del resultado de reducir 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 red de acceso a norma.	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 Infección 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%

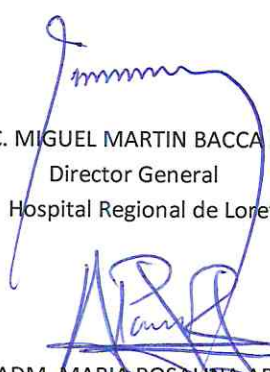
2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

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%

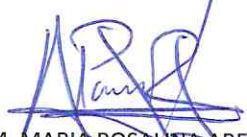
M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO
Director General
Hospital Regional de Loreto



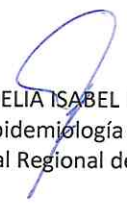
LIC. ENF. HAYDEE ALVARADO CORA, Dra.
Jefe Oficina de Gestión de la Calidad
Hospital Regional de Loreto



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



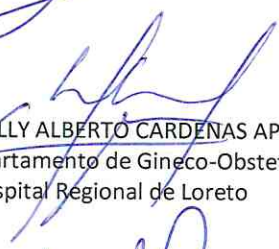
M.C. JORGE LUIS BALDEÓN RÍOS
Jefe Departamento de Medicina
Hospital Regional de Loreto



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



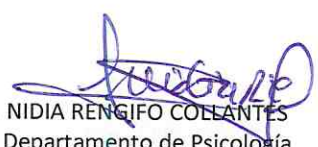
C.D. ERWIN VALDERRAMA PANDURO
Jefe Departamento Odontología
Hospital Regional de Loreto



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

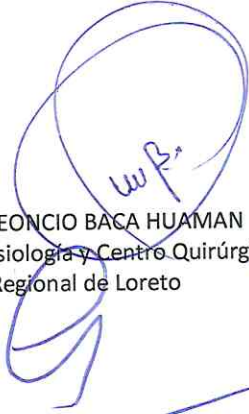


M.C. JOSÉ CARLOS RENGIFO FERNANDINI
Jefe Dpto. de Emergencia y Cuidados Críticos
Hospital Regional de Loreto





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

		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./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	
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

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

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 ARIOLA 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 manifiestas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	
SEGURIDAD SEXUAL	75%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL	75%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL	75%	Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	75%	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	SI	
SEGURIDAD SEXUAL	75%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	SI	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	11%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	



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

FICHA DE EVALUACIÓN

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. 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	
			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: 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	

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%
PROMEDIO	79%

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

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 Neuquirúrgico 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. 14477

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. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO Directora Ejecutiva de Administración C.P.A.D. N° 01930

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

ANEXO N° 04

MATRIZ DE

RIESGOS



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

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL REGIONAL DE LORETO FELIPE SANTIAGO ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	17/06/2022 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. MIGUEL MARTIN BACCA PINTO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. ELIA ISABEL DIAZ DIAZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. MARIA ROSALINA AREVALO PEIXOTO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUIS BACCA PINTO		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. LORENA ARMAS NAVAS	RESP.OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
		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
INFRECUENTE	2
BASTANTE	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 BASTO	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 ARIOLA 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 PEYOTO	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	20	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	20	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	20	2	55
HISTORIA CLINICA	71%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	NO	20	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	20	2	55
HISTORIA CLINICA	71%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	20	2	55
HISTORIA CLINICA	71%	Historia clínica ordenada y limpia.	NO	20	2	55
SEGURIDAD EN LA UPSS	30%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	20	2	55
SEGURIDAD EN LA UPSS	30%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	NO	21	2	42
SEGURIDAD EN LA UPSS	30%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO	14	2	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	30%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	20	2	55
SEGURIDAD EN LA UPSS	30%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	20	2	55
SEGURIDAD EN LA UPSS	30%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	7	2	14
SEGURIDAD EN LA UPSS	30%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	20	3	84
SEGURIDAD EN LA UPSS	30%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	20	2	55
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	20	2	55
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	NO	20	3	84
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	20	2	55
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 morales, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca adaptación en su medio.	NO	20	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	20	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	20	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	20	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	20	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	20	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	20	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	20	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	20	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	20	2	55

ANEXO N° 06

PLAN DE ACCIÓN

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

PLAN DE ACCIÓN

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./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. LORENA ARIMAS 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	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 asistentes 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 relacionados 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./UNIDAD CALIDAD:	DRA. HAYDEE ALVARADO CORA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JACQUELINE DEL PILAR RIOS SALINAS		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	PREVENCIÓN 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 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 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
66	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 que 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
69	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
69	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
69	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	Implementar al folder de eventos adversos y respectiva notificación mensual	UCI - Pediatría	30/05/2022	Implementación del folder de eventos adversos e incidentes.	SI
69	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
68	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
68	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Implementar a través del proyecto de mejora continua el sistema de llamado al paciente	UCI - Pediatría	30/09/2022		NO
68	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	30/09/2022	Implementación del folder 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		ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS		RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (determinada)	MONITOREO (determinada)	IMPLEMENTACIÓN
79%		VERIFICADOR INSEGURO					
56	BUENAS PRÁCTICAS	Analisis y plan de intervención sobre la información de 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.		UCI - Pediatría	30/06/2022	Menciono al personal de implementación de revolución clínica de pacientes.	SI
42	SEGURIDAD EN LA UPSS	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.		UCI - Pediatría	30/06/2022	Socialización al personal asistencial de la importancia y el cumplimiento de dicha del paciente.	SI
14	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.		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.		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.		Departamento de Farmacia- UCI Pediatría	30/06/2022	En solicitud y se socializa con 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.		UCI - Pediatría	30/06/2022	Menciono 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.		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 ser víctimas o de cometer agresiones sexuales, identificaciones médicas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca adaptación en su medio.		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.		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.		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.		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 ARRIOLA IGLESIAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	17/08/2022		
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		

79%
PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (determinada)	MONITOREO (determinada)	IMPLEMENTACIÓN
50	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Realizar un protocolo de atención en la prevención, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión.	UCI - Podiatría	30/08/2022	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 (incluye 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



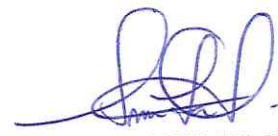
M.C. RICCI CHAFLOQUE VASQUEZ
Jefe Dpto. Patología Clínica y Anatomía Patológica
Hospital Regional de Loreto



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