



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

**INFORME N° 087 -2021-GR.CAJ.DRS-HGJ/UCAL**

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
**TRAMITE DOCUMENTARIO**

**16 JUL 2021**

REG: 3856 FOLIOS: 02  
HORA: 11:45 am FIRMA: [Signature]

**A : MC. DIANA M. BOLIVAR JOO**  
**DIRECTORA HOSPITAL GENERAL DE JAÉN**

**DE : MC. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA**  
**JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**ASUNTO : INFORME DE 6 RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

**FECHA : 08 DE JULIO DEL 2021.**

Por el presente me dirijo a usted, para expresarle mi saludo cordial y a la vez informarle lo siguiente:

Que mediante Resolución Directoral N°106-2021-GR-CAJ-HGJ/DE, se aprueba el Plan Anual de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital General de Jaén para el período 2021, con fecha 29 de abril del 2021.

Que mediante, Resolución Directoral N°083-2021-GR-CAJ-HGJ/DE, se conforma el "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital General de Jaén para el periodo 2021", con fecha 25 de marzo del 2021.

En la fecha se han aplicado 6 rondas de seguridad del paciente, en las que se evaluaron 13 buenas prácticas clínicas, donde se encontró:

- ✓ El puntaje más bajo fue de 0% para la buena práctica clínica de Prevención y Reducción del riesgo de las úlceras por presión.
- ✓ El puntaje más alto fue de 76% para la buena práctica clínica de Comunicación Efectiva.
- ✓ El promedio de las 6 rondas de seguridad fue de 42%.

Se está trabajando para poder mejorar la evaluación según los hallazgos que encontramos, para lo cual se han designado responsables para cada verificador inseguro.

Lo expuesto, es cuanto informo a su despacho para los fines pertinentes.

*Recibo*  
*16-07-2021*  
*12:32 pm*

MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

**Gastón Campos Urbina**  
ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 58880  
JEFE CENTRO QUIRURGICO Y ANESTESIOLOGIA

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
SECRETARIA DPTO. ASISTENCIA HGI.

REG. 156 FOLIO: 01  
FECHA: 16-07-21  
HORA: 12:10 FIRMA: [Signature]

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

**Mc. Luis A. Sayago Grandt**  
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

**Juan Toyra Santos**  
CMP 58880 RNE 35872  
MÉDICO RADIOLOGO

*16/07/2021*  
*11:38 am*

C.c.  
Archivo  
Adjunto.  
Resultados de Rondas de Seguridad en el primer semestre 2021

**Mg. NANCY A. GUERRERO VELASCO**  
CEP: 49394 RNE: 3917  
LIC. ENFERMERIA

*REC: 19/07/21*  
*10:00 - 8:50 am*

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

**Leyla Cayotupa Jara**  
COORD. DE OBSTETRAS  
C.O.P. 27844

*Recibido: 16/07/21*  
*11:12:17L.*

**Fabio Pérez Garfias**  
Médico Anatómo Patólogo  
CMP 59901 RNE 31990

*16/07/21*  
*11:57 am.*





**ANEXO 1**

**Resultados de Rondas de Seguridad en el primer semestre 2021**

| BUENA PRÁCTICA | I TRIMESTRE               |                   |                   | Promedio I trimestre | II TRIMESTRE |                 |           | Promedio I y II trimestres |
|----------------|---------------------------|-------------------|-------------------|----------------------|--------------|-----------------|-----------|----------------------------|
|                | 19/05/21                  | 19/05/21          | 26/05/21          |                      | 10/06/21     | 17/06/21        | 24/06/21  |                            |
|                | 1era ronda                | 2da ronda         | 3era Ronda        |                      | 4ta ronda    | 5ta ronda       | 6ta ronda |                            |
|                | CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN | CENTRO QUIRURGICO | CENTRO OBSTETRICO | EMERGENCIA ANTIGUO   | DX IMÁGENES  | ANAT PATOLÓGICA |           |                            |
| I              | 100                       |                   | 50                | 75                   | 45           | 50              | 78        | 65                         |
| II             | 67                        | 73                | 62                | 67                   | 50           | 67              | 33        | 59                         |
| III            |                           |                   | 71                | 71                   | 57           | 57              |           | 62                         |
| IV             |                           | 25                | 50                | 38                   | 25           | 50              | 0         | 30                         |
| V              |                           | 80                | 10                | 45                   | 20           | 33              | 67        | 42                         |
| VI             |                           | 33                | 20                | 27                   | 18           | 100             |           | 43                         |
| VII            |                           |                   | 17                | 17                   | 0            | 0               | 0         | 4                          |
| VIII           |                           |                   |                   |                      | 0            |                 |           | 0                          |
| IX             |                           |                   |                   |                      | 13           |                 |           | 13                         |
| X              |                           | 100               | 63                | 82                   | 33           | 83              | 100       | 76                         |
| XI             | 43                        | 71                | 29                | 48                   | 25           | 29              | 0         | 33                         |
| XII            | 0                         | 57                | 13                | 23                   | 14           | 17              | 50        | 25                         |
| XIII           | 20                        | 20                | 0                 | 13                   | 0            | 20              | 60        | 20                         |
|                | 46                        | 58                | 35                | 46                   | 23           | 46              | 43        | 42                         |



**INFORME N° 29 -2021-GR.CAJ-DRS-HGJ/UGC**

**A** : MC. DIANA M. BOLIVAR JOO  
Directora Hospital General de Jaén

**DE** : MC. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA  
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

**ASUNTO** : INFORME DE LA PRIMERA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
UPSS CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN

**FECHA** : Jaén, 19 de mayo del 2021.

**CARGO**

Por el presente me dirijo a usted, para expresarle mi saludo cordial y a la vez informarle lo siguiente:

- Según la programación Rondas de Seguridad del Paciente, el día de hoy 19 de mayo se ha realizado la primera ronda de seguridad del paciente, donde salió seleccionado la UPSS Central de Esterilización.
- La reunión empezó a las 10 am y estuvo conformado por parte del Equipo de Rondas de seguridad: Representantes de unidad Gestión de la Calidad (2), representante de Anestesiología y Centro Quirúrgico (1), responsable de Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental (1), representante de la Jefatura de Enfermería (1) y representante del departamento de Farmacia
- Se informó al Dr. Ronald Sandoval Vilchez sobre el procedimiento, quien nos brindó las facilidades para la ejecución de las Rondas de seguridad.
- Se aplicaron 5 ítems (23 verificadores) de buenas prácticas clínicas, que fueron seleccionados por el aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del Riesgo en la Atención de Salud, de los cuales se obtuvieron el siguiente resultado:

- ✓ 2 verificadores tuvieron un "NO APLICA" como respuesta de cumplimiento, debido a que no se había pacientes durante la evaluación
- ✓ 9 verificadores tuvieron un "SI" como respuesta de cumplimiento.
- ✓ 12 verificadores tuvieron un "NO" como respuesta de cumplimiento.
- ✓ El porcentaje de cumplimiento fue:



| BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS         | % CUMPLIMIENTO |
|------------------------------------|----------------|
| REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA    | 100%           |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS  | 67%            |
| HIGIENE DE MANOS                   | 43%            |
| BIOSEGURIDAD                       | 0%             |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 20%            |
| <b>PROMEDIO</b>                    | <b>46%</b>     |

*[Signature]*  
Esther Vásquez Zelada  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA  
CEP. 80057

16-06-21  
11:09 am

*[Signature]*  
Lorena P. Challoq  
C.E.P. 14121 RNE: 5035

16-06-21  
11:17 am

- Teniendo un promedio menos del 60%, las medidas que debemos de tomar estarían serían de Contingencia y Emergencia.
- De los 12 verificadores con respuesta de "NO", 11 tuvieron una valoración de Riesgos Intolerables y 1 riesgo moderado.
- Los 12 verificadores con respuesta "NO", todos fueron factibles de ser evitables.



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"



8. Para los 12 verificadores observados, se ha elaborado acciones correctivas, las responsables de su aplicación son: Unidad de Gestión de la Calidad, Jefe de Departamento, Departamento de enfermería, Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, Unidad de Servicios Generales y Oficina de Comunicaciones.
9. Se indica el plazo para realizar las actividades y la fecha de monitoreo para verificación de actividades correctivas.

Lo expuesto, es cuanto informo a su despacho para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
  
**Mc. Luis A. Sayago Grande**  
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

C.c.

Archivo

Jefe de UPSS Central de Esterilización

Adjunto.

Resultado del aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del Riesgo en la Atención de Salud  
Foto del equipo en Central de Esterilización y Foto de Hallazgos.

Acta de reunión de Rondas de Seguridad 19/05/2021



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

|                                 |                            |                             |                                       |            |              |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                 | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE                           | AÑO:       | 2021         |
| UPSS:                           | CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN  | FECHA EJECUCIÓN:            |                                       | 19/05/2021 | (dd/mm/aaaa) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | SANDY                                 |            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           |                                       |            |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | HOOLLY HERNANDEZ DOMADOR   | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA            |            |              |
|                                 |                            | OTROS RESPONSABLES:         | DEP. FARMACIA: CRISANTO RUBIO CRUZADO |            |              |

| BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS         | % CUMPLIMIENTO |
|------------------------------------|----------------|
| REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA    | 100%           |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS  | 67%            |
| HIGIENE DE MANOS                   | 43%            |
| BIOSEGURIDAD                       | 0%             |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 20%            |
|                                    |                |
|                                    |                |
|                                    |                |
|                                    |                |
|                                    |                |
|                                    |                |
| 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:                        | GRAL. JAEN                 | TRIMESTRE:                | I TRIMESTRE                           | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                          | CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN  | FECHA EJECUCIÓN:          | 19/05/2021 (DD/MM/AAAA)               |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:    | DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGIA:       | SANDY MELINA MORENO PEREZ             |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACION:       | FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:         | DR RONAL SANDOVAL VILCHEZ             |      |      |
| RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | HOOLLY HERNANDEZ DOMADOR   | RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD: | LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA            |      |      |
|                                |                            | OTROS RESPONSABLES:       | DEP. FARMACIA: CRISANTO RUBIO CRUZADO |      |      |

**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 |
|------------------------------------|-----|---|--------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| SEGURIDAD EN LA UPSS               | 67% | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS               | 67% | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| HIGIENE DE MANOS                   | 43% | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HIGIENE DE MANOS                   | 43% | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| 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            | 10                 | 50                    |
| HIGIENE DE MANOS                   | 43% | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.  | NO           | 4            | 2                  | 8                     |
| 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            | 10                 | 50                    |
| 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 de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 20% | Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos) mediante la visualización de las respectivas tarjetas. | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
|                                    |     |   |              | SELECCIONE   | SELECCIONE         |                       |



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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

|                                 |                            |                           |                                       |            |              |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------------------|------------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                 | TRIMESTRE:                | I TRIMESTRE                           | AÑO:       | 2021         |
| UPSS:                           | CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN  | FECHA EJECUCIÓN:          |                                       | 19/05/2021 | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGIA:       | SANDY MELINA MORENO PEREZ             |            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:         |                                       |            |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | HOOLLY HERNANDEZ DOMADOR   | RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD: | LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA            |            |              |
|                                 |                            | OTROS RESPONSABLES:       | DEP. FARMACIA: CRISANTO RUBIO CRUZADO |            |              |

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 |
|------------------------------------|-----|---|--------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------|
| SEGURIDAD EN LA UPSS               | 67% | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.  | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS               | 67% | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.  | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| HIGIENE DE MANOS                   | 43% | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HIGIENE DE MANOS                   | 43% | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HIGIENE DE MANOS                   | 43% | 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           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HIGIENE DE MANOS                   | 43% | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.  | NO           | 8                     | 3                            | 24                        |
| 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           | 50                    | 3                            | 150                       |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 20% | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | NO           | 35                    | 2                            | 70                        |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 20% | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | NO           | 35                    | 2                            | 70                        |
| 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           | 35                    | 3                            | 105                       |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 20% | Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas. | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |



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

|                                 |                            |                            |                                       |      |              |
|---------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                 | TRIMESTRE:                 | I TRIMESTRE                           | AÑO: | 2021         |
| UPSS:                           | CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN  | FECHA EJECUCIÓN:           | 19/05/2021                            |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGIA:        | SANDY MELINA MORENO PEREZ             |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:          | LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA            |      |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | HOOLLY HERNANDEZ DOMADOR   | RESP.OFIC.JUNIDAD CALIDAD: | DEP. FARMACIA: CRISANTO RUBIO CRUZADO |      |              |

**ACTUALIZAR PRIORIDAD**

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS     | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)  | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|----------------------|--|---|--|--------------------|
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.   | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  | 19/06/2021         |
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  | 19/06/2021         |
| 105       | BIOSEGURIDAD         | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas  | REFORZAR LAS CAPACITACIONES PARA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS, EJECUTAR INSPECCIONES MENSUALES DE GESTIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS, GESTIONAR IMPLEMENTACIÓN DE CONTENEDORES ADECUADOS | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL  | 3/07/2021          |
| 150       | 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 | CAPACITACIONES DEL LAVADO E HIGIENE DE MANOS, Y COLCACIÓN DE MENSAJES Y DIBUJOS EN ÁREAS ESTRATÉGICAS   | DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA, OFICINA DE COMUNICACIONES, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 3/07/2021          |
| 150       | HIGIENE DE MANOS     | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)  | CAPACITACIONES DEL LAVADO E HIGIENE DE MANOS, Y COLCACIÓN DE MENSAJES Y DIBUJOS EN ÁREAS ESTRATÉGICAS   | DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA, OFICINA DE COMUNICACIONES, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 3/07/2021          |
| 24        | HIGIENE DE MANOS     | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos  | CAPACITACIONES DEL LAVADO E HIGIENE DE MANOS, Y COLCACIÓN DE MENSAJES Y DIBUJOS EN ÁREAS ESTRATÉGICAS   | DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA, OFICINA DE COMUNICACIONES, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 3/07/2021          |
| 150       | HIGIENE DE MANOS     | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)  | CAPACITACIONES DEL LAVADO E HIGIENE DE MANOS, Y COLCACIÓN DE MENSAJES Y DIBUJOS EN ÁREAS ESTRATÉGICAS   | DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA, OFICINA DE COMUNICACIONES, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 3/07/2021          |
| 160       | BIOSEGURIDAD         | Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.   | REFORZAR LAS CAPACITACIONES PARA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS, EJECUTAR INSPECCIONES MENSUALES DE GESTIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS, GESTIONAR IMPLEMENTACIÓN DE CONTENEDORES ADECUADOS | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL  | 3/07/2021          |



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

|                                 |                            |                             |                                       |      |      |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------|------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                 | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE                           | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                           | CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN  | FECHA EJECUCIÓN:            | 19/06/2021 (DD/MM/AAAA)               |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        | SANDY MELINA MORENO PEREZ             |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA            |      |      |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | HOOLLY HERNANDEZ DOMADOR   | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DEF. FARMACIA; CRISANTO RUBIO CRUZADO |      |      |
| <b>ACTUALIZAR PRIORIDAD</b>     |                            |                             |                                       |      |      |

| 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 equipo biomédicos (Inclusive los nuevos).  | DIFUSIÓN EN LA UPSS DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO  | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES | 19/06/2021         |
| 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 (Inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas | DIFUSIÓN EN LA UPSS DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO  | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES | 19/06/2021         |
| 70        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad  | REALIZAR DOCUMENTO DE SOLICITUD DE EQUIPAMIENTOS ACORDE A LA UPSS Y REALIZAR REUNION QUE INVOLUCRE A LAS AUTORIDADES | JEFE DE DEPARTAMENTO          | 29/05/2021         |
| 70        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad  | REALIZAR DOCUMENTO DE SOLICITUD DE EQUIPAMIENTOS ACORDE A LA UPSS Y REALIZAR REUNION QUE INVOLUCRE A LAS AUTORIDADES | JEFE DE DEPARTAMENTO          | 29/05/2021         |
|           |                                    |  |  |                               |                    |
|           |                                    |  |  |                               |                    |
|           |                                    |  |  |                               |                    |
|           |                                    |  |  |                               |                    |
|           |                                    |  |  |                               |                    |
|           |                                    |  |  |                               |                    |
|           |                                    |  |  |                               |                    |

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



FICHA DE MONITOREO

|                                 |                            |                             |                                       |      |              |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                 | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE                           | AÑO: | 2021         |
| UPSS:                           | CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN  | FECHA EJECUCIÓN:            | 19/09/2021                            |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | SANDY MELINA MORENO PEREZ             |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA            |      |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | HOOLLY HERNADEZ DOMADOR    | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DEP. FARMACIA: CRISANTO RUBIO CRUZADO |      |              |
|                                 |                            | OTROS RESPONSABLES:         |                                       |      |              |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS   |  | RESPONSABLE (CARGO)                                      | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|------------------------------------|--|--|--|--|--------------------|------------------------|----------------|
|           |                                    |  | ELABORACION, APROBACION Y DIFUSION DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS SENTINELAS | ELABORACION, APROBACION Y DIFUSION DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS SENTINELAS |  |                    |                        |                |
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.   |  |  | GESTION DE CALIDAD                                       | 19/09/2021         | 2/06/2021              | SELECCIONE     |
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos  |  |  | GESTION DE CALIDAD                                       | 19/09/2021         | 2/06/2021              | SELECCIONE     |
| 105       | BIOSEGURIDAD                       | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas  |  |  |  |                    |                        | SELECCIONE     |
| 150       | HIGIENE DE MANOS                   | Porcentaje de cumplimiento > 80%, del registro de auditoría la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. |  |  | JEFE DE SERVICIO Y SALUD AMBIENTAL                       | 3/07/2021          | 17/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | HIGIENE DE MANOS                   | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)  |  |  | SERVICIO DE ENFERMERIA, SALUD AMBIENTAL Y COMUNICACIONES | 3/07/2021          | 17/07/2021             | SELECCIONE     |
| 24        | HIGIENE DE MANOS                   | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.   |  |  | SERVICIO DE ENFERMERIA, SALUD AMBIENTAL Y COMUNICACIONES | 3/07/2021          | 17/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | HIGIENE DE MANOS                   | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).   |  |  | SERVICIO DE ENFERMERIA, SALUD AMBIENTAL Y COMUNICACIONES | 3/07/2021          | 17/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Eliminación de material punto carente y ajuste de acuerdo a las normas.  |  |  | SERVICIO DE ENFERMERIA, SALUD AMBIENTAL Y COMUNICACIONES | 3/07/2021          | 17/07/2021             | SELECCIONE     |
| 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).                                       |  |  | SERVICIOS GENERALES                                      | 19/09/2021         | 2/06/2021              | SELECCIONE     |



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

FICHA DE MONITOREO

|                                 |                            |                             |  |      |              |
|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------|--|------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                 | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE                            | AÑO: | 2021         |
| UPSS:                           | CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN  | FECHA EJECUCIÓN:            | 19/05/2021                             |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | SANDY MELINA MORENO PEREZ              |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           |  |      |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | HOOLLY HERNANDEZ DOMADOR   | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA             |      |              |
|                                 |                            | OTROS RESPONSABLES:         | DEP. FARMACIA: CRISANTO RUBIO CRUZAIDO |      |              |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUEVAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO) | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|------------------------------------|---|---|---------------------|--------------------|------------------------|----------------|
| 105       | 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. | DIFUSION EN LA UPSS DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO   | SERVICIOS GENERALES | 18/05/2021         | 2/06/2021              | SELECCION      |
| 70        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | REALIZAR DOCUMENTO DE SOLICITUD DE EQUIPAMENTOS ACORDE A LA UPSS Y REALIZAR REUNION QUE INVOLUCRE A LAS AUTORIDADES | JEFE DE UPSS        | 28/05/2021         | 5/06/2021              | SELECCION      |
| 70        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | REALIZAR DOCUMENTO DE SOLICITUD DE EQUIPAMENTOS ACORDE A LA UPSS Y REALIZAR REUNION QUE INVOLUCRE A LAS AUTORIDADES | JEFE DE UPSS        | 28/05/2021         | 5/06/2021              | SELECCION      |
|           |                                    |   |   |                     |                    |                        | SELECCION      |
|           |                                    |   |   |                     |                    |                        | SELECCION      |
|           |                                    |   |   |                     |                    |                        | SELECCION      |
|           |                                    |   |   |                     |                    |                        | SELECCION      |
|           |                                    |   |   |                     |                    |                        | SELECCION      |
|           |                                    |   |   |                     |                    |                        | SELECCION      |
|           |                                    |   |   |                     |                    |                        | SELECCION      |
|           |                                    |   |   |                     |                    |                        | SELECCION      |
|           |                                    |   |   |                     |                    |                        | SELECCION      |
|           |                                    |   |   |                     |                    |                        | SELECCION      |
|           |                                    |   |   |                     |                    |                        | SELECCION      |



**INFORME N° 30 -2021-GR.CAJ-DRS-HGJ/UGC**

**A** : MC. DIANA M. BOLIVAR JOO  
Directora Hospital General de Jaén

**CARGO**

**DE** : MC. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA  
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

**ASUNTO** : INFORME DE LA SEGUNDA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
UPSS CENTRO QUIRURGICO HOSPITAL NUEVO

**FECHA** : Jaén, 21 de mayo del 2021.

Por el presente me dirijo a usted, para expresarle mi saludo cordial y a la vez informarle lo siguiente:

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAEN  
TRAMITE DOCUMENTARIO

REG. 2805 FOLIO 15

21 MAY 2021

HORA 4:26 pm FIRMA [Signature]

MAD: 05780932

- Según la programación Rondas de Seguridad del Paciente, el día de hoy 21 de mayo se ha realizado la primera ronda de seguridad del paciente, donde salió seleccionado la UPSS Central de Esterilización
- La reunión empezó a las 10 am y estuvo conformado por parte del Equipo de Rondas de seguridad: representantes de unidad Gestión de la Calidad (2), representante de Anestesiología y Centro Quirúrgico (1), responsable de Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental (1), representante de la Jefatura de Enfermería (1), Responsables de Farmacia, representante de Servicios Generales (1).
- Se informó al Dr. José Oliva Ramos para que represente a la UPSS de Centro quirúrgico del Hospital Nuevo, ya que no había Médico anestesiólogo en el Servicio programado.
- Se aplicaron 11 ítems (94 verificadores) de buenas prácticas clínicas, que fueron seleccionados por el aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del Riesgo en la Atención de Salud, de los cuales se obtuvieron el siguiente resultado:
  - ✓ 45 verificadores tuvieron un "NO APLICA" como respuesta de cumplimiento, debido a que no se había pacientes durante la evaluación
  - ✓ 30 verificadores tuvieron un "SI" como respuesta de cumplimiento.
  - ✓ 19 verificadores tuvieron un "NO" como respuesta de cumplimiento.
  - ✓ El porcentaje de cumplimiento fue:

[Signature]  
Esther Vásquez Zelada  
LICENCIADA EN ENFERMERIA  
CEP. 80057

16/06/21

Hora: 9:50 am

SOP3

MINISTERIO DE SALUD  
UNIDAD REGIONAL DE CALIDAD  
HOSPITAL GENERAL DE JAEN

[Signature]  
JEFE DEL AREA DE CIRUGIA

| BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS                 | % CUMPLIMIENTO |
|--|----------------|
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS          | 73%            |
| PREVENCIÓN DE FUGA                         | 25%            |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                 | 80%            |
| PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA | 33%            |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                      | 100%           |
| HIGIENE DE MANOS                           | 71%            |
| BIOSEGURIDAD                               | 57%            |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS         | 20%            |
| <b>PROMEDIO</b>                            | <b>58%</b>     |



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"



5. Teniendo un promedio menos del 60%, las medidas que debemos de tomar estarían serían de Contingencia y Emergencia.
6. De los 19 verificadores con respuesta de "NO", 15 tuvieron una valoración de Riesgos Intolerables, 3 riesgo importante y 1 riesgo moderado.
7. Los 19 verificadores con respuesta "NO", todos fueron factibles de ser evitables.
8. Para cada uno de los 19 verificadores observados, se ha elaborado acciones correctivas, las responsables de su aplicación son: Gestión de la Calidad, Oficina de Salud Ocupacional, Jefe de Departamento, Departamento de enfermería, Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, Unidad de Servicios Generales
9. Se indica el plazo para realizar las actividades y la fecha de monitoreo para verificación de actividades correctivas.

Lo expuesto, es cuanto informo a su despacho para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA GRC  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
\*\*\*\*\*  
**Mc. Luis A. Bayago Granda**  
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

C.c.

Archivo

Jefe de UPSS Centro Quirúrgico

Adjunto.

Resultado del aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del Riesgo en la Atención de Salud

Foto del equipo en Centro Quirúrgico de Hospital Nuevo

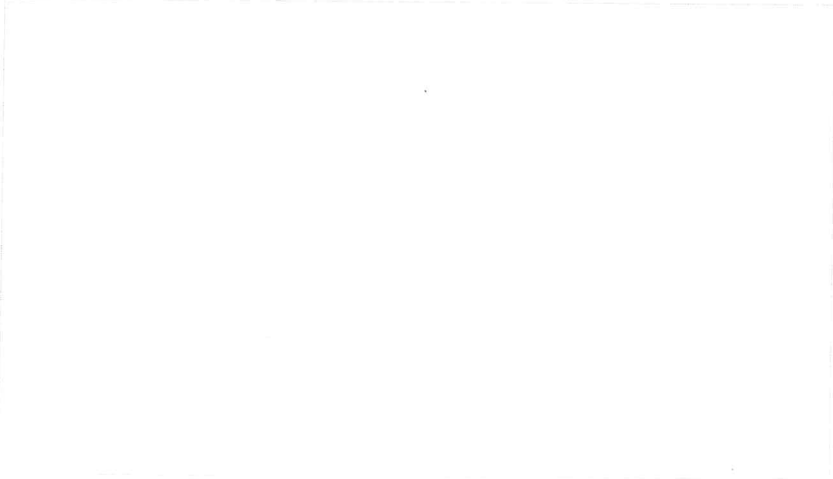


APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

|  |  |                            |  |              |
|--|--|----------------------------|--|--------------|
| IPRESS: GRAL. JAEN   |  | TRIMESTRE: I TRIMESTRE     | AÑO: 2021  |              |
| UPSS: CENTRO QUIRÚRGICO                                      |  | FECHA EJECUCIÓN:           | 21/05/2021                                       | (dd/mm/aaaa) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: DRA. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO  |  | RESP.EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                          |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION: ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA      |  | RESP. DE LA UPSS:          | DR. JOSE OLIVA RAMOS                             |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: LIC. HOOLY HERNANDEZ DOMADOR |  | RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                   |              |
|  |  | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. AURORA COSSIO RODRIGUEZ, QF YESENIA ALDERET |              |

| BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS                 | % CUMPLIMIENTO |
|--|----------------|
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS          | 73%            |
| PREVENCIÓN DE FUGA                         | 25%            |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                 | 80%            |
| PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA | 33%            |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                      | 100%           |
| HIGIENE DE MANOS                           | 71%            |
| BIOSEGURIDAD                               | 57%            |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS         | 20%            |
|  |                |
|  |                |
|  |                |
|  |                |
| PROMEDIO                                   | 58%            |



PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

58%



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

**MATRIZ DE RIESGOS**

|                                |                                 |                            |   |      |      |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------|---|------|------|
| IPRESS:                        | GRAL. JAEN                      | TRIMESTRE:                 | I TRIMESTRE                                 | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                          | CENTRO QUIRÚRGICO               | FECHA EJECUCIÓN:           | 21/05/2021 (DD/MM/AAAA)                     |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:    | DRA. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                     |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACION:       | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:          | DR. JOSE OLIVA RAMOS                        |      |      |
| RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA              |      |      |
|                                |                                 | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. AURORA COSSIO RODRIGUEZ, QF YESENIA AL |      |      |

**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 |
|--|-----|---|--------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                   | 73% | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS   | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                   | 73% | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos   | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                   | 73% | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial   | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                   | 73% | En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES                     | 25% | Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización   | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES                     | 25% | Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES                     | 25% | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 80% | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación  | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| 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            | 7                  | 35                    |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 71% | 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           | 4            | 10                 | 40                    |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 71% | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos   | NO           | 5            | 4                  | 20                    |
| BIOSEGURIDAD   | 57% | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas   | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| BIOSEGURIDAD   | 57% | 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            | 10                 | 50                    |
| BIOSEGURIDAD   | 57% | Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud   | NO           | 4            | 4                  | 16                    |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                     | 20% | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | NO           | 3            | 7                  | 21                    |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                     | 20% | Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| 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           | 5            | 7                  | 35                    |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                     | 20% | 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         |                       |



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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

|                                 |                                 |                             |  |            |              |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--|------------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                      | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE                                    | AÑO:       | 2021         |
| UPSS:                           | CENTRO QUIRÚRGICO               | FECHA EJECUCIÓN:            |  | 21/05/2021 | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                        |            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | DR. JOSE OLIVA RAMOS                           |            |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                 |            |              |
|                                 |                                 | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. AURORA COSSIO RODRIGUEZ, QF YESENIA ALDER |            |              |

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 |
|--|-----|---|--------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------|
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                   | 73% | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS   | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                   | 73% | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos   | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                   | 73% | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial   | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                   | 73% | En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES                     | 25% | Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización   | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES                     | 25% | Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas  | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES                     | 25% | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente  | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 80% | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación  | NO           | 40                    | 3                            | 120                       |
| 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           | 35                    | 3                            | 105                       |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 71% | 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           | 40                    | 3                            | 120                       |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 71% | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos   | NO           | 20                    | 3                            | 60                        |
| BIOSEGURIDAD   | 57% | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas   | NO           | 28                    | 3                            | 84                        |
| BIOSEGURIDAD   | 57% | El servicio ha implementado el uso de "Care Bundles" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD   | 57% | Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud   | NO           | 16                    | 3                            | 48                        |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                     | 20% | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | NO           | 21                    | 3                            | 63                        |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                     | 20% | Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| 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           | 35                    | 3                            | 105                       |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                     | 20% | Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos) mediante la visualización de las respectivas tarjetas  | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
|  |     |   |              |                       | SELECCIONE                   |                           |





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

|                                 |                                 |                              |  |      |      |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------|--|------|------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                      | TRIMESTRE:                   | I TRIMESTRE  | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                           | CENTRO QUIRÚRGICO               | FECHA EJECUCIÓN:             | 21/05/2021 (DD/MM/AAAA)                              |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:         | ING. SANDY MORENO PEREZ                              |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:            | DR. JOSE OLIVA RAMOS                                 |      |      |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC. JUNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                       |      |      |
|                                 |                                 | OTROS RESPONSABLES:          | LIC. AURORA COSSIO RODRIGUEZ, QF YESENIA ALDERETE CA |      |      |

**ACTUALIZAR PRIORIDAD**

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)             | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|------------------------------------|---|---|---------------------------------|--------------------|
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTS CENTINELAS           | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 28/06/2021         |
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTS CENTINELAS           | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 28/06/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.   | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PLAN DE FUGA   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 16/07/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES | Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PLAN DE FUGA   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 16/07/2021         |
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE PLAN PARA ACCIDENTES DE TRABAJO                                       | OFICINA DE SALUD OCUPACIONAL    | 16/07/2021         |
| 105       | 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.   | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PLAN DE FUGA   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | 16/07/2021         |
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral remitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Equipo Conductor y Comité de Seguridad del Paciente | AGREGAR EN LA LISTA DE EXCEL EL ÍTEM DE CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE LA CIRUGÍA | JEFE DE DEPARTAMENTO            | 21/06/2021         |
| 120       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN         | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.   | ACONDICIONAR UN ESTANTE   | JEFE DE DEPARTAMENTO            | 21/06/2021         |
| 48        | BIOSEGURIDAD                       | Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.  | CAMBIAR CINTA DE SEÑALIZACIÓN DE ALTO TRANSITO Y DAR MANTENIMIENTO  | JEFE DE DEPARTAMENTO            | 21/06/2021         |



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

PLAN DE ACCIÓN

|                                 |                                 |                             |   |      |      |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---|------|------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                      | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE   | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                           | CENTRO QUIRÚRGICO               | FECHA EJECUCIÓN:            | 21/05/2021 (DD/MM/AAAA)                               |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                               |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | DR. JOSE OLIVA RAMOS                                  |      |      |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                        |      |      |
|                                 |                                 | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. AURORA COSSIO RODRIGUEZ, OF. YESENIA ALDERETE CA |      |      |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                                       | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)  | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|--|--|---|--|--------------------|
| 120       | 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.                       | CAPACITACIONES DEL LAVADO E HIGIENE DE MANOS, Y COLOCACIÓN DE MENSALTES Y DIBUJOS EN ÁREAS ESTRATÉGICAS.  | DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA, OFICINA DE COMUNICACIONES, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 3/07/2021          |
| 60        | HIGIENE DE MANOS                                       | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.   | COLOCAR MENSALTES Y DIBUJOS EN ÁREAS ESTRATÉGICAS, CON LOS INSUMOS ADECUADOS PARA QUE NO SUFRAN DESGASTE DE PARED   | DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA, OFICINA DE COMUNICACIONES, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 3/07/2021          |
| 150       | BIOSEGURIDAD   | El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.   | IMPLEMENTAR UN PLAN PARA PREVENCIÓN DE IAAS   | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL  | 16/07/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Práctica que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los ordenes mecanismos de sujeción mecánica.             | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PLAN PARA SUJECCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  | 16/07/2021         |
| 84        | BIOSEGURIDAD   | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas  | REFORZAR LAS CAPACITACIONES PARA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS, EJECUTAR INSPECCIONES MENSUALES DE GESTIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS, GESTIONAR IMPLEMENTACIÓN DE CONTENEDORES ADECUADOS | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL                                  | 16/07/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Sistema de registros específicos de todo paciente con sujeción mecánica, al que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PLAN PARA SUJECCIÓN MECÁNICA DE PACIENTES   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  | 16/07/2021         |
| 63        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                     | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad  | ESTABLECER LA BRECHA FALTANTE DE EQUIPOS MÉDICOS, SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMOS   | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES  | 16/07/2021         |
| 150       | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                     | Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad  | CONSOLIDAR CAPACITACIONES CONSTANTES AL PERSONAL ASISTENCIAL CON EVALUACIÓN FIANDO METAS Y PROYECCIONES   | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES  | 16/07/2021         |
| 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 nuevos).   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS  | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES  | 28/06/2021         |
| 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 realización de las respectivas tarjetas. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS  | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES  | 28/06/2021         |



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

FICHA DE MONITOREO

|                                 |                                 |                             |   |      |              |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---|------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                      | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE   | AÑO: | 2021         |
| UPSS:                           | CENTRO QUIRÚRGICO               | FECHA EJECUCIÓN:            | 21/05/2021  |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | ING. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ   |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | DR. JOSE OLIVA RAMOS  |      |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                    |      |              |
|                                 |                                 | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. AURORA COSSIO RODRIGUEZ, QF. YESENIA ALDERETE CAMPOS, LIC RI |      |              |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|------------------------------------|--|---|---|--------------------|------------------------|----------------|
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Analisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.   | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS                            | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD   | 28/06/2021         | 13/07/2021             | SELECCIONE     |
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.   | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS                            | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD   | 28/06/2021         | 13/07/2021             | SELECCIONE     |
| 105       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PLAN DE FUGA   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD   | 16/07/2021         | 31/07/2021             | SELECCIONE     |
| 105       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES | Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.   | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PLAN DE FUGA   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD   | 16/07/2021         | 31/07/2021             | SELECCIONE     |
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.   | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE PLAN PARA ACCIDENTES DE TRABAJO   | OFICINA DE SALUD OCUPACIONAL  | 16/07/2021         | 31/07/2021             | SELECCIONE     |
| 105       | 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.  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DEL PLAN DE FUGA   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD   | 16/07/2021         | 31/07/2021             | SELECCIONE     |
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | En Centro Quirúrgico se evidencia la última Encuesta Semestral emitida a la Dirección para evaluar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad del Equipo Conductor y/o Comité de Seguridad del Paciente | AGREGAR EN LA LISTA DE EXCEL EL ÍTEM DE CUMPLIMIENTO DE LA LISTA DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD DE LA CIRUGIA                   | JEFE DE DEPARTAMENTO  | 21/06/2021         | 6/07/2021              | SELECCIONE     |
| 120       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN         | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.  | ACONDICIONAR UN ESTANTE   | JEFE DE DEPARTAMENTO  | 21/06/2021         | 6/07/2021              | SELECCIONE     |
| 48        | BIOSEGURIDAD                       | Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.   | CAMBiar CINTA DE SEÑALIZACIÓN DE ALTO TRANSITO Y DAR MANTENIMIENTO  | JEFE DE DEPARTAMENTO  | 21/06/2021         | 6/07/2021              | SELECCIONE     |
| 120       | 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.  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE MENSAJES Y DIBUJOS EN ÁREAS DE COMUNICACIÓN, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL. | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, OFICINA DE COMUNICACIÓN, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL. | 3/07/2021          | 18/07/2021             | SELECCIONE     |



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

FICHA DE MONITOREO

|                                 |                                |                            |   |              |      |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|---|--------------|------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                 | I TRIMESTRE   | AÑO:         | 2021 |
| UPSS:                           | CENTRO QUIRÚRGICO              | FECHA EJECUCIÓN:           | 21/05/2021  | (DD/MM/AAAA) |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DR. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:       | ING. SANDY MORENO PEREZ   |              |      |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:          | DR. JOSE OLIVA RAMOS  |              |      |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. HOOLY HERNANDEZ DOMADOR   | RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                    |              |      |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. AURORA COSSIO RODRIGUEZ, QF. YESENIA ALDERETE CAMPOS, LIC RI |              |      |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                                       | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)  | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|--|--|---|--|--------------------|------------------------|----------------|
| 60        | HIGIENE DE MANOS                                       | Menajes y dibujos que promuevan la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos   | COLOCAR MENSAJES Y DIBUJOS EN AREAS ESTRATEGICAS, CON LOS INSUMOS ADECUADOS PARA QUE NO SUFRAN DESGASTE DE PARED  | DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA, OFICINA DE COMUNICACIONES, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 3/07/2021          | 18/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | BIOSEGURIDAD   | El servicio ha implementado el uso de "Cape Bundje" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.   | IMPLEMENTAR UN PLAN PARA PREVENCIÓN DE IAAS   | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL  | 16/07/2021         | 31/07/2021             | SELECCIONE     |
| 105       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Protección que estabiliza población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.            | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PLAN PARA SUJECIÓN MECÁNICA DE PACIENTES  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  | 16/07/2021         | 31/07/2021             | SELECCIONE     |
| 84        | BIOSEGURIDAD   | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.   | REFORZAR LAS CARACTERÍSTICAS PARA REGISTRO DE RESIDUOS SÓLIDOS, EJECUTAR INSPECCIONES MENSUALES DE GESTIÓN Y MANEJO DE RESIDUOS SÓLIDOS, GESTIONAR IMPLEMENTACIÓN DE CONTENEDORES ADECUADOS | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL                                  | 16/07/2021         | 31/07/2021             | SELECCIONE     |
| 105       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de renovar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PLAN PARA SUJECIÓN MECÁNICA DE PACIENTES  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  | 16/07/2021         | 31/07/2021             | SELECCIONE     |
| 63        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                     | Equipos biomédicos accesibles según la correspondencia a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad  | ESTABLECER LA BRECHA FALTANTE DE EQUIPOS MEDICOS, SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICION DE LOS MISMOS   | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES  | 16/07/2021         | 31/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                     | Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad  | CONSEGUIR CAPACITACIONES CONSTANTES AL PERSONAL ASISTENCIAL CON EVALUACION FIJANDO METAS Y PROTECCIONES   | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES  | 16/07/2021         | 31/07/2021             | SELECCIONE     |
| 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).   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS  | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES  | 28/06/2021         | 13/07/2021             | SELECCIONE     |
| 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. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS  | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES  | 28/06/2021         | 13/07/2021             | SELECCIONE     |
|           |  |  |   |  |                    |                        | SELECCIONE     |
|           |  |  |   |  |                    |                        | SELECCIONE     |
|           |  |  |   |  |                    |                        | SELECCIONE     |
|           |  |  |   |  |                    |                        | SELECCIONE     |



**INFORME N° 40 -2021-GR.CAJ-DRS-HGJ/UGC**

**CARGO**

**A** : MC. DIANA M. BOLIVAR JOO  
Directora Hospital General de Jaén

**DE** : MC. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA  
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

**ASUNTO** : INFORME DE LA TERCERA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
UPSS CENTRO OBSTÉTRICO

**FECHA** : Jaén, 28 de mayo del 2021.

Por el presente me dirijo a usted, para expresarle mi saludo cordial y a la vez informarle lo siguiente:

- Según la programación Rondas de Seguridad del Paciente, el día de 26 de mayo se ha realizado la primera ronda de seguridad del paciente, donde salió seleccionado la UPSS Centro Obstétrico.
- La reunión empezó a las 10 am y estuvo conformado por parte del Equipo de Rondas de seguridad: representantes de unidad Gestión de la Calidad (1), representante de Anestesiología y Centro Quirúrgico (2), responsable de Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental (1), representante de la Jefatura de Enfermería (1), Responsables de Farmacia (1), jefa de Salud Ocupacional (1), Jefe de Medicina (1) representante de Servicios Generales (1).
- Se informó al Dr. Alex Gonzales Guzmán para informar que la UPSS de Centro Obstétrico ha sido seleccionada por sorteo para realizar la tercera ronda de Seguridad del Paciente
- Se aplicaron 11 ítems (105 verificadores) de buenas prácticas clínicas, que fueron seleccionados por el aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del Riesgo en la Atención de Salud, de los cuales se obtuvieron el siguiente resultado:
  - ✓ 7 verificadores tuvieron un "NO APLICA" como respuesta de cumplimiento, debido a que no se había pacientes durante la evaluación
  - ✓ 37 verificadores tuvieron un "SI" como respuesta de cumplimiento.
  - ✓ 61 verificadores tuvieron un "NO" como respuesta de cumplimiento.
  - ✓ El porcentaje de cumplimiento fue:



| BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS                 | % CUMPLIMIENTO |
|--|----------------|
| REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA            | 50%            |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS          | 62%            |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA                    | 71%            |
| PREVENCIÓN DE FUGA                         | 50%            |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                 | 10%            |
| PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20%            |
| SEGURIDAD SEXUAL                           | 17%            |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                      | 63%            |
| HIGIENE DE MANOS                           | 29%            |
| BIOSEGURIDAD                               | 13%            |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS         | 0%             |
| <b>PROMEDIO</b>                            | <b>35%</b>     |



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"



5. Teniendo un promedio menos del 35%, las medidas que debemos de tomar estarían serían de Contingencia y Emergencia.
6. De los 61 verificadores con respuesta de "NO", 56 tuvieron una valoración de Riesgos Intolerables, 4 riesgo importante y 1 riesgo moderado.
7. Los 19 verificadores con respuesta "NO", todos fueron factibles de ser evitables.
8. Para cada uno de los 19 verificadores observados, se ha elaborado acciones correctivas, las responsables de su aplicación son: Gestión de la Calidad, Oficina de Salud Ocupacional, Jefe de Departamento, Departamento de enfermería, Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, Unidad de Servicios Generales y mantenimiento, Oficina de Comunicaciones, oficina de Auditoría médica, departamento de farmacia
9. Se indica el plazo para realizar las actividades y la fecha de monitoreo para verificación de actividades correctivas.

Lo expuesto, es cuanto informo a su despacho para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
M.C. Luis A. Davago Grande  
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

C.c.

Jefe de UPSS Centro Obstétrico

Adjunto.

Resultado del aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del Riesgo en la Atención de Salud  
Foto del equipo en Centro Quirúrgico de Hospital Nuevo y evidencias de la ronda de seguridad



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

|   |  |   |                         |
|---|--|---|-------------------------|
| IPRESS: GRAL. JAEN  |  | TRIMESTRE: I TRIMESTRE  | AÑO: 2021               |
| UPSS: CENTRO OBSTÉTRICO                                     |  | FECHA EJECUCIÓN:  | 26/05/2021 (dd/mm/aaaa) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO  |  | RESP.EPIDEMIOLOGIA: SANDY MORENO PEREZ                              |                         |
| RESP. DE ADMINISTRACION: ING FRANCISCO PALOMARES MURGA      |  | RESP. DE LA UPSS: GO ALEX GONZALES GUZMAN                           |                         |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: LIC HOOLY HERNANDEZ DOMADOR |  | RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD: DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA            |                         |
|   |  | OTROS RESPONSABLES: OBS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAMIREZ T |                         |

| BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS                 | % CUMPLIMIENTO |
|--|----------------|
| REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA            | 50%            |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS          | 62%            |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA                    | 71%            |
| PREVENCIÓN DE FUGA                         | 50%            |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                 | 10%            |
| PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20%            |
| SEGURIDAD SEXUAL                           | 17%            |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                      | 63%            |
| HIGIENE DE MANOS                           | 29%            |
| BIOSEGURIDAD                               | 13%            |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS         | 0%             |
| PROMEDIO                                   | 35%            |

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

35%



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

**MATRIZ DE RIESGOS**

|                                |                                |                            |   |      |      |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|---|------|------|
| IPRESS:                        | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                 | I TRIMESTRE                               | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                          | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:           | 28/05/2021 (DD/MM/AAAA)                   |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:    | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGIA:        | SANDY MORENO PEREZ                        |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACION:       | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:          | GO ALEX GONZALES GUZMAN                   |      |      |
| RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP.OFIC/JUNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA             |      |      |
|                                |                                | OTROS RESPONSABLES:        | OBS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAM |      |      |

**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                     | 50% | Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | Registro de la enfermedad actual.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)   | NO           | 5            | 4                  | 20                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| 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           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | La letra de la Historia Clínica es legible  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | Historia clínica ordenada y limpia.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 62% | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.  | NO           | 5            | 10                 | 60                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 62% | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.  | NO           | 5            | 10                 | 60                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 62% | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 62% | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 62% | Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| 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            | 10                 | 50                    |
| 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.   | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | 50% | Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | 50% | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.   | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 10% | Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 10% | Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 10% | Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 10% | Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.   | NO           | 5            | 10                 | 60                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 10% | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 10% | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |





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

**MATRIZ DE RIESGOS**

|                                |                                |                            |   |      |      |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|---|------|------|
| IPRESS:                        | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                 | I TRIMESTRE                               | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                          | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:           | 26/05/2021 (DD/MM/AAAA)                   |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:    | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGIA:        | SANDY MORENO PEREZ                        |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACION:       | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:          | GO ALEX GONZALES GUZMAN                   |      |      |
| RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA             |      |      |
|                                |                                | OTROS RESPONSABLES:        | OBS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAM |      |      |

**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 |
|--|-----|---|--------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 10% | Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 10% | Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 10% | Existencia de un registro de medicamentos controlados.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20% | Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20% | Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20% | Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20% | En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20% | Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periódicos, etc.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20% | Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.                                | NO           | 6            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20% | 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            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20% | Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| SEGURIDAD SEXUAL                                       | 17% | Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| SEGURIDAD SEXUAL                                       | 17% | Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales   | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| SEGURIDAD SEXUAL                                       | 17% | El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.   | NO           | 4            | 4                  | 16                    |
| SEGURIDAD SEXUAL                                       | 17% | 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           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD SEXUAL                                       | 17% | Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                                  | 63% | La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                                  | 63% | Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                                  | 63% | La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 29% | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos  | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 29% | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 29% | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 29% | 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            | 10                 | 50                    |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 29% | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.  | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| BIOSEGURIDAD   | 13% | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |

AS



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

MATRIZ DE RIESGOS

|                                |                                |                           |   |            |              |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------|---|------------|--------------|
|                                |                                | TRIMESTRE:                | I TRIMESTRE                               | AÑO:       | 2021         |
| IPRESS:                        | GRAL. JAEN                     | FECHA EJECUCIÓN:          |   | 26/05/2021 | (DD/MM/AAAA) |
| UPSS:                          | CENTRO OBSTÉTRICO              | RESP.EPIDEMIOLOGÍA:       | SANDY MORENO PEREZ                        |            |              |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:    | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. DE LA UPSS:         | GO ALEX GONZALES GUZMAN                   |            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:       | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA             |            |              |
| RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | OTROS RESPONSABLES:       | OBS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAM |            |              |

**PROBABILIDAD**

|             |   |
|-------------|---|
| FRECUENTE   | 5 |
| PROBABLE    | 4 |
| OCASIONAL   | 3 |
| INFRECUENTE | 2 |
| RARO        | 1 |

**GRAVEDAD / IMPACTO**

|                |    |
|----------------|----|
| CATASTRÓFICO   | 10 |
| IMPORTANTE     | 7  |
| MODERADO       | 4  |
| TOLERABLE      | 2  |
| INSIGNIFICANTE | 1  |

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

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

| BUENAS PRÁCTICAS                   | %   | VERIFICADOR   | CUMPLIMIENTO | PROBABILIDAD | GRAVEDAD / IMPACTO | VALORACIÓN DEL RIESGO |
|------------------------------------|-----|---|--------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| BIOSEGURIDAD                       | 13% | Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| BIOSEGURIDAD                       | 13% | Cumplimiento de las medidas de aislamiento.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| BIOSEGURIDAD                       | 13% | 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            | 10                 | 50                    |
| BIOSEGURIDAD                       | 13% | Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| BIOSEGURIDAD                       | 13% | Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.  | NO           | 5            | 10                 | 60                    |
| BIOSEGURIDAD                       | 13% | Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 0%  | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 0%  | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.  | NO           | 6            | 10                 | 50                    |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 0%  | Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| 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            | 10                 | 50                    |
| 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            | 10                 | 60                    |
|                                    |     |   |              | SELECCIONE   | SELECCIONE         |                       |



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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

|                                 |                                |                             |  |            |              |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|------------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE                                  | AÑO:       | 2021         |
| UPSS:                           | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:            |  | 26/05/2021 | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        | SANDY MORENO PEREZ                           |            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | GO ALEX GONZALES GUZMAN                      |            |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC/JUNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                |            |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | OBS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAMIRE |            |              |

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                                       | 50% | Registro completo de la filiación del paciente: Datos del BESS, 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           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                                       | 50% | Registro de la enfermedad actual.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                                       | 50% | Registro de las Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                                       | 50% | Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                                       | 50% | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)  | NO           | 20                    | 3                            | 60                        |
| HISTORIA CLINICA                                       | 50% | Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| 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           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                                       | 50% | Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                                       | 50% | La letra de la Historia Clínica es legible.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                                       | 50% | Historia clínica ordenada y limpia.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                   | 62% | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                   | 62% | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                   | 62% | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                   | 62% | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                                   | 62% | Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE                   | 71% | Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| 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.  | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES                     | 50% | Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.   | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES                     | 50% | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.  | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 10% | Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 10% | Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 10% | Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 10% | Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 10% | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 10% | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 10% | Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 10% | Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | 10% | Existencia de un registro de medicamentos controlados.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA | 20% | Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA | 20% | Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |



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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

|                                 |                                |                           |  |            |              |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------|--|------------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                | I TRIMESTRE                                  | AÑO:       | 2021         |
| UPSS:                           | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:          |  | 26/05/2021 | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGIA:       | SANDY MORENO PEREZ                           |            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:         | GO ALEX GONZALES GUZMAN                      |            |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                |            |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:       | OBS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAMIRE |            |              |

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 | 20% | Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20% | En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20% | Comunicar al paciente temas relacionados al uso de los baños, uso de las duchas, uso de los lavaderos, cambios posturales periodicos, etc.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20% | 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 | 20% | 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           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 20% | Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente  | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| SEGURIDAD SEXUAL                                       | 17% | Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales, desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio | NO           | 28                    | 3                            | 84                        |
| SEGURIDAD SEXUAL                                       | 17% | Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales  | NO           | 28                    | 3                            | 84                        |
| SEGURIDAD SEXUAL                                       | 17% | El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización   | NO           | 16                    | 3                            | 48                        |
| SEGURIDAD SEXUAL                                       | 17% | 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           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD SEXUAL                                       | 17% | Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas   | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                                  | 63% | La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                                  | 63% | Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                                  | 63% | La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 29% | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos   | NO           | 40                    | 3                            | 120                       |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 29% | Cumplimiento de los 05 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 29% | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 29% | 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           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HIGIENE DE MANOS                                       | 29% | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos  | NO           | 28                    | 3                            | 84                        |
| BIOSEGURIDAD   | 13% | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD   | 15% | Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD   | 15% | Cumplimiento de las medidas de aislamiento   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD   | 13% | El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD   | 13% | Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD   | 13% | Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD   | 13% | Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                     | 0%  | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                     | 0%  | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS                     | 0%  | Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| 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           | 50                    | 3                            | 150                       |
| 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           | 50                    | 3                            | 150                       |



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

|                                  |                                |                              |  |      |      |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--|------|------|
| IPRESS:                          | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                   | I TRIMESTRE  | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                            | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:             | 26/05/2021 (DD/MM/AAAA)                            |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:      | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:         | SANDY MORENO PEREZ                                 |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:         | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:            | GO ALEX GONZALES GUZMAN                            |      |      |
| RESP. DPTO./SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC. JUNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                      |      |      |
|                                  |                                | OTROS RESPONSABLES:          | OBS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAMIREZ TENO |      |      |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS     | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)  | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|----------------------|--|--|--|--------------------|
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro de la enfermedad actual   | INDICAR QUE TODOS LOS PACIENTES QUE PASEN A OBSERVACIÓN, HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍAS PASEN PERSONAL QUE RECIBE AL PACIENTE EN SERVICIO DESTINO  |  | 25/06/2021         |
| 150       | 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, Profesión, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso. | INDICAR QUE TODOS LOS PACIENTES QUE PASEN A OBSERVACIÓN, HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍAS PASEN ENFERMERÍA, OBSTETRICIA Y OBSERVACION CON HISTORIA ACTUAL DE LA ENFERMEDAD LLENO, LO QUE NOS PERMITIRÁ SER UN FILTRO |  | 25/06/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.  | CREACIÓN DE GUÍAS DE PRACTICA CLINICA PARA LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES DEL HGJ Y SOCIALIZAR LA PROBLEMÁTICA CON LOS JEFES DE DEPARTAMENTO   | JEFE DE SERVICIO/ DEPARTAMENTO CON APOYO DE PERSONAL ASISTENCIAL   | 25/06/2021         |
| 60        | HISTORIA CLINICA     | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)  | CREAR CUADROS DE ENFERMEDADES COMUNES POR ÁREAS PARA COMPLETAR CIE 10  | JEFE DE SERVICIO/ DEPARTAMENTO CON APOYO DE PERSONAL ASISTENCIAL   | 25/06/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro de la Funciones Biológicas: apellido, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.   | CREAR UNA HOJA PARA MARCAR FUNCIONES BIOLÓGICAS O REALIZAR AUDITORIAS PERMANENTES A LAS ÁREAS  | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA: FORMATO DE FUNCIONES VITALES, OFICINA DE AUDITORIA DE DEPARTAMENTO/ OFICINA DE AUDITP: REALIZAR AUDITORIAS DE HISTORIAS CLÍNICAS | 25/06/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.   | CREACION DE GUÍAS DE PRACTICA CLINICA PARA LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES DEL HGJ Y SOCIALIZAR LA PROBLEMÁTICA CON LOS JEFES DE DEPARTAMENTO   | JEFE DE SERVICIO/ DEPARTAMENTO CON APOYO DE PERSONAL ASISTENCIAL   | 25/06/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HCL   | AUDITORIA MÉDICA   | 25/06/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HCL   | AUDITORIA MÉDICA   | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS | Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.  | IDENTIFICAR EL NUMERO DE CAMAS SIN BARANDAS Y QUE SE REALICE CAMBIOS RESPECTIVOS   | JEFE DE SERVICIO DEBERÁ INFORMAR SOBRE LA SITUACIÓN A SERVICIOS GENERALES PARA TOMA DE DECISIONES  | 25/06/2021         |



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

|                                 |                                |                             |  |      |      |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|------|------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE  | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                           | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:            | 26/06/2021 (DD/MM/AAAA)                            |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | SANDY MORENO PEREZ                                 |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | GO ALEX GONZALES GUZMAN                            |      |      |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC JUNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                      |      |      |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | OBS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAMIREZ TENO |      |      |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                     | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|--------------------------------------|---|---|---|--------------------|
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTS CENTINELAS   | UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD                                       | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTS CENTINELAS   | UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD                                       | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE PLAN PARA ACCIDENTES DE TRABAJO   | OFICINA DE SALUD OCUPACIONAL  | 25/06/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA                     | La letra de la Historia Clínica es legible  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HCL  | JEFE DE SERVICIO CON APOYO DE AUDITORIA MEDICA                        | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTS CENTINELAS   | UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD                                       | 25/06/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA                     | Historia clínica ordenada y limpia.   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HCL  | AUDITORIA MEDICA CON APOYO DE JEFE DE SERVICIO                        | 25/06/2021         |
| 150       | IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE LOS PACIENTES  | UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD                                       | 25/06/2021         |
| 105       | 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. | CREAR UN REGISTRO DE PACIENTES Y FAMILIARES, GENERAR UNA LISTA DE AQUELLOS QUE QUIERAN RECIBIR INFORME MÉDICO Y FIRMAR EN CASO SE BRINDE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE. | CREAR HORARIO PARA INFORME MEDICO                                     | 25/06/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.  | ESTANDARIZAR LA LISTA PARA REGISTRO DE FAMILIARES DE PACIENTES  | SERVICIOS GENERALES   | 25/06/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO PARA FUGA DE PACIENTES   | SERVICIOS GENERALES Y GESTION DE CALIDAD                              | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.   | PROPUESTA PILOTO DE GENERAR UNA LISTA CON LOS MEDICAMENTOS QUE SE ADMINISTRA AL PACIENTE Y QUE SEA CON FIRMA DE CARGO   | JEFE DE DEPARTAMENTO, DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA Y GESTION DE CALIDAD | 25/06/2021         |



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

|                                 |                                 |                             |  |      |      |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--|------|------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                      | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE  | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                           | CENTRO OBSTÉTRICO               | FECHA EJECUCIÓN:            | 26/05/2021 (DD/MM/AAAA)                            |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA. DIANA MERCEDES BOLIWAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        | SANDY MORENO PEREZ                                 |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA   | RESP. DE LA UPSS:           | GO ALEX GONZALES GUZMAN                            |      |      |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC HOOLY HERNANDEZ DOMADOR     | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                     |      |      |
|                                 |                                 | OTROS RESPONSABLES:         | OBS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAMIREZ TENO |      |      |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                                       | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|--|--|---|---|--------------------|
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.   | PROPUESTA PILOTO DE GENERAR UNA LISTA CON LOS MEDICAMENTOS QUE SE ADMINISTRA AL PACIENTE Y QUE SEA CON FIRMA DE "CARGO" | JEFE DE DEPARTAMENTO, DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Cochete de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.  | COORDINAR SUPLEMENTACIÓN DE DOSIS UNITARIA PARA FARMACIA  | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.  | COORDINAR SUPLEMENTACIÓN DE DOSIS UNITARIA PARA FARMACIA  | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.  | TENER ESTANTE Y ROTULAR MEDICAMENTOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requeridos.  | TENER ESTANTE Y ROTULAR MEDICAMENTOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.   | TENER ESTANTE Y ROTULAR MEDICAMENTOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.  | ROTULAR MEDICAMENTOS Y GENERAR LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CONTROL   | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Existencia de un registro de medicamentos controlados.   | GENERAR REGISTRO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA | Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE LOS PACIENTES                                    | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD                                       | 25/06/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA | Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficit neurológicos - cognitivos. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE LOS PACIENTES                                    | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD                                       | 25/06/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA | Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.                                | PROPUESTA PILOTO DE GENERAR UNA LISTA CON LOS MEDICAMENTOS QUE SE ADMINISTRA AL PACIENTE Y QUE SEA CON FIRMA DE "CARGO" | JEFE DE DEPARTAMENTO, DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD | 25/06/2021         |



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

|                                 |                                |                             |  |      |      |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|------|------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE  | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                           | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:            | 26/05/2021 (DD/MM/AAAA)                            |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        | SANDY MORENO PEREZ                                 |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | GO ALEX GONZALES GUZMAN                            |      |      |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC HOOLY HERMANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                      |      |      |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | OBS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAMIREZ TENO |      |      |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                                       | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|--|---|--|---|--------------------|
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA 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.   | CAMBIO DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN CON BARANDAS  | JEFE DE SERVICIO /DEPARTAMENTO  | 25/06/2021         |
| 150       | 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.  | GENERAR UNA LISTA DE USO ADECUADO DE BAÑO, LA CUAL SERÁ IMPLEMENTADO EN LOS SERVICIOS HIGIÉNICOS, ADEMÁS UN CROQUIS A LA ENTRADA DEL SERVICIO  | SERVICIOS GENERALES   | 25/06/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Procedo que establece pautas, objetivos, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.                                      | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO DE SUECCIÓN MECÁNICA  | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA Y GESTIÓN DE CALIDAD | 25/06/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO DE SUECCIÓN MECÁNICA  | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA Y GESTIÓN DE CALIDAD | 25/06/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO DE SUECCIÓN MECÁNICA  | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA Y GESTIÓN DE CALIDAD | 25/06/2021         |
| 84        | 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. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO PARA SEGURIDAD SEXUAL  | OFICINA DE PSICOLOGÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD  | 10/07/2021         |
| 84        | SEGURIDAD SEXUAL                                       | Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO PARA SEGURIDAD SEXUAL  | OFICINA DE PSICOLOGÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD  | 10/07/2021         |
| 48        | SEGURIDAD SEXUAL                                       | El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO PARA SEGURIDAD SEXUAL  | OFICINA DE PSICOLOGÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD  | 10/07/2021         |
| 150       | 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.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO PARA SEGURIDAD SEXUAL  | OFICINA DE PSICOLOGÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD  | 10/07/2021         |
| 105       | SEGURIDAD SEXUAL                                       | Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO PARA SEGURIDAD SEXUAL  | OFICINA DE PSICOLOGÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD  | 10/07/2021         |
| 150       | COMUNICACIÓN EFECTIVA                                  | La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y familiares y el proceso para obtener atención.  | CREAR UN REGISTRO DE PACIENTES Y FAMILIARES; QUE CONTENGA LA LISTA DE LOS FAMILIARES QUE QUIERAN RECIBIR INFORME MÉDICO Y QUE CUENTE CON UN CARGO COMO EVIDENCIA DE INFORMACIÓN DE SERVICIOS GENERALES Y GESTIÓN DE CALIDAD BRINDADA | OFICINA DE PSICOLOGÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD  | 25/06/2021         |





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

|                                 |                                |                            |  |      |      |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--|------|------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                 | I TRIMESTRE  | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                           | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:           | 26/05/2021 (DD/MM/AAAA)                            |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGÍA:        | SANDY MORENO PEREZ                                 |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:          | GO ALEX GONZALES GUZMAN                            |      |      |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC HOOLY HERNÁNDEZ DOMADOR    | RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR LUJIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                     |      |      |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:        | OBS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAMIREZ TENO |      |      |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS      | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|-----------------------|--|---|---|--------------------|
| 150       | COMUNICACIÓN EFECTIVA | Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.  | CREAR UN REGISTRO DE PACIENTES Y FAMILIARES QUE CONTENGA LA LISTA DE LOS FAMILIARES QUE QUIERAN RECIBIR INFORME MÉDICO Y QUE CUENTE CON UN CARGO COMO EVIDENCIA DE INFORMACIÓN BRINDADA | SERVICIOS GENERALES Y GESTIÓN DE CALIDAD                        | 25/06/2021         |
| 150       | 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.  | CREAR UN REGISTRO DE PACIENTES Y FAMILIARES QUE CONTENGA LA LISTA DE LOS FAMILIARES QUE QUIERAN RECIBIR INFORME MÉDICO Y QUE CUENTE CON UN CARGO COMO EVIDENCIA DE INFORMACIÓN BRINDADA | SERVICIOS GENERALES Y GESTIÓN DE CALIDAD                        | 25/06/2021         |
| 120       | HIGIENE DE MANOS      | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcoholica para manos.  | SOLICITAR ALCOHOL GEL   | JEFE DE SERVICIO /DEPARTAMENTO                                  | 25/06/2021         |
| 150       | HIGIENE DE MANOS      | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)  | CAPACITAR LAVADO DE MANOS   | JEFE DE SERVICIO /DEPARTAMENTO                                  | 25/06/2021         |
| 150       | HIGIENE DE MANOS      | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).   | CAPACITAR LAVADO DE MANOS   | JEFE DE SERVICIO /DEPARTAMENTO                                  | 25/06/2021         |
| 150       | 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. | CAPACITAR LAVADO DE MANOS   | JEFE DE SERVICIO /DEPARTAMENTO                                  | 25/06/2021         |
| 84        | HIGIENE DE MANOS      | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.   | CAPACITAR LAVADO DE MANOS   | JEFE DE SERVICIO /DEPARTAMENTO                                  | 25/06/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD          | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.   | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO JEFE DE RESPONSABILIDAD   | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD          | Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.   | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO JEFE DE RESPONSABILIDAD   | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD          | Cumplimiento de las medidas de aislamiento.  | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO JEFE DE RESPONSABILIDAD   | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD          | El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS basadas en evidencia médica.  | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO JEFE DE RESPONSABILIDAD   | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         |



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

PLAN DE ACCIÓN

|                                 |                                |                             |  |      |      |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|------|------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE  | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                           | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:            | 26/05/2021 (DD/MM/AAAA)                            |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | SANDY MORENO PEREZ                                 |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | GO ALEX GONZALES GUZMAN                            |      |      |
| RESP. DPTO.SERVICIO ENFERMERIA: | LIC HOOLY HERMANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                      |      |      |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | OBS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAMIREZ TENO |      |      |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|------------------------------------|--|---|---|--------------------|
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.   | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO RESPONSABILIDAD     | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud  | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO RESPONSABILIDAD     | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud  | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO RESPONSABILIDAD     | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         |
| 150       | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad  | ESTABLECER LA BRECHA FALTANTE DE EQUIPOS MÉDICOS, SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMOS | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                   | 16/07/2021         |
| 150       | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad  | ESTABLECER LA BRECHA FALTANTE DE EQUIPOS MÉDICOS, SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMOS | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                   | 16/07/2021         |
| 150       | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.   | CONSOLIDAR CAPACITACIONES CONSTANTES AL PERSONAL ASISTENCIAL CON EVALUACIÓN FIJANDO METAS Y PROYECCIONES  | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                   | 28/06/2021         |
| 150       | 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).   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS              | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                   | 28/06/2021         |
| 150       | 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. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS              | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                   | 28/06/2021         |



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

FICHA DE MONITOREO

|                                 |                                |                            |   |      |             |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|---|------|-------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                 | 1 TRIMESTRE   | AÑO: | 2021        |
| UPSS:                           | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:           | 26/05/2021  |      | (DDMM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DR. ALEX MERCEDES BOLLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:       | SANDY MORENO PEREZ  |      |             |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:          | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                    |      |             |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD: | DR. ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAMIREZ, TENORIO, DRA LIZEL |      |             |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:        |   |      |             |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS     | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARPO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|----------------------|--|--|---|--------------------|------------------------|----------------|
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro de la enfermedad actual   | INDICAR QUE TODOS LOS PACIENTES QUE PASEAN OBSERVACIÓN, HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍAS PASEEN CON HISTORIA ACTUAL DE LA ENFERMEDAD LLENO. LO QUE NOS PERMITA SER UN FILTRO | PERSONAL QUE RECIBE AL PACIENTE EN SERVICIO DESTINO   | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro completo de la filiación del paciente: Días del EESS, Nr. de HCL, Nombres y Apellidos del Paciente, Fecha de Nacimiento, Sexo, DNI, Seguro, Estado Civil, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso | INDICAR QUE TODOS LOS PACIENTES QUE PASEAN OBSERVACIÓN, HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍAS PASEEN CON HISTORIA ACTUAL DE LA ENFERMEDAD LLENO. LO QUE NOS PERMITA SER UN FILTRO | OBSTETRICIA Y OBSERVACIÓN EMERGENCIA  | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCION      |
|           |                      |  |  |   |                    |                        | SELECCION      |
|           |                      |  |  |   |                    |                        | SELECCION      |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada   | CREACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES DEL HCL Y SOCIALIZAR LA PROBLEMÁTICA CON LOS JEFS DE DEPARTAMENTO                              | JEFE DE SERVICIO DEPARTAMENTO CON APOYO DE PERSONAL ASISTENCIAL   | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCION      |
| 60        | HISTORIA CLINICA     | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de correspondir (presuntivos o definitivos)  | CREAR CUADROS DE ENFERMEDADES COMUNES POR ÁREAS PARA COMPLETAR CIE 10  | JEFE DE SERVICIO DEPARTAMENTO CON APOYO DE PERSONAL ASISTENCIAL   | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro de la Funciones Biológicas: apellido, edad, sexo, raza, deposiciones, estado de animo.  | REALIZAR UNA HOJA PARA MARCAR FUNCIONES BIOLÓGICAS O REALIZAR AUDITORIAS PERMANENTES A LAS ÁREAS   | DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA, FORMATO DE FUNCIONES VITALES, OFICINA DE AUDITORIA, JEFE DE SERVICIO DEPARTAMENTO CON APOYO DE PERSONAL ASISTENCIAL | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro del resultado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Intervenciones  | CREACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES DEL HCL Y SOCIALIZAR LA PROBLEMÁTICA CON LOS JEFS DE DEPARTAMENTO                              | JEFE DE SERVICIO DEPARTAMENTO CON APOYO DE PERSONAL ASISTENCIAL   | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro completo del examen físico clínico general y regional de correspondir   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HCL   | AUDITORIA MEDICA  | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCL  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HCL   | AUDITORIA MEDICA  | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS | Barandas de las camas funcionen y estén levantadas para proteger al paciente   | IDENTIFICAR EL NUMERO DE CAMAS SIN BARANDAS Y QUE SE REALICE CAMBIOS RESPECTIVOS   | JEFE DE SERVICIO DEBERA INFORMAR SOBRE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS PARA TOMA DE DECISIONES  | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS   | UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD   | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS | Registro físico y/o virtual de las incidencias y eventos adversos en la UPSS   | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS   | UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD   | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial  | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE PLAN PARA ACCIDENTES DE TRABAJO  | OFICINA DE SALUD OCUPACIONAL  | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | La letra de la Historia Clínica es legible   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HCL   | JEFE DE SERVICIO CON APOYO DE AUDITORIA MEDICA  | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCION      |

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

FICHA DE MONITOREO

|                                 |                                |                             |  |      |             |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|------|-------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE                              | AÑO: | 2021        |
| UPSS:                           | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:            | 26/05/2021                               |      | (DDMM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DR. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        | SANDY MORENO PEREZ                       |      |             |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:           | GO ALEX GONZALES GUZMAN                  |      |             |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC/JUNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA           |      |             |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | DR. EDWIN RAMIREZ TENORIO, DR. ALI LIZET |      |             |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                     | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|--------------------------------------|---|---|---|--------------------|------------------------|----------------|
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos   | ELABORACIÓN, APROBACIÓN Y DIFUSIÓN DE UN PLAN DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD                                       | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | HISTORIA CLÍNICA                     | Historia clínica ordenada y limpia  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HCL  | AUDITORIA MÉDICA CON APOYO DE JEFE DE SERVICIO                        | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el base de datos como en el cartel visible   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN DE CAÍDAS DE LOS PACIENTES  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD                                       | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 105       | 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. | CREAR UN REGISTRO DE PACIENTES Y FAMILIARES, CARGAR UNA LISTA DE AQUELLOS QUE QUIERAN RECIBIR INFORME MÉDICO Y FIRMAR EN CASO DE ENVÍO DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE | CREAR HORARIO PARA INFORME MÉDICO                                     | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 105       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización   | ESTANDARIZAR LA LISTA PARA REGISTRO DE FAMILIARES DE PACIENTES  | SERVICIOS GENERALES   | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 105       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | Existencia de un procedimiento o proceso que se active en caso de fuga de paciente  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO PARA FUGA DE PACIENTES   | SERVICIOS GENERALES Y GESTIÓN DE CALIDAD                              | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se le administren  | PROPUESTA PILOTO DE GENERAR UNA LISTA CON LOS MEDICAMENTOS QUE SE ADMINISTRA AL PACIENTE Y QUE SEA CONFIRMADA DE "CARGO"  | JEFE DE DEPARTAMENTO, DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirse los medicamentos que recibe   | PROPUESTA PILOTO DE GENERAR UNA LISTA CON LOS MEDICAMENTOS QUE SE ADMINISTRA AL PACIENTE Y QUE SEA CONFIRMADA DE "CARGO"  | JEFE DE DEPARTAMENTO, DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Cheque de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente   | COORDINAR SUPLEMENTACIÓN DE DOSIS UNITARIA PARA FARMACIA  | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ella  | COORDINAR SUPLEMENTACIÓN DE DOSIS UNITARIA PARA FARMACIA  | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.   | TENER ESTANTE Y ROTULAR MEDICAMENTOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requeridos.   | TENER ESTANTE Y ROTULAR MEDICAMENTOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria   | TENER ESTANTE Y ROTULAR MEDICAMENTOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad  | ROTULAR MEDICAMENTOS Y GENERAR LISTA DE VERIFICACIÓN PARA CONTROL   | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Existencia de un registro de medicamentos controlados   | GENERAR REGISTRO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA     | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |



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

FICHA DE MONITOREO

|                                 |                                |                             |  |           |             |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|-----------|-------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE  | AÑO:      | 2021        |
| UPSS:                           | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:            | 28/05/2021   | DDMM/AAAA | (DDMM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | SANDY MORENO PEREZ   |           |             |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | GO ALEX GONZALES GUZMAN  |           |             |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC HOLLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                    |           |             |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | DRS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAMIREZ TENORIO, DRA LISET |           |             |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                                       | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (determinada) | MONITOREO (determinado) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|--|---|--|---|---------------------|-------------------------|----------------|
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN DE CAIDAS DE LOS PACIENTES   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD   | 25/06/2021          | 10/07/2021              | SELECCIONE     |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Revaloración de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficit neurológico - cognitivo.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO PARA PREVENCIÓN DE CAIDAS DE LOS PACIENTES   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD   | 25/06/2021          | 10/07/2021              | SELECCIONE     |
| 150       | 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  | PROPUESTA PILOTO DE GENERAR UNA LISTA CON LOS MEDICAMENTOS QUE SE ADMINISTRAN AL PACIENTE Y JEFE DE DEPARTAMENTO, DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD QUE SEA CON FIRMA DE "CARGO"                                   | JEFE DE DEPARTAMENTO, DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD             | 25/06/2021          | 10/07/2021              | SELECCIONE     |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA 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  | CAMBIO DE CAMAS DE HOSPITALIZACIÓN CON BARANDAS  | JEFE DE SERVICIO DEPARTAMENTO   | 25/06/2021          | 10/07/2021              | SELECCIONE     |
| 150       | 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 letreros, sábanas posturales periódicas, etc.   | GENERAR UNA LISTA DE USO ADECUADO DE BAÑO, LA CUA, SERÁ IMPLEMENTADO EN LOS SERVICIOS HIÉNICOS, ADEMÁS UN CROQUIS A LA ENTRADA DEL SERVICIO  | SERVICIOS GENERALES   | 25/06/2021          | 10/07/2021              | SELECCIONE     |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica                           | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO DE SUJECCIÓN MECÁNICA   | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA Y GESTIÓN DE CALIDAD | 25/06/2021          | 10/07/2021              | SELECCIONE     |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Estimular de registro específico de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de renovar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO DE SUJECCIÓN MECÁNICA   | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA Y GESTIÓN DE CALIDAD | 25/06/2021          | 10/07/2021              | SELECCIONE     |
| 105       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Asegurarse que las sienes de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO DE SUJECCIÓN MECÁNICA   | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA Y GESTIÓN DE CALIDAD | 25/06/2021          | 10/07/2021              | SELECCIONE     |
| 84        | SEGURIDAD SEXUAL                                       | Evaluación del paciente a los riesgos a durante el manejo de los equipos de sujeción de miembros superiores sexuales, dentaduras malajadas, sistemas de la personalidad, aislamiento, poca adaptación en el manejo. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO PARA SEGURIDAD SEXUAL  | OFICINA DE PSICOLOGÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD  | 19/07/2021          | 25/07/2021              | SELECCIONE     |
| 84        | SEGURIDAD SEXUAL                                       | Información oportuna y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO PARA SEGURIDAD SEXUAL  | OFICINA DE PSICOLOGÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD  | 19/07/2021          | 25/07/2021              | SELECCIONE     |
| 48        | SEGURIDAD SEXUAL                                       | El proceso de atención de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO PARA SEGURIDAD SEXUAL  | OFICINA DE PSICOLOGÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD  | 19/07/2021          | 25/07/2021              | SELECCIONE     |
| 150       | SEGURIDAD SEXUAL                                       | Al detectar conductas desviadas se comunicará al jefe del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que serán registradas en el tipo de intervenciones terapéuticas.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO PARA SEGURIDAD SEXUAL  | OFICINA DE PSICOLOGÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD  | 19/07/2021          | 25/07/2021              | SELECCIONE     |
| 105       | SEGURIDAD SEXUAL                                       | Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resultan oportunas.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO PARA SEGURIDAD SEXUAL  | OFICINA DE PSICOLOGÍA Y GESTIÓN DE CALIDAD  | 19/07/2021          | 25/07/2021              | SELECCIONE     |
| 150       | COMUNICACIÓN EFECTIVA                                  | La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.  | CREAR LA LISTA DE PACIENTES Y FAMILIARES QUE CONTIENE LA LISTA DE LOS FAMILIARES QUE QUERAN RECIBIR INFORMACIÓN MEDICA Y QUE CUENTE CON UN CARGO COMO EVIDENCIA DE INFORMACIÓN SERVICIOS GENERALES Y GESTIÓN DE CALIDAD BRINDADA | SERVICIOS GENERALES Y GESTIÓN DE CALIDAD  | 25/06/2021          | 10/07/2021              | SELECCIONE     |
| 150       | COMUNICACIÓN EFECTIVA                                  | Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS  | CREAR LA LISTA DE PACIENTES Y FAMILIARES QUE CONTIENE LA LISTA DE LOS FAMILIARES QUE QUERAN RECIBIR INFORMACIÓN MEDICA Y QUE CUENTE CON UN CARGO COMO EVIDENCIA DE INFORMACIÓN SERVICIOS GENERALES Y GESTIÓN DE CALIDAD BRINDADA | SERVICIOS GENERALES Y GESTIÓN DE CALIDAD  | 25/06/2021          | 10/07/2021              | SELECCIONE     |

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

FICHA DE MONITOREO

|                                 |                                |                             |  |      |             |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|------|-------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                  | I TRIMESTRE  | AÑO: | 2021        |
| UPSS:                           | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:            | 28/02/2021   |      |             |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | SANDY MORENO PEREZ   |      | (DDMM/AAAA) |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | GO ALEX GONZALES GUZMAN  |      |             |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                    |      |             |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | OBIS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAMIREZ TENORIO, ORALIZEL |      |             |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS      | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS | RESPONSABLE (CARGO)                      | PLAZO (determinado) | MONITOREO (determinado) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|-----------------------|--|----------------------------------|--|---------------------|-------------------------|----------------|
| 150       | 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 | SOLICITAR ALCOHOL GEL            | SERVICIOS GENERALES Y GESTIÓN DE CALIDAD | 25/06/2021          | 10/07/2021              | SELECCIONE     |
| 120       | HIGIENE DE MANOS      | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcoholica para manos   | CAPACITAR LAVADO DE MANOS        | JEFE DE SERVICIO DEPARTAMENTO            | 25/06/2021          | 10/07/2021              | SELECCIONE     |
| 150       | HIGIENE DE MANOS      | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)  | CAPACITAR LAVADO DE MANOS        | JEFE DE SERVICIO DEPARTAMENTO            | 25/06/2021          | 10/07/2021              | SELECCIONE     |

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



FICHA DE MONITOREO

|                                |                                |                            |  |      |             |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--|------|-------------|
| IPRESS:                        | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                 | I TRIMESTRE  | AÑO: | 2021        |
| UPSS:                          | CENTRO OBSTÉTRICO              | FECHA EJECUCIÓN:           | 26/06/2021   |      | (DDMM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE:           | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:       | SANDY MORENO PEREZ   |      |             |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:       | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:          | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                    |      |             |
| RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERIA: | LUC HOOLY HERNANDEZ DOMADOR    | RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                    |      |             |
|                                |                                | OTROS RESPONSABLES:        | OBIS ROBERTO MARTI RODRIGUEZ, DR EDWIN RAMIREZ TENORIO, DRA LIZE |      |             |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PROBIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|----------|------------------------------------|--|---|---|--------------------|------------------------|----------------|
| 150      | HIGIENE DE MANOS                   | Complimiento de los 11 pasos del lavado de manos (latax y tiempo)  | CAPACITAR LAVADO DE MANOS   | JEFE DE SERVICIO DEPARTAMENTO                                   | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150      | 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.                            | CAPACITAR LAVADO DE MANOS   | JEFE DE SERVICIO DEPARTAMENTO                                   | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 84       | HIGIENE DE MANOS                   | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos  | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO RESPONSABILIDAD     | JEFE DE SERVICIO DEPARTAMENTO                                   | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150      | BIOSEGURIDAD                       | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.   | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO RESPONSABILIDAD     | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150      | BIOSEGURIDAD                       | Eliminación de material punzo cortante y aguja de acuerdo a las normas.  | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO RESPONSABILIDAD     | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150      | BIOSEGURIDAD                       | Cumplimiento de las medidas de aislamiento.  | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO RESPONSABILIDAD     | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150      | BIOSEGURIDAD                       | Se observa la implementación el uso de "Caret Builder" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia científica.  | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO RESPONSABILIDAD     | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150      | BIOSEGURIDAD                       | Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y focalizada de IAAS en UPSS.  | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO RESPONSABILIDAD     | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150      | BIOSEGURIDAD                       | Se observa si se encuentran señalizadas las zonas (ligas y sennegadas de la Unidad Promotora de Servicios de Salud).   | CAPACITAR A PERSONAL SOBRE SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS DE FORMA OBLIGATORIA, BAJO RESPONSABILIDAD     | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150      | BIOSEGURIDAD                       | Se observa si se respetan las zonas (ligas y sennegadas de la Unidad Promotora de Servicios de Salud).   | #REF!   | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 25/06/2021         | 10/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150      | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos accesibles según la correspondencia a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad  | ESTABLECER LA BRECHA FALTANTE DE EQUIPOS MÉDICOS, SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMOS | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                   | 15/07/2021         | 31/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150      | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos operables según la correspondencia a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | ESTABLECER LA BRECHA FALTANTE DE EQUIPOS MÉDICOS, SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMOS | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                   | 15/07/2021         | 31/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150      | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad  | CONSOLIDAR CAPACITACIONES CONSTANTES AL PERSONAL ASISTENCIAL CON EVALUACIÓN FIJANDO METAS Y PROYECCIONES  | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                   | 28/06/2021         | 13/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150      | 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).   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS              | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                   | 28/06/2021         | 13/07/2021             | SELECCIONE     |
| 150      | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Verificación de que la UPSS cumple con especificar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas guías. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS              | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                   | 28/06/2021         | 13/07/2021             | SELECCIONE     |



**INFORME N° 53 -2021-GR.CAJ-DRS-HGJ/UGC**

**A** : MC. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO  
Directora del Hospital General de Jaén

**DE** : MC. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA  
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

**ASUNTO** : INFORME DE LA CUARTA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
UPSS EMERGENCIA: GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA

**FECHA** : Jaén, 11 de junio del 2021.



Por el presente me dirijo a usted, para expresarle mi saludo cordial y a la vez informarle lo siguiente:

1. Según la programación Rondas de Seguridad del Paciente, el día 10 de junio se ha realizado la cuarta ronda de seguridad del paciente.
2. La reunión empezó a las 10 am y estuvo conformado por parte del Equipo de Rondas de seguridad: representantes de la Unidad Gestión de la Calidad (2), representantes de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental (2), representante de la Jefatura de Enfermería (1), Responsables de Farmacia (1), responsable de comunicaciones (1).
3. En el sorteo salió seleccionada la UPSS Medicina Física y Rehabilitación, se procedió a realizar la visita al servicio, pero debido a que éste se encuentra en proceso de acondicionamiento, el equipo de rondas de seguridad sugirió un nuevo sorteo.
4. En el nuevo sorteo salió seleccionada la UPSS Emergencia del hospital Antiguo donde se brindan servicios para las especialidades de Ginecología y Pediatría.
5. Se informó al Dr. César Augusto Cardoso Mairena como Jefe del Departamento de Emergencias que su departamento va a ser evaluado, además se le explica el procedimiento de la cuarta Ronda de Seguridad del paciente.
6. Se evaluaron 13 buenas prácticas (126 verificadores) que fueron seleccionados por el aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del Riesgo en la Atención de Salud, de los cuales se obtuvieron el siguiente resultado:
  - ✓ 9 verificadores tuvieron un "NO APLICA" como respuesta de cumplimiento, debido a que no había pacientes durante la evaluación.
  - ✓ 32 verificadores tuvieron un "SI" como respuesta de cumplimiento.
  - ✓ 85 verificadores tuvieron un "NO" como respuesta de cumplimiento.
  - ✓ El porcentaje de cumplimiento fue:







"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

| BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS                   | % CUMPLIMIENTO |
|--|----------------|
| REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA              | 45%            |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS            | 50%            |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA                      | 57%            |
| PREVENCIÓN DE FUGA                           | 25%            |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                   | 20%            |
| PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA   | 18%            |
| SEGURIDAD SEXUAL                             | 0%             |
| PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP | 0%             |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES           | 13%            |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                        | 33%            |
| HIGIENE DE MANOS                             | 25%            |
| BIOSEGURIDAD                                 | 14%            |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS           | 0%             |
| <b>PROMEDIO</b>                              | <b>23%</b>     |

7. Teniendo un promedio de cumplimiento de 23%, por lo cual las medidas que debemos de tomar son de Contingencia y Emergencia.
8. De los 85 verificadores con respuesta de "NO", 77 tuvieron una valoración de Riesgos Intolerables, 7 riesgos importantes y 1 riesgo moderado.
9. Los 85 verificadores con respuesta "NO", tienen una factibilidad de intervención evitable.
10. Para cada uno de los 85 verificadores observados, se ha elaborado acciones correctivas, los responsables de su aplicación son: Unidad de Gestión de la Calidad, Oficina de Salud Ocupacional, Jefe del Departamento de Emergencia, Jefe del Departamento de Enfermería, Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, Servicio de Farmacia, Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento, Oficina de Auditoría Médica, Oficina de Comunicaciones y Servicio de Psicología, Unidad de Estadística e Informática.
11. En el presente informe se indica el plazo para realizar las acciones correctivas y la fecha de monitoreo para verificación de su cumplimiento.

Lo expuesto, es cuanto informo a su despacho para los fines pertinentes.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
GRC  
Dr. Luis A. Sayago Granados  
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

C.c.  
Jefe de UPSS Emergencia  
Adjunto.  
Resultado del aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del Riesgo en la Atención de Salud  
Foto y evidencias de la ronda de seguridad



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

|                                 |                                |                            |  |              |      |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--|--------------|------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                 | II TRIMESTRE                                     | AÑO:         | 2021 |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:           | 10/06/2021                                       | (dd/mm/aaaa) |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                          |              |      |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:          | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA                |              |      |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN | RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                   |              |      |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI SA |              |      |

| BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS                   | % CUMPLIMIENTO |
|--|----------------|
| REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA              | 45%            |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS            | 50%            |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA                      | 57%            |
| PREVENCIÓN DE FUGA                           | 25%            |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                   | 20%            |
| PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA   | 18%            |
| SEGURIDAD SEXUAL                             | 0%             |
| PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP | 0%             |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES           | 13%            |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                        | 33%            |
| HIGIENE DE MANOS                             | 25%            |
| BIOSEGURIDAD                                 | 14%            |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS           | 0%             |
| PROMEDIO                                     | 23%            |

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

23%





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

MATRIZ DE RIESGOS

|                                |                                |                            |   |      |      |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|---|------|------|
| IPRESS:                        | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                 | II TRIMESTRE                                | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                          | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:           | 10/06/2021 (DD/MM/AAAA)                     |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:    | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                     |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:       | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:          | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA           |      |      |
| RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN | RESP.OFIC/JUNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA              |      |      |
|                                |                                | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOE |      |      |

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                     | 45% | Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.  | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso. | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro de la enfermedad actual.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro de los antecedentes del paciente.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)  | NO           | 5            | 4                  | 20                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | 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            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado.  | NO           | 5            | 4                  | 20                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | La letra de la Historia Clínica es legible.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Historia clínica ordenada y limpia.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 50% | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 50% | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 50% | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 50% | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 50% | Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 50% | Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | 57% | Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | 57% | Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.   | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | 57% | Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | 25% | Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | 25% | Tienen un sistema efectiva de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.   | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | 25% | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 20% | Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |





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

MATRIZ DE RIESGOS

|                                |                                |                            |   |      |      |
|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------|---|------|------|
| IPRESS:                        | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                 | II TRIMESTRE                                | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                          | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:           | 10/06/2021 (DD/MM/AAAA)                     |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:    | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                     |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACION:       | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:          | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA           |      |      |
| RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN | RESP.OFIC/JUNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA              |      |      |
|                                |                                | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOE |      |      |

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 |
|--|-----|---|--------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                                   | 20% | Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                                   | 20% | Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                                   | 20% | Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                                   | 20% | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                                   | 20% | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                                   | 20% | Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                                   | 20% | Existencia de un registro de medicamentos controlados.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | 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       | 18% | 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            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | 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           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD SEXUAL   | 0%  | Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales, desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio. | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| SEGURIDAD SEXUAL   | 0%  | Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.  | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| SEGURIDAD SEXUAL   | 0%  | El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.   | NO           | 4            | 4                  | 16                    |
| SEGURIDAD SEXUAL   | 0%  | Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.   | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| SEGURIDAD SEXUAL   | 0%  | Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| 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           | 5            | 7                  | 35                    |
| 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           | 5            | 10                 | 50                    |
| 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                    |



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

MATRIZ DE RIESGOS

|   |   |              |
|---|---|--------------|
| IPRESS: GRAL. JAEN  | TRIMESTRE: II TRIMESTRE   | AÑO: 2021    |
| UPSS: EMERGENCIA  | FECHA EJECUCIÓN: 10/06/2021                                     | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO    | RESP.EPIDEMIOLOGIA: ING. SANDY MORENO PEREZ                     |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION: ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA       | RESP. DE LA UPSS: DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA             |              |
| RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN | RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD: DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA        |              |
|   | OTROS RESPONSABLES: LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOE |              |

PROBABILIDAD

|             |   |
|-------------|---|
| FRECUENTE   | 5 |
| PROBABLE    | 4 |
| OCASIONAL   | 3 |
| INFRECUENTE | 2 |
| RARO        | 1 |

GRAVEDAD / IMPACTO

|                |    |
|----------------|----|
| CATASTRÓFICO   | 10 |
| IMPORTANTE     | 7  |
| MODERADO       | 4  |
| TOLERABLE      | 2  |
| INSIGNIFICANTE | 1  |

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

| BUENAS PRÁCTICAS   | %   | VERIFICADOR  | CUMPLIMIENTO | PROBABILIDAD | GRAVEDAD / IMPACTO | VALORACIÓN DEL RIESGO |
|--|-----|--|--------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | 0%  | Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| 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           | 5            | 7                  | 35                    |
| 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            | 7                  | 35                    |
| PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | 0%  | Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estados.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| 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            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | 13% | 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           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | 13% | Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos).   | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | 13% | Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.   | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | 13% | 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           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | 13% | El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | 13% | 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           | 5            | 7                  | 35                    |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | 13% | El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la suspensión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de vistas.                                     | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA  | 33% | La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA  | 33% | Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA  | 33% | La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA  | 33% | 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  | 33% | Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA  | 33% | 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            | 10                 | 50                    |
| HIGIENE DE MANOS   | 25% | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.  | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| HIGIENE DE MANOS   | 25% | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.  | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| HIGIENE DE MANOS   | 25% | Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.   | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| HIGIENE DE MANOS   | 25% | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).   | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| HIGIENE DE MANOS   | 25% | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).   | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| HIGIENE DE MANOS   | 25% | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.   | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| BIOSEGURIDAD   | 14% | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |





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

|                                 |                                |                            |   |              |      |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|---|--------------|------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                 | II TRIMESTRE                                | AÑO:         | 2021 |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:           | 10/06/2021                                  | (DD/MM/AAAA) |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:       | ING. SANDY MORENO PEREZ                     |              |      |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:          | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA           |              |      |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN | RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA              |              |      |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOE |              |      |

PROBABILIDAD

|             |   |
|-------------|---|
| FRECUENTE   | 5 |
| PROBABLE    | 4 |
| OCASIONAL   | 3 |
| INFRECUENTE | 2 |
| RARO        | 1 |

GRAVEDAD / IMPACTO

|                |    |
|----------------|----|
| CATASTRÓFICO   | 10 |
| IMPORTANTE     | 7  |
| MODERADO       | 4  |
| TOLERABLE      | 2  |
| INSIGNIFICANTE | 1  |

VALORACIÓN DEL RIESGO

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

| BUENAS PRÁCTICAS                   | %   | VERIFICADOR   | CUMPLIMIENTO | PROBABILIDAD | GRAVEDAD / IMPACTO | VALORACIÓN DEL RIESGO |
|------------------------------------|-----|---|--------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| BIOSEGURIDAD                       | 14% | Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| 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           | 5            | 10                 | 50                    |
| BIOSEGURIDAD                       | 14% | Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| BIOSEGURIDAD                       | 14% | Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| BIOSEGURIDAD                       | 14% | Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 0%  | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 0%  | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 0%  | Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| 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         |                       |
|                                    |     |   |              | 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         |                       |
|                                    |     |   |              | 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:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                 | II TRIMESTRE                                    | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:           | 10/08/2021 (DD/MM/AAAA)                         |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | ORA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                         |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:          | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA               |      |      |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN | RESP.OFIC/JUNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                  |      |      |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI S |      |      |

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                     | 45% | Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos  | NO           | 40                    | 2                            | 120                       |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | 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           | 50                    | 2                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro de la enfermedad actual  | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro de los antecedentes del paciente   | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo  | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 e DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)   | NO           | 20                    | 3                            | 60                        |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | 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           | 50                    | 2                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro de la Hoja de Balance hidro - electrolítico actualizado  | NO           | 20                    | 3                            | 60                        |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl   | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente   | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | La letra de la Historia Clínica es legible  | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                     | 45% | Historia clínica ordenada y limpia  | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 50% | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos   | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 50% | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS   | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 50% | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos   | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 50% | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial   | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 50% | Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo  | NO           | 35                    | 2                            | 105                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 50% | Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente  | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | 57% | Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos  | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | 57% | Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente   | NO           | 40                    | 2                            | 120                       |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | 57% | Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible  | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | 25% | Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos  | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | 25% | Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización   | NO           | 40                    | 2                            | 120                       |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | 25% | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente  | NO           | 35                    | 2                            | 105                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 20% | Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren  | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 20% | Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe   | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 20% | Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente  | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 20% | Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella  | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 20% | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación  | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 20% | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerimientos  | NO           | 50                    | 2                            | 150                       |



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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

|                                 |                                |                             |   |      |              |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---|------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                  | II TRIMESTRE                                    | AÑO: | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:            |   |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                         |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA               |      |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                  |      |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI S |      |              |

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 |
|--|-----|---|--------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------|
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                                   | 20% | Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                                   | 20% | Existencia de un registro de medicamentos controlados.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | Revaloración diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos-cognitivos.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | En casos de sedación y delirio cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | 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 CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | Asegurar que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.  | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | 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           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA       | 18% | Evidencia de cambio periódico de la posición de la inmovilización y evaluación de las zonas cutáneas sometidas a presión.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD SEXUAL   | 0%  | Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales, desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.                               | NO           | 28                    | 3                            | 84                        |
| SEGURIDAD SEXUAL   | 0%  | Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.  | NO           | 28                    | 3                            | 84                        |
| SEGURIDAD SEXUAL   | 0%  | El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.   | NO           | 16                    | 3                            | 48                        |
| SEGURIDAD SEXUAL   | 0%  | Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.   | NO           | 50                    | 3                            | 105                       |
| SEGURIDAD SEXUAL   | 0%  | Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| 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                    | 3                            | 105                       |
| 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           | 35                    | 3                            | 105                       |
| 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           | 50                    | 3                            | 150                       |
| 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           | 50                    | 3                            | 150                       |
| 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           | 35                    | 3                            | 105                       |
| 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           | 35                    | 3                            | 105                       |
| PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | 0%  | Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| 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           | 60                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | 13% | 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           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | 13% | Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos).  | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | 13% | Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.  | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | 13% | 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 heteroagresión.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | 13% | El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |







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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

|                                 |                                |                            |  |            |              |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--|------------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                 | II TRIMESTRE                                   | AÑO:       | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:           |  | 10/08/2021 | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                        |            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:          | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA              |            |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN | RESP.OFIC/JUNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                 |            |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMIS |            |              |

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 DEL SUICIDIO Y LESIONES | 13% | 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           | 35                    | 3                            | 105                       |
| PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES | 13% | 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           | 35                    | 3                            | 105                       |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA              | 33% | La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA              | 33% | Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA              | 33% | La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.   | NO           | 60                    | 3                            | 150                       |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA              | 33% | Se evidencian comunicaciones reciprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.   | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA              | 33% | Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA              | 33% | 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           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HIGIENE DE MANOS                   | 25% | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.   | NO           | 40                    | 3                            | 120                       |
| HIGIENE DE MANOS                   | 25% | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.   | NO           | 40                    | 3                            | 120                       |
| HIGIENE DE MANOS                   | 25% | Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.  | NO           | 40                    | 3                            | 120                       |
| HIGIENE DE MANOS                   | 25% | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)   | NO           | 40                    | 3                            | 120                       |
| HIGIENE DE MANOS                   | 25% | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)   | NO           | 40                    | 3                            | 120                       |
| HIGIENE DE MANOS                   | 25% | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.  | NO           | 28                    | 3                            | 84                        |
| BIOSEGURIDAD                       | 14% | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD                       | 14% | Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD                       | 14% | El servicio ha implementado el uso de "Care Bundles" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD                       | 14% | Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD                       | 14% | Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD                       | 14% | Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 0%  | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | NO           | 28                    | 3                            | 84                        |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 0%  | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | NO           | 28                    | 3                            | 84                        |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 0%  | Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| 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           | 35                    | 3                            | 105                       |
| 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           | 35                    | 3                            | 105                       |
|                                    |     |   |              |                       | SELECCIONE                   |                           |
|                                    |     |   |              |                       | SELECCIONE                   |                           |
|                                    |     |   |              |                       | SELECCIONE                   |                           |
|                                    |     |   |              |                       | SELECCIONE                   |                           |
|                                    |     |   |              |                       | SELECCIONE                   |                           |





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ Ministerio de Salud

Compromiso y excelencia en la prestación de servicios de salud

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

|                                 |                                |                             |  |              |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | II TRIMESTRE                | AÑO:   | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/06/2021   | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA                  |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                     |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI SANG |              |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS     | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)                                    | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|----------------------|--|---|--|--------------------|
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombre y Apellido del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Precedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o responsable de ser el caso. | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                | 12/07/2021         |
| 120       | HISTORIA CLINICA     | Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y Registros Médicos.  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                | 12/07/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación, Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentarios, Ingresos y Plan de trabajo, firma, sexo y colegiatura del médico responsable.                                      | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                | 12/07/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro de la Funciones Biológicas: apellido, edad, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                | 12/07/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro de la enfermedad actual   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                | 12/07/2021         |
| 60        | HISTORIA CLINICA     | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                | 12/07/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA     | Registro de los antecedentes del paciente  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                | 12/07/2021         |
| 60        | HISTORIA CLINICA     | Registro de la Hoja de Balanceo Inicial - electrolítico actualizado  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                | 12/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR LA DIRECTIVA DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTRALES | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |



UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



Desarrollado y administrado por el  
Programa de Calidad y Mejoramiento  
en Salud

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

|                                 |                                |                             |  |              |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | II TRIMESTRE                | AÑO:   | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/06/2021   | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DR. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA                  |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                     |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI SANG |              |

**ACTUALIZAR PRIORIDAD**

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                     | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)  | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|--------------------------------------|---|--|--|--------------------|
| 150       | HISTORIA CLINICA                     | La letra de la Historia Clínica es legible  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                                    | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                            | 12/07/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA                     | Historia clinica ordenada y limpia.   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                                    | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                            | 12/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Registro fisico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.                  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR LA DIRECTIVA DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS.      | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO             | 25/06/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA                     | Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI                                 | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                                    | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                            | 12/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.      | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR LA DIRECTIVA DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS.      | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO             | 25/06/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA                     | Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.          | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                                    | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                            | 12/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Registro fisico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR LA DIRECTIVA DE NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO                   | SALUD OCUPACIONAL Y JEFE DE DEPARTAMENTO                           | 25/06/2021         |
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Timbre o sistema de llamado se encuentran cerca del paciente y está operativo.                | IMPLEMENTAR SISTEMA DE TIMBRE  | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 12/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Bandas de las camas funcionan y están inventariadas para proteger al paciente.                | IDENTIFICAR LAS CAMAS CON BANDAS E IDENTIFICAR AQUELLAS QUE NO CUENTAN CON BANDAS PARA MANTENIMIENTO | JEFE DE DEPARTAMENTO, RESPONSABLE DE GINECOOBSTETRICIA Y PEDIATRIA | 12/07/2021         |
| 150       | IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos. | COLOCACIÓN OPORTUNA DE LOS BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN EN TODOS LOS PACIENTES                       | JEFE DE DEPARTAMENTO, RESPONSABLE DE GINECOOBSTETRICIA Y PEDIATRIA | 12/07/2021         |
| 120       | IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.                          | COLOCAR CARTEL DE IDENTIFICACIÓN PARA LOS PACIENTES  | JEFE DE DEPARTAMENTO, RESPONSABLE DE GINECOOBSTETRICIA Y PEDIATRIA | 12/07/2021         |



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

|                                 |                                |                           |   |              |              |
|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------|---|--------------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                | II TRIMESTRE  | AÑO:         | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:          | 10/06/2021  | (DD/MM/AAAA) | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP.EPIDEMIOLOGIA:       | ING. SANDY MORENO PEREZ                             |              |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:         | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA                   |              |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                      |              |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:       | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI SANGA |              |              |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                     | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)  | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|--------------------------------------|---|--|--|--------------------|
| 150       | IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.                           | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CAÍDAS  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 25/06/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | Vigilancia continua las preferencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos. | CREAR UN FORMATO PARA EL REGISTRO DE PACIENTES Y FAMILIARES/VISITAS  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SERVICIOS GENERALES        | 25/06/2021         |
| 120       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.  | CREAR UN FORMATO PARA EL REGISTRO DE PACIENTES Y FAMILIARES/VISITAS  | SERVICIOS GENERALES  | 25/06/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN EN CASO DE FUGA DE PACIENTES   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD                              | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se le administren.   | SENSIBILIZAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE INFORMAR AL FAMILIAR Y PACIENTE SOBRE EL TRATAMIENTO QUE ESTÁ RECIBIENDO, ADEMÁS DE ESCRIBIRLO EN LA HISTORIA CLÍNICA | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y GINECO OBSTETRICIA              | 12/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirse los medicamentos que recibe.  | SENSIBILIZAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE INFORMAR AL FAMILIAR Y PACIENTE SOBRE EL TRATAMIENTO QUE ESTÁ RECIBIENDO, ADEMÁS DE ESCRIBIRLO EN LA HISTORIA CLÍNICA | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y GINECO OBSTETRICIA              | 12/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normalidad vigente.                             | IMPLEMENTAR COCHE DE PAROS EN EMERGENCIA   | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 25/06/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.                           | IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIONES MEDIANTE RÓTULOS  | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y GINECO OBSTETRICIA              | 12/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.                     | IMPLEMENTAR ESTANTE QUE CUENTE CON DIVISIONES Y ROTULAR MEDICAMENTOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL OFICINA DE FARMACIA | 12/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerimientos.   | IMPLEMENTAR ESTANTE QUE CUENTE CON DIVISIONES Y ROTULAR MEDICAMENTOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL OFICINA DE FARMACIA | 12/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.                                | IMPLEMENTAR ESTANTE QUE CUENTE CON DIVISIONES Y ROTULAR MEDICAMENTOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL OFICINA DE FARMACIA | 12/07/2021         |



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

|                                 |                                 |                             |   |              |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                      | II TRIMESTRE                | AÑO:  | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                      | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/06/2021  | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                             |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA                   |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN  | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                      |              |
|                                 |                                 | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI SANGA |              |

**ACTUALIZAR PRIORIDAD**

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                                       | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)                                    | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|--|--|--|--|--------------------|
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Existencia de un registro de medicamentos controlados.   | GENERAR REGISTRO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS   | DEPARTAMENTO DE FARMACIA                               | 12/07/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CAIDAS  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Revisación diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficit neurológicos - cognitivos.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 150       | 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.  | SENSIBILIZAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE INFORMAR AL FAMILIAR Y PACIENTE SOBRE EL TRATAMIENTO QUE ESTÁ RECIBIENDO, ADÉMÁS DE ESCRIBIRLO EN LA HISTORIA CLÍNICA | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y GINECO OBSTETRICIA        | 12/07/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA 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.  | USAR CAMAS CON BARRANDAS   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y SERVICIOS GENERALES             | 12/07/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.                                   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser retiradas fácilmente.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 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.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 150       | 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.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 84        | SEGURIDAD SEXUAL                                       | Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: destribamiento manifiesto, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca adaptación en su medio. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO SOBRE SEGURIDAD SEXUAL   | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         |



UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ Ministerio de Salud

Despacho Nacional de Atención de Prestación de Servicios en Salud

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

|                                 |                                |                             |  |              |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | II TRIMESTRE                | AÑO:   | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/06/2021   | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPS:            | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA                  |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                     |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI SANG |              |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS   | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)                                    | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|--|--|--|--|--------------------|
| 84        | SEGURIDAD SEXUAL   | Información disponible y clara referente a las consecuencias positivas de las agujas sexuales.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO SOBRE SEGURIDAD SEXUAL                                 | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         |
| 48        | SEGURIDAD SEXUAL   | El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO SOBRE SEGURIDAD SEXUAL                                 | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         |
| 105       | SEGURIDAD SEXUAL   | Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO SOBRE SEGURIDAD SEXUAL                                 | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         |
| 150       | 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. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO SOBRE SEGURIDAD SEXUAL                                 | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         |
| 105       | 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  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 105       | 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.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | Renovación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 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.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 150       | 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.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 105       | 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.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |



UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ Ministerio de Salud

Despacho Viceministerial de Prestadores y Asesores en Salud

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

PLAN DE ACCIÓN

|                                 |                                 |                             |  |      |              |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--|------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                      | TRIMESTRE:                  | II TRIMESTRE                                       | AÑO: | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                      | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/06/2021   |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO  | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                            |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AUGUSTO CARDOZO MAIRENA                  |      |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTAILEÁN | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                     |      |              |
|                                 |                                 | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI SANG |      |              |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS   | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)                                    | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|--|---|---|--|--------------------|
| 150       | PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según evidencia.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR DEPARTAMENTO                 | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | Minimizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en equipos atendidos en domicilio.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR DEPARTAMENTO                 | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental, uso abusivo de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o suicidaria, historia familiar premor, conductas suicidas en el entorno cercano. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                                     | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estadísticas específicas de abordaje (evaluación, monitoreo y tratamiento específicos)   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                                     | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                                     | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         |
| 150       | 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.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                                     | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanecerá en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                                     | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable poseerá el recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                                     | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         |
| 105       | PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir conexión ubicación del paciente, la necesidad o no de vigilancia médica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.    | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                                     | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         |
| 150       | COMUNICACIÓN EFECTIVA  | La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.  | ELABORAR UNA ESTRATEGIA PARA FAVORECER Y MEJORAR LA INFORMACIÓN QUE SE BRINDA EN LA UPSS A LOS PACIENTES Y FAMILIARES | RESPONSABLE DE COMUNICACIONES                          | 12/07/2021         |
| 150       | COMUNICACIÓN EFECTIVA  | Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.   | ELABORAR UNA ESTRATEGIA PARA FAVORECER Y MEJORAR LA INFORMACIÓN QUE SE BRINDA EN LA UPSS A LOS PACIENTES Y FAMILIARES | RESPONSABLE DE COMUNICACIONES                          | 12/07/2021         |



UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



Despacho Viceministerial de Prestación de Servicios en Salud

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

### PLAN DE ACCIÓN

|                                 |                                |                             |  |              |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | II TRIMESTRE                | AÑO:   | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/06/2021   | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA                  |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                     |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI SANG |              |

#### ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS      | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|-----------------------|---|---|---|--------------------|
| 150       | COMUNICACIÓN EFECTIVA | La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de fácil comprensión con él.  | ELABORAR UNA ESTRATEGIA PARA FAVORECER Y MEJORAR LA INFORMACIÓN QUE SE BRINDA EN LA UPSS A LOS PACIENTES Y FAMILIARES   | RESPONSABLE DE COMUNICACIONES   | 12/07/2021         |
| 105       | COMUNICACIÓN EFECTIVA | Se evidencian comunicaciones inapropiadas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en formato clínico como administrativo.   | GENERAR DOCUMENTOS, CUANDO SE ENTREGA INFORMACIÓN, CORREOS INSTITUCIONALES PARA TODOS LOS TRABAJADORES HACER USO DE FONDO INTERNO Y COLOCAR INFORMACIÓN RELEVANTE EN PERIFÉRICO MURAL POR SERVICIOS | JEFE DE DEPARTAMENTO, DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA Y OFICINA DE COMUNICACIONES | 12/07/2021         |
| 150       | COMUNICACIÓN EFECTIVA | Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLÍNICA   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MÉDICA   | 12/07/2021         |
| 150       | COMUNICACIÓN EFECTIVA | El resumen de la información del traslado de un paciente incluye, al motivo de admisión, las hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia. | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLÍNICA   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MÉDICA   | 12/07/2021         |
| 120       | HIGIENE DE MANOS      | Disponibilidad de dispensadores con preparador de base alcohólica para manos.   | SOLICITAR INSUMOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO  | 12/07/2021         |
| 120       | HIGIENE DE MANOS      | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.   | SOLICITAR INSUMOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO  | 12/07/2021         |
| 120       | HIGIENE DE MANOS      | Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.  | SOLICITAR INSUMOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO  | 12/07/2021         |
| 120       | HIGIENE DE MANOS      | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)   | CAPACITAR EN DESINFECCIÓN DE MANOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO  | 12/07/2021         |
| 120       | HIGIENE DE MANOS      | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)   | CAPACITAR EN LAVADO DE MANOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO  | 12/07/2021         |
| 84        | HIGIENE DE MANOS      | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.  | COLOCAR MENSAJES Y DIBUJOS EN ÁREAS ESTRATÉGICAS CON LOS INSUMOS ADECUADOS  | COMUNICACIONES  | 12/07/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD          | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.  | REFORZAR LAS CAPACITACIONES PARA UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS. EJECUTAR INSPECCIONES MENSUALES  | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL Y JEFE DE DEPARTAMENTO                            | 16/07/2021         |





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



Despacho Vicepresidencia de Prestación de Servicios en Salud

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

|                                 |                                |                             |   |              |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | II TRIMESTRE                | AÑO:  | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/06/2021  | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                             |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA                   |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                      |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUIT NOEMI SANG |              |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)  | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|------------------------------------|--|--|--|--------------------|
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Eliminación de material punzo cortante y aguja de acuerdo a las normas.  | REFORZAR LAS CAPACITACIONES PARA UNA ADECUADA SEGRÉGACION DE RESIDUOS SÓLIDOS, EJECUTAR INSPECCIONES MENSUALES | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 16/07/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | El servicio ha implementado el uso de "Cape Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.   | IMPLEMENTAR UN PLAN PARA PREVENCIÓN DE IAAS  | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL                        | 16/07/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.   | IMPLEMENTAR UN PLAN PARA PREVENCIÓN DE IAAS  | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL                        | 16/07/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.   | DETERMINAR LAS ZONAS RÍGIDAS Y SEMIRÍGIDAS Y SEÑALIZARLAS  | JEFE DE DEPARTAMENTO Y UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL | 16/07/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.   | DETERMINAR LAS ZONAS RÍGIDAS Y SEMIRÍGIDAS Y SEÑALIZARLAS  | JEFE DE DEPARTAMENTO Y UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL | 16/07/2021         |
| 84        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos accionables según le corresponde a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | ESTABLECER LA BRECHA, FALTANTE DE EQUIPOS MÉDICOS, SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMOS     | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                    | 16/07/2021         |
| 84        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos operativos según le corresponde a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad  | ESTABLECER LA BRECHA, FALTANTE DE EQUIPOS MÉDICOS, SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMOS     | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                    | 16/07/2021         |
| 105       | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS                   | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                    | 26/06/2021         |
| 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 (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS                   | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                    | 26/06/2021         |



UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ Ministerio de Salud

Comunicación y Atención al Paciente  
en Salud

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

PLAN DE ACCIÓN

|                                 |                                 |                             |  |      |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--|------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                      | II TRIMESTRE                | AÑO:   | 2021 |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                      | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/06/2021 (DD/MM/AAAA)                            |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                            |      |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA                  |      |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN  | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                     |      |
|                                 |                                 | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI SANG |      |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)           | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|------------------------------------|--|--|-------------------------------|--------------------|
| 150       | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad. | CONSOLIDAR CAPACITACIONES CONSTANTES AL PERSONAL ASISTENCIAL CON EVALUACIÓN FIJANDO METAS Y PROYECCIONES | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES | 10/07/2021         |
|           |                                    |  |  |                               |                    |
|           |                                    |  |  |                               |                    |



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:                         | GRAL. JAÉN                     | TRIMESTRE:                  | II TRIMESTRE   | AÑO: | 2021         |
| TITULAR RESPONSABLE IPRESS:     | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/08/2021   |      | (DD/MM/AAAA) |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ  |      |              |
| RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MARRENA                              |      |              |
|                                 |                                | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                 |      |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI SANGAY HERNÁNDEZ |      |              |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS     | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)                     | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|----------|----------------------|---|---|---|--------------------|------------------------|----------------|
| 150      | HISTORIA CLINICA     | Registro completo de la filiación del paciente. Datos del EESS. N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de su caso.   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 120      | HISTORIA CLINICA     | Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150      | HISTORIA CLINICA     | Registro de evolución del paciente. Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Exámenes y comentarios, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150      | HISTORIA CLINICA     | Registro de las Funciones Biológicas: sueño, sud, tos, orina, deposiciones, estado de ánimo.  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150      | HISTORIA CLINICA     | Registro de la enfermedad actual  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 60       | HISTORIA CLINICA     | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150      | HISTORIA CLINICA     | Registro de los antecedentes del paciente   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 60       | HISTORIA CLINICA     | Registro de la Hoja de Balancea hidro - electrolitico actualizado   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150      | SEGURIDAD EN LA UPSS | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR LA DIRECTIVA DE INCIDENTES, EVENOS ADVERSOS Y EVENTOS SENTINELAS | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA | 25/06/2021         | 09/07/2021             | SELECCION      |
| 150      | HISTORIA CLINICA     | La letra de la Historia Clínica es legible  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                             | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | 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:                         | GRAL. JAÉN                      | TRIMESTRE:                  | II TRIMESTRE  | AÑO: | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                      | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/06/2021  |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR RESPONSABLE IPRESS:     | DR. DIANA MERCEDES BOLLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ   |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AUGUSTO CARDOZO MAIRENA                               |      |              |
| RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN  | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                  |      |              |
|                                 |                                 | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUI HOEIMI SANGAY HERNÁNDEZ |      |              |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                     | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)  | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|--------------------------------------|---|---|--|--------------------|------------------------|----------------|
| 150       | HISTORIA CLINICA                     | Historia clínica ordenada y limpia  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                                   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                            | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR LA DIRECTIVA DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS GENITELAS.      | UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO             | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 150       | HISTORIA CLINICA                     | Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.  | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                                   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                            | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR LA DIRECTIVA DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS GENITELAS       | UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO             | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 150       | HISTORIA CLINICA                     | Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                                   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                            | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR LA DIRECTIVA DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO                  | SALUD OCUPACIONAL Y JEFE DE DEPARTAMENTO                           | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo  | IMPLEMENTAR SISTEMA DE TIMBRE   | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Bandas de las camas funcionan y están tensionadas para proteger al paciente.  | DISTRIBUIR LAS CAMAS CON BANDAS E IDENTIFICAR AQUELLAS QUE NO CUENTAN CON BANDAS PARA MANTENIMIENTO | JEFE DE DEPARTAMENTO, RESPONSABLE DE GINECOOBSTETRICIA Y PEDIATRIA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.   | COLOCACIÓN OPORTUNA DE LOS BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN EN TODOS LOS PACIENTES                      | JEFE DE DEPARTAMENTO, RESPONSABLE DE GINECOOBSTETRICIA Y PEDIATRIA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 120       | IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.  | COLOCAR CARTEL DE IDENTIFICACIÓN PARA LOS PACIENTES   | JEFE DE DEPARTAMENTO, RESPONSABLE DE GINECOOBSTETRICIA Y PEDIATRIA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible                          | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CAIDAS                       | UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO             | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 150       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visita para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos | CREAR UN FORMATO PARA EL REGISTRO DE PACIENTES Y FAMILIARES VISITAS                                 | UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD Y SERVICIOS GENERALES              | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |

8



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:                        | GRAL. JAÉN                      | TRIMESTRE:             | II TRIMESTRE   | AÑO: | 2021         |
| UPSS:                          | EMERGENCIA                      | FECHA EJECUCIÓN:       | 10/06/2021   |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:    | DR. DIANA MERCEDES BOLLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGÍA:   | ING. SANDY MORENO PEREZ  |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:       | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:      | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA                              |      |              |
| RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN  | RESP. OFICINA CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                 |      |              |
|                                |                                 | OTROS RESPONSABLES:    | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI SANGAY HERNANDEZ |      |              |

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                                       | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)  | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|--|--|--|--|--------------------|------------------------|----------------|
| 120       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES                     | Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización  | CREAR UN FORMATO PARA EL REGISTRO DE PACIENTES Y FAMILIARES VISITAS  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y SERVICIOS GENERALES        | 25/06/2021         | 07/07/2021             | SELECCION      |
| 105       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES                     | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN EN CASO DE FUGA DE PACIENTES   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD                              | 25/06/2021         | 07/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren   | SENSIBILIZAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE INFORMAR AL FAMILIAR Y PACIENTE SOBRE EL TRATAMIENTO QUE ESTÁ RECIBIENDO, ADEMAS DE ESCRIBIRLO EN LA HISTORIA CLÍNICA | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y GINECO OBSTETRICIA              | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe  | SENSIBILIZAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE INFORMAR AL FAMILIAR Y PACIENTE SOBRE EL TRATAMIENTO QUE ESTÁ RECIBIENDO, ADEMAS DE ESCRIBIRLO EN LA HISTORIA CLÍNICA | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y GINECO OBSTETRICIA              | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Cochete de paro cuenta con los resumos necesarios para atender situaciones críticas según normativas vigentes  | IMPLEMENTAR COCHETE DE PAROS EN EMERGENCIA   | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 25/06/2021         | 07/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ella   | IDENTIFICACIÓN DE SOLUCIONES MEDIANTE ROTULOS  | DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y GINECO OBSTETRICIA              | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación                                   | IMPLEMENTAR ESTANTE QUE CUENTE CON DIVISIONES Y ROTULAR MEDICAMENTOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL OFICINA DE FARMACIA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Medicamentos se encuentran debidamente rotulados en caso de requerlos  | IMPLEMENTAR ESTANTE QUE CUENTE CON DIVISIONES Y ROTULAR MEDICAMENTOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL OFICINA DE FARMACIA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria  | IMPLEMENTAR ESTANTE QUE CUENTE CON DIVISIONES Y ROTULAR MEDICAMENTOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL OFICINA DE FARMACIA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                             | Existencia de un registro de medicamentos consumidos   | GENERAR REGISTRO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO CON ORIENTACIÓN DEL OFICINA DE FARMACIA | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Vibración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DE CAÍDAS  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 25/06/2021         | 07/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Revisación diaria de pacientes ancianos, adultos sometidos a polifarmacia, los encefalopáticos y las personas con déficits neurológicos - cognitivos | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES   | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 25/06/2021         | 07/07/2021             | 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:                         | GRAL. JAEN                      | TRIMESTRE:                  | II TRIMESTRE   | ANO: | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                      | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/06/2021   |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DR. DIANA MERCEDES BOLLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ  |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AGUSTO CARDOZO MAIRENA                               |      |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN  | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                 |      |              |
|                                 |                                 | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNANDEZ DOMADOR, LIC. RUI NOEMI SANGAY HERNANDEZ |      |              |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                                       | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)                                    | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|--|--|---|--|--------------------|------------------------|----------------|
| 150       | PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación del sensorio.   | SENBILIZAR SOBRE LA IMPORTANCIA DE INFORMAR AL FAMILIAR Y PACIENTE SOBRE EL TRATAMIENTO QUE ESTA RECIBIENDO, ADEMAS DE ESCRIBIRLO EN LA HISTORIA CLINICA. | DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA Y GINECO OBSTETRICIA        | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | En casos de sedación y delirio cognitivo se debe utilizar barrera de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.   | USAR CAMAS CON BARRANDAS  | JEFE DE DEPARTAMENTO Y SERVICIOS GENERALES             | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Prácticas que establezcan posición adecuada, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los dispositivos involucrados de fijación mecánica.                     | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente a sujeción y al tiempo de sujeción.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 105       | PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | Asegurarse que las técnicas de inmovilización puedan ser realizadas íntegramente   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 150       | PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA | 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.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE CONTENCIÓN DE PACIENTES  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 150       | 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.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN  | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 84        | SEGURIDAD SEXUAL                                       | Evaluación del paciente a su ingreso, además el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: distribuciones manuales, informes de la personalidad, tratamiento, poca atención en su medio. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO SOBRE SEGURIDAD SEXUAL  | RESPONSABLE DE PSICOLOGIA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 84        | SEGURIDAD SEXUAL                                       | Información disponible y clara referente a las consecuencias posibles de las agresiones sexuales.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO SOBRE SEGURIDAD SEXUAL  | RESPONSABLE DE PSICOLOGIA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 48        | SEGURIDAD SEXUAL                                       | El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO SOBRE SEGURIDAD SEXUAL  | RESPONSABLE DE PSICOLOGIA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 105       | SEGURIDAD SEXUAL                                       | Control de la entrada de pacientes a cualquier habitación que no sea la propia.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO SOBRE SEGURIDAD SEXUAL  | RESPONSABLE DE PSICOLOGIA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD SEXUAL                                       | Al seleccionar conductas desahuciadas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.                                    | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO SOBRE SEGURIDAD SEXUAL  | RESPONSABLE DE PSICOLOGIA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         | 26/07/2021             | 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:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                  | II TRIMESTRE   | AÑO:     | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/06/2021   | DOMINIO: | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DR. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ  |          |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA                              |          |              |
| RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP. OFIC/JUNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                 |          |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI SANGAY HERNANDEZ |          |              |

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS   | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)                                    | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|--|---|--|--|--------------------|------------------------|----------------|
| 105       | 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   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 105       | 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  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 150       | PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 105       | PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | Protocolización de la guía de atención para la prevención y cuidado de las úlceras por presión  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 150       | 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  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 105       | PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 105       | PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario estandarizado en los servicios de hospitalización  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 150       | PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | Aplicación de guía de cuidado de úlceras por presión según estadios   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 150       | 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   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN | UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 25/06/2021         | 9/07/2021              | SELECCION      |
| 150       | PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | Identificación del Riesgo de Suicidio, antecedentes de enfermedad mental, abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o suicidiosa, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 105       | PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | Identificación de un paciente en riesgo de suicidio (evaluación de riesgo, antecedentes de suicidio, antecedentes de conducta violenta o suicidiosa, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano)                             | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 105       | PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                           | Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES                | RESPONSABLE DE PSICOLOGÍA Y JEFE DE DEPARTAMENTO       | 12/07/2021         | 26/07/2021             | 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:                             |                                    | TRIMESTRE:  |  | AÑO:   |  | 2021   |  |   |                               |   |            |            |           |
|-------------------------------------|------------------------------------|---|--|--|--|--|--|---|-------------------------------|---|------------|------------|-----------|
| FECHA EJECUCIÓN:                    |                                    | II TRIMESTRE  |  | 1006/2021  |  | (DD/MM/AAAA)   |  |   |                               |   |            |            |           |
| EMERGENCIA                          |                                    | ING. SANDY MORENO PEREZ   |  |  |  |  |  |   |                               |   |            |            |           |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:         |                                    | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA   |  |  |  |  |  |   |                               |   |            |            |           |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:            |                                    | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA  |  |  |  |  |  |   |                               |   |            |            |           |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:     |                                    | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN  |  |  |  |  |  |   |                               |   |            |            |           |
| OTROS RESPONSABLES:                 |                                    | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUI NOEMI SANGAY HERNÁNDEZ  |  |  |  |  |  |   |                               |   |            |            |           |
| <b>PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN</b> |                                    |   |  |  |  |  |  |   |                               |   |            |            |           |
| BUENAS PRÁCTICAS                    |                                    | VERIFICADOR INSEGURO  |  |  |  |  |  |   |                               |   |            |            |           |
| ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS    |                                    | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES   |  |  |  |  |  |   |                               |   |            |            |           |
| 150                                 | PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES | Los pacientes y las familias deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de daño o heterogestividad. | El botiquín /almacen de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave es custodiada por el personal de enfermería.                | El personal responsable procederá al recuento de las pastas de vacila y cubiertos. Si se detecta la descomposición de alguna de ellas, se procederá a reemplazarlas.   | El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir exámenes, ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidente, el control de salidas y de visitas. | La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para donar sangre.   | RESPONSABLE DE PSICOLOGIA Y JEFE DE DEPARTAMENTO                           | 12/07/2021  | 26/07/2021                    | SELECCION                               |            |            |           |
| 150                                 | PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES | El botiquín /almacen de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave es custodiada por el personal de enfermería.               | El personal responsable procederá al recuento de las pastas de vacila y cubiertos. Si se detecta la descomposición de alguna de ellas, se procederá a reemplazarlas. | El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir exámenes, ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidente, el control de salidas y de visitas. | La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para donar sangre.   | RESPONSABLE DE PSICOLOGIA Y JEFE DE DEPARTAMENTO   | 12/07/2021   | 26/07/2021  | SELECCION                     |   |            |            |           |
| 105                                 | PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES | Los pacientes y las familias deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de daño o heterogestividad. | El botiquín /almacen de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave es custodiada por el personal de enfermería.                | El personal responsable procederá al recuento de las pastas de vacila y cubiertos. Si se detecta la descomposición de alguna de ellas, se procederá a reemplazarlas.   | El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir exámenes, ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidente, el control de salidas y de visitas. | La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para donar sangre.   | RESPONSABLE DE PSICOLOGIA Y JEFE DE DEPARTAMENTO                           | 12/07/2021  | 26/07/2021                    | SELECCION                               |            |            |           |
| 105                                 | PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES | Los pacientes y las familias deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de daño o heterogestividad. | El botiquín /almacen de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave es custodiada por el personal de enfermería.                | El personal responsable procederá al recuento de las pastas de vacila y cubiertos. Si se detecta la descomposición de alguna de ellas, se procederá a reemplazarlas.   | El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir exámenes, ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidente, el control de salidas y de visitas. | La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para donar sangre.   | RESPONSABLE DE PSICOLOGIA Y JEFE DE DEPARTAMENTO                           | 12/07/2021  | 26/07/2021                    | SELECCION                               |            |            |           |
| 150                                 | COMUNICACIÓN EFECTIVA              | Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.   | La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.                                    | Se evidencian comunicaciones, realizadas entre el jefe de la UPSS y la Dirección de Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.  | Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.  | El resumen de la información del paciente 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. | Disponibilidad de dispensadores con preparador de base estéril para manos. | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón. | RESPONSABLE DE COMUNICACIONES | 12/07/2021                              | 26/07/2021 | SELECCION  |           |
| 150                                 | COMUNICACIÓN EFECTIVA              | Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.   | La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.                                    | Se evidencian comunicaciones, realizadas entre el jefe de la UPSS y la Dirección de Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.  | Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.  | El resumen de la información del paciente 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. | Disponibilidad de dispensadores con preparador de base estéril para manos. | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón. | RESPONSABLE DE COMUNICACIONES | 12/07/2021                              | 26/07/2021 | SELECCION  |           |
| 150                                 | COMUNICACIÓN EFECTIVA              | Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.   | La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.                                    | Se evidencian comunicaciones, realizadas entre el jefe de la UPSS y la Dirección de Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.  | Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.  | El resumen de la información del paciente 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. | Disponibilidad de dispensadores con preparador de base estéril para manos. | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón. | RESPONSABLE DE COMUNICACIONES | 12/07/2021                              | 26/07/2021 | SELECCION  |           |
| 150                                 | COMUNICACIÓN EFECTIVA              | Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.   | La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.                                    | Se evidencian comunicaciones, realizadas entre el jefe de la UPSS y la Dirección de Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.  | Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.  | El resumen de la información del paciente 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. | Disponibilidad de dispensadores con preparador de base estéril para manos. | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón. | RESPONSABLE DE COMUNICACIONES | 12/07/2021                              | 26/07/2021 | SELECCION  |           |
| 120                                 | HIGIENE DE MANOS                   | Disponibilidad de dispensadores con preparador de base estéril para manos.  | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.  |  |  |  |  |   |                               | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA | 12/07/2021 | 26/07/2021 | SELECCION |
| 120                                 | HIGIENE DE MANOS                   | Disponibilidad de dispensadores con preparador de base estéril para manos.  | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.  |  |  |  |  |   |                               | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA | 12/07/2021 | 26/07/2021 | SELECCION |
| 120                                 | HIGIENE DE MANOS                   | Disponibilidad de dispensadores con preparador de base estéril para manos.  | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.  |  |  |  |  |   |                               | JEFE DE DEPARTAMENTO                    | 12/07/2021 | 26/07/2021 | SELECCION |
| 120                                 | HIGIENE DE MANOS                   | Disponibilidad de dispensadores con preparador de base estéril para manos.  | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.  |  |  |  |  |   |                               | JEFE DE DEPARTAMENTO                    | 12/07/2021 | 26/07/2021 | SELECCION |





UNIDAD FUNCIONAL 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:                         | GRAL. JAEN                       | TRIMESTRE:                  | II TRIMESTRE  | ANO: | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                       | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/06/2021  |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DR.A DIANA MERCEDES BOLLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                                       |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA   | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AGUSTO CARDOSO MAIRENA                              |      |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN   | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                |      |              |
|                                 |                                  | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNANDEZ DOMADOR, LIC. RUI NOEM SINGAY HERNANDEZ |      |              |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)  | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|------------------------------------|---|--|--|--------------------|------------------------|----------------|
| 120       | HIGIENE DE MANOS                   | Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.  | SOLICITAR INSUMOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 120       | HIGIENE DE MANOS                   | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)   | CAPACITAR EN DESINFECCIÓN DE MANOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 120       | HIGIENE DE MANOS                   | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)   | CAPACITAR EN LAVADO DE MANOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 84        | HIGIENE DE MANOS                   | Mentajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.                                    | COLOCAR MENSAJES Y DIBUJOS EN AREAS ESTRATEGICAS CON LOS INSUMOS ADECUADOS                                     | COMUNICACIONES   | 12/07/2021         | 26/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.  | REFORZAR LAS CAPACITACIONES PARA UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS. EJECUTAR INSPECCIONES MENSUALES | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 16/07/2021         | 30/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Eliminación de material punzo cortante y aguja de acuerdo a las normas.   | REFORZAR LAS CAPACITACIONES PARA UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS. EJECUTAR INSPECCIONES MENSUALES | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL Y JEFE DE DEPARTAMENTO | 16/07/2021         | 30/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | El servicio ha implementado el uso de "Cape Buntel" o Paquetel de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia científica. | IMPLEMENTAR UN PLAN PARA PREVENCIÓN DE IAAS  | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL                        | 16/07/2021         | 30/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Ejecución de sesionito de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada en IAAS en UPSS.                        | IMPLEMENTAR UN PLAN PARA PREVENCIÓN DE IAAS  | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL                        | 16/07/2021         | 30/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.                   | DETERMINAR LAS ZONAS RIGIDAS Y SEMIRIGIDAS Y SEÑALIZARLAS  | JEFE DE DEPARTAMENTO Y UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 16/07/2021         | 30/07/2021             | SELECCION      |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Se observa si se respetan las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.                                 | DETERMINAR LAS ZONAS RIGIDAS Y SEMIRIGIDAS Y SEÑALIZARLAS  | JEFE DE DEPARTAMENTO Y UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | 16/07/2021         | 30/07/2021             | SELECCION      |
| 84        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | ESTABLECER LA BRECHA FALTANTE DE EQUIPOS MÉDICOS. SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMO       | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                    | 16/07/2021         | 30/07/2021             | SELECCION      |
| 84        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | ESTABLECER LA BRECHA FALTANTE DE EQUIPOS MÉDICOS. SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMO       | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                    | 16/07/2021         | 30/07/2021             | 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:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                  | II TRIMESTRE   | AÑO: | 2021         |
| UPSS:                           | EMERGENCIA                     | FECHA EJECUCIÓN:            | 10/07/2021   |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR RESPONSABLE IPRESS:     | DR. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ  |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA | RESP. DE LA UPSS:           | DR. CESAR AUGUSTO CARDOSO MAIRENA                              |      |              |
| RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                 |      |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. HOOLLY HERNÁNDEZ DOMADOR, LIC. RUT NOEMI SANGAY HERNÁNDEZ |      |              |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIMORDIAL | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)           | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|------------|------------------------------------|--|--|-------------------------------|--------------------|------------------------|----------------|
|            |                                    |  |  |                               |                    |                        | SELECCIONA     |
|            |                                    |  |  |                               |                    |                        | SELECCIONA     |
|            |                                    |  |  |                               |                    |                        | SELECCIONA     |
|            |                                    |  |  |                               |                    |                        | SELECCIONA     |
| 150        | Funcionamiento y manejo de equipos | Verificación del conocimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidades. | CONSOLIDAR CAPACITACIONES CONSTANTES AL PERSONAL ASISTENCIAL CON EVALUACIÓN FIJANDO METAS Y PROYECCIONES | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES | 16/07/2021         | 12/07/2021             | SELECCIONA     |
|            |                                    |  |  |                               |                    |                        | SELECCIONA     |
|            |                                    |  |  |                               |                    |                        | SELECCIONA     |



**INFORME N° 56 -2021-GR.CAJ.DRS-HGJ/UCAL**

**CARGO**

**A : MC. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO**  
**DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN**

**DE : MC. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA**  
**JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

**ASUNTO : INFORME DE LA QUINTA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL**  
**HOSPITAL GENERAL DE JAÉN**  
**UPSS: DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES**

**FECHA : JAÉN, 18 DE JUNIO DEL 2021.**

Por el presente me dirijo a usted, para expresarle mi saludo cordial y a la vez informarle lo siguiente:

- Según la programación Rondas de Seguridad del Paciente, el día 17 de junio se ha realizado la quinta ronda de seguridad del paciente.
- La reunión empezó a las 10 am y estuvo conformado por parte del Equipo de Rondas de seguridad: representantes de la Unidad Gestión de la Calidad (2), representantes de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental (1), representante de la Jefatura de Enfermería (1), Responsables de Farmacia (1), responsable de comunicaciones (1), responsable de servicios generales (2), responsable de estadística e informática (1), responsable de diagnóstico por imágenes (1).
- En el sortero salió seleccionada la UPSS: Diagnóstico por Imágenes.
- Se informó al Lic. Juan Loayza Villanueva que se procederá a realizar la 5ta ronda de seguridad en el servicio de Apoyo al Diagnóstico, quien designa a la Lic. Massiel Alegre Torres, quién brindo todas las facilidades necesarias.
- Se evaluaron 11 buenas prácticas (70 verificadores) que fueron seleccionados por el aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del Riesgo en la Atención de Salud, de los cuales se obtuvieron el siguiente resultado:
  - ✓ 10 verificadores tuvieron un "NO APLICA" como respuesta de cumplimiento, debido a que no se realizaban dichos procedimientos en el servicio.
  - ✓ 28 verificadores tuvieron un "SI" como respuesta de cumplimiento.
  - ✓ 32 verificadores tuvieron un "NO" como respuesta de cumplimiento.
  - ✓ El porcentaje de cumplimiento fue:

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
TRAMITE DOCUMENTARIO

**18 JUN 2021**

REG: 3386 FOLIOS: 22  
HORA: 12:59 pm FIRMA: [Firma]

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
SECRETARIA DPTO. ASISTENCIA HGJ

REG: 117 FOLIO: 22  
FECHA: 18-06-21  
HORA: 15:11 FIRMA: [Firma]



| BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS                 | % CUMPLIMIENTO |
|--|----------------|
| Registro en la historia clínica            | 50%            |
| Seguridad del paciente en la UPSS          | 67%            |
| Identificación correcta                    | 57%            |
| Prevención de fuga                         | 50%            |
| Seguridad en la medicación                 | 33%            |
| Prevención de caídas y contención mecánica | 100%           |
| Seguridad sexual                           | 0%             |
| Comunicación efectiva                      | 83%            |



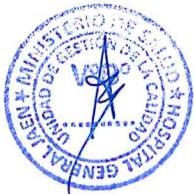
|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Higiene de manos                   | 29%        |
| Bioseguridad                       | 17%        |
| Funcionamiento y manejo de equipos | 20%        |
| <b>PROMEDIO</b>                    | <b>46%</b> |

6. Teniendo un promedio de cumplimiento de 46%, por lo cual las medidas que debemos de tomar son de Contingencia y Emergencia.
7. De los 32 verificadores con respuesta de "NO", 27 tuvieron una valoración de Riesgos Intolerables, 5 riesgos importantes.
8. Los 32 verificadores con respuesta "NO", tienen una factibilidad de intervención evitable.
9. Para cada uno de los 32 verificadores observados, se ha elaborado acciones correctivas, los responsables de su aplicación son: Jefe del Departamento de Apoyo al Diagnóstico, Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, Unidad de Gestión de la Calidad, Jefe del Departamento de Enfermería, Oficina de Salud Ocupacional, Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento, Oficina de Auditoría Médica, Oficina de Comunicaciones y Servicio de Psicología.
10. Durante la reunión de Ronda, se hace de conocimiento lo siguiente:
  - ✓ El Ing. Juan Carlos Mendiola Florez refiere que el equipo de mamógrafo (que se encontraba inoperativo durante la Ronda de Seguridad), se le hará una revisión por una empresa externa.
  - ✓ La Ing. Diana Chinchay Pérez refiere que en el mes de junio se han observado aprox 108 Historias Clínicas del Servicio de Gineco Obstetricia por falta de orden, epicrisis, ausencia de FUA, entre Otros.
  - ✓ El Lic. Juan Denis Pastor Portales manifiesta la necesidad de contar con radiografo estacionario, ya que el equipo portátil les impide tomar algunas tomas en bipedestación o a tensión.
11. En el presente informe se indica el plazo para realizar las acciones correctivas y la fecha de monitoreo para verificar su cumplimiento.

Lo expuesto, es cuanto informo a su despacho para los fines pertinentes.

Atentamente,

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
Mc. Luis Alvarado Granda  
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



C.c.  
Jefe de UPSS: Departamento de Apoyo al Diagnóstico  
Adjunto.  
Evidencias fotográficas de la ronda de seguridad  
Resultado del aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud



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

**RESULTADOS DE EVALUACIÓN**

|                                 |                                      |                            |  |            |              |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|--|------------|--------------|
|                                 |                                      | TRIMESTRE:                 | II TRIMESTRE                                       | AÑO:       | 2021         |
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                           | FECHA EJECUCIÓN:           |  | 17/06/2021 | (dd/mm/aaaa) |
| UPSS:                           | DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES             | RESP.EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                            |            |              |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO       | RESP. DE LA UPSS:          | DR. MARCO RIOJA VEGA                               |            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA       | RESP.OFIC.JUNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                     |            |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MARÍA MILAGROS LLANOS TANTALEAN | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. MASSIEL ALEGRE TORRE, ING. LUIS CHECCORI MERY |            |              |

| BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS                 | % CUMPLIMIENTO |
|--|----------------|
| REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA            | 50%            |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS          | 67%            |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA                    | 57%            |
| PREVENCIÓN DE FUGA                         | 50%            |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN                 | 33%            |
| PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA | 100%           |
| SEGURIDAD SEXUAL                           | 0%             |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                      | 83%            |
| HIGIENE DE MANOS                           | 29%            |
| BIOSEGURIDAD                               | 17%            |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS         | 20%            |
|  |                |
| 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:                        | GRAL. JAEN                           | TRIMESTRE:                | II TRIMESTRE                                  | AÑO: | 2021 |
| UPSS:                          | DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES             | FECHA EJECUCIÓN:          | 17/06/2021 (DD/MM/AAAA)                       |      |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:    | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO       | RESP.EPIDEMIOLOGIA:       | ING. SANDY MORENO PEREZ                       |      |      |
| RESP. DE ADMINISTRACION:       | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA       | RESP. DE LA UPSS:         | DR. MARCO RIOJA VEGA                          |      |      |
| RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MARÍA MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                |      |      |
|                                |                                      | OTROS RESPONSABLES:       | LIC. MASSIEL ALEGRE TORRE, ING. LUIS CHECCORI |      |      |

PROBABILIDAD

|             |   |
|-------------|---|
| FRECUENTE   | 5 |
| PROBABLE    | 4 |
| OCASIONAL   | 3 |
| INFRECUENTE | 2 |
| RARO        | 1 |

GRAVEDAD / IMPACTO

|                |    |
|----------------|----|
| CATASTRÓFICO   | 10 |
| IMPORTANTE     | 7  |
| MÓDERADO       | 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                     | 50% | Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos   | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)  | NO           | 5            | 4                  | 20                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | Historia clínica ordenada y limpia   | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 67% | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 67% | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 67% | Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia   | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | 57% | Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | 57% | Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | 57% | Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo           | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | 50% | Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos                                       | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | 50% | Existencia de un procedimiento o protocolo que se activa en caso de fuga de paciente   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 33% | Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 33% | Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 33% | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 33% | Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD SEXUAL                     | 0%  | Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                | 83% | Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| HIGIENE DE MANOS                     | 29% | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos   | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| HIGIENE DE MANOS                     | 29% | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)  | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| HIGIENE DE MANOS                     | 29% | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)  | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| HIGIENE DE MANOS                     | 29% | 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           | 4            | 10                 | 40                    |
| HIGIENE DE MANOS                     | 29% | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos  | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| BIOSEGURIDAD                         | 17% | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| BIOSEGURIDAD                         | 17% | Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |





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:                        | GRAL. JAEN                           | FECHA EJECUCIÓN:          | 17/06/2021 (DD/MM/AAAA)                       |      |
| UPSS:                          | DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES             | RESP.EPIDEMIOLOGIA:       | ING. SANDY MORENO PEREZ                       |      |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:    | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO       | RESP. DE LA UPSS:         | DR. MARCO RIOJA VEGA                          |      |
| RESP. DE ADMINISTRACION:       | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA       | RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                |      |
| RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MARÍA MILAGROS LLANOS TANTALEAN | OTROS RESPONSABLES:       | LIC. MASSIEL ALEGRE TORRE, ING. LUIS CHECCORI |      |

**PROBABILIDAD**

|             |   |
|-------------|---|
| FRECUENTE   | 5 |
| PROBABLE    | 4 |
| OCASIONAL   | 3 |
| INFRECUENTE | 2 |
| RARO        | 1 |

**GRAVEDAD / IMPACTO**

|                |    |
|----------------|----|
| CATASTRÓFICO   | 10 |
| IMPORTANTE     | 7  |
| MODERADO       | 4  |
| TOLERABLE      | 2  |
| INSIGNIFICANTE | 1  |

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

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

| BUENAS PRÁCTICAS                   | %   | VERIFICADOR   | CUMPLIMIENTO | PROBABILIDAD | GRAVEDAD / IMPACTO | VALORACIÓN DEL RIESGO |
|------------------------------------|-----|---|--------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| BIOSEGURIDAD                       | 17% | Cumplimiento de las medidas de aislamiento.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| BIOSEGURIDAD                       | 17% | 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            | 10                 | 50                    |
| BIOSEGURIDAD                       | 17% | Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 20% | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 20% | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| 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           | 5            | 7                  | 35                    |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 20% | 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         |                       |
|                                    |     |   |              | SELECCIONE   | SELECCIONE         |                       |





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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

|                                 |                                      |                             |  |            |              |
|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--|------------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                           | TRIMESTRE:                  | II TRIMESTRE                                     | AÑO:       | 2021         |
| UPSS:                           | DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES             | FECHA EJECUCIÓN:            |  | 17/08/2021 | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO       | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PÉREZ                          |            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA       | RESP. DE LA UPSS:           | DR. MARCO RIOJA VEGA                             |            |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MARÍA MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP. OFIC/JUNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                   |            |              |
|                                 |                                      | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. MASSIEL ALEGRE TORRE, ING. LUIS CHECCORI ME |            |              |

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                     | 50% | Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.   | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)   | NO           | 20                    | 3                            | 60                        |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HISTORIA CLINICA                     | 50% | Historia clínica ordenada y impresa.  | NO           | 40                    | 3                            | 120                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 67% | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.  | NO           | 60                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 67% | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA UPSS                 | 67% | Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.   | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | 57% | Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | 57% | Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | 57% | Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.           | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | 50% | Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.                                       | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | 50% | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 33% | Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.   | NO           | 60                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 33% | Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidas en ella.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 33% | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | 33% | Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| SEGURIDAD SEXUAL                     | 0%  | Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.  | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA                | 83% | Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| HIGIENE DE MANOS                     | 29% | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.   | NO           | 28                    | 3                            | 84                        |
| HIGIENE DE MANOS                     | 29% | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).  | NO           | 40                    | 3                            | 120                       |
| HIGIENE DE MANOS                     | 29% | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).  | NO           | 40                    | 3                            | 120                       |
| HIGIENE DE MANOS                     | 29% | 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           | 40                    | 3                            | 120                       |
| HIGIENE DE MANOS                     | 29% | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.  | NO           | 28                    | 3                            | 84                        |
| BIOSEGURIDAD                         | 17% | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD                         | 17% | Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD                         | 17% | Cumplimiento de las medidas de aislamiento.   | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD                         | 17% | El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| BIOSEGURIDAD                         | 17% | Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.  | NO           | 50                    | 3                            | 150                       |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS   | 20% | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.  | NO           | 28                    | 3                            | 84                        |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS   | 20% | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad.  | NO           | 28                    | 3                            | 84                        |





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:                         | GRAL. JAEN                           | FECHA EJECUCIÓN:            | 17/06/2021 (DD/MM/AAAA)                          |
| UPSS:                           | DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES             | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                          |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DR.A DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO      | RESP. DE LA UPSS:           | DR. MARCO RIOJA VEGA                             |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA       | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                   |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MARÍA MILAGROS LLANOS TANTALEAN | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. MASSIEL ALEGRE TORRE, ING. LUIS CHECCORI ME |

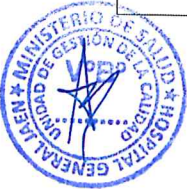
VALORACIÓN DEL RIESGO

|                    |         |
|--------------------|---------|
| 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 |
|------------------------------------|-----|---|--------------|-----------------------|------------------------------|---------------------------|
| 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           | 35                    | 3                            | 105                       |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 20% | Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos) mediante la visualización de las respectivas tarjetas | NO           | 35                    | 3                            | 105                       |
|                                    |     |   |              |                       | 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

PLAN DE ACCIÓN

|                                 |                                      |                            |   |              |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|---|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAÉN                           | II TRIMESTRE               | AÑO:  | 2021         |
| UPSS:                           | DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES             | FECHA EJECUCIÓN:           | 17/06/2021  | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | ING. SANDY MORENO PEREZ              | RESP. EPIDEMIOLOGIA:       |   |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | DR. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO       | RESP. DE LA UPSS:          |   |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA       | RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD: |   |              |
|                                 | LIC. MARÍA MILAGROS LLANOS TANTALEAN | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. MASSIEL ALEGRE TORRE, ING. LUIS CHECCORI MERMA |              |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                     | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|--------------------------------------|---|---|---|--------------------|
| 60        | HISTORIA CLINICA                     | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos) | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                                 | 19/07/2021         |
| 105       | HISTORIA CLINICA                     | Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos                      | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                                 | 19/07/2021         |
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Utilización del formato de consentimiento informado para activados de conciencia                          | IMPLEMENTAR EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE DOGENCIA   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y JEFE DE APOYO A LA DOGENCIA E INVESTIGACIÓN      | 19/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos                 | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR LA DIRECTIVA DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS.   | GESTION DE LA CALIDAD   | 19/07/2021         |
| 150       | HISTORIA CLINICA                     | Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.                      | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                                 | 19/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial               | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR LA DIRECTIVA DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO  | SALUD OCUPACIONAL   | 19/07/2021         |
| 120       | HISTORIA CLINICA                     | Historia clínica ordenada y limpia.   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                                 | 19/07/2021         |
| 150       | IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Paciente lleva brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.             | COLOCAR OPORTUNAMENTE LOS BRAZALETES DE IDENTIFICACION Y DAR FACILIDADES EN LA ADQUISICION DE MATERIALES PARA PRODUCCION DE BRASALETES FARMACOS | JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA Y DEPARTAMENTO DE GINECOOBSTETRICIA | 19/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.                                | IMPLEMENTAR VITRINAS O ESTANTES EMPOTRADOS PARA EL SERVICIO.  | JEFE DE DEPARTAMENTO  | 19/07/2021         |





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

PLAN DE ACCIÓN

|                                 |                                      |                             |  |      |              |
|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--|------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                           | TRIMESTRE:                  | II TRIMESTRE   | AÑO: | 2021         |
| UPSS:                           | DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES             | FECHA EJECUCIÓN:            | 17/06/2021   |      | [DD/MM/AAAA] |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO       | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                              |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA       | RESP. DE LA UPSS:           | DR. MARCO RIOJA VEGA                                 |      |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. MARÍA MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                       |      |              |
|                                 |                                      | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. MASSIEL ALEGRE TORRE, ING. LUIS CHECCORI MERMA, |      |              |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                     | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|--------------------------------------|---|--|---|--------------------|
| 150       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | Vigilancia controla las preferencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de órtesis y fijaciones postquirúrgicas.                          | CREAR UN FORMATO PARA EL REGISTRO DE PACIENTES Y FAMILIARES.                                     | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES   | 19/07/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN EN CASO DE FUGA DE PACIENTES | GESTION DE LA CALIDAD   | 19/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ella.   | HACER USO DE RÓTULOS DE SOLUCIONES ENDOVENOSAS   | JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y DEPARTAMENTO DE GINECOBSTERICIA | 19/07/2021         |
| 150       | IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.   | COLOCACIÓN OPORTUNA DE BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN CON DISTINTIVOS DE RIESGO DE CAIDAS          | JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA Y DEPARTAMENTO DE GINECOBSTERICIA | 19/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.   | IMPLEMENTAR COCHE DE PARO  | JEFE DE DEPARTAMENTO  | 19/07/2021         |
| 150       | 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. | INFORMACIÓN OPORTUNA A PACIENTE Y FAMILIARES. FIRMA DE CONSENTIMIENTO SEGUN CORRESPONDA          | JEFE DEL DEPARTAMENTO   | 19/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / cantidad.  | ROTULAR MEDICAMENTOS Y GENERAR LISTA DE MEDICAMENTOS PARA CONTROL                                | JEFE DE DEPARTAMENTO  | 19/07/2021         |
| 105       | SEGURIDAD SEXUAL                     | Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO SOBRE SEGURIDAD SEXUAL                                 | RESPONSABLE DE PSICOLOGIA   | 19/07/2021         |
| 150       | COMUNICACIÓN EFECTIVA                | Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA                                | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                               | 19/07/2021         |
| 84        | HIGIENE DE MANOS                     | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcoholica para manos.   | SOLITAR INSUMOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO  | 19/07/2021         |
| 120       | HIGIENE DE MANOS                     | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)   | CAPACITAR EN DESINFECCION DE MANOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO  | 19/07/2021         |





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 EJECUCIÓN:           | 17/06/2021 (DD/MMIAAAA)                              |      |      |
| RESP. EPIDEMIOLOGÍA:       | ING. SANDY MORENO PEREZ                              |      |      |
| RESP. DE LA UPSS:          | DR. MARCO RIOJA VEGA                                 |      |      |
| RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                       |      |      |
| OTROS RESPONSABLES:        | LIC. MASSIEL ALEGRE TORRE, ING. LUIS CHECCORI MERMA, |      |      |

ACTUALIZAR PRIORIDAD

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)                                 | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|------------------------------------|---|--|---|--------------------|
| 120       | HIGIENE DE MANOS                   | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)   | CAPACITAR EN LAVADO DE MANOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO                                | 19/07/2021         |
| 120       | 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. | CAPACITAR SOBRE LOS 5 MOMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO                                | 19/07/2021         |
| 84        | HIGIENE DE MANOS                   | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.  | COLOCAR MENSAJES Y DIBUJOS EN LAS ESTRATÉGIAS CON INSUMOS ADECUADOS  | COMUNICACIONES                                      | 19/07/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.  | CAPACITAR EN SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y SALUD AMBIENTAL              | 19/07/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Eliminación de material punzo cortante y aguja de acuerdo a las normas.   | CAPACITAR EN SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y SALUD AMBIENTAL              | 19/07/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Cumplimiento de las medidas de aislamiento.   | CREAR UN PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTES  | JEFE DE DEPARTAMENTO                                | 19/07/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | El servicio ha implementado el uso de "Cara Limpia" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAS transmitidas en evidencia médica.                                      | IMPLEMENTAR UN PLAN DE PREVENCIÓN DE IAS   | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL           | 19/07/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAS en la UPSS.   | IMPLEMENTAR UN PLAN DE PREVENCIÓN DE IAS   | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL           | 19/07/2021         |
| 84        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | ESTABLECER LA BRECHA FALTANTE DE EQUIPOS MÉDICOS, SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES | 19/07/2021         |
| 84        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | ESTABLECER LA BRECHA FALTANTE DE EQUIPOS MÉDICOS, SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES | 19/07/2021         |
| 109       | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (rotativo de turnos)   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO QUE INCLUYE AL PERSONAL DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, ELECTROMECÁNICOS, SISTEMAS ELÉCTRICOS Y SISTEMAS SANITARIOS. | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                       | 19/07/2021         |





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

PLAN DE ACCIÓN

|                                 |                                      |                            |   |              |
|---------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|---|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                           | II TRIMESTRE               | AÑO:  | 2021         |
| UPSS:                           | DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES             | FECHA EJECUCIÓN:           | 17/06/2021  | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO       | RESP.EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ                             |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA       | RESP. DE LA UPSS:          | DR. MARCO RIOJA VEGA                                |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. MARÍA MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                      |              |
|                                 |                                      | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. MASSIEL ALEGRE TORRE, ING. LUIS CHECCORI MERMA |              |

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 cumple con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluyendo los nuevos), mediante la actualización de los registros técnicos. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO QUE INVOLUCRE EQUIPOS BIOMÉDICOS, ELECTROMECÁNICOS, SISTEMAS ELÉCTRICOS Y SISTEMAS SANITARIOS | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES | 18/07/2021         |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |
|           |                                    |  |   |                               |                    |



FICHA DE MONITOREO

|                                 |                                      |                             |   |      |              |
|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|---|------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                           | TRIMESTRE:                  | II TRIMESTRE  | AÑO: | 2021         |
| UPSS:                           | DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES             | FECHA EJECUCIÓN:            | 17/06/2021  |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR RESPONSABLE IPRESS:     | DR. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO       | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ   |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA       | RESP. DE LA UPSS:           | DR. MARCO RIOJA VEGA  |      |              |
| RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. MARÍA MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                      |      |              |
|                                 |                                      | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. MASSIEL ALEGRE TORRE, ING. LUIS CHECCORI MERMA, ING. DIANA CHI |      |              |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                     | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS  | RESPONSABLE (CARGO)  | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|--------------------------------------|---|---|--|--------------------|------------------------|----------------|
| 60        | HISTORIA CLINICA                     | Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM-IV de correspondencia (presuntivos o definitivos)                            | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                            | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 105       | HISTORIA CLINICA                     | Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                            | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 105       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.   | IMPLEMENTAR EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE DOCENCIA   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y JEFE DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR LA DIRECTIVA DE INCIDENTES, EVENTOS ADVERSOS Y EVENTOS CENTINELAS  | GESTION DE LA CALIDAD  | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 150       | HISTORIA CLINICA                     | Registro completo del Consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                            | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS                 | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR LA DIRECTIVA DE NOTIFICACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO  | SALUD OCUPACIONAL  | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 120       | HISTORIA CLINICA                     | Historia clínica ordenada y limpia.   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLINICA   | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                            | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 150       | IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos  | COLOCAR OPORTUNAMENTE LOS BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN Y DAR FACILIDADES EN LA ADQUISICIÓN DE MATERIALES PARA PRODUCCIÓN DE BRAZALETES PEDATRICOS | JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA Y DEPARTAMENTO DE SUBSISTEMAS  | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlo.   | IMPLEMENTAR VITRINAS O ESTANTES EMPOTRADOS PARA EL SERVICIO   | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 150       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | Vigilancia continua las preferencias de los pacientes y las vistas para evitar el uso inadecuado de opciones potencialmente peligrosas. | CREAR UN FORMATO PARA EL REGISTRO DE PACIENTES Y FAMILIARES   | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                                      | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |



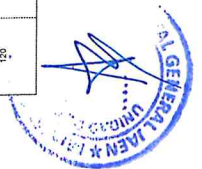


FICHA DE MONITOREO

|                                 |                                      |                               |   |      |              |
|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|---|------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                           | TRIMESTRE:                    | II TRIMESTRE  | AÑO: | 2021         |
| UPSS:                           | DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES             | FECHA EJECUCIÓN:              | 17/06/2021  |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR RESPONSABLE IPRESS:     | DR. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO       | RESP. EPIDEMIOLOGIA:          | ING. SANDY MORENO PEREZ   |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING. FRANCISCO PALOMARES MURGA       | RESP. DE LA UPSS:             | DR. MARCO RIOJA VEGA  |      |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA: | LIC. MARIA MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP. OFICINA/UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                      |      |              |
|                                 |                                      | OTROS RESPONSABLES:           | LIC. MASSIEL ALEGRE TORRE, ING. LUIS CHECCORI MERMA, ING. DIANA CHI |      |              |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                     | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)  | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|--------------------------------------|---|--|--|--------------------|------------------------|----------------|
| 150       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES   | Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN EN CASO DE FUGA DE PACIENTES | JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA Y DEPARTAMENTO DE GINECOBISTECIA | 19/07/2021         | 20/6/2021              | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Soluciones enoverositas se encuentran debidamente rotuladas con la fecha y los componentes contenidos en ella.  | MACER USO DE ROTULOS DE SOLUCIONES ENOVEROSITAS  | JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA Y DEPARTAMENTO DE GINECOBISTECIA | 19/07/2021         | 20/6/2021              | SELECCION      |
| 150       | IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Identificación de riesgo de cada del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.   | COLOCACIÓN OPORTUNA DE BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN CON DISTINTIVOS DE RIESGO DE CAIDAS          | JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA Y DEPARTAMENTO DE GINECOBISTECIA | 19/07/2021         | 20/6/2021              | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Cochete de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.   | IMPLEMENTAR COCHETE DE PARO  | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 19/07/2021         | 20/6/2021              | SELECCION      |
| 150       | IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE | Paciente informado al que se le han hecho sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.             | INFORMACIÓN OPORTUNA A PACIENTE Y FAMILIARES. FIRMA DE CONSENTIMIENTO SEGUN CORRESPONDA          | JEFE DEL DEPARTAMENTO  | 19/07/2021         | 20/6/2021              | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN           | Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad  | ROTULAR MEDICAMENTOS Y GENERAR LISTA DE MEDICAMENTOS PARA CONTROL                                | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 19/07/2021         | 20/6/2021              | SELECCION      |
| 105       | SEGURIDAD SEXUAL                     | Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.  | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR UN PROTOCOLO SOBRE SEGURIDAD SEXUAL                                 | RESPONSABLE DE PSICOLOGIA  | 19/07/2021         | 20/6/2021              | SELECCION      |
| 150       | COMUNICACIÓN EFECTIVA                | Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.   | CAPACITAR Y AUDITAR SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE HISTORIA CLÍNICA                                | JEFE DE DEPARTAMENTO Y AUDITORIA MEDICA                              | 19/07/2021         | 20/6/2021              | SELECCION      |
| 84        | HIGIENE DE MANOS                     | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.   | SOLICITAR INSUMOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 19/07/2021         | 20/6/2021              | SELECCION      |
| 120       | HIGIENE DE MANOS                     | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)   | CAPACITAR EN DESINFECCIÓN DE MANOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 19/07/2021         | 20/6/2021              | SELECCION      |
| 120       | HIGIENE DE MANOS                     | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)   | CAPACITAR EN LAVADO DE MANOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 19/07/2021         | 20/6/2021              | SELECCION      |
| 120       | HIGIENE DE MANOS                     | Presencia de participantes - 80% del proceso de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. | CAPACITAR SOBRE LOS 5 MOMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO   | 19/07/2021         | 20/6/2021              | SELECCION      |





FICHA DE MONITOREO

|                             |   |              |      |
|-----------------------------|---|--------------|------|
| TRIMESTRE:                  | II TRIMESTRE  | AÑO:         | 2021 |
| FECHA EJECUCIÓN:            | 17/06/2021  | (DD/MM/AAAA) |      |
| RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING. SANDY MORENO PEREZ   |              |      |
| RESP. DE LA UPSS:           | DR. MARCO RIOJA VEGA  |              |      |
| RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                      |              |      |
| OTROS RESPONSABLES:         | LIC. MASSIEL ALEGRE TORRE, ING. LUIS CHECCORI MERMA, ING. DIANA CHI |              |      |

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES DE MEJORA/ CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)                                 | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|------------------------------------|---|---|---|--------------------|------------------------|----------------|
| 84        | HIGIENE DE MANOS                   | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos, colocados en sitios estratégicos.   | COLOCAR MENSAJES Y DIBUJOS EN AAS ESTRATÉGICAS CON INSUMOS ADECUADOS  | COMUNICACIONES                                      | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.  | CAPACITAR EN SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO Y SALUD AMBIENTAL              | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Eliminación de material punto caliente y ajuste de acuerdo a las normas.  | CAPACITAR EN SEGREGACIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS  | JEFE DE DEPARTAMENTO Y SALUD AMBIENTAL              | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Cumplimiento de las medidas de aislamiento.   | CREAR UN PROTOCOLO DE TRASLADO DE PACIENTES   | JEFE DE DEPARTAMENTO                                | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | El servicio ha implementado el uso de "Caja Buzón" o Paquetes de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.  | IMPLEMENTAR UN PLAN DE PREVENCIÓN DE IAAS   | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL           | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Ejecución de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.  | IMPLEMENTAR UN PLAN DE PREVENCIÓN DE IAAS   | UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL           | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 84        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | ESTABLECER LA BRECHA FALTANTE DE EQUIPOS MÉDICOS. SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 84        | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad   | ESTABLECER LA BRECHA FALTANTE DE EQUIPOS MÉDICOS. SOLICITAR PRESUPUESTO PARA LA ADQUISICIÓN DE LOS MISMOS   | JEFE DE DEPARTAMENTO, UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 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)   | ELABORAR, APROBAR Y DEFENDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO QUE INCLUYERÁ AL PERSONAL DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, ELECTROMECÁNICOS, SISTEMAS ELÉCTRICOS Y SISTEMAS SANITARIOS | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                       | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
| 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 | ELABORAR, APROBAR Y DEFENDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO QUE INCLUYERÁ EQUIPOS BIOMÉDICOS, ELECTROMECÁNICOS, SISTEMAS ELÉCTRICOS Y SISTEMAS SANITARIOS                | UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES                       | 19/07/2021         | 20/8/2021              | SELECCION      |
|           |                                    |   |   |   |                    |                        | SELECCION      |
|           |                                    |   |   |   |                    |                        | SELECCION      |





**GRC**

GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
TRAMITE DOCUMENTARIO

REG. 3486 FOLIO 16

24 JUN 2021

HORA 3:28 pm FIRMA *GH*

MAD: 5823858

**INFORME N° 62 -2021-GR.CAJ.DRS-HGJ/UCAL**

**A :** MC. DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO  
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

**DE :** MC. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA  
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

**ASUNTO :** INFORME DE LA SEXTA RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
UPSS: ANATOMÍA PATOLÓGICA

**FECHA :** JAÉN, 24 DE JUNIO DEL 2021.

Por el presente me dirijo a usted, para expresarle mi saludo cordial y a la vez informarle lo siguiente:

- Según la programación Rondas de Seguridad del Paciente, el día 24 de junio se ha realizado la sexta ronda de seguridad del paciente.
- La reunión empezó a las 09:00 am y se realizó por parte del Equipo de Rondas de seguridad: representantes de la Unidad Gestión de la Calidad (2), representante de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental (1), representante de la Jefatura de Enfermería (1), responsable de Farmacia (1), responsable de comunicaciones (1), responsable de estadística e informática (1).
- En el sortero salió seleccionada la UPSS: Anatomía Patológica.
- Se informó al Dr. Marco Antonio Rioja Vega que la UPSS Anatomía Patológica ha sido seleccionada por sorteo para realizar la sexta ronda de Seguridad del Paciente, quién brindo todas las facilidades necesarias.
- Se evaluaron 11 buenas prácticas (59 verificadores) que fueron seleccionados por el aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del Riesgo en la Atención de Salud, de los cuales se obtuvieron el siguiente resultado:
  - ✓ 20 verificadores tuvieron un "NO APLICA" como respuesta de cumplimiento, debido a que no se encontraron pacientes y/o familiares en el servicio, y no se cuenta con personal en formación.
  - ✓ 19 verificadores tuvieron un "SI" como respuesta de cumplimiento.
  - ✓ 20 verificadores tuvieron un "NO" como respuesta de cumplimiento.
  - ✓ El porcentaje de cumplimiento fue:

| BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS        | % CUMPLIMIENTO |
|-----------------------------------|----------------|
| REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA   | 78%            |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS | 33%            |
| PREVENCIÓN DE FUGA                | 0%             |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN        | 67%            |
| SEGURIDAD SEXUAL                  | 0%             |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA             | 100%           |
| HIGIENE DE MANOS                  | 0%             |

MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN

*Marco A. Rioja Vega*  
MEDICO PATOLOGO - CMP 74199  
JEFE DEL DEP. DE APOYO AL DIAGNOSTICO





GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia"



|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| BIOSEGURIDAD                       | 50%        |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 60%        |
| <b>PROMEDIO</b>                    | <b>43%</b> |

6. Teniendo un promedio de cumplimiento de 43%, por lo cual las medidas que debemos de tomar son de Contingencia y Emergencia.
7. De los 20 verificadores con respuesta de "NO", 17 tuvieron una valoración de Riesgos Intolerables, 3 riesgos importantes.
8. Los 20 verificadores con respuesta "NO", tienen una factibilidad de intervención evitable.
9. Para cada uno de los 20 verificadores observados, se ha elaborado acciones correctivas, los responsables de su aplicación son: Jefe del Departamento de Apoyo al Diagnóstico, Unidad de Gestión de la Calidad, Oficina de Salud Ocupacional, Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento, Oficina de Comunicaciones y Servicio de Psicología.
10. En el presente informe se indica el plazo para realizar las acciones correctivas y la fecha de monitoreo para verificar su cumplimiento.

Lo expuesto, es cuanto informo a su despacho para los fines pertinentes.

Atentamente,

  
GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA  
HOSPITAL GENERAL DE JAÉN  
GRC  
Mc. Luis A. Tavayo Grandó  
JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

C.c.

Jefe de UPSS: Departamento de Apoyo al Diagnóstico  
Adjunto.

Evidencias fotográficas de la ronda de seguridad

Resultado del aplicativo de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud



[www.hospitaljaen.gob.pe](http://www.hospitaljaen.gob.pe)  
Av. Pakamuros Cdra. 12  
Jaén – Cajamarca  
Perú





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

|                                 |                                |                            |  |            |              |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--|------------|--------------|
|                                 |                                | TRIMESTRE:                 | II TRIMESTRE                                     | AÑO:       | 2021         |
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | FECHA EJECUCIÓN:           |  | 24/06/2021 | (dd/mm/aaaa) |
| UPSS:                           | ANATOMÍA PATOLÓGICA            | RESP.EPIDEMIOLOGIA:        | ING SANDY MORENO PEREZ                           |            |              |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. DE LA UPSS:          | DR MARCO RIOJA VEGA                              |            |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP.OFIC.JUNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                    |            |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. RUT NOEMI SANGAY HERNANDEZ, LIC. HAYDEE AUM |            |              |

| BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS         | % CUMPLIMIENTO |
|------------------------------------|----------------|
| REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA    | 78%            |
| SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS  | 33%            |
| PREVENCIÓN DE FUGA                 | 0%             |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN         | 67%            |
| SEGURIDAD SEXUAL                   | 0%             |
| COMUNICACIÓN EFECTIVA              | 100%           |
| HIGIENE DE MANOS                   | 0%             |
| BIOSEGURIDAD                       | 50%            |
| FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | 60%            |
|                                    |                |
|                                    |                |
|                                    |                |
| 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: GRAL. JAEN  | TRIMESTRE: II TRIMESTRE  | AÑO: 2021    |
| UPSS: ANATOMÍA PATOLÓGICA                                     | FECHA EJECUCIÓN: 24/06/2021                                      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO    | RESP.EPIDEMIOLOGIA: ING SANDY MORENO PEREZ                       |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION: ING FRANCISCO PALOMARES MURGA        | RESP. DE LA UPSS: DR MARCO RIOJA VEGA                            |              |
| RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEÁN | RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD: DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA          |              |
|   | OTROS RESPONSABLES: LIC. RUT NOEMI SANGAY HERNANDEZ, LIC. HAYDEE |              |

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                   | 78% | 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                    |
| HISTORIA CLINICA                   | 78% | Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS               | 33% | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS               | 33% | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS               | 33% | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA UPSS               | 33% | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES | 0%  | Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.   | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN         | 67% | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| SEGURIDAD SEXUAL                   | 0%  | Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.  | NO           | 5            | 7                  | 35                    |
| HIGIENE DE MANOS                   | 0%  | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.   | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| HIGIENE DE MANOS                   | 0%  | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.   | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| HIGIENE DE MANOS                   | 0%  | Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.  | NO           | 4            | 7                  | 28                    |
| HIGIENE DE MANOS                   | 0%  | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).  | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| HIGIENE DE MANOS                   | 0%  | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).  | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| HIGIENE DE MANOS                   | 0%  | 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           | 4            | 10                 | 40                    |
| HIGIENE DE MANOS                   | 0%  | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.  | NO           | 4            | 10                 | 40                    |
| BIOSEGURIDAD                       | 50% | Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.  | NO           | 5            | 10                 | 50                    |
| BIOSEGURIDAD                       | 50% | 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            | 10                 | 50                    |
| 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         |                       |





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

|                                 |                                 |                             |   |              |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                      | II TRIMESTRE                | AÑO:  | 2021         |
| UPSS:                           | ANATOMÍA PATOLÓGICA             | FECHA EJECUCIÓN:            | 24/06/2021  | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO  | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING SANDY MORENO PEREZ                              |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA   | RESP. DE LA UPSS:           | DR MARCO RIOJA VEGA                                 |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTAILEÁN | RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                       |              |
|                                 |                                 | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. RUT NOEMI SANGAY HERNANDEZ, LIC. HAYDEE AJUMAD |              |

**ACTUALIZAR PRIORIDAD**

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|------------------------------------|--|--|-----------------------|--------------------|
| 105       | HISTORIA CLINICA                   | Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.   | Contar con base de datos de las muestras procesadas en el servicio, que sirva para realizar informes | Jefe de departamento  | 20/07/2020         |
| 105       | HISTORIA CLINICA                   | En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro electrónico.  | Elaborar, aprobar y difundir Protocolo de incidentes, eventos adversos y eventos centinela           | Gestión de la Calidad | 10/07/2021         |
| 150       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES | Vigilancia continua las pertenencias de los pacientes y las vistas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.   | Elaborar, aprobar y difundir Protocolo para actuación frente a la fuga del paciente                  | Gestión de la Calidad | 10/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.   | Elaborar, aprobar y difundir Protocolo de incidentes, eventos adversos y eventos centinela           | Gestión de la Calidad | 10/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.   | Elaborar, aprobar y difundir Protocolo de incidentes, eventos adversos y eventos centinela           | Gestión de la Calidad | 10/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial  | Elaborar, aprobar y difundir protocolo para accidentes de trabajo                                    | Salud Ocupacional     | 10/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.   | Elaborar, aprobar y difundir Protocolo de incidentes, eventos adversos y eventos centinela           | Gestión de la Calidad | 10/07/2021         |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN         | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.   | Protocolo de uso para estandarizar uso de reactivos dentro del área de Anatomía patológica           | Jefe de departamento  | 20/07/2020         |
| 120       | HIGIENE DE MANOS                   | Procedimiento de cumplimiento > 80% del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos. | realizar capacitaciones sobre el lavado de manos y 5 momentos.                                       | Jefe de departamento  | 20/07/2020         |

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

|                                 |                                |                             |  |              |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|--|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | II TRIMESTRE                | AÑO:   | 2021         |
| UPSS:                           | ANATOMÍA PATOLÓGICA            | FECHA EJECUCIÓN:            | 24/06/2021   | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:     | DRA DIANA MERCEDES BOLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:        | ING SANDY MORENO PEREZ                             |              |
| RESP. DE ADMINISTRACION:        | ING FRANCISCO PALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:           | DR. MARCO RIOJA VEGA                               |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD: | DR. LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                     |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:         | LIC. RUT NOEMI SANGAY HERNANDEZ, LIC. HAYDEE AUMAD |              |

**ACTUALIZAR PRIORIDAD**

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO   | ACCIONES CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)                       | PLAZO (dd/mm/aaaa) |
|-----------|------------------------------------|--|--|---|--------------------|
| 84        | HIGIENE DE MANOS                   | Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.  | Solicitar jabón, alcohol Gel y papel toalla para todos los lavatorios del servicio   | Jefe de departamento                      | 28/07/2020         |
| 84        | HIGIENE DE MANOS                   | Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.   | Solicitar jabón, alcohol Gel y papel toalla para todos los lavatorios del servicio   | Jefe de departamento                      | 28/07/2020         |
| 120       | HIGIENE DE MANOS                   | Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (paseo y tiempo).   | realizar capacitaciones sobre el lavado de manos y 5 momentos.   | Jefe de departamento                      | 28/07/2020         |
| 105       | SEGURIDAD SEXUAL                   | Información disponible y clara referente a las consecuencias positivas de las agrusiones sexuales.   | Elaborar, aprobar y difundir protocolo de seguridad sexual   | Psicología                                | 18/07/2021         |
| 120       | HIGIENE DE MANOS                   | Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (paseo y tiempo).   | realizar capacitaciones sobre el lavado de manos y 5 momentos.   | Jefe de departamento                      | 28/07/2020         |
| 84        | HIGIENE DE MANOS                   | Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.  | Solicitar jabón, alcohol Gel y papel toalla para todos los lavatorios del servicio   | Jefe de departamento                      | 28/07/2020         |
| 120       | HIGIENE DE MANOS                   | Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.   | Elaborar mensajes de promoción de lavado de manos  | Comunicaciones                            | 18/07/2021         |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.   | Solicitar jabón, alcohol Gel y papel toalla para todos los lavatorios del servicio   | Jefe de departamento                      | 28/07/2020         |
| 150       | BIOSEGURIDAD                       | El servicio ha implementado el uso de "Case Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia científica.   | Elaborar, aprobar y difundir Protocolo de IAAS   | Unidad de epidemiología y Salud Ambiental | 18/07/2021         |
| 105       | FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS | Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (incluyendo los nuevos).   | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO QUE INVOLUCRE AL PERSONAL DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, ELECTROMECÁNICOS Y SISTEMAS SANITARIOS.                      | Servicios Generales                       | 18/07/2021         |
| 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 (incluyendo los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas. | ELABORAR, APROBAR Y DIFUNDIR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO QUE INVOLUCRE AL PERSONAL DE EQUIPOS BIOMÉDICOS, ELECTROMECÁNICOS, SISTEMAS ELÉCTRICOS Y SISTEMAS SANITARIOS. | Servicios Generales                       | 18/07/2021         |



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



FICHA DE MONITOREO

|                                 |                                |                            |  |      |              |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------|--|------|--------------|
| IPRESS:                         | GRAL. JAEN                     | TRIMESTRE:                 | II TRIMESTRE   | AÑO: | 2021         |
| UPSS:                           | ANATOMÍA PATOLÓGICA            | FECHA EJECUCIÓN:           | 24/06/2021   |      | (DD/MM/AAAA) |
| TITULAR RESPONSABLE PRESS:      | DR. DIMA MERCEDES BOLLIVAR JOO | RESP. EPIDEMIOLOGIA:       | ING SANDY MORENO PEREZ   |      |              |
| RESP. DE ADMINISTRACIÓN:        | ING FRANCISCO FALOMARES MURGA  | RESP. DE LA UPSS:          | DR MARCO RIOJA VEGA  |      |              |
| RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA: | LIC. MILAGROS LLANOS TANTALEAN | RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD: | DR LUIS ALBERTO SAYAGO GRANDA                                    |      |              |
|                                 |                                | OTROS RESPONSABLES:        | LIC. RUT NOEMI SANGAY HERMANDEZ, LIC. HAYDEE AUMADA RONDON, LIC. |      |              |

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

| PRIORIDAD | BUENAS PRÁCTICAS                   | VERIFICADOR INSEGURO  | ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS   | RESPONSABLE (CARGO)   | PLAZO (dd/mm/aaaa) | MONITOREO (dd/mm/aaaa) | IMPLEMENTACIÓN |
|-----------|------------------------------------|---|--|-----------------------|--------------------|------------------------|----------------|
| 105       | HISTORIA CLINICA                   | Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente   | Contar con base de datos de las muestras procesadas en el servicio, que servirá para realizar informes | Jefe de departamento  | 26/07/2020         | 9/09/2020              | SELECCION      |
| 105       | HISTORIA CLINICA                   | En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro  | Elaborar, aprobar y difundir Protocolo de incidentes, eventos adversos y eventos centinela             | Gestión de la Calidad | 19/07/2021         | 2/08/2021              | SELECCION      |
| 150       | PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES | Vigilancia controla las preferencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos  | Elaborar, aprobar y difundir Protocolo para actuación frente a la fuga del paciente                    | Gestión de la Calidad | 19/07/2021         | 2/08/2021              | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.  | Elaborar, aprobar y difundir Protocolo de incidentes, eventos adversos y eventos centinela             | Gestión de la Calidad | 19/07/2021         | 2/08/2021              | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.  | Elaborar, aprobar y difundir Protocolo de incidentes, eventos adversos y eventos centinela             | Gestión de la Calidad | 19/07/2021         | 2/08/2021              | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.  | Elaborar, aprobar y difundir protocolo para accidentes de trabajo                                      | Salud Ocupacional     | 19/07/2021         | 2/08/2021              | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA UPSS               | Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS   | Elaborar, aprobar y difundir Protocolo de incidentes, eventos adversos y eventos centinela             | Gestión de la Calidad | 19/07/2021         | 2/08/2021              | SELECCION      |
| 150       | SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN         | Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.  | Protocolo de uso para estandarizar uso de reactivos dentro del área de Anatomía patológica             | Jefe de departamento  | 26/07/2020         | 9/09/2020              | SELECCION      |
| 120       | HIGIENE DE MANOS                   | Porcentaje de cumplimiento > 80%, del personal de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la Higiene de manos. | realizar capacitaciones sobre el lavado de manos y 5 momentos.   | Jefe de departamento  | 26/07/2020         | 9/09/2020              | SELECCION      |
| 84        | HIGIENE DE MANOS                   | Disponibilidad de suministros con suministro de agua y jabón  | Solicitar jabón, alcohol Gel y papel toalla para todos los buzones del servicio                        | Jefe de departamento  | 26/07/2020         | 9/09/2020              | SELECCION      |

