



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
Oficina de Gestión de la Calidad



"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU : 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

MAD: 58 72170

Cajamarca, 22 de julio del 2021

OFICIO N° 866 -2021-GOB-REG-CAJ-DRS/HRDC/DE.

Doctor
PEDRO CRUZADO PUENTE
Director General
Dirección Regional de Salud Cajamarca
PRESENTE.

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA	
DIRECCION REGIONAL DE SALUD	
OFICINA DE TRAMITE	
MAD N°:	
FECHA:	23 JUL. 2021
HORA:	1:24 P
FOLIO:	74
FIRMA:	

ASUNTO : Remite Informe de Rondas de Seguridad del Paciente.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para enviarle un saludo cordial, a la vez hacer llegar a su Despacho, el Informe del I Semestre de las **Rondas de Seguridad del Paciente**, elaborado por la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Regional de Cajamarca, para su conocimiento y fines pertinentes.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterar, las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente,


 M.C. Carlos Alberto Delgado Cruces
 Director General
 Hospital Regional Docente Cajamarca
 CMP: 20606 RNE:11273

CDC.PACM.sdc
c.c. Calidad
Archivo



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CAJAMARCA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

INFORME N° 005-2021-HRDC/OGC-SP

A : Dra. Patricia Cueva Marín.
Jefe de la Oficina Gestión de la Calidad.

DE : Lic. Angélica Pajares Alcalde.
Coordinadora de Seguridad del Paciente del HRDC.

ASUNTO: Informe Semestral de la Ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente

FECHA : Cajamarca, 21 de Julio del 2021

Mediante el presente reciba mi saludo cordial y al mismo tiempo para hacerle llegar el informe semestral de la ejecución de Rondas de Seguridad del Paciente en las áreas críticas y de hospitalización del HRDC, correspondiente al primer semestre del presente año.

I. INTRODUCCIÓN.

Las Rondas de Seguridad del paciente es una práctica recomendada para incrementar la calidad de los servicios clínicos y no clínicos relacionados a la seguridad del paciente. Consiste en una visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área, para establecer una relación directa con el personal y los pacientes, cuidando en todo momento de guardar una actitud educativa y cuyo objetivo es fortalecer la cultura por la seguridad del paciente.

En el contexto de la actual pandemia COVID-19, dado que nuestra institución se ha convertido en un hospital mixto de atención de pacientes COVID y No COVID, la licencia por comorbilidad de varias jefaturas asistenciales y administrativas así como del personal de salud y encontrándonos en pleno incremento de casos COVID-19; estas no constituyen las mejores condiciones para ejecutar las Rondas de Seguridad del Paciente, sin embargo parte del Equipo de Rondas ha realizado el esfuerzo de llevarlas a cabo pero priorizando áreas críticas y de hospitalización con mayor demanda de pacientes, y en menor número a las programadas en el cronograma inicial aprobado.

II. METODOLOGÍA.

Para la ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente se hizo uso de una lista de chequeo basada en el aplicativo proporcionado por el MINSA, priorizando las buenas prácticas asociadas a Registro en la Historia Clínica, Seguridad en la UPSS, Identificación Correcta, Seguridad en la medicación, Prevención de Caídas y Contención Mecánica, Prevención y Reducción del Riesgo de UPP, Comunicación Efectiva, Higiene de Manos, Bioseguridad y Funcionamiento y Manejo de Equipos. Un equipo mínimo del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, priorizó la visita a los siguientes servicios: Emergencia, Consultorios Externos, Centro Obstétrico, y Hospitalización de Medicina, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia mediante visitas inopinadas, cuidando las medidas preventivas, uso correcto del EPP y tiempo de exposición reducido.

Nuestra atención, con calidad y buen trato.



III. RESULTADOS Y ANÁLISIS

A continuación mostramos los resultados de la ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente en los servicios priorizados.

En el Cuadro N°1 podemos observar que en promedio en los 07 servicios visitados, se alcanzó un 37% de cumplimiento de buenas prácticas priorizadas. Siendo la buena práctica con mejor cumplimiento la de Registro de la Historia Clínica (62%) y la de menor cumplimiento la de Prevención y Reducción del Riesgo de UPP (0.11%); de los servicios priorizados visitados el que obtuvo un mejor porcentaje de cumplimiento global fue Centro Obstétrico (46%) mientras que el servicio con un menor cumplimiento de buenas prácticas fue el servicio de Cirugía (27%).

Cuadro N° 1. % Cumplimiento Buenas Prácticas. Rondas de Seguridad del Paciente 2021

BUENAS PARACTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO							TOTAL
	EMERG	C. OBST	H. GINECO	H. MED	H. CIRUG	H. PEDIAT	C. EXTER	
	SEMEST	SEMEST	SEMEST	SEMEST	SEMEST	SEMEST	SEMEST	
REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA	33%	70%	61%	67%	55%	55%	92%	62%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	23%	54%	42%	46%	36%	50%	17%	38%
IDENTIFICACION CORRECTA	33%	57%	71%	50%	43%	43%	100%	57%
SEGURIDAD EN LA MEDICACION	40%	13%	33%	30%	0%	0%	0%	17%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	50%	0%	33%	33%	67%		34%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE UPP				22%	0%			0.11
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	40%	40%	40%	40%	30%	67%	42%
HIGIENE DE MANOS	63%	57%	50%	50%	38%	50%	43%	50%
BIOSEGURIDAD	40%	14%	40%	50%	20%	0%	0%	23%
FUCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	60%	40%	40%	0%	0%	20%	34%
TOTAL	42%	46%	42%	43%	27%	33%	42%	37%

Fuente: Aplicativo RSP - OGC 2021. Elaboración propia

Los mencionados resultados fueron socializados en las reuniones realizadas con el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente y además en las reuniones del equipo de Gestión con las Jefaturas de Departamentos asistenciales, estableciendo de manera conjunta ciertos procesos de mejora transversales a todos los servicios visitados, los mismos que estarían centrados en mejorar las siguientes buenas prácticas:

- Registro de la Historia Clínica, mediante el monitoreo constante por parte de las jefaturas de servicio, haciendo énfasis en el correcto llenado del Consentimiento Informado, evoluciones diarias refrendadas por el médico asistente de turno, consignación de hora y fecha de la atención, entre otros.
- Seguridad del Paciente en la UPSS, socializar y difundir el reporte electrónico de eventos adversos y de accidentes ocupacionales, con la totalidad de los servicios, a través de sus jefaturas de servicio.

Nuestra atención, con calidad y buen trato.



"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

- Identificación correcta, adquirir a través de Hotelería y Farmacia brazaletes de identificación de pacientes, previa coordinación con las Jefaturas de Enfermería de que datos deberían ir consignados, de manera que se empiecen a utilizar en los pacientes tanto de la ruta No COVID como COVID.
- Seguridad de Medicación, a través de Farmacia volver a designar un Químico Farmacéutico que monitoree la implementación correcta y abastecimiento de los coches de paro, así como la rotulación y almacenamiento de los medicamentos e insumos médicos en los servicios.
- Higiene de Manos, capacitación virtual a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, a la totalidad de los servicios, reforzando la práctica de higiene de manos en el contexto COVID y los momentos correctos, así como monitorear el correcto abastecimiento de los insumos necesarios para su cumplimiento.
- Bioseguridad, capacitación virtual a través de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, en la correcta segregación de residuos sólidos, punzocortantes y medidas de limpieza y desinfección en el contexto COVID.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- Durante el año 2021, en el Hospital Regional Docente se ha llevado a cabo las Rondas de Seguridad del Paciente, priorizando áreas críticas y de hospitalización por el contexto de la pandemia COVID -19, no se pudo cumplir con las ocho Rondas de Seguridad que se habían programada, se suspendió la ronda programada para el día 22 de abril, ya que en esa fecha nuestro hospital como muchos otros a nivel nacional estuvo pasando la segunda ola de la pandemia de una manera muy drástica.
- Para el primer semestre del año 2021, se alcanzó un porcentaje global de cumplimiento de Buenas Prácticas en los servicios priorizadas de 37%, correspondiendo un mejor cumplimiento al servicio de Centro Obstétrico (46%) y un menor cumplimiento al servicio de Cirugía (27%).
- De las Buenas Prácticas priorizadas evaluadas, la de mejor cumplimiento global fue el Registro de la Historia Clínica (62%) y la de menor cumplimiento la de Prevención y Reducción del Riesgo de UPP (0.11%).
- Posteriormente a las Rondas de Seguridad del Paciente, se establecieron procesos de mejora, priorizando los relacionados a las Buenas Prácticas de Registro en la Historia Clínica, Seguridad del Paciente en la UPSS, Identificación Correcta, Seguridad de la Medicación, Higiene de Manos y Bioseguridad; con el involucramiento de las Jefaturas de Servicios y Oficinas involucradas.

4.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Continuar las Rondas de Seguridad del Paciente a las mismas UPSS/Servicios priorizados, de manera que podamos evidenciar los efectos de las acciones de mejora que se van a ejecutar, en la atención que se brinda a los pacientes, a pesar del contexto de la pandemia COVID-19.

Nuestra atención, con calidad y buen trato.





"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

- Identificación correcta, adquirir a través de Hotelería y Farmacia brazaletes de identificación de pacientes, previa coordinación con las Jefaturas de Enfermería de que datos deberían ir consignados, de manera que se empiecen a utilizar en los pacientes tanto de la ruta No COVID como COVID.
- Seguridad de Medicación, a través de Farmacia volver a designar un Químico Farmacéutico que monitoree la implementación correcta y abastecimiento de los coches de paro, así como la rotulación y almacenamiento de los medicamentos e insumos médicos en los servicios.
- Higiene de Manos, capacitación virtual a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, a la totalidad de los servicios, reforzando la práctica de higiene de manos en el contexto COVID y los momentos correctos, así como monitorear el correcto abastecimiento de los insumos necesarios para su cumplimiento.
- Bioseguridad, capacitación virtual a través de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental, en la correcta segregación de residuos sólidos, punzocortantes y medidas de limpieza y desinfección en el contexto COVID.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

- Durante el año 2021, en el Hospital Regional Docente se ha llevado a cabo las Rondas de Seguridad del Paciente, priorizando áreas críticas y de hospitalización por el contexto de la pandemia COVID -19, no se pudo cumplir con las ocho Rondas de Seguridad que se habían programada, se suspendió la ronda programada para el día 22 de abril, ya que en esa fecha nuestro hospital como muchos otros a nivel nacional estuvo pasando la segunda ola de la pandemia de una manera muy drástica.
- Para el primer semestre del año 2021, se alcanzó un porcentaje global de cumplimiento de Buenas Prácticas en los servicios priorizadas de 37%, correspondiendo un mejor cumplimiento al servicio de Centro Obstétrico (46%) y un menor cumplimiento al servicio de Cirugía (27%).
- De las Buenas Prácticas priorizadas evaluadas, la de mejor cumplimiento global fue el Registro de la Historia Clínica (62%) y la de menor cumplimiento la de Prevención y Reducción del Riesgo de UPP (0.11%).
- Posteriormente a las Rondas de Seguridad del Paciente, se establecieron procesos de mejora, priorizando los relacionados a las Buenas Prácticas de Registro en la Historia Clínica, Seguridad del Paciente en la UPSS, Identificación Correcta, Seguridad de la Medicación, Higiene de Manos y Bioseguridad; con el involucramiento de las Jefaturas de Servicios y Oficinas involucradas.

4.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Continuar las Rondas de Seguridad del Paciente a las mismas UPSS/Servicios priorizados, de manera que podamos evidenciar los efectos de las acciones de mejora que se van a ejecutar, en la atención que se brinda a los pacientes, a pesar del contexto de la pandemia COVID-19.

Nuestra atención, con calidad y buen trato.





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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	08/04/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	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	55%	Registro de la enfermedad actual.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	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	55%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de la Contrarreferencia del paciente	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	55%	La letra de la Historia Clínica es legible	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Historia clínica ordenada y limpia.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	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	50%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	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	50%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO APLICA	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	FECHA EJECUCIÓN:		08/04/2021	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	NO APLICA	
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.	SI	
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.	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%	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 CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%	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 CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantaría de la cama.	SI	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	FECHA EJECUCIÓN:	08/04/2021	(DD/MM/AAAA)	
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YNÉS MALAVER		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%	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 CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas.	NO APLICA	
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	
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		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		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		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		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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		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	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	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	30%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	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.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	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	30%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	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.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	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.	NO	
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	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	08/04/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HIGIENE DE MANOS	80%	Cumplimiento del ratio lavamos/ paciente-cama de al menos 1:10	SI	
HIGIENE DE MANOS	80%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	80%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	80%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	
HIGIENE DE MANOS	80%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	
BIOSEGURIDAD	0%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	
BIOSEGURIDAD	0%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	NO	
BIOSEGURIDAD	0%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	SELECCIONE	
BIOSEGURIDAD	0%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	NO APLICA	
BIOSEGURIDAD	0%	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	0%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	
BIOSEGURIDAD	0%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO APLICA	
BIOSEGURIDAD	0%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO APLICA	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	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	0%	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	





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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	FECHA EJECUCIÓN:	08/04/2021	(dd/mm/aaaa)	
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	55%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	50%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	43%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%
HIGIENE DE MANOS	50%
BIOSEGURIDAD	0%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%
PROMEDIO	33%



PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

33%



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

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:		08/04/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

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	55%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	55%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	55%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	NO	3	7	21
HISTORIA CLINICA	55%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	NO	3	7	21
HISTORIA CLINICA	55%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	NO	3	7	21
HISTORIA CLINICA	55%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	2	7	14
HISTORIA CLINICA	55%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HC.	NO	2	7	14
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	3	7	21
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	NO	4	4	16
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	9	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	9	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%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	5	7	35
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
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.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	9	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	9	7	35





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

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:		08/04/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	87%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	4	4	16
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	4	7	28
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	NO	4	7	28
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	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.	NO	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	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	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	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.	NO	3	7	21
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	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.	NO	3	7	21
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	60%	Porcentaje de cumplimiento > 90%, 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	4	20
HIGIENE DE MANOS	60%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	3	4	12
BIOSEGURIDAD	0%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	4	4	16
BIOSEGURIDAD	0%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	0%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundles" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	0%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	5	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	5	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	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	0%	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
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	





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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	FECHA EJECUCIÓN:		08/04/2021	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

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	58%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	28	1	84
HISTORIA CLINICA	50%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	NO	29	3	84
HISTORIA CLINICA	58%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	28	3	84
HISTORIA CLINICA	58%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	NO	21	3	83
HISTORIA CLINICA	58%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	NO	21	2	42
HISTORIA CLINICA	55%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	NO	21	2	42
HISTORIA CLINICA	50%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	14	2	42
HISTORIA CLINICA	55%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI	NO	14	2	28
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	21	2	42
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	NO	16	2	32
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA UPSS	50%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	NO	35	2	70
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	28	3	84
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento	NO	35	3	105
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	3	84
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.	NO	28	3	84
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	35	1	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	35	2	105
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	67%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza	NO	35	2	70
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	16	3	48
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	28	3	84
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	NO	28	3	84
COMUNICACIÓN EFECTIVA	30%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), reevaluando el estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	NO	35	2	105





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

TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
FECHA EJECUCIÓN:	08/04/2021 (DD/MM/AAAA)		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUEJAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	1. Socializar el procedimiento de identificación del paciente. 2. Supervisión de la verificación de uso de brazalete de identificación.	1. Jefatura de Departamento de Enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente 2. Jefatura de Departamento y de servicios de enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente	1. 31/07/2021 2. Permanente
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Cochete de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	1. Vigilancia de stocks por parte de farmacia y enfermería.	Responsable de Cochete de los Cochete de Paro del Servicio de Farmacia y de Enfermería en los servicios	Semanal
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefaturas del Departamento y de servicios de Enfermería /	Permanente
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P.F., D.M. y P.S en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P.F., D.M. y P.S en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Establecer el procedimiento y formatos, así como periodicidad de devolución de los medicamentos de los servicios a farmacia.	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefaturas del Departamento y de servicios de Enfermería /	Permanente
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reporte de turno.	Jefaturas Médicas de Departamento / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reporte de turno.	Jefaturas de Departamento y Servicios de enfermería / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal





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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	08/04/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. INF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
1:5	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.	Actualización y socialización del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Biomédicos.	Jefatura de Oficina de Biomédicos / Administración	31/08/2021
1:5	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Identificar los procedimientos más frecuentes para implementar Care Bundle	Jefaturas de Departamento y Servicios	15/08/2021
1:5	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	1. Supervisión de los almacenes y verificación de operatividad de equipos por parte de las jefaturas.	Jefaturas Médica y de Enfermería de los Servicios	Mensual
1:5	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	1. Supervisión de los almacenes y verificación de operatividad de equipos por parte de las jefaturas.	Jefaturas Médica y de Enfermería de los Servicios	Mensual
1:5	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	Actualización y socialización del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Biomédicos.	Jefatura de Oficina de Biomédicos / Administración	31/08/2021
1:4	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre como acceder a los servicios de la UPSS.			
1:4	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencian comunicaciones reciprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.			
1:4	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.			
1:4	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.			
1:4	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.			
1:4	HISTORIA CLÍNICA	Registro completo del examen físico clínico general y regional de correspondir.			





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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	08/04/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
84	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha / hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.			
84	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación ICD-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)			
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.			
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.			
84	BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.			
70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.			
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.			
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.			
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.			
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.			
70	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.			





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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	08/04/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
63	COMUNICACIÓN EFECTIVA	El resumen de la información del trabajo 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.			
63	HISTORIA CLINICA	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).			
63	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.			
60	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.			
48	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y familiares y el proceso para obtener atención.			
48	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.			
42	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.			
42	HISTORIA CLINICA	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.			
42	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.			
42	HISTORIA CLINICA	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.			
36	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la Higiene de manos colocados en sitios estratégicos.			



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



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	08/04/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

63%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	1. Socializar el procedimiento de identificación del paciente. 2. Supervisión de la verificación de uso de brazalete de identificación.	1. Jefe de Departamento de Enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente 2. Jefaturas de Departamento y de servicios de enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente	1. 31/07/2021 2. Permanente	2. 30/04/2021	SI
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coché de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	1. Vigilancia de stocks por parte de farmacia y enfermería.	Responsable de Coché de los Cochés de Paro del Servicio de Farmacia y de Enfermería en los servicios	Semanal	30/04/2021	NO
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran estrictamente rotuladas con la flecha y los componentes contenidos en ella.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefatura del Departamento y de Servicios de Enfermería	Permanente	30/04/2021	SI
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P.F., D.M. y P.S en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P.F., D.M. y P.S en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Establecer el procedimiento y formatos, así como periodicidad de devolución de los medicamentos de los servicios a farmacia	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefatura del Departamento y de Servicios de Enfermería	Permanente	30/04/2021	NO
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reporte de turno.	Jefatura de Departamento / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reporte de turno.	Jefatura de Departamento y Servicios de enfermería / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	1. Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal	30/04/2021	SI
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	1. Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal	30/04/2021	SI
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con especificar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Actualización y socialización del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Biomédicos	Jefatura de Oficina de Biomédicos / Administración	31/06/2021	30/04/2021	NO APLICA



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	09/04/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	DR. YNES MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

63%

PRIORIDAD	BIENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
105	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Identificar los procedimientos más frecuentes para implementar Care Bundle	Jefatura de Departamento y Servicios	15/09/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	1. Supervisión de los almacenes y verificación de operatividad de equipos por parte de las jefaturas.	Jefatura Médica y de Enfermería de los Servicios	Mensual	30/04/2021	NO
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	1. Supervisión de los almacenes y verificación de operatividad de equipos por parte de las jefaturas.	Jefatura Médica y de Enfermería de los Servicios	Mensual	30/04/2021	SI
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	Actualización y socialización del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Biomédicos.	Jefatura de Oficina de Biomédicos / Administración	31/08/2021	30/04/2021	NO APLICA
84	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.					SELECCIONE
84	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencian comunicaciones retrocesos entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.					SELECCIONE
84	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.					SELECCIONE
84	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.					SELECCIONE
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.					SELECCIONE
84	HISTORIA CLINICA	Registro completo del examen físico (clínico general) y regional de correspondiente.					SELECCIONE
84	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.					SELECCIONE
84	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de correspondiente (presuntivos o definitivos)					SELECCIONE



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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	08/04/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YVÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

63%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene base de datos de identificación y los datos registrados son correctos y completos.					SELECCION
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.					SELECCION
84	BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punzo cortante y aguja de acuerdo a las normas.					SELECCION
70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.					SELECCION
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.					SELECCION
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.					SELECCION
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.					SELECCION
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.					SELECCION
70	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Vibración del riesgo de caída de los pacientes que se hospitaliza.					SELECCION
63	COMUNICACIÓN EFECTIVA	El resumen de la información del trabajo de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.					SELECCION
63	HISTORIA CLÍNICA	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).					SELECCION
63	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.					SELECCION



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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	08/04/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. VICTOR CAMPOS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

63%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEDIDA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
60	HIGIENE DE MANOS	Presencia de cumplimiento > 80% de registros de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.					SELECCION
48	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.					SELECCION
48	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.					SELECCION
42	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención y evaluados realizados.					SELECCION
42	HISTORIA CLINICA	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.					SELECCION
42	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.					SELECCION
42	HISTORIA CLINICA	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.					SELECCION
36	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.					SELECCION
32	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personas en formación (infernos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.					SELECCION
28	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.					SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION
							SELECCION



OIRUGIA

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	85%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	
HISTORIA CLINICA	85%	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	55%	Registro de la enfermedad actual.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	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	55%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente	NO	
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de la Contrarreferencia del paciente	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	55%	La letra de la Historia Clínica es legible	SI	
HISTORIA CLINICA	55%	Historia clínica ordenada y limpia.	NO	SE ESTÁ UTILIZANDO FORMATOS NO OFICIALES
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	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	36%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	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	36%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Tímbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO APLICA	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	NO	
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.	SI	
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.	NO	
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		Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	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	33%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	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	33%	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	33%	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	33%	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 CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	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	33%	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	33%	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	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:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Si el paciente se encuentra en decubito 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 CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	NO	
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.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	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	0%	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	0%	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	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	0%	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	0%	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	0%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	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		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		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		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		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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		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	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	40%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	40%	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.	NO	
HIGIENE DE MANOS	38%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	38%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	SI	
HIGIENE DE MANOS	38%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HIGIENE DE MANOS	38%	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	NO	
HIGIENE DE MANOS	38%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	38%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	38%	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	38%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	
BIOSEGURIDAD	20%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	
BIOSEGURIDAD	20%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	NO	
BIOSEGURIDAD	20%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	20%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	NO APLICA	
BIOSEGURIDAD	20%	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	20%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	
BIOSEGURIDAD	20%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO APLICA	
BIOSEGURIDAD	20%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO APLICA	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	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	0%	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	





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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	55%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	36%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	43%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	0%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%
HIGIENE DE MANOS	38%
BIOSEGURIDAD	20%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%
PROMEDIO	27%



PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

27%



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

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:		20/05/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CAJASTROFICO	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	55%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	55%	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	4	7	28
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	55%	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	5	7	35
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	55%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	55%	Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	55%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	55%	Historia clínica ordenada y limpia.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	36%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	NO	4	4	16
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	3	7	21
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	5	7	35
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	5	4	20
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.	NO	3	7	21
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Paciente conoce qué medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administran.	NO	5	2	10
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	3	7	21
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Cochete de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	NO	4	10	40
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	5	7	35





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

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:		20/05/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATÁSTRÓFICO	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
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	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	33%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	5	4	20
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Revaloración 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	33%	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	33%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	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	5	4	20
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	NO	3	4	12
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	NO	5	7	35
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	NO	4	4	16
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	NO	4	4	16
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	NO	3	4	12
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	3	4	12
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	NO	5	4	20
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	NO	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	4	4	16
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	NO	3	4	12
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	NO	5	4	20
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	5	4	20





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

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:		20/05/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CASTRÓFICO	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	38%	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	NO	2	7	14
HIGIENE DE MANOS	38%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	38%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	38%	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	4	20
HIGIENE DE MANOS	38%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	20%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	4	4	16
BIOSEGURIDAD	20%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	20%	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	20%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	5	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	5	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	5	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	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	0%	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
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	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:	2021
IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	FECHA EJECUCIÓN:		20/05/2021	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

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	85%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos	NO	35	2	105
HISTORIA CLINICA	65%	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	28	2	84
HISTORIA CLINICA	88%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	28	3	84
HISTORIA CLINICA	66%	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	35	3	105
HISTORIA CLINICA	66%	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	NO	28	2	56
HISTORIA CLINICA	98%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	NO	35	2	105
HISTORIA CLINICA	66%	Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	35	2	105
HISTORIA CLINICA	66%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	35	2	105
HISTORIA CLINICA	66%	Historia clínica ordenada y limpia.	NO	35	1	105
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA UPSS	38%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	NO	16	3	48
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	21	3	63
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	35	2	105
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	43%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	20	2	40
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.	NO	21	3	63
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	10	2	20
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producir los medicamentos que recibe.	NO	21	3	63
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Soluciones endovenosas se encuentran adecuadamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	NO	40	2	120
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	35	2	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	35	2	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	40	3	120
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	20	2	60





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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:		20/05/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

VALORACIÓN DEL RIESGO

RIESGO INTOLERABLE	25 - 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
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Revisación diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO	20	2	40
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	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	33%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	35	3	105
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	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	20	3	60
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	NO	12	2	24
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización.	NO	35	2	70
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	NO	18	2	32
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	NO	18	2	32
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	35	3	105
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	NO	12	2	24
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	12	2	24
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	NO	20	2	40
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	NO	35	2	70
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	NO	35	2	70
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	18	3	48
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se den en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	NO	12	3	36
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	NO	20	3	60
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	35	3	105
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	35	2	105
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	20	3	60
HIGIENE DE MANOS	38%	Cumplimiento del ratio lavavmanos/ paciente-cama de al menos 1:10.	NO	14	2	28
HIGIENE DE MANOS	38%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	35	3	105
HIGIENE DE MANOS	38%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	35	3	105
HIGIENE DE MANOS	38%	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	20	2	40
HIGIENE DE MANOS	38%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	28	2	84
BIOSEGURIDAD	20%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	18	2	48
BIOSEGURIDAD	20%	Eliminación de material punzo cortante y aguja de acuerdo a las normas.	NO	28	3	84
BIOSEGURIDAD	20%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	35	2	70
BIOSEGURIDAD	20%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	35	2	70
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	0%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	NO	35	2	105





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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CALAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
HOSPITALIZACIÓN		FECHA EJECUCIÓN:		20/05/2021	(DD/MM/AAAA)
RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. INÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA U.P.S.S:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
84	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)			
105	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizados en la Historia Clínica 2. Realizar auditorías de registro de Historias Clínicas	1. Jefaturas de Departamentos Médicos y de Enfermería 2. Oficina de Gestión de la Calidad	15/06/2021
105	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefaturas de Departamento y Servicios de Cirugía 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Mensual
105	HISTORIA CLINICA	Historia clínica ordenada y limpia.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefaturas de Departamento y Servicios de Cirugía 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Mensual
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	1. Socializar el procedimiento de identificación del paciente. 2. Supervisión de la verificación de uso de brazalete de identificación.	1. Jefatura de Departamento de Enfermería / Responsable de la Unidad de Atención de Emergencias 2. Jefaturas de Departamento y de servicios de enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente	1. 31/07/2021 2. Permanente
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Cochete de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	1. Vigilancia de stocks por parte de farmacia y enfermería.	Responsable de Coche de los Cochetes de Paro del Servicio de Farmacia y de Enfermería en los servicios	Semanal
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P.F., D.M. y P.S en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P.F., D.M. y P.S en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021
105	PREVENCIÓN DE CAÍDA 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.	1. Elaboración de Guía de sujeción mecánica.	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería /	15/06/2021
105	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.	1. Elaboración de Guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería /	15/06/2021
60	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la U.P.S.S y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.			





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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC. JUNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.	1. Implementar un formato para el cambio de guardias y de incidencias de reporte de turno.	Jefatura Médicas de Departamento / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.			
60	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.			
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal
70	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UFGS.			
84	HISTORIA CLINICA	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.			
105	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefatura de Departamento y Servicios de Cirugía 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente
105	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 colegiatura del médico responsable.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefatura de Departamento y Servicios de Cirugía 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente
105	HISTORIA CLINICA	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica. 3. Identificar los procedimientos más frecuentes e implementar Care Bundle	1. Jefatura de Departamento y Servicios de Cirugía 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente
120	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefatura del Departamento y de Servicios de Enfermería /	Permanente





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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YNES MALAYER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	UC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	UC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
120	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	1. Supervisión continua por parte de las Jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefaturas de Departamento y de Servicios de Enfermería /	Permanente
84	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.			
84	BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.			
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	1. Supervisión de los almacenes y verificación de operatividad de equipos por parte de las jefaturas.	Jefaturas Médica y de Enfermería de los Servicios	Mensual
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.			
70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.			
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Establecer el procedimiento y formatos, así como periodicidad de devolución de los medicamentos de los servicios a farmacia.	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021
70	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			
70	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares.			
70	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			
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.			





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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUEVAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
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.			
63	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.			
63	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	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.			
63	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.			
60	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.			
60	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.			
56	HISTORIA CLINICA	Registro de la Hoja de Balance hídrico - electrolítico actualizado.			
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.			
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.			
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad			
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).			
				Jeftauna Médica y de Enfermería de los Servicios	Monthly





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

REGIONAL CAJAMARCA	II TRIMESTRE	AÑO: 2021
HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021
DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER
LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA
LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA
	OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Barandas de las camas funcionan y están limpiadas para proteger al paciente.			
48	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.			
48	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.			
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.			
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.			
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.			
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.			
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.			
40	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.			
40	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.			
40	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.			





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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YNES MALAYER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
40	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.			
36	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.			
32	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión prevías.			
32	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.			
28	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del ratio lavamanos/paciente-cama de al menos 1:10			
24	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.			
24	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.			
24	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.			
20	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.			
0					
0					



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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021	(DDMM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC. JUNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

64%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
84	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación ICD-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)					SELECCION
105	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizados en la Historia Clínica. 2. Realizar auditorías de registro de Historia Clínica	1. Jefatura de Desplazamientos Médicos y de Enfermería. 2. Oficina de Gestión de la Calidad	15/08/2021	11/06/2021	NO APLICA
105	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefatura de Departamento y Servicios de Clínica 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Mensual	11/06/2021	SI
105	HISTORIA CLINICA	Historia clínica ordenada y limpia.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefatura de Departamento y Servicios de Clínica 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Mensual	11/06/2021	SI
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	1. Socializar el procedimiento de identificación del paciente. 2. Supervisión de la verificación de uso de brazalete de identificación.	1. Jefatura de Departamento de Enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente 2. Jefatura de Departamento y Servicios de enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente	1. 31/07/2021 2. Permanente	11/06/2021	NO APLICA
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de puro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	1. Vigilancia de abalos por parte de farmacia y enfermería.	Responsable de Coche de los Coches de Puro del Servicio de Farmacia y de Enfermería en los servicios	Semanal	11/06/2021	NO
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P.F., D.M. y P.S. en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021	11/06/2021	NO APLICA
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P.F., D.M. y P.S. en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021	11/06/2021	NO APLICA
105	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Proceder que establece prohibición, advertencias, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	1. Elaboración de Coja de sujeción mecánica.	Jefatura del Departamento y de Servicios de Enfermería	15/08/2021	11/06/2021	NO APLICA
105	PREVENCIÓN Y RESERVA DEL PULSO DE LAS ULUCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	1. Elaboración de Coja de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Jefatura del Departamento y de Servicios de Enfermería	15/08/2021	11/06/2021	NO APLICA
80	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencian comunicaciones técnicas entre el jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.					SELECCION
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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 a evolución de los pacientes.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reporte de turno.	Jefatura Médicas de Departamento / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021		NO APLICA



FICHA DE MONITOREO

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER		
RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

64%

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
10	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.					SELECCIONE
6C	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.					SELECCIONE
10X	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 05 pasos de la desinfección de manos (gasos y tiempo).	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de higiene de manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal	11/06/2021	SI
10S	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (gasos y tiempo).	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de higiene de manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal	11/06/2021	SI
7I	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IAAS en la UPSS.					SELECCIONE
6	HISTORIA CLINICA	Registro completo de la historia del paciente. Datos del FEES, N° de HCL, Nombres y Apellidos del Paciente, fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.					SELECCIONE
11S	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registro Médico.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de historia Clínica.	Jefatura de Departamento y Servicios de Cirugía 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente	11/06/2021	NO
14S	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 colegiatura del médico responsable	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de historia Clínica.	Jefatura de Departamento y Servicios de Cirugía 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente	11/06/2021	SI
19S	HISTORIA CLINICA	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 3. Identificar los procedimientos más frecuentes e implementar Cursu Bundle	Jefatura de Departamento y Servicios de Cirugía 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente	11/06/2021	NO APLICA
20	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ella.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefatura del Departamento y de Servicios de Enfermería	Permanente	11/06/2021	SI
23	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 conectos para la administración correcta de medicamentos.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefatura del Departamento y de Servicios de Enfermería	Permanente	11/06/2021	NO
6H	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y afiches que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.					SELECCIONE



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

FICHA DE MONITOREO

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021 (DD/MM/AAAA)		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YNES MALAVER		
RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

64%
 ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS

PRICIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
84	BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punzo cortante y aguja de acuerdo a las normas.				SELECCIONE
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Jefatura Médica y de Enfermería de los Servicios	Monthly	11/06/2021	SI
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.				SELECCIONE
70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.				SELECCIONE
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021	11/06/2021	NO APLICA
70	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				SELECCIONE
70	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares.				SELECCIONE
70	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Particularizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio				SELECCIONE
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.				SELECCIONE
70	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.				SELECCIONE
63	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente lleva brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.				SELECCIONE
63	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	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.				SELECCIONE



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021		(DDMM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

64%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
63	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente comos los efectos secundarios que pueden producirse los medicamentos que recibe.					SELECCIONE
60	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Validación del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.					SELECCIONE
60	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.					SELECCIONE
56	HISTORIA CLINICA	Registro de la hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.					SELECCIONE
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Cumplimiento de las indicaciones de la cota de paciente según indicación del médico tratante.					SELECCIONE
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.					SELECCIONE
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según le correspond a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	1. Supervisión de los almacenes y verificación de operatividad de equipos por parte de las jefaturas.	Jefatura Médica y de Enfermería de los Servicios	Mensual	11/06/2021	NO
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).					SELECCIONE
48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Bandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.					SELECCIONE
48	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.					SELECCIONE
49	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.					SELECCIONE
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.					SELECCIONE



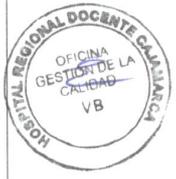
FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MIGUEL ALDEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PÉREZ - SUBDIRECTORA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

64%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal comos del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.					SELECCION
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.					SELECCION
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.					SELECCION
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.					SELECCION
40	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas de paciente satis en el brazalete del paciente como en el cartel visible.					SELECCION
40	PREVENCIÓN Y CONTENCIÓN DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Reevaluación clínica de pacientes ancianos, adultos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con síncopa neurológicos - cognitivos.					SELECCION
40	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.					SELECCION
40	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.					SELECCION
36	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.					SELECCION
32	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.					SELECCION
32	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.					SELECCION
28	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del ratio lavamano/ paciente-cama de al menos 1:10					SELECCION



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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:		03/08/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTÁ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	
HISTORIA CLINICA	67%	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	67%	Registro de la enfermedad actual.	SI	
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	SI	
HISTORIA CLINICA	67%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI	
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	
HISTORIA CLINICA	67%	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	SOLO FIRMA Y SELLO DE RESIDENTE, NO DEL MÉDICO ASISTENTE. NOTAS DE ENFERMERIA REALIZADAS ANTES DE QUE CONCLUYA EL TURNO.
HISTORIA CLINICA	67%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	SI	
HISTORIA CLINICA	67%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	SI	
HISTORIA CLINICA	67%	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	SI	
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	SI	
HISTORIA CLINICA	67%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	67%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	67%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	67%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	SI	
HISTORIA CLINICA	67%	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	67%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	CONSENTIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS Y DE DOCENCIA NO TIENEN FIRMA DE MÉDICO TRATANTE, Y CON DATOS
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	SI	
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epicrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	NO	HISTORIAS SIN EPICRISIS DESDE EL 12 DE JUNIO
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	SI	POCO DETALLADO
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de la Contrarreferencia del paciente	NO	HISTORIAS SIN ECONTRARREFERENCIAS DESDE EL 12 DE JUNIO
HISTORIA CLINICA	67%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	
HISTORIA CLINICA	67%	Historia clínica ordenada y limpia	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	NO REGISTRAN HORA Y FECHA DE RESPUESTA
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	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	46%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	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	46%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	NO ES FIRMADO POR MÉDICO TRATANTE
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Tímbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	SI	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	48%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	NO	
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.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	50%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	SI	
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	NO ES VISIBLE
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.	NO	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	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	33%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	33%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	33%	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	33%	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 CONTENCION MECÁNICA	33%	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periodicos, etc.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	33%	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	33%	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	33%	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	33%	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:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:		03/06/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Si al 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 CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	NO	
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.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	NO APLICA	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	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	22%	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	22%	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	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	22%	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	22%	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	22%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	NO	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	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		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		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		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		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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		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	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	NO SE PUBLICA LISTADO DE MÉDICOS DE TURNO
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	40%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	40%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	NO	EN ESPERA DE EPICRISIS DESDE EL 12 DE JUNIO
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	40%	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.	NO	
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	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
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	
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	50%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	
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	
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO APLICA	
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO APLICA	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	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	40%	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	





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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	67%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	46%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	50%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	22%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%
HIGIENE DE MANOS	50%
BIOSEGURIDAD	50%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%
PROMEDIO	43%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

43%





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

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:		03/06/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

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	67%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DEM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	5	4	20
HISTORIA CLINICA	67%	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	5	7	35
HISTORIA CLINICA	67%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	NO	4	4	16
HISTORIA CLINICA	67%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	NO	5	2	10
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de la Contrarreferencia del paciente	NO	4	4	16
HISTORIA CLINICA	67%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	46%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	NO	5	7	35
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	60%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	5	7	35
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	60%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	60%	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administran.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	4	3	12
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	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:	2021
IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	FECHA APLICACION:	03/06/2021	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA	
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN	
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA	

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	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	33%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encausado.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	5	10	50
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	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	33%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	NO	5	4	20
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	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	22%	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	NO	3	7	21
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	3	7	21
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	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	40%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	3	4	12
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	4	7	28
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	NO	4	7	28
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	50%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	5	4	20
HIGIENE DE MANOS	50%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	4	4	16
BIOSEGURIDAD	50%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	3	4	12
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	5	7	35





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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:		03/06/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

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	67%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos	NO	35	2	70
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	20	3	60
HISTORIA CLINICA	67%	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	35	3	105
HISTORIA CLINICA	67%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable	NO	18	2	32
HISTORIA CLINICA	67%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	35	3	105
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	NO	10	2	20
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de la Contrareferencia del paciente	NO	18	2	32
HISTORIA CLINICA	67%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	28	3	84
SEGURIDAD EN LA UPSS	48%	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	28	3	84
SEGURIDAD EN LA UPSS	48%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	48%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	48%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	48%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	48%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA UPSS	48%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente	NO	35	2	70
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	60%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	35	3	105
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	60%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible	NO	28	3	84
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	60%	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del consentimiento respectivo.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirse los medicamentos que recibe	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Existencia de un registro de medicamentos controlados	NO	12	2	24
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	30%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos	NO	35	3	105
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficit neurológicos - cognitivos.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO	28	3	84
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	NO	35	2	70
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	50	3	150
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	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



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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:		03/08/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

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
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	NO	20	2	40
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	NO	28	2	84
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	NO	28	3	84
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	35	3	105
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	NO	21	2	42
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	21	2	42
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	NO	28	2	84
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	22%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	NO	28	3	84
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	12	2	24
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	28	2	56
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (centro 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	35	3	105
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	35	3	105
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	NO	28	2	56
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	28	3	84
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	35	3	105
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	35	3	105
HIGIENE DE MANOS	60%	Porcentaje de cumplimiento > 50%, 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	20	2	40
HIGIENE DE MANOS	60%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	16	2	48
BIOSEGURIDAD	60%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	12	2	36
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	35	3	105
BIOSEGURIDAD	60%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	28	2	56
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	NO	35	3	105
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	35	3	105
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	28	2	56
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	





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

IPRES:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021		(DDMM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRES:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
130	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Problema que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	1. Elaboración de Guía de sujeción mecánica.	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería /	15/09/2021
115	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente informado al que se le han resuelto sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizados en la Historia Clínica. 2. Realizar auditorías de registro de Historias Clínicas	1. Jefatura de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	15/09/2021
115	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P.F., D.M. y P.S en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requeridos.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P.F., D.M. y P.S en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Establecer el procedimiento y formatos, así como periodicidad de devolución de los medicamentos de los servicios a farmacia.	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021
105	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.	1. Elaboración de Guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería /	15/09/2021
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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	1. Implementar un formato para el cambio de guardias y de incidencias de reporte de turno.	Jefaturas Médicas de Departamento / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.	1. Implementar un formato para el cambio de guardias y de incidencias de reporte de turno.	Jefaturas de Departamento y Servicios de enfermería / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 05 pasos de la desinfección de manos (paseo y tiempo)	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	1. Socializar el procedimiento de identificación del paciente. 2. Supervisión de la verificación de uso de brazalete de identificación.	1. Jefatura de Departamento de Enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente 2. Jefaturas de Departamento y de servicios de enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente	1. 31/07/2021 2. Permanente
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefaturas de Departamento y de Servicios de Enfermería /	Permanente





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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA		
RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de asistencia	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizados en la Historia Clínica. 2. Realizar auditorías de registro de Historias Clínicas	1. Jefaturas de Departamentos Médicos y de Enfermería. 2. Oficina de Gestión de la Calidad	15/06/2021
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos de lavado de manos (pases y tiempo).	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	1. Supervisión de los almacenes y verificación de operatividad de equipos por parte de las jefaturas.	Jefatura Médica y de Enfermería de los Servicios	Mensual
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos)	Actualización y socialización del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Biomédicos.	Jefatura de Oficina de Biomédicos / Administración	31/05/2021
105	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizados en la Historia Clínica. 2. Realizar auditorías de registro de Historias Clínicas	1. Jefaturas de Departamentos Médicos y de Enfermería. 2. Oficina de Gestión de la Calidad	15/06/2021
105	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 colgatura del médico responsable.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefaturas de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente
105	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAE basadas en evidencia médica	Identificar los procedimientos más frecuentes para implementar Care Bundle	Jefaturas de Departamento / Servicios	15/06/2021
84	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible			
84	SEGURIDAD EN LA UPSS	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.			
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.			
84	COMUNICACIÓN EFECTIVA	El resumen de la información del trabajo 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.			





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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	03/06/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
84	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.			
84	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.			
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.			
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares.			
84	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.			
70	HISTORIA CLÍNICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos			
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.			
70	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	En casos de sedación y delirio cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.			
60	HISTORIA CLÍNICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)			
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro / notificación de incidentes y eventos adversos.			
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.			





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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA		
RESP. DPTOSERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

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.			
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.			
56	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizadas de IAS en la UPSS.			
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.			
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.			
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.			
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.			
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Reevaluación diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a sulfamidas, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.			
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Sistema de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.			
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.			
48	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.			





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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
42	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido al paciente, su cuidador y la familia.			
42	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.			
40	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.			
40	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80% del protocolo de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.			
36	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.			
32	HISTORIA CLINICA	Registro de la Contarreferencia del paciente			
32	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.			
24	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.			
24	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.			
20	HISTORIA CLINICA	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.			
0					





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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. AMA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

71%
PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
105	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	1. Elaboración de Guía de sujeción mecánica.	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería	15/06/2021	06/07/2021	NO APLICA
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizado en la Historia Clínica. 2. Realizar auditorías de registro de Historias Clínicas	1. Jefaturas de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	15/06/2021	2. 05/07/2021	SI
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombre o de presentación.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P. F., D.M. y P.S en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021	06/07/2021	NO APLICA
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P. F., D.M. y P.S en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021	06/07/2021	NO APLICA
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Establecer el procedimiento y formatos, así como periodicidad de devolución de los medicamentos de los servicios a farmacia.	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021	06/07/2021	NO APLICA
105	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	1. Elaboración de Guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería	15/06/2021	06/07/2021	NO APLICA
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guarda) y la evolución de los pacientes.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reports de turno.	Jefaturas de Departamento / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021	06/07/2021	NO APLICA
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guarda) y la evolución de los pacientes.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reports de turno.	Jefaturas de Departamento y Servicios de enfermería / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021	06/07/2021	NO APLICA
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	1. Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal	06/07/2021	SI
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	1. Socializar el procedimiento de identificación del paciente. 2. Supervisión de la verificación de uso de brazalete de identificación.	1. Jefatura de Departamento de Enfermería / Responsable de la UPSS 2. Jefatura de Departamento y de servicios de enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente	1. 31/07/2021 2. Permanente	2. 06/07/2021	SI
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctores para la administración correcta de medicamentos.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería	Permanente	06/07/2021	NO
105	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizados en la Historia Clínica. 2. Realizar auditorías de registro de Historias Clínicas	1. Jefaturas de Departamentos Médicos y de Enfermería 2. Oficina de Gestión de la Calidad	15/06/2021	06/07/2021	NO APLICA





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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTA		
RESP. IPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

71%

PROPIEDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (d/m/a)	MONITOREO (d/m/a)	IMPLEMENTACIÓN
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	1. Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Coordinación	Semanal	05/07/2021	SI
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponde a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	1. Supervisión de los almacenes y verificación de operabilidad de equipos por parte de las jefaturas.	Jefatura Médica y de Enfermería de los Servicios	Mensual	05/07/2021	NO
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	Actualización y socialización del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Biomédicos.	Jefatura de Oficina de Biomédicos / Administración	31/08/2021	05/07/2021	NO APLICA
105	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizados en la Historia Clínica. 2. Realizar auditoría de registro de Historia Clínica	1. Jefatura de Departamentos Médicos y de Enfermería 2. Oficina de Gestión de la Calidad	15/09/2021	05/07/2021	NO APLICA
105	HISTORIA CLINICA	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Diagnóstico, Diagnóstico de admisión y diagnóstico de alta, Tratamiento, Respuesta al tratamiento, Seguimiento y cierre de la historia clínica del médico responsable.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefatura de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente	05/07/2021	SI
105	BIOSSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Core Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	Identifica los procedimientos más relevantes para implementar Core Bundle	Jefatura de Departamento y Servicios	15/09/2021	05/07/2021	NO APLICA
84	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible					SELECCION
84	SEGURIDAD EN LA UPSS	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.					SELECCION
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.					SELECCION
84	COMUNICACIÓN EFECTIVA	El resumen de la información del traslado de un paciente incluye el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.					SELECCION
84	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.					SELECCION
84	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.					SELECCION



UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER IRANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTIA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

71%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
54	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.					SELECCION
54	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares.					SELECCION
54	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.					SELECCION
70	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.					SELECCION
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Bandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.					SELECCION
70	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA	En casos de sedación y delirio cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.					SELECCION
60	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 e DSM IV de corresponden (presuntivos o definitivos)					SELECCION
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce de sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.					SELECCION
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.					SELECCION
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.					SELECCION
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.					SELECCION
56	BIOSEGURIDAD	Existencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IASIS en la UPSS.					SELECCION



APLICATIVO DE Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	03/06/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YNES MALAVER ASANA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. MARCO MATTIA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA QUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

71%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.					SELECCIONE
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se le administren.					SELECCIONE
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.					SELECCIONE
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con especificar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.					SELECCIONE
56	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Reevaluación de los pacientes: sónicos, espaldas sometidos a profilaxis, los endoprotésicos y las prótesis con defectos neurológicos - cognitivos.					SELECCIONE
56	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Sistemas de registro de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de renovar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.					SELECCIONE
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.					SELECCIONE
49	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.					SELECCIONE
42	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.					SELECCIONE
42	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.					SELECCIONE
40	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.					SELECCIONE
40	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.					SELECCIONE





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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:		03/06/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. JORGE MEJA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	57%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	SI	
HISTORIA CLINICA	57%	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 Cívil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	SI	
HISTORIA CLINICA	57%	Registro de la enfermedad actual.	SI	
HISTORIA CLINICA	57%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	57%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	SI	
HISTORIA CLINICA	57%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI	
HISTORIA CLINICA	57%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	
HISTORIA CLINICA	57%	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	57%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	NO	LAS SOLICITUDES DE NST Y OCT NO SON SOLICITADAS POR EL GINECO OBSTETRA Y TAMPOCO HACEN LA INTERPRETACIÓN
HISTORIA CLINICA	57%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	SI	
HISTORIA CLINICA	57%	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	SI	
HISTORIA CLINICA	57%	Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	57%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	NO	LA SOLICITUD E INFORMACIÓN DE OCT Y NST NO SON REALIZADAS POR EL MEDICO
HISTORIA CLINICA	57%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	57%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	57%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	SI	
HISTORIA CLINICA	57%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	NO	
HISTORIA CLINICA	57%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	
HISTORIA CLINICA	57%	Registro de la fecha y hora de alta del paciente	NO	FALTA CONSIGNAR LA HORA
HISTORIA CLINICA	57%	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	SI	
HISTORIA CLINICA	57%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	NO TODOS SON INFORMADOS POR LOS MEDICOS
HISTORIA CLINICA	57%	Registro de la Contrarreferencia del paciente	NO	EXISTEN HISTORIAS DE PACIENTES DE ALTA DESDE EL 26 DE MAYO EN LAS QUE FALTA EPICRISIS.
HISTORIA CLINICA	57%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	
HISTORIA CLINICA	57%	Historia clínica ordenada y limpia.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	NO	PERSONAL MEDICO NO SE ENCONTRABA EN EL SERVICIO
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	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	42%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	FIRMADO POR OBSTETRA
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	SI	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. JORGE MEJIA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	NO	LAS BARANDAS NO ESTÁN LEVANTADAS
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	SI	INADECUADAMENTE COLOCADOS (FLOJOS)
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	PERSONAL DE LABORATORIO NO VERIFICÓ IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE ANTES DE REALIZAR TOMA DE MUESTRA
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	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	71%	Paciente informado al que se le han aclado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	SI	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	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	0%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	0%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficit neurológicos - cognitivos.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	0%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	0%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	0%	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 CONTENCIÓN MECÁNICA	0%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	0%	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	0%	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	0%	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:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:		03/08/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. JORGE MEJA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	0%	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	0%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas.	NO APLICA	
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	
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		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		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		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		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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		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	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederá al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	40%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	40%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	HISTORIAS CLÍNICAS DE ALTAS PENDIENTES DE EPICRISIS, FIRMA DE REPORTES DESDE EL 26 DE MAYO
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	
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	
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:		03/08/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. JORGE MEJÍA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HIGIENE DE MANOS	90%	Cumplimiento del ratio lavamos/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	
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	40%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	BASUREROS SIN TAPAS, Y ELIMINACIÓN DE RESIDUOS COMUNES EN BOLSA ROJA
BIOSEGURIDAD	40%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	40%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	40%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	NO APLICA	
BIOSEGURIDAD	40%	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	40%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	EL SERVICIO NO LAS REALIZA SON REALIZADAS POR EPIDEMIOLOGÍA
BIOSEGURIDAD	40%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO APLICA	
BIOSEGURIDAD	40%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO APLICA	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	LÁMPARA EN SALA DE LEGRADOS INOPERATIVA Y SE ENCONTRÓ UN ELECTROCARDIOGRAFO INOPERATIVO Y NO REPORTADO
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	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	40%	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	





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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL GABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. JORGE MEJÍA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	57%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	42%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	71%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%
PREVENCION DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA	0%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%
HIGIENE DE MANOS	50%
BIOSEGURIDAD	40%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%
PROMEDIO	41%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

41%





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

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:		03/06/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. BAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. JORGE MEJIA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CAJASTRÓFICO	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	57%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	57%	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	10	40
HISTORIA CLINICA	57%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	57%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	57%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	57%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	4	10	40
HISTORIA CLINICA	57%	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	NO	3	7	21
HISTORIA CLINICA	57%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	4	10	40
HISTORIA CLINICA	57%	Registro de la Contrarreferencia del paciente	NO	5	4	20
HISTORIA CLINICA	57%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	NO	5	2	10
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	5	2	10
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	5	2	10
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	5	2	10
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	4	4	16
SEGURIDAD EN LA UPSS	42%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	4	10	40
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	5	2	10
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administran.	NO	5	2	10
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	3	7	21
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	5	2	10
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	33%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	5	7	35





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

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:		03/06/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. JORGE MEJÍA		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTROFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	0%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	4	4	16
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	0%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO	3	4	12
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	5	4	20
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	NO	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	4	7	28
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	60%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	60%	Porcentaje de cumplimiento > 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.	NO	4	4	16
HIGIENE DE MANOS	60%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	40%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	6	2	10
BIOSEGURIDAD	40%	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	40%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	5	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	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	40%	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
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	



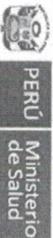


APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. JORGE MEJIA		
RESP. DPTO./SERVICIO ENFERMERIA:	LC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. ORGANIZACION CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
120	HISTORIA CLINICA	Registro de evolución del paciente. Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, temperaturas y Plan de trabajo, firma, sello y caligrafía del médico responsable	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefaturas de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente
120	HISTORIA CLINICA	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizados en la Historia Clínica. 2. Realizar auditorías de registro de Historias Clínicas	1. Jefaturas de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACION	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 contenidos para la administración correcta de medicamentos.	1. Supervisión continua por parte de las Jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería / Farmacia	Permanente
105	COMUNICACION EFECTIVA	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.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reporte de turno	Jefaturas Médicas de Departamento / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACION	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad	Establecer el procedimiento y formatos, así como periodicidad de devolución de los medicamentos de los servicios a farmacia.	Jefatura de Servicio de Farmacia	31/07/2021
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACION	Abastecimiento ordenado de los medicamentos para evitar su contusión por su similitud de nombres o de presentación.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Abastecimiento de P.F., D.M. y P.S. en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (paso y tiempo)	1. Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal
105	BIOSEGURIDAD	El equipo ha implementado el uso de "Car Bundle" o "Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia científica.	Identificar los procedimientos más frecuentes para implementar "Car Bundle"	Jefaturas de Departamento y Servicios	15/08/2021
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los turnos).	Actualización y socialización del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Biomédicos.	Jefatura de Oficina de Biomédicos / Administración	31/08/2021
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos operativos según le corresponde a la UPSS, de acuerdo al nivel de complejidad	1. Supervisión de los almacenes y verificación de operatividad de equipos por parte de las Jefaturas.	Jefaturas Médica y de Enfermería de los Servicios	Permanente



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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021 (DD/MM/AAAA)		
RESP. DE ADMINISTRACION:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	DR. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAPUR	RESP. DE LA UPSS:	DR. JORGE MEJIA		
		RESP. OFICINA CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (administrativa)
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)	1 - Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal
84	COMUNICACION EFECTIVA	La historia clínica del paciente o un resumen de información de su atención se transfiere junto al paciente a otro servicio o unidad dentro de establecimiento.			
84	HISTORIA CLINICA	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.			
84	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promuevan la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos			
84	HISTORIA CLINICA	Registro actualizado del Plan de Trabajo, Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas			
80	IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.			
70	COMUNICACION EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.			
70	COMUNICACION EFECTIVA	Se evidencian comunicaciones retroscas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.			
70	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.			
70	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible			
63	SEGURIDAD EN LA MEDICACION	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producir los medicamentos que recibe.			



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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP EPIDEMIOLOGIA:	GST. YNES MALAYER ABANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. JORGE MEJIA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP OFICINA CALIDAD:	DRAL. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRAL. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
60	SEGURIDAD EN LA UPSS	Completado y verificado de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.			
60	COMUNICACION EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre como acceder a los servicios de la UPSS.			
56	COMUNICACION EFECTIVA	El registro de la información del historial de un paciente incluye, al menos de atención, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.			
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Bandas de las camas (tubos) y están bandeadas para proteger al paciente.			
56	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)			
56	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS			
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.			
48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de donancia.			
42	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora del alta del paciente			
40	HISTORIA CLINICA	Registro de la Contaminancia del paciente			
32	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.			



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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	02/06/2021	(DD/MM/AAAA)	
TTULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAYER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. JORGE MEJIA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TRAFUR	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUENA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (d/dm/a/a/a)
32	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTIENCIÓN MECÁNICA	Mantenimiento del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza			
24	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTIENCIÓN MECÁNICA	Realización de la historia de pacientes, anamnesis, aquellos sometidos a polimorfismo, los dependientes, y las personas con déficits neurológicos cognitivos.			
20	SEGURIDAD EN LA MEDICACION	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.			
20	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.			
20	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.			
20	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación (frenos, resistentes, especificidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.			
20	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.			
20	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.			
20	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.			
20	SEGURIDAD EN LA MEDICACION	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.			
0					

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

FICHA DE MONITOREO



PERU Ministerio de Salud

Distrito de Promoción, Mejoramiento y Atención al Paciente - DPMAP

IPRESS:	REGIONAL CALAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	03/06/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	DR. YNES MALAVER ARBANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. JORGE MEJIA		
RESP. PTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAPIR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

67%

PROPRIEDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA/ CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
64	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La historia clínica del paciente o su resumen de información de su atención se transfieren junto al paciente a otro servicio o unidad dentro del establecimiento.					SELECCION
64	HISTORIA CLINICA	Registros e inclusion en la Historia Clinica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.					SELECCION
64	HIGIENE DE MANOS	Manejas y dibujos que promuevan la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.					SELECCION
64	HISTORIA CLINICA	Registros estadísticos del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Infecciones.					SELECCION
60	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.					SELECCION
70	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.					SELECCION
70	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.					SELECCION
70	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.					SELECCION
70	HISTORIA CLINICA	La letra de la historia Clínica se legible.					SELECCION
63	SEGUIMIENTO EN LA MEDICACION	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.					SELECCION
60	SEGURIDAD EN LA UPSS	Compromiso y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.					SELECCION
60	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre como acceder a los servicios de la UPSS.					SELECCION



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:			(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVIER ARAYA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. JORGE MEJIA		
RESP. OPTICO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFICINA UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA GUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

67%

PROBIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACION
55	COMUNICACIÓN EFECTIVA	El resumen de la información del traslado de un paciente incluye el nombre de destino, los indicadores relacionados con el estado del paciente al momento de la transferencia, el estado del paciente al momento de la transferencia, el estado del paciente al momento de la transferencia, y demás tratamientos administrados.					SELECCION
55	SEGURIDAD EN LA UPSS	Bandas de las camas funcionan y están lavadas para proteger al paciente.					SELECCION
55	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación (CIE-10 y OMS-IV de correspondiente) (prevalentes o definitivos)					SELECCION
55	BIOSSEGURIDAD	Evidencia de asepsia de actividades de vigilancia epidemiológica activa, estériles y localización de IUAs en la UPSS.					SELECCION
55	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con el equipo de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos (electrónicos (radio y sus partes), mediante la verificación de las respectivas tarjetas					SELECCION
48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de comentario informado para actividades de atención.					SELECCION
42	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora del alta del paciente					SELECCION
40	HISTORIA CLINICA	Registro de la Contaminancia del paciente					SELECCION
32	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.					SELECCION
32	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de cada de todo paciente que se hospitaliza.					SELECCION
24	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Revisión de la documentación de pacientes ancianos, agudos, sometidos a polifarmacia, los dependientes y las personas con déficits neurológicos, cognitivos.					SELECCION
20	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente con los medicamentos indicados y que haya correspondido que se lo administró.					SELECCION


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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACION:	17/06/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DRA. CARLA DIAZ BRICEÑO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC.JUNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

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 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.	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	SI	
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.	NO APLICA	
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 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 APLICA	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	SI	
HISTORIA CLINICA	92%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	NO	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	92%	Registro de la Contrarreferencia del paciente	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	92%	La letra de la Historia Clínica es legible	SI	IMPRESA
HISTORIA CLINICA	92%	Historia clínica ordenada y limpia.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	NO	EL 60% APROX. Y PACIENTES PENDIENTES DE ATENCIÓN EN ODONTOLOGIA
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	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	17%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	En Consultorio Obstétrico / Emergencia Obstétrica se evidencia el uso de gestogramas.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	SI	PACIENTE PARA PROCEDIMIENTO DE EMERGENCIA
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	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.	NO APLICA	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	SELECCIONÉ	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	SELECCIONÉ	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

BUENAS PRÁCTICAS		%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
IPRESS:		REGIONAL CAJAMARCA		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE AÑO: 2021
UPSS:		CONSULTA EXTERNA		FECHA APLICACION:	17/06/2021 (DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:		DR. CARLOS DELGADO CRUCES		RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA
RESP. DE ADMINISTRACION:		LIC. SAUL CABANILLAS		RESP. DE LA UPSS:	DRA. CARLA DIAZ BRICEÑO
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:		LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR		RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN
				OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.		NO	GRANDES CANTIDADES DE MEDICAMENTOS E INSUMOS VENCIDOS EN GAVETAS, VITRINAS, MUEBLES, CAJONES...
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.		NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA		Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.		NO APLICA	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA		Revisión diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.		NO APLICA	
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.		NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.		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	
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		Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolésiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.		NO APLICA	
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)		NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		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		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.		NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.		NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		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		NO APLICA	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.		NO	LA PUBLICACIÓN DEL PERSONAL DE TURNO CORRESPONDIÓ AL AÑO 2020
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.		NO	GRAN ACUMULACIÓN DE PACIENTES EN LA PUERTA DE INGRESO
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.		NO APLICA	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.		SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.		SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.		SI	LAS ATENCIONES EN EL GALEN SE IMPRIMEN AL FINAL DEL TURNO
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%	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	43%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.		SI	
HIGIENE DE MANOS	43%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.		SI	EXISTEN CONSULTORIOS QUE NO DISPONEN DE LAVAMANOS
HIGIENE DE MANOS	43%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.		SI	EN DOS CONSULTORIOS NO EXISTÍA PAPEL
HIGIENE DE MANOS	43%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).		NO	
HIGIENE DE MANOS	43%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).		NO	
HIGIENE DE MANOS	43%	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	43%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.		NO	FALTAN AFICHES DE LA HIGIENIZACIÓN CON ALCOHOL
BIOSEGURIDAD	0%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.		NO	





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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACION:	17/06/2021	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DRA. CARLA DIAZ BRICEÑO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	92%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	17%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%
HIGIENE DE MANOS	43%
BIOSEGURIDAD	0%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	20%
PROMEDIO	42%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

42%



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

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACION:	17/06/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DRA. CARLA DIAZ BRICEÑO		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

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%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	5	2	10
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	4	10	40
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	5	10	50
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	43%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	43%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	43%	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	43%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	0%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	0%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	0%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	0%	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	20%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	5	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	20%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	5	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	20%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	NO	5	7	35
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	20%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	5	3	15
			NO	SELECCIONE	SELECCIONE	



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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACION:		17/06/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DRA. CARLA DIAZ BRICEÑO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

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%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA UPSS	17%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	10	2	20
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	40	2	120
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	0%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	50	3	150
COMUNICACIÓN EFECTIVA	87%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	35	3	105
COMUNICACIÓN EFECTIVA	87%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	35	3	105
HIGIENE DE MANOS	43%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	25	2	70
HIGIENE DE MANOS	43%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	25	2	70
HIGIENE DE MANOS	43%	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	25	2	70
HIGIENE DE MANOS	43%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	28	3	84
BIOSEGURIDAD	0%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	35	3	105
BIOSEGURIDAD	0%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	NO	35	3	105
BIOSEGURIDAD	0%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	35	2	70
BIOSEGURIDAD	0%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	35	2	70
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	20%	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	NO	35	3	105
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	20%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.	NO	35	3	105
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	20%	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	NO	35	3	105
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	20%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	16	2	30
			NO		SELECCIONE	
			NO		SELECCIONE	
			NO		SELECCIONE	
			NO		SELECCIONE	
			NO		SELECCIONE	
			NO		SELECCIONE	





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACION:	17/06/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DRA. CARLA DIAZ BRICEÑO		
RESP. DPTO SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105	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.	1.- ACTUALIZACIÓN DE PIZARRA CON EL PERSONAL DE TURNO. 2.- RONDAS INOPINADAS DE LA JEFAURA DE CONSULTORIOS 3.- ESTABLECER MEDIANTE DOCUMENTO EL NÚMERO MÍNIMO DE ATENCIONES PROCEDIMIENTOS POR TURNO 4.- CONSTATACIÓN DE PERMANENCIA DEL PERSONAL	1.- LIC. PATRICIA HERRERA CHILÓN 2.- DRA. CARLA DIAZ BRICEÑO 3.- DIRECCIÓN 4.- OFICINA DE PERSONAL	3.- 18 JUNIO RESTO DE ACTIVIDADES PERMANENTES
70	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.			
120	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	IMPLEMENTACIÓN DE COCHES DE PARO EN TÓPICOS DE PROCEDIMIENTOS	LIC. PATRICIA HERRERA - FARMACIA	30 DE JUNIO
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.			
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.			
20	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.			
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.			
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.			
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.	LISTADOS DE EXISTENCIAS, DE CORRESPONDER TENER KITS ARMADOS, Y COLOCAR ROTULOS Y TODOS LOS CONSULTORIOS QUE CORRESPONDAN	LIC. PATRICIA HERRERA - FARMACIA	30 DE JUNIO





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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACION:	17/06/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DRA. CARLA DIAZ BRICEÑO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	ACTUALIZACIÓN DE FLUJOGRAMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS	DRA. CARLA DIAZ - LIC. PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	ACTUALIZACIÓN DE FLUJOGRAMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS	DRA. CARLA DIAZ - LIC. PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).			
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	LISTADOS DE EXISTENCIAS, DE CORRESPONDER TENER KITS ARMADOS, Y COLOCAR RÓTULOS Y TODOS LOS CONSULTORIOS QUE CORRESPONDAN	LIC. PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO DE MANERA PERMANENTE
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).			
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	ASIGNACIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DESDE FARMACIA PREVIO FILTRO A TRAVÉS DE LA JEFA TURNO MEDICA Y DE ENFERMERIA DE CONSULTORIOS EXTERNOS	DRA. CARLA DIAZ - LIC. PATRICIA HERRERA - FARMACIA	A PARTIR DE JULIO DE MANERA PERMANENTE
84	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.			
105	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	CENSO Y REDISTRIBUCIÓN DE TACHOS DE BASURA Y CAJAS DE SEGURIDAD	DRA. CARLA DIAZ - LIC. PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO
105	BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	CENSO Y REDISTRIBUCIÓN DE TACHOS DE BASURA Y CAJAS DE SEGURIDAD	DRA. CARLA DIAZ - LIC. PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.			
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de 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:	2021
FECHA APLICACION:	17/06/2021 (DD/MM/AAAA)		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	CBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE LA UPSS:	DRA. CARLA DIAZ BRICEÑO		
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
1.05	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	CENSO Y REDISTRIBUCIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS EN LOS CONSULTORIOS Y TÓPICOS	DRA. CARLA DÍAZ - LIC. PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO
1.05	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	CENSO Y REDISTRIBUCIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS EN LOS CONSULTORIOS Y TÓPICOS	DRA. CARLA DÍAZ - LIC. PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO
1.05	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DE PERSONAL DEL FUNCIONAMIENTO DE EQUIPOS Y CAPACITACIÓN	DRA. CARLA DÍAZ - LIC. PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO
3.0	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).			



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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACION:	17/06/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	DR. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. CARLA DIAZ BRICEÑO		
RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

73%

PRIMORDIAL	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
105	SEGURIDAD EN LA UPSS	Completado y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	1.- ACTUALIZACIÓN DE PIAJIRA CON EL PERSONAL DE TURNO DE LA LEJATURA DE CONSULTORIOS 2.- ESTABLECER MEDIANTE DOCUMENTO EL NÚMERO MÍNIMO DE ATENCIONES Y PROCEDIMIENTOS POR TURNO 3.- DIRECCIÓN Y MONITOREO 4.- COINSTATAción DE PERMANENCIA DEL PERSONAL	1.- LIC. PATRICIA HERRERA CHILÓN 2.- LIC. PATRICIA HERRERA CHILÓN 3.- DIRECCIÓN Y MONITOREO 4.- OFICINA DE PERSONAL	3-15 JUNIO RESTO DE ACTIVIDADES PERMANENTES	05/07/2021	SI
70	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI e en algún medio de registro electrónico.					SELECCION
120	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	IMPLEMENTACIÓN DE COCHES DE PAÑO EN TÓPICOS DE PROCEDIMIENTOS	LIC. PATRICIA HERRERA - FARMACIA	30 DE JUNIO	05/07/2021	SI
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial					SELECCION
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la IPSS					SELECCION
20	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.					SELECCION
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.					SELECCION
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	LISTADOS DE EXISTENCIAS DE CORRESPONDER TENER KITs ARMADOS, Y COLOCAR RÓTULOS Y TODOS LOS CONSULTORIOS QUE CORRESPONDAN	LIC. PATRICIA HERRERA - FARMACIA	30 DE JUNIO	05/07/2021	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80% del registro de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.					SELECCION
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y familiares y el proceso para solicitar atención.	ACTUALIZACIÓN DE FLUJOGRAMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS	DR. CARLA DIAZ - LIC. PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO	05/07/2021	NO





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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACION:	17/06/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUJE	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DRA. CARLA DIAZ BRICEÑO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFICINA CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

73%

PRIORIDAD	BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	ACTUALIZACIÓN DE FLEUOGRAMAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS	DRA. CARLA DIAZ - LIC. PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO	05/07/2021	NO
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).					SELECCION
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requeritos.	LISTADOS DE EXISTENCIAS, DE CORRESPONDER TENER NITS ARMADOS, Y COLOCAR RÓTULOS Y TODOS LOS CONSULTORIOS QUE CORRESPONDAN	LIC PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO Y DE MANERA PERMANENTE	05/07/2021	SI
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).					SELECCION
150	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	ASIGNACION DE MEDICAMENTOS E INSUMOS DESDE FARMACIA PREVIO FILTRO A TRAVES DE LA JEFA TURA MEDICA Y DE ENFERMERIA DE CONSULTORIOS EXTERNOS	DRA. CARLA DIAZ - LIC. PATRICIA HERRERA - FARMACIA	A PARTIR DE JULIO Y DE MANERA PERMANENTE	05/07/2021	NO APLICA
84	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.					SELECCION
105	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	CENSO Y REDISTRIBUCIÓN DE TACHOS DE BASURA Y CAJAS DE SEGURIDAD	DRA. CARLA DIAZ - LIC PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO	05/07/2021	SI
105	BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punzo cortante y rígido de acuerdo a las normas.	CENSO Y REDISTRIBUCIÓN DE TACHOS DE BASURA Y CAJAS DE SEGURIDAD	DRA. CARLA DIAZ - LIC PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO	05/07/2021	SI
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.					SELECCION
70	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.					SELECCION
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos aceptables según le corresponde a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	CENSO Y REDISTRIBUCIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS EN LOS CONSULTORIOS Y TÓPICOS	DRA. CARLA DIAZ - LIC PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO	05/07/2021	SI
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos operativos según le corresponde a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	CENSO Y REDISTRIBUCIÓN DE EQUIPOS BIOMÉDICOS EN LOS CONSULTORIOS Y TÓPICOS	DRA. CARLA DIAZ - LIC PATRICIA HERRERA	30 DE JUNIO	05/07/2021	SI





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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACION:	18/03/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. CRISTIAN RODRIGUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	70%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	SI	
HISTORIA CLINICA	70%	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	70%	Registro de la enfermedad actual.	SI	
HISTORIA CLINICA	70%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	70%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	NO	
HISTORIA CLINICA	70%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI	
HISTORIA CLINICA	70%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	no	
HISTORIA CLINICA	70%	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	70%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	SI	
HISTORIA CLINICA	70%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	SI	
HISTORIA CLINICA	70%	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	SI	
HISTORIA CLINICA	70%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	SI	
HISTORIA CLINICA	70%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	70%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	SI	
HISTORIA CLINICA	70%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCL.	SI	
HISTORIA CLINICA	70%	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	70%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	
HISTORIA CLINICA	70%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	
HISTORIA CLINICA	70%	La letra de la Historia Clínica es legible	SI	
HISTORIA CLINICA	70%	Historia clínica ordenada y limpia.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	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	54%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	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	54%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	En Centro Obstetrico se evidencia el uso de partogramas con línea de alerta.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	En Centro Obstetrico se evidencia que cuenta con Doppler fetal portátil operativo.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	En Centro Obstetrico se evidencia que cuenta con Monitor fetal o Cardiotocógrafo operativo.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	En Centro Obstetrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	En Centro Obstetrico se evidencia que la atención del parto se realiza en condiciones de asepsia (mandil y guantes estériles, mascarilla, gorro, lentes protectores).	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	En Centro Obstetrico se evidencia que la parturienta tiene resultados de prueba rápida o ELISA para HIV-1 y HIV-2.	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	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACION:	18/03/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. CRISTIAN RODRIGUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	SI	
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.	NO	
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 aclado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	SI	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	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	50%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO APLICA	
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 APLICA	
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 APLICA	
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	
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.	NO APLICA	
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		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 APLICA	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACION:	18/03/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. CRISTIAN RODRIGUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP.OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD SEXUAL		Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas.	NO APLICA	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	40%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	40%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	40%	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.	NO	
HIGIENE DE MANOS	57%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	57%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	SI	
HIGIENE DE MANOS	57%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	SI	
HIGIENE DE MANOS	57%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	57%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	
HIGIENE DE MANOS	57%	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	57%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	SI	
BIOSEGURIDAD	14%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	
BIOSEGURIDAD	14%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	NO	
BIOSEGURIDAD	14%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	NO	
BIOSEGURIDAD	14%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	NO APLICA	
BIOSEGURIDAD	14%	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	14%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	
BIOSEGURIDAD	14%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	
BIOSEGURIDAD	14%	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	
			SELECCIONE	
			SELECCIONE	





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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	FECHA APLICACION:		18/03/2021	(dd/mm/aaaa)
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. DE LA UPSS:	DR. CRISTIAN RODRIGUEZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	70%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	54%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	57%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%
HIGIENE DE MANOS	57%
BIOSEGURIDAD	14%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	46%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

46%





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

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACION:		18/03/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. CRISTIAN RODRIGUEZ		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	70%	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	3	7	21
HISTORIA CLINICA	70%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	70%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	5	4	20
HISTORIA CLINICA	70%	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	70%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	70%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	4	4	16
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	54%	En Centro Obstetrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	NO	4	7	28
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	5	7	35
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	5	7	35
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	57%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	5	7	35
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	4	7	28
PREVENCIÓN DE CAÍDA 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	5	7	35
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	5	4	20





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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACION:	18/03/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. CRISTIAN RODRIGUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

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
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	5	4	20
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	4	7	28
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	NO	4	7	28
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	57%	Cumplimiento de los 06 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	57%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	57%	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	4	20
BIOSEGURIDAD	14%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	14%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	14%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	NO	5	7	35
BIOSEGURIDAD	14%	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	14%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO	4	7	28
BIOSEGURIDAD	14%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	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
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	
				SELECCIONE	SELECCIONE	



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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACION:		18/03/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. CRISTIAN RODRIGUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

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	70%	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	21	2	63
HISTORIA CLINICA	70%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	NO	28	3	84
HISTORIA CLINICA	70%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	20	3	60
HISTORIA CLINICA	70%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	NO	28	3	84
HISTORIA CLINICA	70%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	35	3	105
HISTORIA CLINICA	70%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	18	2	32
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	NO	28	3	84
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	67%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	35	2	105
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	67%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	35	3	105
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	67%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	NO	20	3	60
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	13%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	35	3	105
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	60%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO	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	35	2	105
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	20	2	40
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	20	2	40
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	28	2	56
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	NO	28	3	84
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	35	3	105
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	35	3	105





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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACIÓN:	18/03/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YNÉS MALAYER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. CRISTIAN RODRIGUEZ		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizados en la Historia Clínica. 2. Realizar auditorías de registro de Historias Clínicas	1. Jefaturas de Departamentos Médicos y de Enfermería. 2. Oficina de Gestión de la Calidad	1. 15/08/2021 2. Mensual
105	HISTORIA CLINICA	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizados en la Historia Clínica. 2. Realizar auditorías de registro de Historias Clínicas	1. Jefaturas de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	1. 15/08/2021 2. Mensual
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	1. Socializar el procedimiento de identificación del paciente. 2. Supervisión de la verificación de uso de brazalete de identificación.	1. Jefatura de Departamento de Enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente. 2. Jefaturas de Departamento y de servicios de enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente	1. 31/07/2021 2. Permanente
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	1. Socializar el procedimiento de identificación del paciente. 2. Supervisión de la verificación de uso de brazalete de identificación.	1. Jefatura de Departamento de Enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente. 2. Jefaturas de Departamento y de servicios de enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente	1. 31/07/2021 2. Permanente
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de peso cuerna con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	1. Vigilancia de stocks por parte de farmacia y enfermería.	Responsable de Coche de los Coches de Puro del Servicio de Farmacia y de Enfermería en los servicios	Semanal
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería /	Permanente
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P.F., D.M. y P.S en los servicios asistenciales	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería /	Permanente
105	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Procedo que establece posición, abstracción, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	1. Elaboración de Guía de sujeción mecánica.	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería /	15/08/2021
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reporte de turno.	Jefaturas Médicas de Departamento / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reporte de turno.	Jefaturas de Departamento y Servicios de enfermería / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021





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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACIÓN:	18/03/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALVER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. CRISTIAN RODRIGUEZ		
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADORES INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (d/dm/aaaa)
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal
105	BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punco cortante y aguja de acuerdo a las normas.	1.- Supervisión continua por parte de las Jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería y Epidemiología	Jefaturas del Departamento de Servicios de Enfermería / Jefatura de Epidemiología y Salud Ambiental	Permanente
105	BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	1.- Supervisión continua por parte de las Jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefaturas del Departamento de Servicios de Enfermería /	Permanente
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	Actualización y socialización del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Biomédicos.	Jefatura de Oficina de Biomédicos / Administración	31/03/2021
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Actualización y socialización del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Biomédicos.	Jefatura de Oficina de Biomédicos / Administración	31/03/2021
84	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.			
84	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.			
84	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.			
84	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.			
84	SEGURIDAD EN LA UPSS	Barandillas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.			





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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACION:	18/03/2021 (DDMM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. CRISTIAN RODRIGUEZ		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC. JUNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.			
70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.			
63	HISTORIA CLINICA	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, Religion, Acompañante o Responsable de ser el caso.			
60	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)			
60	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.			
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.			
56	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.			
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.			
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.			
56	BIOSEGURIDAD	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAS en la UPSS.			
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas de paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.			





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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	2021
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACION:	18/03/2021 (DDMM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAYER
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. CRISTIAN RODRIGUEZ
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC. JUNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
55	SEGURIDAD EN LA UPSS	En Centro Obstetrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.			
55	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.			
55	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.			
55	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Caja Burofax" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.			
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.			
40	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.			
40	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.			
40	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.			
32	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.			
0					
0					



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



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	CENTRO OBSTETRICO	FECHA APLICACION:	18/03/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. CRISTIAN RODRIGUEZ		
RESP. DFO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFICINA UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

67%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROPIEDAD	BUEVAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
105	HISTORIA CLINICA	Registro completo del consentimiento informado de acuerdo a la normalidad vigente.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizados en la Historia Clínica. 2. Realizar auditorias de registro de Historias Clínicas	1. Jefatura de Departamento, Médicos y de Enfermería. 2. Oficina de Gestión de la Calidad	1. 15/03/2021 2. Mensual	2. 30/04/2021	SI
105	HISTORIA CLINICA	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizados en la Historia Clínica. 2. Realizar auditorias de registro de Historias Clínicas	1. Jefatura de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	1. 15/03/2021 2. Mensual	2. 30/04/2021	SI
105	IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	1. Socializar el procedimiento de identificación del paciente. 2. Supervisión de la verificación de uso de brazalete de identificación.	1. Jefatura de Departamento de Enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente 2. Jefatura de Departamento y de servicios de enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente	1. 31/07/2021 2. Permanente	30/04/2021	NO APLICA
105	IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente lleva brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	1. Socializar el procedimiento de identificación del paciente. 2. Supervisión de la verificación de uso de brazalete de identificación.	1. Jefatura de Departamento de Enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente 2. Jefatura de Departamento y de servicios de enfermería / Responsable de Seguridad del Paciente	1. 31/07/2021 2. Permanente	30/04/2021	NO APLICA
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normalidad vigente.	1. Vigilancia de stocks por parte de farmacia y enfermería.	Responsable de Coche de Paro del Servicio de Farmacia y de Enfermería en los servicios	Semanal	30/04/2021	SI
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran ebidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ella.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería	Permanente	30/04/2021	NO
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	1. Elaboración de Manual de Buenas Prácticas de Almacenamiento de P.F., D.M. y P.S en los servicios asistenciales.	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 conectores para la administración correcta de medicamentos.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería	Permanente	30/04/2021	NO
105	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o telefónica) e intercambio de información entre los profesionales responsables de la atención y supervisión de los diversos incidentos de sujeción mecánica.	1. Elaboración de Guía de sujeción mecánica.	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería	15/08/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o telefónica) e intercambio de información entre los profesionales responsables 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.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reports de turno.	Jefatura Médica de Departamento / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o telefónica) e intercambio de información entre los profesionales responsables 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.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reports de turno.	Jefaturas de Departamento y Servicios de enfermería / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	1. Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal	30/04/2021	SI



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



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	ANO:	2021
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA APLICACION:	18/03/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS	RESP. DE LA UPSS:	DR. CRISTIAN RODRIGUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. YOLANDA PASTOR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ - SUBDIRECTORA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

67%

PROXIMIDAD	BUEJAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACION
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de las 11 pasos del lavado de manos (pesos y tiempo).	1.- Difusión continua de mensaje audiovisuales de concientización de higiene de manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal	30/04/2021	SI
105	BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punzo cortante y aguja de suero a las normas.	1. Supervisión continua por parte de las Jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería / Epidemiología	Jefatura del Departamento y de Servicios de Enfermería / Jefatura de Epidemiología y Salud Ambiental	Permanente	30/04/2021	SI
105	BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	1. Supervisión continua por parte de las jefaturas de Departamento y de los servicios de enfermería	Jefatura del Departamento y de Servicios de Enfermería	Permanente	30/04/2021	NO
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	Actualización y socialización del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Biomédicos	Jefatura de Oficina de Biomédicos / Administración	31/08/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	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.	Actualización y socialización del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Biomédicos	Jefatura de Oficina de Biomédicos / Administración	31/08/2021	30/04/2021	NO APLICA
84	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro verificado.					SELECCION
84	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencian comunicaciones reciprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.					SELECCION
84	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.					SELECCION
84	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas: peso, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.					SELECCION
84	SEGURIDAD EN LA UPSS	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.					SELECCION
70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.					SELECCION
70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e ítems médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.					SELECCION



EM

EMERGENCIA

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ Ministerio de Salud

Departamento Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:		25/03/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	OBST. YNÉS MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PAJARES HUARIPATA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARÍN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	
HISTORIA CLINICA	33%	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	33%	Registro de la enfermedad actual.	SI	
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de los antecedentes del paciente.	NO	
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	SI	
HISTORIA CLINICA	33%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI	
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	
HISTORIA CLINICA	33%	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	TOPICO DE PEDIATRÍA, CIRUGÍA
HISTORIA CLINICA	33%	Registro actualizado del Plan de Trabajo Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	NO	EN SHOCK TRAUMA PACIENTE TENIA INDICACION DE EVALUACION POR CIRUGIA DESDE EL TURNO ANTERIOR SIN
HISTORIA CLINICA	33%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	NO	
HISTORIA CLINICA	33%	Registro y gráfico actualizado de la Funciones Vitales.	SI	
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de la Hoja de Balance hídrico - electrolítico actualizado.	SI	
HISTORIA CLINICA	33%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	NO	SE INCLUYE LOS EXAMENES AUXILIARES PERO NO TIENEN EL REGISTRO DE SU INTERPRETACION
HISTORIA CLINICA	33%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	NO	TOPICO DE PEDIATRÍA, CIRUGÍA NO REGISTRAN EVALUACION DEL DIA
HISTORIA CLINICA	33%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	SE ENCUENTRAN LOS RESULTADOS DE EXAMENES PERO NO SU INTERPRETACION
HISTORIA CLINICA	33%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	NO	
HISTORIA CLINICA	33%	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	33%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	NO TIENEN FIRMA DEL MEDICO TRATANTE
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de las indicaciones de alta del paciente además de la epícrisis, incluyendo diagnóstico definitivo.	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente	NO	
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de la Contrarreferencia del paciente	NO APLICA	
HISTORIA CLINICA	33%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	
HISTORIA CLINICA	33%	Historia clínica ordenada y limpia.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	La solicitud de procedimientos de ayuda al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	La solicitud de medicamentos e insumos se gestionan oportunamente durante el turno.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Cumplimiento de las indicaciones de la dieta del paciente según indicación del médico tratante.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	NO	NO SE ENCUENTRAN MÉDICOS ESPECIALISTAS DE TURNO EN TÓPICOS
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	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	23%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	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:	2021
IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	FECHA APLICACION:	25/03/2021	(DD/MM/AAAA)	
UPSS:	EMERGENCIA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PAJARES HUARIPATA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARÍN		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	SI	UN 30% DE PACIENTES NO TENÍA BRAZALETE
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	NO	LOS CARTELES NO SE CORRESPONDEN CON LA UBICACIÓN DE LOS PACIENTES Y ALGUNOS NO TIENEN SUS DATOS
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	Datos proporcionados por el paciente, son similares a los registrados en la historia clínica.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO APLICA	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	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.	NO	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	NO	NO TIENEN FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO APLICA	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	SI	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	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	22%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	22%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	22%	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	22%	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 CONTENCION MECÁNICA	22%	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	NO	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	22%	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	22%	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	22%	Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.	SI	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	22%	Si el paciente se encuentra en posición supina, comprobar que puede mover la cabeza libremente y levantarla de la cama.	SI	



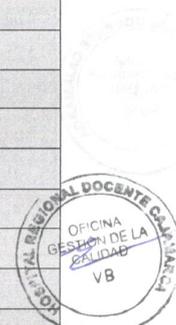


APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	25/03/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PAJARES HUARIPATA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	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 CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	NO APLICA	
SEGURIDAD SEXUAL		Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	NO APLICA	
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	
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		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		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		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		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.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	NO APLICA	
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES		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	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
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.	NO APLICA	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	40%	Se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	40%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	NO	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	40%	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.	NO	
HIGIENE DE MANOS	63%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SI	
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	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	FECHA APLICACION:		25/03/2021	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	EMERGENCIA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER ARANA		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PAJARES HUARIPATA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
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	40%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	
BIOSEGURIDAD	40%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	NO	
BIOSEGURIDAD	40%	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	40%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	SI	
BIOSEGURIDAD	40%	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	40%	Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	NO APLICA	
BIOSEGURIDAD	40%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud	NO APLICA	
BIOSEGURIDAD	40%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO APLICA	
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).	NO	LO HAN SOLICITADO A BIOMÉDICOS
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.	SI	
			SELECCIONE	





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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	25/03/2021	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PAJARES HUARIPATA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARÍN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	33%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	23%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	33%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%
HIGIENE DE MANOS	63%
BIOSEGURIDAD	40%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	42%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

42%



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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	25/03/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PAJARES HUARIPATA		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARÍN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

PROBABILIDAD

FRECUENTE	5
PROBABLE	4
OCCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
RARO	1

GRAVEDAD / IMPACTO

CATASTRÓFICO	10
IMPORTANTE	7
MODERADO	4
TOLERABLE	2
INSIGNIFICANTE	1

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y Registros Médicos.	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de los antecedentes del paciente.	NO	5	2	10
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	33%	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	5	7	35
HISTORIA CLINICA	33%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	33%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	NO	4	7	28
HISTORIA CLINICA	33%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	NO	3	7	21
HISTORIA CLINICA	33%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	NO	3	7	21
HISTORIA CLINICA	33%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	3	4	12
HISTORIA CLINICA	33%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	33%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	NO	3	7	21
HISTORIA CLINICA	33%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	3	2	6
HISTORIA CLINICA	33%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	4	10	40
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	4	4	16
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	4	4	16
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	4	4	16
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	4	2	8
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	5	2	10
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	4	4	16
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	NO	3	4	12
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	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:	TRIMESTRE	AÑO:	2021
IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	FECHA APLICACION:		25/03/2021	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	EMERGENCIA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER ARANA		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PAJARES HUARIPATA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARÍN		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

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
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	3	4	12
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	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.	NO	3	7	21
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	NO	6	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	4	2	8
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	3	7	21
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	3	7	21
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	2	10	20
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	3	7	21
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	NO	4	4	16
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	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	22%	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	2	8
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periodicos, etc.	NO	4	4	16
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	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	5	4	20
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	3	4	12
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	4	7	28
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	NO	5	7	35
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	63%	Cumplimiento de los 06 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	63%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	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	5	4	20





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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:		25/03/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PAJARES HUARIPIATA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARÍN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

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	33%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	28	2	84
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de los antecedentes del paciente.	NO	10	2	20
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	28	3	84
HISTORIA CLINICA	33%	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 colegiatura del médico responsable	NO	35	3	105
HISTORIA CLINICA	33%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas	NO	35	3	105
HISTORIA CLINICA	33%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad)	NO	28	2	84
HISTORIA CLINICA	33%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	NO	21	2	42
HISTORIA CLINICA	33%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	NO	21	2	42
HISTORIA CLINICA	33%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	12	3	36
HISTORIA CLINICA	33%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	NO	35	3	105
HISTORIA CLINICA	33%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	NO	21	3	63
HISTORIA CLINICA	33%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	35	3	105
HISTORIA CLINICA	33%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	NO	6	2	12
HISTORIA CLINICA	33%	La letra de la Historia Clínica es legible	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	NO	40	3	120
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA UPSS	20%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	16	2	32
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	16	2	32
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	16	2	32
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	8	2	16
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	10	2	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Timbre o sistema de llamado su encuentro cerca del paciente y está operativo.	NO	16	3	48
SEGURIDAD EN LA UPSS	23%	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	NO	12	3	36
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	NO	28	2	56
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	12	2	24
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	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.	NO	21	3	63
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	33%	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	8	2	16
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	21	3	63





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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:		25/03/2021	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:		OBST. YNES MALAVER ARANA	
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP. DE LA UPSS:		DR. EDWIN PAJARES HUARIPATA	
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:		DRA. PATRICIA CUEVA MARIN	
		OTROS RESPONSABLES:		DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA	

VALORACIÓN DEL RIESGO

RIESGO INTOLERABLE	35 - 50
RIESGO IMPORANTE	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
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	21	2	63
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	20	3	60
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	25	3	105
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	21	3	63
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	35	2	70
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	Revaluación diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos cognitivos.	NO	16	2	32
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO	20	2	56
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	NO	8	2	16
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.	NO	16	3	48
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	35	3	105
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	22%	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	20	2	40
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	12	2	24
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	20	2	40
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	35	3	105
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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	35	3	105
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	NO	35	3	105
COMUNICACIÓN EFECTIVA	40%	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.	NO	20	2	56
HIGIENE DE MANOS	63%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	35	3	105
HIGIENE DE MANOS	63%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	35	2	105
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	20	2	40
BIOSEGURIDAD	40%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	12	3	36
BIOSEGURIDAD	40%	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	NO	21	3	63
BIOSEGURIDAD	40%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	35	3	105
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).	NO	35	3	105
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	
					SELECCIONE	





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

IPRESS:	REGIONAL CALAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	25/03/2021 (DD/MM/AAAA)		
RESP. DE ADMINISTRACION:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PAJARES HUARIPIATA		
	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARÍN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
120	SEGURIDAD EN LA UPSS	Las Interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefaturas de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente
105	HISTORIA CLINICA	Registro completo de Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimiento formalizados en la Historia Clínica. 2. Realizar auditorías de registro de Historias Clínicas	1. Jefaturas de Departamentos Médicos y de Enfermería. 2. Oficina de Gestión de la Calidad	15/06/2021
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reporte de turno.	Jefaturas Médicas de Departamento / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reporte de turno.	Jefaturas de Departamento y Servicios de enfermería / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 38 pasos de la desinfección de manos (paseo y tiempo).	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal
105	HISTORIA CLINICA	Registro de evolución del paciente: fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Diagn. Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica / Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefaturas de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente
105	HISTORIA CLINICA	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefaturas de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente
105	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Procedo que estalleza población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación / supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	1. Elaboración de Guía de sujeción mecánica.	Jefaturas del Departamento y de Servicios de Enfermería /	15/06/2021
105	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefaturas de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefaturas de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (paseo y tiempo).	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de Higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal



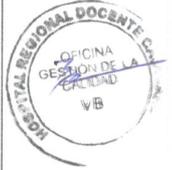


APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	25/03/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁZQUEZ	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PAJARES HUARIPATA		
RESP DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	Actualización y socialización del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Biomédicos.	Jefatura de Oficina de Biomédicos / Administración	31/08/2021
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Establecer el procedimiento y formatos, así como periodicidad de devolución de los medicamentos de los servicios a farmacia.	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021
105	BROSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.	Identificar los procedimientos más frecuentes para implementar Care Bundle	Jefaturas de Departamento y Servicios	15/08/2021
84	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CE-10 ó DSM IV de corresponder (prescritos o definitivos)			
84	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.			
84	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.			
84	HISTORIA CLINICA	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).			
70	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.			
70	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.			
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente informado al que se le han hecho las dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.			
83	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro endoscópico.			





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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	25/03/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	DR. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	UC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PAJARES HUARIPATA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	UC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARÍN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
63	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.			
63	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe conciliar con la información registrada en la historia clínica.			
63	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirse los medicamentos que recibe.			
63	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.			
63	BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.			
60	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.			
56	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible			
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.			
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.			
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Carné visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.			
48	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos etc.			





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

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	25/03/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PAJARES HUARIPATA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra fuera del paciente y está operativo.			
42	HISTORIA CLINICA	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos de paciente.			
42	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.			
40	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.			
40	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.			
40	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.			
36	SEGURIDAD EN LA UPSS	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.			
36	BIOSEGURIDAD	Disponición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.			
36	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.			
32	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.			
32	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.			





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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	25/03/2021 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PAJARES HUARIPATA		
RESP. DPTOSERVICIO EINFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	DRA. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRA. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
32	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Reevaluación diaria de pacientes ancianos, ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficit neurológicos - cognitivos.			
32	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.			
24	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.			
24	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.			
20	HISTORIA CLINICA	Registro de los antecedentes del paciente.			
20	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de donación.			
16	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.			
16	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.			
16	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	En casos de sedación y eleutorio cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.			
12	HISTORIA CLINICA	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.			
0					



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



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	25/03/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA MARIN		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

57%

PROPRIEDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA/ CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
120	SEGURIDAD EN LA UPSS	Las interconsultas se gestionan oportunamente durante el turno.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefatura de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente	30/04/2021	NO
105	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	1. Definir procedimiento de llenado de consentimientos formalizados en la Historia Clínica. 2. Realizar auditorías de registro de Historias Clínicas	1. Jefatura de Departamentos Médicos y de Enfermería 2. Oficina de Gestión de la Calidad	15/08/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reporte de turno.	Jefatura Médicas de Departamento / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.	1. Implementar un formato para el cambio de guardia y de incidencias de reporte de turno.	Jefatura de Departamento y Servicios de enfermería / Oficina de Gestión de la Calidad	31/07/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal	30/04/2021	SI
105	HISTORIA CLINICA	Registro de medicación del paciente. Fecha y hora de atención. Asociación. Subjetiva. Asociación. Objetivo. Tratamiento. Dosis. Interpretación de exámenes y comentarios. Inapetencia y Plan de trabajo. Firm. Sello y colegiatura del médico responsable.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefatura de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente	30/04/2021	SI
105	HISTORIA CLINICA	Registro actualizado del Plan de Trabajo. Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefatura de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente	30/04/2021	SI
105	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Procedimiento que establece población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la identificación y supervisión de los diversos mecanismos de riesgo mecánico.	1. Elaboración de Guía de sujeción mecánica.	Jefatura de Departamento y de Servicios de Enfermería / Oficina de Gestión de la Calidad	15/08/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todos las hojas de la HCl.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica	1. Jefatura de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente	30/04/2021	NO
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Las Historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	1. Supervisión por parte de Jefe de Servicio / Departamento. 2. Auditoría de registro de Historia Clínica.	1. Jefatura de Departamento y Servicios 2. Oficina de Gestión de la Calidad	Permanente	30/04/2021	NO
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	1.- Difusión continua de mensajes audiovisuales de concientización de higiene de Manos al personal.	Oficina de Gestión de la Calidad / Oficina de Comunicaciones	Semanal	30/04/2021	SI
105	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	Actualización y socialización del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los Equipos Biomédicos.	Jefatura de Oficina de Biomédicos / Administración	31/08/2021	30/04/2021	NO APLICA



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

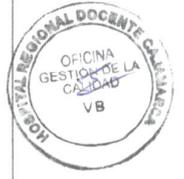
FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	25/03/2021	(DD/MM/AAAA)	
TITULARRESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELASQUEZ	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PALARES HUARIPATA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFICINA/UNIDAD CALIDAD:	DRAL. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DRAL. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

57%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACION
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Establece el procedimiento y formato, así como periodicidad de evaluación de los medicamentos de los servicios a farmacia.	Jefatura del Servicio de Farmacia	31/07/2021	30/04/2021	NO APLICA
105	BOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	Identificar los procedimientos más frecuentes para implementar Care Bundle	Jefatura de Departamento y Servicios	15/08/2021	30/04/2021	NO APLICA
84	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 e DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)					SELECCION
84	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.					SELECCION
84	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.					SELECCION
84	HISTORIA CLINICA	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).					SELECCION
70	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caídas de todo paciente que se hospitaliza.					SELECCION
70	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.					SELECCION
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente informado al que se le han solicitado sus datos y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, endoscopia o a firma del Consentimiento respectivo.					SELECCION
63	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro endoscópico.					SELECCION
63	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.					SELECCION
63	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe constar con la información registrada en la Historia Clínica.					SELECCION



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	25/03/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNÉS MALAVER ARANA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN PALARES HUARIPATA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

57%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROPIEDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
63	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.					SELECCIONADO
63	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Manejo ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.					SELECCIONADO
63	BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punzo cortante y aguja de seguridad a las normas.					SELECCIONADO
60	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlo.					SELECCIONADO
56	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible					SELECCIONADO
56	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONVENCIÓN MECÁNICA	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.					SELECCIONADO
56	COMUNICACIÓN EFECTIVA	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.					SELECCIONADO
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Carteíl visible que tenga registrad el nombre completo del paciente.					SELECCIONADO
48	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONVENCIÓN MECÁNICA	Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavabos, cambios posturales periódicos, etc.					SELECCIONADO
48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Tímbr o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.					SELECCIONADO
42	HISTORIA CLINICA	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.					SELECCIONADO
42	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.					SELECCIONADO





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

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	REGIONAL CAJAMARCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2021
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	25/03/2021		(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	DR. CARLOS DELGADO CRUCES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	OBST. YNES MALAVERARANA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. SAUL CABANILLAS VELÁSQUEZ	RESP. DE LA UPSS:	DR. EDWIN FAJARES HUARIPATA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. YOLANDA PASTOR TAFUR	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	DR. PATRICIA CUEVA MARIN		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ANA PEREZ SALAZAR - SUBDIRECTORA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

57%

PROYECTO	BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACION
40	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, al que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.					SELECCION
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutor y supervisión.					SELECCION
40	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.					SELECCION
36	SEGURIDAD EN LA UPSS	Barandas de las camas funcionan y están lavadas para proteger al paciente.					SELECCION
36	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo las normas.					SELECCION
36	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención e evaluación realizada.					SELECCION
32	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.					SELECCION
32	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.					SELECCION
32	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficit neurológicos - cognitivos.					SELECCION
32	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.					SELECCION
24	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el traslado del paciente como en el cartel visible.					SELECCION
24	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.					SELECCION



