

CAR 60



"Año del Bicentenario, de la Consolidación de nuestra independencia y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

Sandia, 18 de julio del 2024.

OFICIO N° 668 - 2024-GRPUNO/GRDS/DIRESA-UE-410/DIR.

SEÑOR:
M.C. EDWIN WILBERT CORRALES MEJIA.
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO.

PRESENTE.-

ATENCION : Director de calidad en salud de la dirección regional de salud Puno
ASUNTO : Remito resolución directoral del plan de autoevaluación del hospital sandia. 2024



Mediante el presente previo un cordial saludo, me dirijo a Ud. Remitiéndole la RESOLUCION DIRECTORAL de la Aprobación del Plan de AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION DEL HOSPITAL SANDIA, de esta manera dar cumplimiento a los Convenios de Gestión del indicador de Compromiso de Mejora, Ficha N°44: "fortalecimiento de la autoevaluación del desempeño de los establecimientos de salud para el cumplimiento de los estándares de calidad en la atención de salud".

ADJUNTO

- RESOLUCION DIRECTORAL HOSPITAL SANDIA
- RONDAS DE SEGURIDAD

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresar las consideraciones de mi especial estima y deferencia personal,

Atentamente,



[Handwritten Signature]
M. C. EDWIN WILBERT CORRALES MEJIA
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO
REDA SAN DIA

RCA/DIR
C.c. Arch.

OFICIO N° 025- 2024/ REDESS SANDIA / DIRESA PUNO

SEÑOR:

M.C. CARLOS ALFREDO LUQUE LOAYZA.

DIRECTOR DEL HOSPITAL SANDIA.

ASUNTO: REMITO INFORME SOBRE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

HOSPITAL APOYO SANDIA
Sandia, 3 de julio 2024.

TRAMITE DOCUMENTARIO
Reg: 0713

Fecha: 22-07-2024

Hora: 16:36 Folio: 03

Firma: *Ad*

Me es grato dirigirme a Ud. Para hacerle entrega del informe final sobre la utilización del "Aplicativo de Rondas de Seguridad del paciente para la Gestión del riesgo en la Atención de Salud" del mes de enero al mes de junio 2024, que se realizó en las diferentes UPSS como consulta externa, emergencia y hospitalización del Hospital Sandia y así poder aplicar las mejoras en las diferentes áreas.

Es propicia la oportunidad para expresarle las consideraciones de mi estima personal.

Atentamente,

Ad

Mariela Romero Ortiz
OBSTETRA
COP. 4387

INFORME N° 05 - 2024/ REDESS SANDIA / DIRESA PUNO

A : M.C. CARLOS A. LUQUE LOAYZA.
DIRECTOR HOSPITAL SANDIA.
DE : OBSTA. MARIELA E. ROMERO ORTIZ.
RESPONSABLE CALIDAD HOSPITAL SANDIA
ASUNTO : INFORME FINAL SOBRE RONDAS DE SEGURIDAD.
FECHA : 03 Julio del 2024.

Mediante el presente me dirijo a Ud. Para saludarlo y a la vez informarle sobre las Rondas de Seguridad aplicadas durante los seis primeros meses en las diferentes Unidades Prestadoras de Salud del Hospital Sandia.

PRIMERO : Durante el mes de Enero se utiliza el aplicativo de Rondas de Seguridad del paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud, de la UPSS de Hospitalización en el porcentaje de cumplimiento de buenas practicas evaluadas un 80% siendo las practicas que no se cumplieron al 100%: Historia Clínica se cumplió 91%, Seguridad en la UPSS 56%, Identificación correcta del paciente 71%, prevención en la fuga de pacientes 67%, seguridad en la medicación 89%, prevención y reducción de riesgo en la UPSS 56%, Higiene de manos 71%, Bioseguridad 75%, Funcionamiento y manejo de equipos 60%. El comité de Rondas de Seguridad programa las acciones correctivas, participaran el Director del Hospital, Jefe de la UPSS, Logística y Calidad con un cronograma de cumplimiento el cual se monitorizara permanentemente.

SEGUNDO : En el mes de Febrero el aplicativo de Rondas de Seguridad del paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud, de la UPSS de Consultorio externo Niño, en el porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas evaluadas un 86% siendo las practicas que no se cumplieron al 100%: Historia Clínica se cumplió 82%, Seguridad en la UPSS 29%, Funcionamiento y manejo de equipos 60%. El comité de Rondas de Seguridad programa las acciones correctivas, participaran el Director del Hospital, Jefe de la UPSS, Logística y Calidad con un cronograma de cumplimiento el cual se monitorizara permanentemente

TERCERO: Durante el mes de Marzo se utiliza el aplicativo de Rondas de Seguridad del paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud, de la UPSS de Consulta Externa PF en el porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas evaluadas un 66% siendo las practicas que no se cumplieron al 100%: Historia Clínica se cumplió 58% Seguridad del paciente en la UPSS 33%, seguridad en la medicación 83% comunicación efectiva 86%, Higiene de manos 50%, Bioseguridad 80%

Funcionamiento y manejo de equipos 20%. El comité de Rondas de Seguridad programa las acciones correctivas algunas más asequible a corto plazo y otras a mediano plazo participaran el Director del Hospital, Jefe de la UPSS, Logística y Calidad con un cronograma de cumplimiento el cual se monitorizara permanentemente.

CUARTO : Durante el mes de Abril se utiliza el aplicativo de Rondas de Seguridad del paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud, de la UPSS de Emergencia en el porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas evaluadas un 75% siendo las practicas que no se cumplieron al 100%: Historia Clínica se cumplió 53%, Seguridad en la UPSS 73%, Identificación correcta del paciente 86% , seguridad en la medicación 89%, prevención y reducción de riesgo en la UPSS 88%, Higiene de manos 86%, Bioseguridad 83%, Funcionamiento y manejo de equipos 40%. El comité de Rondas de Seguridad programa las acciones correctivas, participaran el Director del Hospital, Jefe de la UPSS, Logística y Calidad con un cronograma de cumplimiento el cual se monitorizara permanentemente.

QUINTO : Durante el mes de Mayo se utiliza el aplicativo de Rondas de Seguridad del paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud, de la UPSS de Hospitalización en el porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas evaluadas un 78% siendo las prácticas que no se cumplieron al 100%: Historia Clínica se cumplió 75%, Seguridad en la UPSS 67%, Identificación correcta del paciente 86%, prevención en la fuga de pacientes 67%, Prevención de caídas y contención mecánica 91%, prevención y reducción de riesgo en la UPSS 56%, Higiene de manos 75%, Bioseguridad 63%, Funcionamiento y manejo de equipos 40%. El comité de Rondas de Seguridad programa las acciones correctivas, participaran el Director del Hospital, Jefe de la UPSS, Logística y Calidad con un cronograma de cumplimiento el cual se monitorizara permanentemente.

SEXTO: Durante el mes de Enero se utiliza el aplicativo de Rondas de Seguridad del paciente para la Gestión del Riesgo en la atención de Salud, de la UPSS de Consulta Externa Obstetricia en el porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas evaluadas un 80% siendo las practicas que no se cumplieron al 100%: Historia Clínica se cumplió 63%, Seguridad en la UPSS 43%, Comunicación Efectiva 86%, Higiene de manos 67%, Funcionamiento y manejo de equipos 60%. El comité de Rondas de Seguridad programa las acciones correctivas, participaran el Director del Hospital, Jefe de la UPSS, Logística y Calidad con un cronograma de cumplimiento el cual se monitorizara permanentemente.

Es todo cuanto informo a Ud., Sr. Director.

Atentamente,


Mariela Romero Ortíz
OBSTETRA
COP. 4067

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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
PRESE:	HOSPITAL SANDA	FECHA APLICACION:		2024/03/31	(dd/mm/aaaa)
UPSE:	HOSPITALIZACIÓN	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC ENP XARA XARA BARTEA		
TITULAR RESPONSABLE PRESE:	M.C. CARLOS ALFREDO LUCIO LOAYZA	RESP. DE LA UPSE:	M.C.		
RESP. DE ADMINISTRACION:	DRA SINA PAREDES BARRIDA	RESP. OPCIONIDAD CALIDAD:	OBSTA MARIELA ROMERO ORTE		
RESP. DPTO SERVICIO ENFERMERIA:	LIC ENP PEDRO GUISPE OVIEDO	OTROS RESPONSABLES:	OBSTA ROSA M. VARGAS BARRIGUE		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
BIENESTAR EN LA HISTORIA CLÍNICA	81%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	88%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	71%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS	87%
SEGURIDAD EN LA INTUBACIÓN	88%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTROLES MECANICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPSE	56%
PREVENCIÓN DEL SUICIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
RIVENE DE MANOS	71%
BIOSSEGURIDAD	71%
FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	81%
PROMEDIO	80%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO



[Handwritten Signature]
 Lic. Carlos Alfredo Lucio Loayza
 DIRECTOR GENERAL HOSPITAL SANDA
 C.M.P. N° 63886

[Handwritten Signature]

[Handwritten Signature]
 Lic. Pedro Guispe Oviedo
 ENFERMERO
 C.E.P. 58231

[Handwritten Signature]
 Lic. Xara Xara Barteá
 ENFERMERA
 C.E.P. 58231

[Handwritten Signature]
 Mariela Romero Ortiz
 OBSTETRA
 COP. 4069

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

IMPRES:	HOSPITAL SANORA	TRIMESTRE:	AÑO:	2024
UPSI:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	2023/02/28	(DDMMAAAA)
TITULAR RESPONSABLE IMPRES:	M.C. CARLOS ALFREDO LUGUE LORCZA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC ENIF MARIA XAIRIS MARITZA	
RESP. DE ADMINISTRACION:	DINA ROSA PAREDES BARRIGA	RESP. DE LA UPSI:	M.C.	
RESP. OPTOSERVICIO EMERGENCIA:	LIC. ENF. PEDRO OSWALDO OVEGO	RESP. OFICINA CALIDAD:	ORISTA MARIELA ROMERO ORTIZ	
		OTROS RESPONSABLES:	ORISTA ROSA M. VARGAS BARRIGUE	

Acciones Propuestas

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
63	HESTERIA CLINICA	Registro de la Fiebre de Póndoras (Infección aguda, con tos seca, dolor respiratorio, estado de alerta)	Incluir en la herramienta el registro de las fiebres (Infección aguda)	Director, jefe de la UPSI en la que se trabajó la ronda de seguridad, Cobalú	2023/02/28
26	HESTERIA CLINICA	Registro completo de la fiebre del paciente. Datos del ICD, UP de HCL, Medicos y Agentes del Paciente, Lugar y hora de nacimiento, Edad, Sexo, Situación, Presentación, Tratamiento, Diagnóstico, Examen, Signos, Síntomas, Anamnesis o Reportado de un el caso.	Actualizar los datos de la Base de datos de la Base de datos (Infección aguda) con el acompañamiento de un el caso.	Director, jefe de la UPSI en la que se trabajó la ronda de seguridad, Cobalú	2023/02/28
48	SEGURIDAD DE LA UPSI	Trazar e diagrama de flujo de emergencia para el paciente y el personal.	Reunión con el Director y Jefe de ronda para implementar el flujo como del paciente.	Director del Hospital, jefe de la UPSI donde se trabajó la ronda de seguridad, Cobalú, Leguano	2023/02/28
84	SEGURIDAD DE LA UPSI	Analizar y plan de contingencia sobre la información de las actividades y eventos adversos.	Realizar de la gestión de calidad y Dirección - Agencias.	Director del Hospital, jefe de la UPSI donde se trabajó la ronda de seguridad, Cobalú, Leguano	2023/02/28
84	SEGURIDAD DE LA UPSI	Presentar informe del registro y verificación de actividades y eventos adversos.	Actualizar el personal que labora en la UPSI sobre el registro de eventos adversos, proporcionar formatos para su registro y su verificación.	Director del Hospital, jefe de la UPSI donde se trabajó la ronda de seguridad, Cobalú, Leguano	2023/02/28
48	SEGURIDAD DE LA UPSI	Registro de datos de verificación de actividades de trabajo del personal paciente.	Implementar la ficha donde se verifiquen las actividades de trabajo.	Director del Hospital, jefe de la UPSI donde se trabajó la ronda de seguridad, Cobalú, Leguano	2023/02/28
84	SEGURIDAD DE LA UPSI	Registrar datos por estado de las actividades y eventos adversos de la UPSI.	Registrar los eventos adversos en la ficha de verificación	Jefe de la UPSI, personal que labora, Cobalú	2023/02/28
26	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Presentar Base de datos de identificación y los datos registrados con nombres y cognombres.	Preparar las fichas de identificación del paciente	Jefe de la UPSI Cobalú Leguano	2023/02/28
26	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS SUCESOS POR FALTA DE IDENTIFICACIÓN	Verificación de datos por nombre (apellido y prenombre) en un registro donde se trabajó en los pacientes de hospitalización.	Preparar las fichas de identificación	Cobalú Leguano	2023/02/28

(Firma)
 María Elena Romero
 07/02/2024

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

PRESES:	HOSPITAL SANORA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPES:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	28/11/2024		
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	M.C. CARLOS ALFREDO LUQUE LOAYZA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC ENF ZARA KARA MARTIÇA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DINA ROSA PAREDES BARRUDA	RESP. DE LA UPES:	M.C.		
RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. PEDRO GUSPE OVIEDO	RESP. OFICINA CALIDAD:	OBSTA MARIELA ROBERO ORTIZ		
		OTROS RESPONSABLES:	OBSTA ROSA E. VARGAS BARRIQUE		

ACCIONES CORRECTIVAS

PROBIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INEQUIVO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CALIDAD)	PLAZO (determinadas)
84	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Estadística de un procedimiento y protocolo que se aplica en caso de fuga de pacientes.	Elaborar un protocolo en caso de fuga de pacientes.	Jefe de la UPES - Calidad	30/02/2024
70	BIENESTAR EN LA MEDICACIÓN	Guía de para manejar con los recursos necesarios para elaborar diagnósticos utilizar según correspondencia clínica.	Implementar un caso de para para asegurar un evento adverso por la administración equivocada.	Jefe de la UPES Logística de Hospital	30/02/2024
28	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN	Procedimiento de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Elaborar un protocolo de atención para la prevención de úlceras por presión sustituyendo y actualizando.	Jefe de la UPES Dr del Hospital Calidad	30/02/2024
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el historial antes de cualquier procedimiento.	Implementar el uso del tratamiento de identificación del paciente.	Jefe de la UPES Dr del Hospital Calidad	31/05/2024
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN	Reevaluación periódica del riesgo de úlceras que cambia la situación clínica basad del paciente.	Implementar la atención de úlceras por presión.	Jefe de la UPES Dr del Hospital Calidad	31/02/2024
84	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente con alta con riesgo de fuga hospitalaria identificada.	Implementar el uso de la tipo de paquetes (definición de hospital).	Jefe de la UPES Dr del Hospital Calidad	31/05/2024
28	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS LESIONES POR PRESIÓN	Procedimiento de la prevención de la pérdida de los pacientes con riesgo por presión, tanto en procedimientos hospitalarios como en aquellos ambulatorios por diagnóstico.	Implementar a los pacientes que presentaban úlceras por presión.	Jefe de la UPES Dr del Hospital Calidad	28/02/2024
28	REVISIÓN DE RESULTADOS	Disponibilidad de datos salud en todos los tratamientos.	Actualizar a la Dirección del Hospital de procedimientos hospitalarios para la figura de revisión.	Dirección de Hospital - Jefe de la UPES Calidad	28/02/2024
28	REVISIÓN DE RESULTADOS	Compromiso por parte de los proveedores/pacientes con el proceso TSI.	de cumplimiento a los protocolos.	Dirección de Hospital - Jefe de la UPES Calidad	28/02/2024
28	REVISIÓN DE RESULTADOS	No existen de ser actualizada satisfactoria los datos clínicos y estadísticos de la Unidad Productiva de Servicios de Salud.	Actualización de los datos estadísticos y clínicos.	Dirección de Hospital - Jefe de la UPES Calidad	28/02/2024
24	REVISIÓN DE RESULTADOS	No existen de ser actualizada los datos clínicos y estadísticos de la Unidad Productiva de Servicios de Salud.	Actualización de datos estadísticos y clínicos.	Dirección de Hospital - Jefe de la UPES Calidad	28/02/2024

[Handwritten signature]
 Jefe de la UPES y Oficina de Calidad
 Lic. María E. Vargas Barrique
 28/11/2024

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

PRESE:	HOSPITAL SANTA ROSA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSI:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	2024/06/04		
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	M.C. CARLOS ALFREDO LUQUE LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC ENF SANTA ROSA MARITZA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DRA ROSA PAREDES BARRIGA	RESP. DE LA UPSE:	M.C.		
RESP. DPT/SERVICIO ENFERMERÍA:	L.C. ENF. PEDRO GUSTAVO OWENDO	RESP. OFICINA/UNIDAD CALIDAD:	ORISTA NARELA ROMERO ORTE		
		OTROS RESPONSABLES:	ORISTA ROSA B. VARGAS BARRIGUE		

ACTIVIDADES PROPUESTAS

PRIORIDAD	BUSINAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
24	PROCESOS DE MONITOREO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSE cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos (incluyendo los nuevos).	Actualización del Plan de mantenimiento de equipos	Directora del Hospital, Jefe de la UPSE Calidad	2024/07/01
24	PROCESOS DE MONITOREO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSE cuenta con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos (incluyendo los nuevos), mediante la identificación de las respectivas fallas.	Realización de la agenda o plan de mantenimiento de equipos	Directora del Hospital, Jefe de la UPSE Calidad	2024/07/01

Mariaela
 Maríaela Álvarez Ordoñez
 0338323232
 UNP 2024



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

FICHA DE MONITOREO

PRESE: UPRE:	HOSPITAL SANRA HOSPITALIZACION	TRIMESTRE: FECHA APLICACION:	1 TRIMESTRE 2017/03/28	ÁREA: SEM:	SEM (COMBAMARA)
TITULAR RESPONSABLE PRESE:	M.C. CARLOS ALFREDO LUQUE LÓPEZ	RESP. EFECTIVO/UPRE:	LIC. EMP. MARIA EMMA MARTINEZ	2017/03/28	
RESP. DE ADMINISTRACION:	DRA. YONIS PAREDES SARRASA	RESP. DE LA UPRE:	M.C.		
RESP. DIFUSION/COMUNICACION:	LIC. EMP. PEDRO GABRIEL OVEDO	RESP. OFICINA DE CALIDAD:	CRISTINA MARCELA HUMBERTO ORTIZ		
		OTROS RESPONSABLES:	CRISTINA ROSA B. VARGAS MARRASQUE		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRIORIDAD	BIENES PROTEGIDOS	VERIFICADOR INGRESADO	ACCIONES DE MEJORA / COMENTARIOS	PLAZO (IMPLEMENTACIÓN)	MONITOREO (IMPLEMENTACIÓN)	IMPLEMENTACIÓN
1)	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Revisión de los casos con los resultados negativos para detectar situaciones críticas según normativas vigentes	Implementar un comité de seguridad para la atención de los casos críticos en todas las áreas de atención	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO
2)	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS CAÍDAS POR TENDIDOS	Implementación de la guía de atención para la prevención y control de caídas por pacientes	Revisar los protocolos de atención para la prevención de caídas por parte de pacientes y familiares	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO
3)	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Indicador de la identidad del paciente con el tratamiento en los casos de ingreso por procedimientos	Implementar el uso de tarjetas de identificación del paciente	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO
4)	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Revisión de los protocolos de atención para la prevención y control de úlceras por presión	Implementar la atención de úlceras por presión	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO
5)	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE INCIDENTES	Revisión de los casos por parte de los trabajadores de atención	Implementar el uso de la guía de atención de incidentes	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO
6)	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS CAÍDAS POR TENDIDOS	Revisión de los casos de la atención de los pacientes con caídas por parte de pacientes y familiares	Implementar el uso de la guía de atención de incidentes	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO
7)	REVISIÓN DE CASOS	Revisión de los casos de atención de los pacientes con caídas por parte de pacientes y familiares	Implementar el uso de la guía de atención de incidentes	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO
8)	REVISIÓN DE CASOS	Revisión de los casos de atención de los pacientes con caídas por parte de pacientes y familiares	Implementar el uso de la guía de atención de incidentes	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO
9)	REVISIÓN DE CASOS	Revisión de los casos de atención de los pacientes con caídas por parte de pacientes y familiares	Implementar el uso de la guía de atención de incidentes	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO
10)	REVISIÓN DE CASOS	Revisión de los casos de atención de los pacientes con caídas por parte de pacientes y familiares	Implementar el uso de la guía de atención de incidentes	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO
11)	REVISIÓN DE CASOS	Revisión de los casos de atención de los pacientes con caídas por parte de pacientes y familiares	Implementar el uso de la guía de atención de incidentes	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO
12)	REVISIÓN DE CASOS	Revisión de los casos de atención de los pacientes con caídas por parte de pacientes y familiares	Implementar el uso de la guía de atención de incidentes	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO
13)	REVISIÓN DE CASOS	Revisión de los casos de atención de los pacientes con caídas por parte de pacientes y familiares	Implementar el uso de la guía de atención de incidentes	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO
14)	REVISIÓN DE CASOS	Revisión de los casos de atención de los pacientes con caídas por parte de pacientes y familiares	Implementar el uso de la guía de atención de incidentes	2017/03/28	2017/03/28	SELECCIONADO

OPR
 01/04/2017
 10:00 AM

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

FICHA DE MONITOREO

IPRESI	HOSPITAL SANORA	TRIMESTRE	I TRIMESTRE	AÑO	2023
UPSE	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN			
TITULAR RESPONSABLE IPRESI	M.C. CARLOS ALFREDO LUYQUE LOAYZA	RESP. EPIDEMIOLOGÍA	LIC. DR. GABRIEL MANA BARRERA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN	DRA. ROSA PATRICIA BARRERA	RESP. DE LA UPSE	M.C.		
RESP. DE FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL	LIC. DR. PEDRO QUISPE OVEDO	RESP. JEFES/ JEFAES CALIDAD	DORIS MAURELA HUMEROS GUTIERREZ		
		OTROS RESPONSABLES	DORIS ROSA R. VARGAS MONTAÑESE		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROBLEMA	SOLUCIÓN PRÁCTICA	VERIFICADOR (NOMBRE)	ACCIONES DE MEDIDAS CORRECTIVAS	RESPONSABLE (NOMBRE)	PLAZO (SEMÁFORO)	FECHA (DÍA/MES/AÑO)	SEAL (EVIDENCIA)
01	MEJORA CLÍNICA	Registros de la F. de Historia Clínica (HISTORIA CLÍNICA), Anamnesis, estado de salud.	Validar la información de registros de la F. de Historia Clínica - verificación.	Director del Hospital, jefe de la UPSE de la que se elabora la muestra de registros. Cobarr	SEALIZADO		SEALIZADO
02	MEJORA CLÍNICA	Registros completos de la Historia del paciente. Datos del ECOS, de las ALC, Neumología y Pediatría del Hospital, Uper y Área de Neumología, ERM, Neof, Cirugía, Traumatología, Tórax, Otor, Neof, Cirugía, Oncología, Ginecología, Urología, Neurología y Radiología de todo el caso.	Completar los datos de la Historia del paciente como el radiólogo y neumólogo según se requiera en la historia.	Director del Hospital, jefe de la UPSE de la que se elabora la muestra de registros. Cobarr	SEALIZADO		SEALIZADO
03	SEGURIDAD EN LA UPSE	Trabaja la atención de la familia de manera adecuada sobre el paciente y otros familiares.	Realizar con el Director (jefe) de la UPSE para implementar el trabajo con la familia.	Director del Hospital, jefe de la UPSE de la que se elabora la muestra de registros. Cobarr, Luján	SEALIZADO		SEALIZADO
04	SEGURIDAD EN LA UPSE	Análisis y plan de mejoramiento sobre la información de las radiaciones y pruebas adicionales.	Realizar la gestión de calidad y capacitación - según.	Director del Hospital, jefe de la UPSE de la que se elabora la muestra de registros. Cobarr, Luján	SEALIZADO		SEALIZADO
05	SEGURIDAD EN LA UPSE	Realizar control de calidad de registros y actualización de radiaciones y pruebas adicionales.	Realizar el control de calidad de la UPSE sobre el registro de pruebas adicionales - implementación de medidas correctivas.	Director del Hospital, jefe de la UPSE de la que se elabora la muestra de registros. Cobarr, Luján	SEALIZADO		SEALIZADO
06	SEGURIDAD EN LA UPSE	Registros completos de la historia de los familiares y pruebas adicionales de la UPSE.	Implementar la ficha de historia de los familiares y pruebas adicionales de radiología.	Director del Hospital, jefe de la UPSE de la que se elabora la muestra de registros. Cobarr, Luján	SEALIZADO		SEALIZADO
07	SEGURIDAD EN LA UPSE	Registros de la familia y registros de radiaciones y pruebas adicionales de la UPSE.	Registros de pruebas adicionales en la ficha de radiación.	Jefe de la UPSE, personal de enfermería, Cobarr	SEALIZADO		SEALIZADO
08	SEGURIDAD EN LA UPSE	Registros de la familia de radiación y pruebas adicionales de radiación y pruebas.	Registros de pruebas de radiación de radiación de radiación.	Jefe de la UPSE Cobarr, Luján	SEALIZADO		SEALIZADO
09	SEGURIDAD EN LA UPSE	Implementación de la UPSE de radiación y pruebas adicionales de radiación y pruebas.	Implementar en la UPSE de radiación y pruebas adicionales de radiación.	Cobarr, Luján	SEALIZADO		SEALIZADO
10	SEGURIDAD EN LA UPSE	Implementación de la UPSE de radiación y pruebas adicionales de radiación y pruebas.	Validar los registros de radiación y pruebas adicionales de radiación.	Jefe de la UPSE, Cobarr	SEALIZADO		SEALIZADO

Handwritten signature and notes:
 10/10/23
 10/10/23
 10/10/23



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRES:	HOSPITAL SANJA	FECHA APLICACION:		30/02/2024	(diferencial)
UPSE:	CONSULTA EXTERNA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. MARITZA CHARRA CHARRA		
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	M.C. CARLOS ALFREDO LUQUE LOAYZA	RESP. DE LA UPSE:	LIC. ENF. ELIZABETH CUTPA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	SRA. SONIA PAREDES BARRIGA	RESP. OFICINA CALIDAD:	OBSTA. MARIELA ESTHER ROMERO ORTE		
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. PEDRO QUINTA QUINTO	OTROS RESPONSABLES:	M.C. ROBERTO PILCO LUQUE		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	80%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	20%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	86%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO



Lic. Pedro P. Quinto D.
ENFERMERO
C.E.P. 58231



[Signature]
Lic. Carlos Alfredo Luque Loayza
DIRECTOR HOSPITAL SANJA
C.E.P. N° 95385

[Signature]

[Signature]



[Signature]
Lic. Maritza Charra Charra
ENFERMERA
C.E.P. 72723

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

IPRES:	HOSPITAL TANDA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPES:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACIÓN:	28/02/2024 (DOMINGO)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRES:	MC CARLOS ALFREDO LUIQUE LOAYZA	RESP EPIDEMIOLOGIA:	L.C. EMP. MARITZA CHARRA CHARRA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	SRA SONIA PAREDES BARRIGA	RESP. DE LA UPES:	L.C. EMP. ELIZABETH CUTIPA		
RESP. OFTOSERVICIO EMERGENCIA:	LC EMP PEDRO QUESPE ONTEDO	RESP OFICINA DE CALIDAD:	ORISTA MARIELA ESTHER ROMERO ORTIZ		
		OTROS RESPONSABLES:	M.C. ROBERTO PILCO LUQUE		

ACTIVIDAD 005-2024

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INGRESO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (MÉSESESMES)
B1	SEGURIDAD EN LA CLÍNICA	Registro de morbilidad del paciente en todos los niveles de la UCI.	Registro de ingresos de pacientes en todos los niveles	Personal que labora en la UCI	01/03/2024
B1	SEGURIDAD EN LA CLÍNICA	Registro de la Funciones Biológicas, químicas, físicas, de laboratorio, estudio de agua.	Corregir con el registro de las funciones biológicas en todos los niveles de ingreso	Jefe de la UCI, personal que labora en la UCI, Calidad	08/03/2024
B1	SEGURIDAD EN LA UPES	Registro de la UCI de verificación de cumplimiento de todos los niveles de ingreso del personal adscrito.	Implementar los procesos de verificación sobre cumplimiento de todos los niveles de ingreso del personal adscrito	Jefe de la UCI, Calidad, Ingesta	28/03/2024
B1	SEGURIDAD EN LA UPES	Registro de la UCI de verificación de cumplimiento de todos los niveles de ingreso del personal adscrito.	Implementar la UCI de verificación de cumplimiento de todos los niveles de ingreso del personal adscrito	Jefe de la UCI, Calidad, Ingesta	28/03/2024
B1	SEGURIDAD EN LA UPES	En caso de haberse producido un evento adverso, este se debe registrar en la UCI a su vez en algún nivel de ingreso.	Registrar el evento adverso en la UCI de todos los niveles de ingreso	Jefe de la UCI, Calidad	28/03/2024
B1	SEGURIDAD EN LA UPES	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementar el Plan de intervención sobre eventos adversos a todo el personal de la UCI	Jefe de la UCI, Calidad	28/03/2024
B1	SEGURIDAD EN LA UPES	Manejo de los eventos de ingreso y verificación de cumplimiento de todos los niveles de ingreso.	Implementar el sistema de registro y evaluación de incidentes y eventos adversos	Jefe de la UCI, Calidad	28/03/2024
B1	SEGURIDAD EN LA UPES	Utilización del formato de comunicación informado para notificación de eventos.	Implementar el formato para notificación de eventos	Jefe de la UCI, Calidad	28/03/2024

Handwritten signature and date:
 28/03/2024



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

IPRESS:	HOSPITAL SANJUAN	TRIMESTRE:	AÑO:	2024
UPPS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACIÓN:	SEPTIEMBRE	(DDMMAAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	M.C. CARLOS ALFREDO LUQUE LOAYZA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENP MARITZA CHAMPA CHANNA	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	SRA. SONIA PAREDES BARRIGA	RESP. DE LA IPRES:	LIC. ENP ELIZABETH CUYTRA	
RESP. OFICINA DE EMERGENCIAS:	LIC. ENP PEDRO QUISPE OVEDO	RESP. OPTIMIZACIÓN CALIDAD:	DR. STA. MARIELA ESTHER ROMERO ORTIZ	
		OTROS RESPONSABLES:	M.C. ROBERTO PILLCO LLOQUE	

ACTUALIZACIÓN

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INTERNO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses)
24	FINCIONAMIENTO Y MANEJO DE ESTADOS	Verificación de los 10 UPELs contra un Plan Anual de Identificación y Respuesta de todos los riesgos reportados durante el Plan de mejoramiento basad en los riesgos de la UPELs			
24	FINCIONAMIENTO Y MANEJO DE RIESGOS	Verificación de los 10 UPELs contra un plan anual de identificación y respuesta de todos los riesgos reportados durante el Plan de mejoramiento basad en los riesgos de la UPELs	Verificar que los riesgos reportados al Plan de mejoramiento basad en los riesgos de la UPELs		

Handwritten signature and date:
 01/05/2024

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

FICHA DE MONITOREO

PRESE:	HOSPITAL GENERAL	TRIMESTRE:	1	AÑO:	2018	VEN:	(XXXXXXXXXX)
PIES:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACIÓN:					
RESPONSABLE:	M.C. CARLOS ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. MARITZA CRIVINA CHAMINA				
RESP. DE ADMISTRACIÓN:	MBA. ROSA PARDEDES BARRERA	RESP. DE LA UPEL:	LIC. ENF. ELIZABETH SUPIRA				
RESP. OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS:	LIC. ENF. PEDRO GABRIEL OJEDA	RESP. OPT. RECURSOS HUMANOS:	DR. MARIELA ESTHER TORRES BIRTE				
		OTROS RESPONSABLES:	M.C. ROBERTO PÉREZ LÓPEZ				

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROBLEMA	INDICADOR INDEBIDO	VERIFICADOR INDEBIDO	ACORDES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLES (CÁRTER)	PLAZO (SEMÁFORO)	IMP. EFECTIVACIÓN
M1	INFORMACIÓN CLÍNICA	Programa del paciente del paciente en todos los tipos de UCI	Registros del paciente del paciente en todos los tipos	Personal que atiende en la UPEL	INDICADOR	SELECCIONAR
M1	INFORMACIÓN CLÍNICA	Programa de información (Inglés) escrito, oral, visual, otros, dependiendo de cada sistema	Programa para el registro de los Acciones Indagadas en todos los tipos de UPEL	Jefe de la UPEL, personal que atiende en la UPEL, Cabalá	INDICADOR	SELECCIONAR
M1	SEGURIDAD EN LA UPEL	Programa de información de verificación de actividades de trabajo del personal administrativo	Implementar las formas de verificación sobre actividades de trabajo del personal administrativo	Jefe de la UPEL, Cabalá, vigilantes	INDICADOR	SELECCIONAR
M1	SEGURIDAD EN LA UPEL	Programa de información de verificación de actividades de trabajo del personal administrativo	Programa de la lista de verificación de acciones planificadas para el registro de acciones realizadas por el personal administrativo	Jefe de la UPEL, Cabalá, vigilantes	INDICADOR	SELECCIONAR
M1	INFORMACIÓN CLÍNICA	Programa de información de verificación de actividades de trabajo del personal administrativo	Registrar el estado de atención en la Unidad de Atención al Paciente	Jefe de la UPEL, Cabalá	INDICADOR	SELECCIONAR
M1	SEGURIDAD EN LA UPEL	Programa de información de verificación de actividades de trabajo del personal administrativo	Realización de Plan de Implementación sobre acciones administrativas y de atención de la UPEL	Jefe de la UPEL, Cabalá	INDICADOR	SELECCIONAR
M1	SEGURIDAD EN LA UPEL	Programa de información de verificación de actividades de trabajo del personal administrativo	Realización de acciones de registro y verificación de actividades administrativas	Jefe de la UPEL, Cabalá	INDICADOR	SELECCIONAR
M1	SEGURIDAD EN LA UPEL	Programa de información de verificación de actividades de trabajo del personal administrativo	Programa de acciones de registro y verificación de actividades administrativas	Jefe de la UPEL, Cabalá	INDICADOR	SELECCIONAR
M1	SEGURIDAD EN LA UPEL	Programa de información de verificación de actividades de trabajo del personal administrativo	Programa de acciones de registro y verificación de actividades administrativas	Jefe de la UPEL, Cabalá	INDICADOR	SELECCIONAR

[Handwritten signature and notes]



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

FICHA DE MONITOREO

PRESE:	HOSPITAL SANORA	TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2018
UPIS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACION:			
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	MICHAEL ALFREDO LUIS LOMAYA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. EMP. MARCELA DINORA CHIRINA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	ANA JORJA PAREDES BARRIGA	RESP. DE LA UPIS:	LIC. EMP. ELIZABETH CUYPA		
RESP. IDENTIFICACION ENTRENAMIENTO:	LIC. EMP. PEDRO GUSTAVO GUARDO	RESP. OFIC. JUNTA CALIDAD:	ORBITA MARCELA ESTHER MORENO URTE		
		OTROS RESPONSABLES:	M.C. ROBERTO PELLICO LUQUE		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

INDICADOR	SERIE PRÁCTICAS	REFERENCIAL INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA CORRECTIVAS	RESPONSABLES CLINICOS	PLAZO (días/meses)	MONITOREO (días/meses)	SELECCIONES
01	IMPLEMENTACIÓN Y MANEJO DE CAUSAS	Verificar de que la UPIS cuenta con el Plan Anual de Monitoreo Paciente de todos sus servicios (ambulatorio, urgencias, internación, etc.)	Implementación de un Plan de Monitoreo Paciente de los servicios de la UPIS				SELECCIONES
02	IMPLEMENTACIÓN Y MANEJO DE CAUSAS	Indicador de que el UPIS cuenta con el Plan Anual de Monitoreo Paciente de todos sus servicios (ambulatorio, urgencias, internación, etc.)	Verificar de que los servicios de la UPIS de emergencia cuentan con los protocolos				SELECCIONES
							SELECCIONES
							SELECCIONES
							SELECCIONES
							SELECCIONES
							SELECCIONES
							SELECCIONES
							SELECCIONES
							SELECCIONES
							SELECCIONES

[Handwritten signature]
 Lic. M. C. ROBERTO PELLICO LUQUE
 Oficina de Calidad



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

HOSPITAL BANDIA		TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRES:	HOSPITAL BANDIA	FECHA APLICACIÓN:	30/03/2024 (15 minutos)		
UPSE:	CONSULTA EXTERNA	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC ENF IGARA IGARA BARTZA		
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	DR CARLOS ALFREDO LUGAS L DAVIZA	RESP. DE LA UPSE:	OBSTA. HOLDER		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DRA SONIA PAREDES BARRIGA	RESP. OPC. UNIDAD CALIDAD:	OBSTA MARIELA ROMERO ORTIZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. PEDRO QUISPE OVIEDO	OTROS RESPONSABLES:	OBSTA ROSA E. VARGAS BARRIQUE		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	38%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	32%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	83%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	36%
MANEJO DE MARCOS	50%
BIOSEGURIDAD	80%
FUNCIONAMIENTO Y CUIDADO DE EQUIPOS	33%
PROMEDIO	62%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO



[Signature]
 Lic. Carlos Alfredo Lugas L. Daviza
 DIRECTOR HOSPITAL BANDIA
 CMP. N° 98535



[Signature]
 JEFATURA DE ENFERMERIA
 DPTO. ENFERMERIA
 HOSPITAL BANDIA

[Signature]

Mariela Romero Ortiz
OBSTETRA
C.P. 4057

[Signature]



[Signature]
 Lic. Mariela Romero Ortiz
 ENFERMERA
 HOSPITAL BANDIA



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

IPRES:	TRIMESTRE:		AÑO:	2024
	FECHA APLICACION	20240324		
UPRES:	CONSULTA EXTERNA			
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	MC CARLOS ALFREDO LOQUE LOAYZA		LIC. EMP. JANA SIARA MARITZA	
RESP. DE ADMINISTRACION:	DRA. DORA PAREDES BARBERA		DRSTA. NALDER ZAPATA RODRIGO	
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	L.C. EMP. PEDRO GASPE OHIEDO		DRSTA. BARBELA ROMERO ORTIZ	
OTROS RESPONSABLES:			DRSTA. ROSA M. VARGAS MANGROQUE	

MPe
Martela Romero Ortiz
 O B 1 5 3 R 8
 COP. 4057

ACTIVIDADES

PROBIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR REQUERIDO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (diferenciales)
01	HECISTOS CLINICA	Registro de los acontecimientos del paciente	Registrar las acciones preventivas y medidas del suceso tal como se lo LUPES	Jefe de la UPRES, personal que atiende la atención clínica	15/03/2024
02	HECISTOS CLINICA	Registro completo de la historia del paciente: Datos de BICIS, EP de ICI, Neumonia y Sepsis del Paciente, Lugar y hora de admisión, Edad, Sexo, Signos Vitales, Presión arterial, Temperatura, Saturación de Oxígeno, Diagnóstico, Tratamiento, Estudios de Laboratorio, etc.	Adaptar en la UCI, datos que faltan en la Historia del paciente	Jefe de la UPRES, personal que atiende las UCI, Cobal	15/03/2024
03	HECISTOS CLINICA	Registro del contenido del paciente en todos los tipos de UCI.	Revisar el contenido del suceso tal como se lo LUPES, Cobal	Luciano Herrera, jefe de la UPRES, Cobal	15/03/2024
04	HECISTOS CLINICA	Registro de los Procesos Diagnósticos: Signos vitales, constantes, antecedentes, estado de ánimo.	Registrar el contenido de los sueltos tal como se lo LUPES, Cobal	Nuestra Herrera, jefe de la UPRES, Cobal	05/04/2024
05	HECISTOS CLINICA	En caso de haberse producido un suceso adverso, está se debe registrar en la UCI o en el registro de suceso adverso.	Registrar el suceso tal como se lo LUPES, Cobal	Luciano Herrera, jefe de la UPRES, Cobal	05/04/2024
06	HECISTOS CLINICA	Registro de los diagnósticos con el código CIE-10 o ICD-9 de complicaciones (neumonia o infección)	Registrar el suceso tal como se lo LUPES, Cobal	Luciano Herrera, jefe de la UPRES, Cobal	05/04/2024
07	HECISTOS CLINICA	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	Registrar el suceso tal como se lo LUPES, Cobal	Luciano Herrera, jefe de la UPRES, Cobal	05/04/2024
08	HECISTOS CLINICA	Disponibilidad de información con contenido de agua y jabón.	Registrar el suceso tal como se lo LUPES, Cobal	Luciano Herrera, jefe de la UPRES, Cobal	05/04/2024

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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE	AÑO	SEMA
FECHA APLICACIÓN:	2015/02/04	(XXXXXXXX)
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. EMP. XIANA ZAMAR MARITZA	
RESP. DE LA UPEL:	ORBITA. HALLER ZAPATA RODRIGO	
RESP. OFICINA DE CALIDAD:	ORBITA. MARIELA ROMERO ORTIZ	
OTROS RESPONSABLES:	ORBITA. ROSA M. VARGAS SARRIQUE	

ACTIVIDADES PROPUESTAS

PROPIEDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (SEMESTRES)
36	REGISTRO EN LA UPEL	Análisis y planeo de información sobre la información de los incidentes y acciones adversas.	Realizar un Plan sobre la información de eventos adversos.	Director del Hospital Jefe de la UPEL Cobal	15/04/2014
36	REGISTRO EN LA UPEL	Registros de la UPEL de conformidad de actividades de trabajo del personal subalterno.	Implementar con los fichas de actividades de eventos adversos a la UPEL.	Director del Hospital Jefe de la UPEL Cobal	15/04/2014
36	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPEL proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención y ubicación geográfica y al personal para facilitar atención.	Publicar el Hoja de atención de la UPEL desde sus oficinas al público usuario.	Jefe de la UPEL Cobal	02/03/2014
36	SEGURIDAD EN LA UPEL	Proceso de atención del sistema de registro y verificación de incidentes y acciones adversas.	Actualizar sobre el registro y verificación de eventos adversos.	Jefe de la UPEL Cobal	15/03/2014
100	REGISTRO EN LA MEDICACIÓN	Chequeo de punto clínico por los técnicos necesarios para asegurar elaboresaciones correctas según normatividad vigente.	Implementar procedimientos por incidentes adversos en caso de una emergencia.	Jefe de la UPEL Cobal	05/04/2014
36	SEGURIDAD EN LA UPEL	Registros de la UPEL de los incidentes y acciones adversas en la UPEL.	Organizar y actualizar sobre la forma de la UPEL para el registro de los datos.	Jefe de la UPEL Cobal	15/04/2014
36	PREVENIR LOS RIESGOS	Identificar el área de papel sobre los datos de los incidentes.	Proporcionar papel sobre los datos de la UPEL para el registro de los datos.	Director del Hospital Jefe de la UPEL Luján Cobal	15/04/2014
36	PREVENIR LOS RIESGOS	Manejo y flujo que permitan la información a la UPEL y la UPEL de datos correctos en otros subcentros.	Implementar acciones para la correcta operación del flujo de datos.	Director del Hospital Jefe de la UPEL Luján Cobal	15/04/2014
36	MONITOREO	Selección de áreas de verificación de registros epidemiológicos sobre incidentes y acciones adversas en la UPEL.	Organizar de acciones de verificación de registros epidemiológicos sobre incidentes y acciones adversas en la UPEL.	Director del Hospital Jefe de la UPEL Luján Cobal	15/04/2014
50	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos tecnológicos accesorios según lo correspondiente a la UPEL y de acuerdo al nivel de complejidad.	Realizar el mantenimiento preventivo para la implementación de equipos tecnológicos necesarios para la atención al usuario sobre la UPEL.	Director Hospital Jefe de la UPEL Cobal	20/04/2014
50	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos tecnológicos operativos según lo correspondiente a la UPEL y de acuerdo al nivel de complejidad.	Seguir el nivel del Hospital en relación con los equipos tecnológicos.	Director del Hospital Jefe de la UPEL Luján Cobal	20/04/2014

Martela Romero Ortiz
C.P. 4067

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

FICHA DE MONITOREO

ESPESOR:	HOSPITAL DAIKIN	TRIMESTRE:	AÑO:	SEM:
UPES:	COMUNIDAD EXTERNA	FECHA APLICACIÓN:	SEMESTER:	(COMMMMM)
TITULAR(RESPOSABLE) RIESGO:	MC CARLOS ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	UC EMP. MARA ZAMIA MARCELA	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DR. SONIA FAREDES SARRAÑA	RESP. DE LA UPES:	ORBITA WILDER ZAFRATA RODRIGO	
RESP. DIFERENCIADO OPERATIVA:	UC EMP. PEDRO OSWALDO OSWALDO	RESP. OFIC. ANÁLISIS CALIDAD:	ORBITA BRUNILA ROSARIO ORTIZ	
		OTROS RESPONSABLES:	ORBITA ROSA E. VIVIANA MARRUQUE	



0 9 8 5 3 2 1
 Mariela Romero Ortiz
 CIP. 4067

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIONES NECESARIAS	ACCIONES DE MEJORA - CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CONTEXTO)	PLAZO (ESTIMACIÓN)	MONITOREO (ESTIMACIÓN)	IMPLEMENTACIÓN
01	MEJORA CLÍNICA	Registro de las actividades de pacientes	Registro de actividades preventivas y medidas de control en la UPES	Jefe de la UPES, personal que atiende la Unidad de Atención	IMEDIATO		REALIZADA
02	MEJORA CLÍNICA	Registro de los casos de riesgo de infección de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Actualizar en la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Jefe de la UPES, personal que atiende la UPES, personal que atiende la UPES	IMEDIATO		REALIZADA
03	MEJORA CLÍNICA	Registro de los casos de riesgo de infección de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Actualizar en la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Jefe de la UPES, personal que atiende la UPES, personal que atiende la UPES	IMEDIATO		REALIZADA
04	MEJORA CLÍNICA	Registro de los casos de riesgo de infección de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Actualizar en la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Jefe de la UPES, personal que atiende la UPES, personal que atiende la UPES	IMEDIATO		REALIZADA
05	MEJORA CLÍNICA	Registro de los casos de riesgo de infección de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Actualizar en la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Jefe de la UPES, personal que atiende la UPES, personal que atiende la UPES	IMEDIATO		REALIZADA
06	MEJORA CLÍNICA	Registro de los casos de riesgo de infección de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Actualizar en la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Jefe de la UPES, personal que atiende la UPES, personal que atiende la UPES	IMEDIATO		REALIZADA
07	MEJORA CLÍNICA	Registro de los casos de riesgo de infección de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Actualizar en la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Jefe de la UPES, personal que atiende la UPES, personal que atiende la UPES	IMEDIATO		REALIZADA
08	MEJORA CLÍNICA	Registro de los casos de riesgo de infección de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Actualizar en la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Jefe de la UPES, personal que atiende la UPES, personal que atiende la UPES	IMEDIATO		REALIZADA
09	MEJORA CLÍNICA	Registro de los casos de riesgo de infección de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Actualizar en la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Jefe de la UPES, personal que atiende la UPES, personal que atiende la UPES	IMEDIATO		REALIZADA
10	MEJORA CLÍNICA	Registro de los casos de riesgo de infección de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Actualizar en la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES, de acuerdo a los protocolos de la UPES	Jefe de la UPES, personal que atiende la UPES, personal que atiende la UPES	IMEDIATO		REALIZADA

FICHA DE MONITOREO

IPRES	HOSPITAL SANCA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2014
UPRES	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACIÓN:	LIC. EMF. ISABEL TORRES RAMÍREZ		
TITULAR RESPONSABLE IPRES	DR. CARLOS ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. EMF. ISABEL TORRES RAMÍREZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN	DRS. SONIA PAREDES BARRERA	RESP. DE LA UPRES:	CRISTINA VALLEJO CARRERA RODRÍGUEZ		
RESP. DIFUSIÓN Y EDUCACIÓN	LIC. EMF. PEDRO GUERRA CÁDIZO	OTROS RESPONSABLES:	CRISTINA VALLEJO CARRERA RODRÍGUEZ CRISTINA ROSA S. VARGAS BARRERA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PRÁCTICAS	VERIFICADOR/INDICADOR	ACCIONES DE MEDICIÓN / CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO (ESTIMACIÓN)	MONITOREO (FRECÜENCIA)	IMPLEMENTACIÓN
01. SEGURIDAD EN LA UPRES	Registros de control de calidad de actividades de tiempo de atención al paciente	Revisión de los datos de verificación de actividades de atención a la UPRES	División de Hospital JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO
02. COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPRES implementa actividades sobre sus servicios, horarios de atención e información de contacto en formatos y procedimientos para el paciente	Publicación de folletos de atención de la UPRES distribuidos en todos el servicio de atención	JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO
03. SEGURIDAD EN LA UPRES	Procedimientos de atención de urgencias y verificación de medicación y servicios de atención	Monitorización sobre el registro y cumplimiento de servicios de atención	JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO
04. MEDICIÓN EN LA MEDICACIÓN	Control de calidad sobre los procedimientos de atención de urgencias y servicios de atención	Monitorización y actividades que permitan asegurar el cumplimiento de los procedimientos	JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO
05. SEGURIDAD EN LA UPRES	Registros de calidad de atención de urgencias y servicios de atención a la UPRES	Supervisión y actividades sobre los registros de servicios de atención de la UPRES	JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO
06. HISTORIA DE ENFERMEDAD	Implementación de la historia de enfermedad	Regulación para todos de la UPRES para el control de los registros	División de Hospital JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO
07. HISTORIA DE ENFERMEDAD	Monitoreo y control de la implementación de la historia de enfermedad	Unidad de atención para la atención de urgencias de la UPRES	División de Hospital JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO
08. MONITOREO	Procedimientos de atención de urgencias y verificación de medicación y servicios de atención	Registros de calidad de la UPRES	División de Hospital JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO
09. FORTALECIMIENTO Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Procedimientos de atención de urgencias y verificación de medicación y servicios de atención	Planificación de actividades de atención de urgencias y verificación de medicación y servicios de atención	División de Hospital JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO
10. FORTALECIMIENTO Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Procedimientos de atención de urgencias y verificación de medicación y servicios de atención	Registros de calidad de la UPRES	División de Hospital JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO
11. FORTALECIMIENTO Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Procedimientos de atención de urgencias y verificación de medicación y servicios de atención	Registros de calidad de la UPRES	División de Hospital JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO
12. FORTALECIMIENTO Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Procedimientos de atención de urgencias y verificación de medicación y servicios de atención	Registros de calidad de la UPRES	División de Hospital JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO
13. FORTALECIMIENTO Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Procedimientos de atención de urgencias y verificación de medicación y servicios de atención	Registros de calidad de la UPRES	División de Hospital JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO
14. FORTALECIMIENTO Y MANEJO DE EMERGENCIAS	Procedimientos de atención de urgencias y verificación de medicación y servicios de atención	Registros de calidad de la UPRES	División de Hospital JMS de la UPRES Cabaiguan	04/10/2014	04/10/2014	SELECCIONADO

0 8 8 2 8 2 8 4 4
 C.P. 4087
 Mariela Romero Ortiz



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

IPRESS:	HOSPITAL SANDIA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	29/04/2024 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. CARLOS ALFREDO LUQUE LOAYZA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	CHIARA CHIARA MARITZA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	DRA SONIA PAREDES BARRIGA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. SIMON JHONY ESPINOZA ORDOÑEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. PEDRO QUIRSE OVIEDO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	OBSTA MARIELA ROMERO ORTIZ		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF YANINA VELASQUEZ		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	53%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	73%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	25%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	86%
SEGURIDAD SEXUAL	67%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	86%
BIOSEGURIDAD	83%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%
PROMEDIO	75%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO: **75%**

[Signature]
 Lic. Carlos Alfredo Luque Loayza
 C.E.P. 58231

[Signature]
 Lic. Pedro Quirse Oviedo
 C.E.P. 58231

[Signature]
 Mariela Romero Ortiz
 O B B T E R R A
 COP. 4057

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

[Signature]
 Lic. Yanina Velásquez
 O B B T E R R A
 COP. 4057

[Signature]
 Lic. Mariana Chiara Chiera
 O B B T E R R A
 COP. 4057



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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANORA EMERGENCIA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPISS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	28/02/2024 (00/WWAAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. CARLOS ALFREDO LUQUE LOAYZA	RESP EPIDEMIOLOGIA:	DANARA CHARRA MARITZA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	DOA SONIA PAREDES BARRICA	RESP. DE LA UPISS:	M.C. BRION JHONY ESPINOZA GONZALEZ		
RESP. SPT/SEVICIO EMERGENCIA:	LIC. EMP. PEDRO QUIRPE OVIEDO	RESP OFICINA DE CALIDAD:	CRISTA MARIELA ROMERO ORTIZ		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF YANIRA VELASQUEZ		

Actualizado y validado

Marta Romo Ortiz
 O B B R R R R R
 COP. 4087

PROPIEDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses)
24	HISTORIA CLINICA	Registro de las indicaciones de acciones.	Comunicación de la Nueva Técnica NTS EPIDEMIOLOGIA SALUD DE GESTION DE LAS HISTORIAS CLINICAS en concordancia al 4.3 DE LAS HISTORIAS CLINICAS, con el 4.2.7. En las historias clínicas debe de ser completa, legible y sin modificaciones, excepto con las adiciones e notas que figuren en la NTS de actualización de la N.T.S. según el caso en paralelo al uso de notas en las Admisión.	Calidad y Mejoramiento de Consulta Externa	15/02/2024
9	HISTORIA CLINICA	Registro completo de la Historia del paciente: Datos del EEES, nº de HCL, Nombre y Apellidos del Paciente, Lugar de origen, Edad, Sexo, Dirección, Procedimiento, Tratamiento, Tratamiento, Diagnóstico, Diagnóstico, Diagnóstico, Diagnóstico, Diagnóstico, Acompañante o Representante de un familiar.	Comunicación de la Nueva Técnica NTS EPIDEMIOLOGIA DE GESTION DE HISTORIAS CLINICAS, en concordancia al numeral 5.1.1 (STRUCTURA BASICA - I) (Modificación del Protocolo).	Representante de Calidad	15/02/2024
25	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora del año del paciente.	Normalizar con los cuadros técnicos de la UPIS al formato indicado de las HCL, puntualizar con los cuadros técnicos.	Asesor UPIS Calidad	15/02/2024
26	HISTORIA CLINICA	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes sueltos y procedimientos del paciente.	Plan de SPT / Implementación del registro de exámenes de laboratorio de trabajo del personal externo.	Normas Técnicas y control de SPT	28/02/2024
18	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas según: VEC, urea, creatinina, estado de ácido.	Capacitación de la Nueva Técnica EPIDEMIOLOGIA SALUD DE GESTION DE HISTORIAS CLINICAS.	Normas Técnicas de Calidad	15/02/2024
4	HISTORIA CLINICA	En caso de valores producidos en servicio externo, con los datos registrados en la HCL y en algún modo de registro electrónico.	Implementación según la norma técnica.	Calidad y Mejoramiento de Consulta Externa	15/02/2024
42	HISTORIA CLINICA	Registro actualizado del Plan de Trabajo Subprograma de Apoyo Diagnóstico, Procedimientos Médicos-Quirúrgicos e Intervenciones.	Capacitación de registros más de exámenes radiológicos y exámenes admissiones en el servicio.	Calidad y Mejoramiento de Consulta Externa	15/02/2024
24	HISTORIA CLINICA	Registro de los indicadores de año del paciente ubicado en la unidad, incluyendo diagnósticos definitivos.	Directivamente en forma efectiva desde modificación con los reportes de actividades.	Calidad y Mejoramiento de Consulta Externa, Logística	15/02/2024
84	PROTECCIÓN DE LA FIGURA DE PACIENTES	Registro en la Hoja de Recomendaciones terapéuticas al riesgo de fuga del paciente y la autorización de las medidas de seguridad oportunas.	Completar en la Hoja de recomendaciones terapéuticas al riesgo de fugas de pacientes en registros en la HCL, en Logística.	Gerencia de Hospital y Jefe de Servicios de la UPIS	15/02/2024
				Jefe de la UPIS Calidad	15/02/2024

PLAN DE ACCIÓN

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


Mariela Romero Ortiz
 COE. 4057
 O B S E R R

PRESES:	HOSPITAL SANORA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	20042024	SEMA	(DOMINICANA)
UPRES:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:					
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	M.C. CARLOS ALFREDO LUVIUE LOAYZA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	CHIMBA CHIMBA MARTIÑA				
RESP. DE ADMINISTRACION:	DRA. SONIA PAREDES BARRICA	RESP. DE LA UPRES:	M.C. RIBION JHONY ESPINOZA ORDOÑEZ				
RESP. DE OPTIMIZACION ENFERMERIA:	L.C. EBF. PEDRO GUSPE ONEDO	RESP. OFC. UNIDAD CALIDAD:	ORISTA MARIELA ROMERO ORTIZ				
		OTROS RESPONSABLES:	L.C. INF YANINA VELAZQUEZ				

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

PROXIMIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR (INSEGURO)	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CALIDAD)	PLAZO (Máximo/mínimo)
02	SEGURIDAD EN LA UPRES	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	Constituir un comité de trabajo para la actualización y mejoramiento de la información	Jefa de la UPRES Calidad	15/03/2024
03	SEGURIDAD EN LA UPRES	Seguir el flujo de información de accidentes de trabajo del personal laboral.	Constituir el comité de trabajo sobre la información y reportabilidad sobre los registros de parte del comité interno	Jefa de la UPRES Calidad	15/03/2024
04	PREVENCIÓN DE LA PÉRDIDA DE PACIENTES	Revisar el plan de trabajo para evaluar el riesgo potencial de fuga. Se debe tener un registro de fugas de pacientes con estadísticas por la semana	Constituir un comité de trabajo de fugas de pacientes para estadísticas por la semana	Jefa de la UPRES (Unidades Internas)	30/03/2024
05	HEBITUDAS CLÍNICAS	Revisar el plan de trabajo y evaluar	Implementación de checklist de seguimiento de zonas	Administración y Logística	05/03/2024
06	IDENTIFICACIÓN CORRECTIVA DEL PACIENTE	Revisar los procedimientos de identificación y los datos reportados con errores y omisiones.	Implementación de checklist de identificación del paciente en la UPRES	Administración y Logística	30/03/2024
07	SEGURIDAD EN LA UPRES	Seguir el flujo de información y estadísticas de pacientes admitidos en la UPRES.	Plan de Trabajo elaborado por el responsable de investigación del Hospital	Administración y Logística	30/03/2024
08	PREVENCIÓN DE LA PÉRDIDA DE PACIENTES	Estadísticas de procedimientos y pacientes que se están en caso de fuga de pacientes.	Realizar un plan de fuga del paciente, evaluarlo con todo el personal que labora en la UPRES	Administración y Logística de Investigación	15/03/2024
09	PREVENCIÓN DE CARGA DE PACIENTES Y CONVENCIÓN MECÁNICA	Revisar que existan protocolos, guías, procedimientos, manuales presenciales, publicaciones impresas de la UPRES y reportados de los datos estadísticos de fugas de pacientes.	Constituir la comisión de actualización de manuales presenciales, publicaciones impresas y reportar por la información de la UPRES	Jefa de la UPRES Prevención	30/03/2024
10	SEGURIDAD SEÑALES	Revisar el plan de trabajo y evaluar el riesgo de los errores de los señales de la UPRES.	Constituir un comité de trabajo para evaluar el riesgo potencial de fuga de pacientes que ingresan a la UPRES	Jefa de la UPRES Calidad	15/03/2024
11	SEGURIDAD SEÑALES	Control de la calidad de señales y estadísticas de errores que se van en el plan de trabajo.	Revisar los procedimientos de la UPRES sobre errores que se van en el plan de trabajo	Jefa de la UPRES Investigación de la UPRES	15/03/2024
12	PREVENCIÓN DE ERRORES	Seguir el flujo de información de los incidentes.	Implementación de plan de acción en la UPRES	Comité de Investigación de Errores de la UPRES	05/03/2024

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



FICHA DE MONITOREO

EPRES:	HOSPITAL SANORA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2018
UPES:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	03/04/2018	MANEJO:	(OBTENIDA)
TITULAR/RESPONSABLE EPRES:	M.C. CARLOS ALFREDO LUGER LORTIZA	RESP. EPIDEMIOLOGO:	CRISTINA CHIANA MARTEZA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	DNA ROSA PAREDES BARRIGA	RESP. DE LA UPES:	M.C. SIMON JONAT ESPANGAS CRUZALE		
RESP. OPTIMIZACION ORGANIZATIVA:	LIC. EMY PEDRO GARIBAY UNVEDO	RESP. OFICINA DE CALIDAD:	CRISTINA MARIELLA TORRES ORTE		
		OTRO RESPONSABLE:	LIC. EMY TANIRA VILLASOZ		

Mirtella Romero Ortiz
 COP. 4085
 0 9 8 2 2 8 2 2

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROGRAMA	INDICADOR	VERIFICADOR PREVIADO	ACCIONES DE MEJORA - CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARIOS)	PLAZO (SEMANAS)	MONITOREO (SEMANAS)	IMP. EVIDENCIA
1	REVISIÓN CLÍNICA	Revisión de los antecedentes de paciente	Capacitación de la Norma Técnica para el Manejo de Emergencias de Atención de Urgencias Clínicas, en el nivel de atención de emergencia, nivel de atención de urgencias clínicas y nivel de atención de urgencias de emergencia, donde se ha desarrollado el primer curso de actualización de la Norma Técnica de atención de urgencias de emergencia.	Carli y Responsables de Consulta Externa	10/03/2018		IMP. EVIDENCIA
2	REVISIÓN CLÍNICA	Revisión de la historia y antecedentes de paciente	Capacitación de la Norma Técnica para el Manejo de Emergencias de Atención de Urgencias Clínicas, en el nivel de atención de urgencias clínicas y nivel de atención de urgencias de emergencia, donde se ha desarrollado el primer curso de actualización de la Norma Técnica de atención de urgencias de emergencia.	Responsables de Consulta Externa	10/03/2018		IMP. EVIDENCIA
3	REVISIÓN CLÍNICA	Revisión de la historia y antecedentes de paciente	Capacitación de la Norma Técnica para el Manejo de Emergencias de Atención de Urgencias Clínicas, en el nivel de atención de urgencias clínicas y nivel de atención de urgencias de emergencia, donde se ha desarrollado el primer curso de actualización de la Norma Técnica de atención de urgencias de emergencia.	Responsables de Consulta Externa	10/03/2018		IMP. EVIDENCIA
4	REVISIÓN CLÍNICA	Revisión de la historia y antecedentes de paciente	Capacitación de la Norma Técnica para el Manejo de Emergencias de Atención de Urgencias Clínicas, en el nivel de atención de urgencias clínicas y nivel de atención de urgencias de emergencia, donde se ha desarrollado el primer curso de actualización de la Norma Técnica de atención de urgencias de emergencia.	Responsables de Consulta Externa	10/03/2018		IMP. EVIDENCIA
5	REVISIÓN CLÍNICA	Revisión de la historia y antecedentes de paciente	Capacitación de la Norma Técnica para el Manejo de Emergencias de Atención de Urgencias Clínicas, en el nivel de atención de urgencias clínicas y nivel de atención de urgencias de emergencia, donde se ha desarrollado el primer curso de actualización de la Norma Técnica de atención de urgencias de emergencia.	Responsables de Consulta Externa	10/03/2018		IMP. EVIDENCIA
6	REVISIÓN CLÍNICA	Revisión de la historia y antecedentes de paciente	Capacitación de la Norma Técnica para el Manejo de Emergencias de Atención de Urgencias Clínicas, en el nivel de atención de urgencias clínicas y nivel de atención de urgencias de emergencia, donde se ha desarrollado el primer curso de actualización de la Norma Técnica de atención de urgencias de emergencia.	Responsables de Consulta Externa	10/03/2018		IMP. EVIDENCIA
7	REVISIÓN CLÍNICA	Revisión de la historia y antecedentes de paciente	Capacitación de la Norma Técnica para el Manejo de Emergencias de Atención de Urgencias Clínicas, en el nivel de atención de urgencias clínicas y nivel de atención de urgencias de emergencia, donde se ha desarrollado el primer curso de actualización de la Norma Técnica de atención de urgencias de emergencia.	Responsables de Consulta Externa	10/03/2018		IMP. EVIDENCIA
8	REVISIÓN CLÍNICA	Revisión de la historia y antecedentes de paciente	Capacitación de la Norma Técnica para el Manejo de Emergencias de Atención de Urgencias Clínicas, en el nivel de atención de urgencias clínicas y nivel de atención de urgencias de emergencia, donde se ha desarrollado el primer curso de actualización de la Norma Técnica de atención de urgencias de emergencia.	Responsables de Consulta Externa	10/03/2018		IMP. EVIDENCIA
9	REVISIÓN CLÍNICA	Revisión de la historia y antecedentes de paciente	Capacitación de la Norma Técnica para el Manejo de Emergencias de Atención de Urgencias Clínicas, en el nivel de atención de urgencias clínicas y nivel de atención de urgencias de emergencia, donde se ha desarrollado el primer curso de actualización de la Norma Técnica de atención de urgencias de emergencia.	Responsables de Consulta Externa	10/03/2018		IMP. EVIDENCIA
10	REVISIÓN CLÍNICA	Revisión de la historia y antecedentes de paciente	Capacitación de la Norma Técnica para el Manejo de Emergencias de Atención de Urgencias Clínicas, en el nivel de atención de urgencias clínicas y nivel de atención de urgencias de emergencia, donde se ha desarrollado el primer curso de actualización de la Norma Técnica de atención de urgencias de emergencia.	Responsables de Consulta Externa	10/03/2018		IMP. EVIDENCIA

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



FICHA DE MONITOREO

Martela Romero Ortiz
O B 7 8 5 8 5
COR: 6087

PRESE:	HOSPITAL SANJOAQUÍN	TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2018
UPES:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	RESP EPIDEMIOLOGÍA	SEMAYOR:	(DDMMAAAA)
TITULAR RESPONSABLE PRESE:	M.C. CARLOS ALFREDO LUQUE LOAYZA	RESP DE LA UPES:	DR. CHARRA CHARRA MARTÍNEZ		
RESP DE ADMINISTRACIÓN:	DINA ROSA FARIAS SARRASUA	RESP OFC. ANEXO CALZADO:	DR. SANCHEZ ANDRÉS ESPINOSA VEGÓCERIZ		
RESP OFTODIAGNÓSTICO ENTUBERIAL:	LIC ENF PEDRO QUISPE CHAVEZ	OTROS RESPONSABLES:	DR. ORTIZ MANUELA ROBERTO ORTIZ		
			LIC. ENF YANIEL VILLALBA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROGRAMA	BIENES PRÁCTICAS	VERIFICADOR INICIAL	ACCIONES DE MEJORA CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CÓDIGO)	PLAZO (días/horas)	MONITOREO (días/horas)	IMPLEMENTACIÓN
01	REVISIÓN EN LA UPES	Seguir a hacer el registro de actividades de asistencia de riesgo en personal asistencial	Realizar un CV, según sistema anterior y lo actualizar y reportar actividad nueva en registro de parte del médico consulto	Jefe de la UPES Cabañas	INMEDIATO		REALIZADA
04	PREVENCIÓN DE LA FUERZA DE PACIENTES	En todas las actividades para evitar el riesgo potencial de tipo: "bata" en casos de traslado, salida y ingreso, considerando el riesgo de caídas de pacientes en riesgo	Realizar un caso de estudio de tipo de paciente con potencial de caídas	Jefe de la UPES Cabañas y Espinoza	INMEDIATO		REALIZADA
05	IDENTIFICACIÓN	Realizar identificación y foto	Implementación de stickers de tipo en el estante	Administración y Logística	INMEDIATO		REALIZADA
06	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Presentar lista de pacientes de identificación y foto para registrarse con personal y familia	Implementación de identificación del paciente en la UPES	Administración y Logística	INMEDIATO		REALIZADA
07	IDENTIFICACIÓN EN LA UPES	Seguir a hacer y/o validar los cuestionarios y encuestas a pacientes en la UPES	Planificar actividades de identificación del paciente en el Hospital	Administración y Responsables de Hospitalidad	INMEDIATO		REALIZADA
08	PREVENCIÓN DE LA FUERZA DE PACIENTES	Controlar de los procedimientos y procesos que se realicen en caso de tipo de paciente	Planificar un caso de tipo de incidente relacionado con tipo de paciente que ocurre en la UPES	Jefe de la UPES Cabañas	24 HORAS		REALIZADA
09	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Proceder con atención adecuada, calma, información, medidas preventivas, procedimientos reportados en el manual y registro de los datos de identificación de los pacientes	Realizar la capacitación de una hora de actualización de todos los procedimientos de identificación de pacientes en la UPES	Jefe de la UPES Cabañas			REALIZADA
10	SEGURIDAD MEDICAL	Continuar con el paciente a ser ingresado a la sala de espera de los riesgos de los centros de atención de emergencia, identificación de riesgos, control de los procedimientos de identificación de los pacientes	Realizar un taller de seguridad médica con personal administrativo, enfermería y personal que trabaja en la UPES	Jefe de la UPES Cabañas	INMEDIATO		REALIZADA
11	SEGURIDAD MEDICAL	Controlar de la atención de pacientes y el riesgo de caídas que se realice en la UPES	Realizar un taller de seguridad médica con personal administrativo, enfermería y personal que trabaja en la UPES	Jefe de la UPES Cabañas	INMEDIATO		REALIZADA
12	IDENTIFICACIÓN	Identificación de procedimientos de identificación de los pacientes	Implementación de stickers de tipo en el estante	Jefe de la UPES Cabañas	INMEDIATO		REALIZADA
14	IDENTIFICACIÓN	Continuar con la actualización de cuestionarios de identificación de los pacientes en la UPES y en el manual de procedimientos	Realizar un taller de actualización de cuestionarios de identificación de los pacientes en la UPES y en el manual de procedimientos	Jefe de la UPES Cabañas	INMEDIATO		REALIZADA
15	IDENTIFICACIÓN	Continuar con la actualización de cuestionarios de identificación de los pacientes en la UPES y en el manual de procedimientos	Realizar un taller de actualización de cuestionarios de identificación de los pacientes en la UPES y en el manual de procedimientos	Jefe de la UPES Cabañas	INMEDIATO		REALIZADA



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

IPRESS:	HOSPITAL SANDIA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:	31/05/2024 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. CARLOS LUQUE LOAYZA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	CHIARA CHIARA MARITZA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	DRA. SONIA PAREDES BARRIGA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. SIMON JHONY ESPINOZA ORDOÑEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. PEDRO OVIEDO	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	OBSTA MARIELA ROMERO ORTIZ		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. YANINA VELASQUEZ ORTEGA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	75%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	67%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	67%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	91%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS LUPP	56%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSEGURIDAD	63%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%
PROMEDIO	78%

[Signature]
Mariela Romero Ortiz
OBSTETRA
COP. 4007

[Signature]
Carlos Luque Loayza
DIRECTOR HOSPITAL SANDIA
CMP, N° 98685

[Signature]
LIC. PEDRO OVIEDO
ENFERMERO
C.E.P. 98231

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO
78%

[Signature]
LIC. YANINA VELASQUEZ ORTEGA
ENFERMERA



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

IPRES:	HOSPITAL SANORA	TRIMESTRE:	8 TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	31/05/2024	REGISTRADO:	(XXXXXXXXXX)
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	M.C. CARLOS LUIS LOAYZA	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	CARRERA CHARRA MARTIZA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DOA. SONIA FAREDES BARRIGA	RESP. DE LA UPSS:	M.C. BRICH JHONY ESPINOZA GARCÍA		
RESP. OFICINA DE ENFERMERÍA:	L.C. ENF. PEDRO QUIRPE OVIEDO	RESP. OFICINA CALIDAD:	CRISTINA MARCELA ROMERO ORTIZ		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. YANIRA VELÁSQUEZ ORTEGA		

M.C. ROMERO ORTIZ
 O.B.S. 3.3.1.
 COR. 2027

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

PRECEDENCIA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INDEBIDO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (determinada)
24	HISTORIA CLÍNICA	Registro de la Práctica Histórica Clínica, así como, una, investigación, estado de salud.	Capacitación de la Norma Técnica NTE N°138-2018-SALUD DE GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS, en concordancia al 4.3. DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS, en relación con el punto 4.3.1. de las historias clínicas, según el caso se pueda al ser de acuerdo a los siguientes:	Cuadro de Control Jefe de la UPSS	10/05/2024
8	HISTORIA CLÍNICA	Registro completo de la historia del paciente, dentro del BEHS, IP de HCL, Normas y Apéndice del Protocolo, con el fin de garantizar: Edad, Sexo, Dirección, Procedimiento, Tratamiento, Turnos, DNI, Registro, Estado Civil, Identificación, Negligencia, Acreditación y Transparencia en su uso.	Capacitación de la Norma Técnica NTE N°138-2018-SALUD DE GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS, en concordancia al numeral 4.1.1. ESTRUCTURA BÁSICA, 1) Identificación del Paciente.	Cuadro de Control Jefe de la UPSS	10/05/2024
28	RESUMEN EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementar y validar la NT de eventos adversos con el comité técnico	Jefe de la UPSS Calidad	10/05/2024
34	HISTORIA CLÍNICA	Registro del nombre del paciente en todos los folios de la HCL	Capacitación de la Norma Técnica NTE N°138-2018-SALUD DE GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS, en concordancia al numeral 4.1.1. ESTRUCTURA BÁSICA, 1) Identificación del Paciente.	Jefe de la UPSS Calidad	10/05/2024
18	HISTORIA CLÍNICA	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de entrada, Acreditación, Signos Vitales, Acreditación Clínica, Tratamiento, Dosis, Intervención de enfermería y procedimientos, Ingresos y Plan de trabajo, Signos Vitales y Diagnóstico del paciente hospitalizado.	Capacitación de la Norma Técnica NTE N°138-2018-SALUD DE GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.	Jefe de la UPSS Calidad	10/05/2024
4	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro de los y/o nivel de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Validar la NT sobre eventos adversos en implementación en la UPSS	Jefe de la UPSS Calidad	10/05/2024
42	HISTORIA CLÍNICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los contenidos de apoyo al Algoritmo de trabajo en la Oficina de Atención al Usuario.	Capacitación de la Norma Técnica NTE N°138-2018-SALUD DE GESTIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS.	Jefe de la UPSS y Calidad	10/05/2024
24	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro de los y/o nivel de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Registrar y validar los incidentes de trabajo de un paciente interno	Jefe de la UPSS y Calidad	10/05/2024
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS CAÍDAS POR #FIZCIÓN	Notificación de eventos por eventos prevenibles y prevenidos en un registro clínico, validando en los formatos de implementación de validación en un registro clínico de la aplicación de sistemas por eventos prevenidos los incidentes internos	Implementar la validación en un registro clínico de la aplicación de sistemas por eventos prevenidos los incidentes internos	Jefe de la UPSS	10/05/2024

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

IPRES:	HOSPITAL BARRO	TRIMESTRE:	8 TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPRES:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	31/05/2024	(DDMMAAAA)	
TITULAR RESPONSABLE PRES:	M.C. CARLOS LUQUE LONZA	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	CHARRA CHARRA MARTZA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DRA. SONIA PAREDES BARRIGA	RESP. DE LA UPRES:	M.C. SIMÓN JHONY ESPINOZA ORDÓÑEZ		
RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. PEDRO QUIRPE OVEDO	RESP. OFICINA MEDICINA:	ORBITA MARIELA ROMERO ORTIZ		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. YAMIRA VELÁSQUEZ ORTEGA		

Handwritten signature
Martela Romero Ortiz
 C.O.P.S. 23785

ACTIVIDADES

PRIOIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (MM/AAAA)
04	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente caído en el área de hospitalización.	Revisar adherencia implementado día anterior con la sala de emergencias del Hospital	Director del Hospital, Jefe de la UPRES Logística	30/05/2024
04	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento y protocolo que se active en caso de fuga de pacientes.	Elaborar un Protocolo que se active en caso de fuga de pacientes	Jefe de la UPRES	30/05/2024
04	PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Reincubación de la gela de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Elaborar el Protocolo de atención de úlceras por presión	Jefe de la UPRES	30/05/2024
04	SEGURIDAD DE LA UPRES	Toda el sistema de trabajo se encuentra cerca del paciente y sala operatoria.	Implementar el Sistema cerca de la unidad del paciente	Director del Hospital, Jefe de la UPRES	30/05/2024
04	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTROLES DE CALIDAD	Paciente que se cae al caminar, al estar en silla de ruedas, al estar en cama, al estar en el baño, al estar en el pasillo, al estar en el área de atención.	Implementar un protocolo regular en los centros de los pacientes implementados por medio de cartas con reglas para evitar accidentes	Jefe de la UPRES Logística	30/05/2024
05	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente hace llamadas de identificación y los datos registrados son incorrectos y erróneos.	Implementar a la UPRES los protocolos personalizados con la identificación del paciente	Directora Logística	28/05/2024
04	PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de gela de atención de úlceras por presión según protocolo.			
04	PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Proceder al registro de la aplicación de las pastillas con el sistema por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos ambulatorios y familiares.			
04	RIESGO DE CAÍDAS	Disponibilidad de papel toalla en todas las habitaciones.	Proporcionar papel de toalla en el Laboratorio de la UPRES	Jefe de la UPRES Logística	15/05/2024
04	RIESGO DE CAÍDAS	Completado del solo herramienta personal de uso de normas IIR	efectuar el solo herramienta personal de la UPRES	Jefe de la UPRES Logística	15/05/2024
	INFORMACIÓN	Manejo de dispositivos de asistencia de diagnóstico epidemiológico sobre, vehículos y transporte de salud en la UPRES.			

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

FICHA DE MONITOREO

PRESENTE	HOSPITAL, SALIDA	TRIMESTRE	8 TRIMESTRE	AÑO	2018
UPRES	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN	08/08/2018	SECTOR	COMUNALIDAD
TITULAR RESPONSABLE PRESENTE	M.C. CARLOS LUGAR LOAYZA	RESP. RESPONSABLE UPRES	DR. CARLOS LUGAR LOAYZA	RESP. RESPONSABLE UPRES	M.C. BRUNO JIMMY ESPINOZA OCHOA
RESP. DE ADMINISTRACIÓN	DR. BORJA FERRERES BARRIGA	RESP. DE LA UPRES	DR. BORJA FERRERES BARRIGA	RESP. DE LA UPRES	DR. BORJA FERRERES BARRIGA
RESP. DE SUPERVISIÓN	DR. ENF. PEDRO QUEPES OCHOA	RESP. DE LA UPRES	DR. ENF. PEDRO QUEPES OCHOA	RESP. DE LA UPRES	DR. ENF. PEDRO QUEPES OCHOA
RESP. DE ATENCIÓN	DR. ENF. PEDRO QUEPES OCHOA	RESP. DE LA UPRES	DR. ENF. PEDRO QUEPES OCHOA	RESP. DE LA UPRES	DR. ENF. PEDRO QUEPES OCHOA
RESP. DE ATENCIÓN	DR. ENF. PEDRO QUEPES OCHOA	RESP. DE LA UPRES	DR. ENF. PEDRO QUEPES OCHOA	RESP. DE LA UPRES	DR. ENF. PEDRO QUEPES OCHOA

Mirtela Romero Ochoa
 08/08/2018
 CM-1-2018

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROBLEMA	INDICADOR	INDICADOR NECESARIO	ACCIONES DE MEJORA-CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO	MONITORIO	IMPLEMENTACIÓN
24	MEJORA CLÍNICA	Seguimiento de la Práctica (según el nivel de evidencia, calidad de evidencia, estado de evidencia)	Capacitación de la Norma Técnica NTS 0173-2018 MINISTERIO DE SALUD en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes.	Comité de Calidad de la UPRES	CONTINUO	SEMANAL	SELECCIONADO
6	MEJORA CLÍNICA	Seguimiento de la Práctica (según el nivel de evidencia, calidad de evidencia, estado de evidencia)	Capacitación de la Norma Técnica NTS 0173-2018 MINISTERIO DE SALUD en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes.	Comité de Calidad de la UPRES	CONTINUO	SEMANAL	SELECCIONADO
28	SEGURIDAD EN LA UPRES	Seguimiento de la Práctica (según el nivel de evidencia, calidad de evidencia, estado de evidencia)	Capacitación de la Norma Técnica NTS 0173-2018 MINISTERIO DE SALUD en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes.	Comité de Calidad de la UPRES	CONTINUO	SEMANAL	SELECCIONADO
34	MEJORA CLÍNICA	Seguimiento de la Práctica (según el nivel de evidencia, calidad de evidencia, estado de evidencia)	Capacitación de la Norma Técnica NTS 0173-2018 MINISTERIO DE SALUD en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes.	Comité de Calidad de la UPRES	CONTINUO	SEMANAL	SELECCIONADO
19	MEJORA CLÍNICA	Seguimiento de la Práctica (según el nivel de evidencia, calidad de evidencia, estado de evidencia)	Capacitación de la Norma Técnica NTS 0173-2018 MINISTERIO DE SALUD en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes.	Comité de Calidad de la UPRES	CONTINUO	SEMANAL	SELECCIONADO
9	SEGURIDAD EN LA UPRES	Seguimiento de la Práctica (según el nivel de evidencia, calidad de evidencia, estado de evidencia)	Capacitación de la Norma Técnica NTS 0173-2018 MINISTERIO DE SALUD en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes.	Comité de Calidad de la UPRES	CONTINUO	SEMANAL	SELECCIONADO
40	MEJORA CLÍNICA	Seguimiento de la Práctica (según el nivel de evidencia, calidad de evidencia, estado de evidencia)	Capacitación de la Norma Técnica NTS 0173-2018 MINISTERIO DE SALUD en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes.	Comité de Calidad de la UPRES	CONTINUO	SEMANAL	SELECCIONADO
34	SEGURIDAD EN LA UPRES	Seguimiento de la Práctica (según el nivel de evidencia, calidad de evidencia, estado de evidencia)	Capacitación de la Norma Técnica NTS 0173-2018 MINISTERIO DE SALUD en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes.	Comité de Calidad de la UPRES	CONTINUO	SEMANAL	SELECCIONADO
41	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS LESIONES POR CAÍDAS	Seguimiento de la Práctica (según el nivel de evidencia, calidad de evidencia, estado de evidencia)	Capacitación de la Norma Técnica NTS 0173-2018 MINISTERIO DE SALUD en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes.	Comité de Calidad de la UPRES	CONTINUO	SEMANAL	SELECCIONADO
41	PREVENCIÓN DE LAS LESIONES POR CAÍDAS	Seguimiento de la Práctica (según el nivel de evidencia, calidad de evidencia, estado de evidencia)	Capacitación de la Norma Técnica NTS 0173-2018 MINISTERIO DE SALUD en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes, en el uso de la evidencia científica en la atención de pacientes.	Comité de Calidad de la UPRES	CONTINUO	SEMANAL	SELECCIONADO



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

FICHA DE MONITOREO

PRESE:	HOSPITAL GENERAL	TRIMESTRE:	5 TRIMESTRE	AÑO:	2015/2016	PISE:	
UPES:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACION:			COORDINADORA:		
TITULAR RESPONSABLE PRES:	M.C. GABRIEL LUQUE LOAYZA	RESP. ENFERMERIA:	CHARRA CHARRA MARTIZA		RESP. DE LA UPES:	M.C. SIMON JIMMY ESPANZA CROCOZE	
RESP. DE ADMINISTRACION:	DRA. SONIA FERRERIS BARRIGA	RESP. OFICINA MEDICINA CALIDAD:	DRA. MARIELA HUMBERTO GENTE		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ESP. VANINA VELAZQUEZ ORTIZ	
RESP. DE INGENIERIA OPERATIVA:	LIC. ESP. PEDRO GUARPE OVEDO						

0 5 2 5 9 1 6
 Cms. 10/05
 Matilda Romero Ortiz

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROPIEDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICACIONES ESSENCIALES	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (RONDAS)	PLAZO (SEMANAS)	SEGUIMIENTO (SEMANAS)	IMPLEMENTACIÓN
04	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE SUJETOS	Revisión de los procedimientos e impresión con los datos de cada tipo de paciente.	Validar los procedimientos con los datos de cada tipo de paciente.	JAN de la UPES	SEMANA	SEMANA	SELECCIONAR
04	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS OLAS DE CALIDAD (por ejemplo)	Procedimientos de la guía de atención para la prevención y control de riesgos por paciente.	Actualizar y validar los protocolos de atención por paciente.	JAN de la UPES	SEMANA	SEMANA	SELECCIONAR
05	SEGUIMIENTO EN LA UPES	Checklist e impresos de llenado en el momento de ingreso de paciente y cada semana.	Actualizar el listado de ingreso de pacientes en la unidad de pacientes.	Equipo del Hospital con la UPES	SEMANA	SEMANA	SELECCIONAR
04	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE FAMILIARES Y COORDINACIÓN ASISTENCIAL	Proceso con acciones planificadas: visitas, notificaciones, llamadas personalizadas, presentación personalizada de la historia y actualización de los datos correspondientes de cada paciente.	Preparación regular en los centros de los pacientes hospitalizados por medio de visitas con agendas para cada semana establecida.	JAN de la UPES / Logística	SEMANA	SEMANA	SELECCIONAR
05	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Proceso para asegurar los identificadores y los datos registrados con precisión y completitud.	Regularizar en la UPES los registros personales con la identificación del paciente hospital.	Equipo Logística	SEMANA	SEMANA	SELECCIONAR
04	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS OLAS DE CALIDAD (por ejemplo)	Aplicar la guía de llenado de datos por paciente según variables.					
04	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS OLAS DE CALIDAD (por ejemplo)	Preparación e impresión de la agenda de los pacientes con agendas por paciente, según el procedimiento establecido para la actualización de datos.	Preparación regular en los centros de los pacientes hospitalizados por medio de visitas con agendas para cada semana establecida.	JAN de la UPES / Logística	SEMANA	SEMANA	SELECCIONAR
05	REGISTRO DE DATOS	Completamiento de registros de todos los pacientes.	Preparación para la actualización de los datos de la UPES.	JAN de la UPES / Logística	SEMANA	SEMANA	SELECCIONAR
05	REGISTRO DE DATOS	Completamiento de datos correspondientes a cada caso de la semana 1 y 2.	Actualizar el listado de pacientes hospitalizados en la UPES.	JAN de la UPES / Logística	SEMANA	SEMANA	SELECCIONAR
05	REGISTRO DE DATOS	Revisión de los datos de actividades de enfermería, diagnósticos, visitas, variables y resultados de cada tipo de UPES.	Actualizar el listado de pacientes hospitalizados en la UPES.	JAN de la UPES / Logística	SEMANA	SEMANA	SELECCIONAR
05	REGISTRO DE DATOS	Revisión de los datos correspondientes a cada paciente y seguimiento de la calidad de atención de los datos.					
05	REGISTRO DE DATOS	Revisión de los datos de los pacientes y seguimiento de la Unidad Funcional de Gestión de Salud.					

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

FICHA DE MONITOREO

PRESENTE	HOSPITAL SANJOSE	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	5 TRIMESTRE	AÑO	INTERVALO	2024
UBICACIÓN	HOSPITAL SANJOSE	REGIÓN ADMINISTRATIVA	CHIMORA	CHIMORA	GOBIERNO REGIONAL	CHIMORA
TÍTULO DEL RESPONSABLE DEL RIESGO	M.C. CAROLIN LIDIA OLIVERA	REGIÓN DE LA UNIDAD	M.C. SINCEN ALBERTO ESPINOZA SANCHEZ	ORGANISMO MATERIA PROMOTOR ORGANISMO	ORGANISMO MATERIA PROMOTOR ORGANISMO	ORGANISMO MATERIA PROMOTOR ORGANISMO
NEP - DE ADMINISTRACIÓN	SNA, SINA, SINA, SINA, SINA, SINA, SINA	REGIÓN DE LA UNIDAD	REGIÓN DE LA UNIDAD	ORGANISMO MATERIA PROMOTOR ORGANISMO	ORGANISMO MATERIA PROMOTOR ORGANISMO	ORGANISMO MATERIA PROMOTOR ORGANISMO
NEP - DE IMPLEMENTACIÓN	UCL, DPC, FERRON OLIVERA OLIVERA	REGIÓN DE LA UNIDAD	REGIÓN DE LA UNIDAD	ORGANISMO MATERIA PROMOTOR ORGANISMO	ORGANISMO MATERIA PROMOTOR ORGANISMO	ORGANISMO MATERIA PROMOTOR ORGANISMO

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROCESO	SEÑAL PRINCIPAL	VERIFICACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES DE MEDIDA CORRECTIVA	RESPONSABLE (ORGANO)	PLAZO (ESTIMADO)	MONITOREO (IMPLEMENTACIÓN)	REALIZACIÓN (IMPLEMENTACIÓN)
M4	PROYECTO DE PLAN DE CALIDAD	Toda actividad que sea parte o consecuencia de la UCL y de acuerdo con lo establecido en el presente Plan de Calidad.	Implementar con medidas correctivas basadas en la UCL.	Controlar actividades de calidad.	Medio plazo	Medio plazo	Medio plazo
M4	PROYECTO DE PLAN DE CALIDAD	Indicador de que el UCL debe ser el que define el establecimiento, para ser la base de los procedimientos, normas, políticas y guías de calidad.	Definir el UCL de acuerdo a las necesidades de los servicios de salud.	Controlar actividades de calidad.	Medio plazo	Medio plazo	Medio plazo
M4	PROYECTO DE PLAN DE CALIDAD	Indicador de que el UCL debe ser el que define el establecimiento, para ser la base de los procedimientos, normas, políticas y guías de calidad.	Definir el UCL de acuerdo a las necesidades de los servicios de salud.	Controlar actividades de calidad.	Medio plazo	Medio plazo	Medio plazo

Martela Romero
 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 P. N. P.



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

IPRESS:	HOSPITAL SANDIA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACION:	29/06/2024 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. CARLOS LUQUE LOAYZA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	CHIARA CHIARA MARITZA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	SONIA PAREDES BARRIGA	RESP. DE LA UPSS:	OBSTA BLANCA ALEGRE ADCO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. PEDRO QUIRSE OMEDO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	OBSTA MARIELA ROMERO ORTIZ		
		OTROS RESPONSABLES:	M.C. ROBERTO PILLCO LUQUE		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	63%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	43%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	86%
HIGIENE DE MANOS	67%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	80%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

80%

[Signature]
 O R O
 O B S E R V A
 M
 M
 O 0 1 0 9 2 0 2 4

[Signature]

[Signature]
 Lic. Carlos Luque Loayza
 Unidad de Gestión de Calidad
 Hospital Sandia
 C.H.P. N° 98885

[Signature]
 Lic. Pedro Quirse Omedo
 ENFERMERO
 C.E.P. 59231

[Signature]
 Lic. Mariela Romero Ortiz
 ENFERMERA
 C.E.P. 73823



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

IMPRESO:	HOSPITAL SIMONA	TRIMESTRE:	3º TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPIS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACIÓN:	24/09/2024 (DDMM/AAAA)		
TITULAR RESPONSABLE E IMPRES:	M.C. CARLOS LUQUE LOAYZA	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	CHRANA CHIMBA MARITZA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	SOMIA PAREDES BARRIGA	RESP. DE LA UPIS:	ORISTA BLANCA ALEGRE ADOO		
RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. PEDRO GUSPE OMEDO	RESP. OFICINA UNIDAD CALIDAD:	ORISTA BARELA ROMERO ORTEZ		
		OTROS RESPONSABLES:	M.C. ROBERTO PILCO LIQUE		

MARIELA ROMERO ORTEZ
 COO. 1018

ACTUALIZACIÓN TIPOLOGÍA

PROXIMIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (DD/MM/AAAA)
36	HISTORIA CLÍNICA	Registro de las Prácticas (registro de historia, acta, derivaciones, estado de salud)	Completar la Norma Técnica NTS 0713-MINSA/ MINSA DE DECISION EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS, en cumplimiento de la Ley de Historia Clínica, numeral 4.2.7. Todas las historias clínicas debe de ser completadas, de acuerdo con las directrices e reglas que figuran en la Guía de procedimientos de la N.T.C. Mejor al menos en paralelo al por no estar en los registros.	Jefe de la UPIS, Unidad de Calidad	15/07/2024
8	HISTORIA CLÍNICA	Registro completo de la Historia del paciente, Signo del CEEG, nº de NCI, Nombre y Apellido del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Dirección, Presentación, Teléfono, DNI, Signos, Datos del historial, Diagnóstico, Signos, Complicaciones o Responsables de por el caso.	Completar de la Norma Técnica NTS 0713-MINSA/ MINSA DE DECISION EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS, en cumplimiento de la Ley de Historia Clínica, numeral 4.2.7. Todas las historias clínicas debe de ser completadas, de acuerdo con las directrices e reglas que figuran en la Guía de procedimientos de la N.T.C. Mejor al menos en paralelo al por no estar en los registros.	Jefe de la UPIS, Unidad de Calidad	15/07/2024
28	HISTORIA CLÍNICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCL y en algún modo de registro electrónico.	Realizar e implementar la Norma Técnica sobre eventos adversos y su registro y notificación.	Jefe de la UPIS, Unidad de Calidad	15/07/2024
34	HISTORIA CLÍNICA	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos al paciente.	Notificar la Norma técnica Salud de Calidad en la Historia Clínica.	Jefe de la UPIS, Unidad de Calidad	15/07/2024
18	HISTORIA CLÍNICA	Registro de los diagnósticos con modificación DE SI A DIFERENTE DE COMPROMISO (presenciales o telefónicos)	Notificar la Norma técnica Salud de Calidad en la Historia Clínica.	Jefe de la UPIS, Unidad de Calidad	15/07/2024
4	HISTORIA CLÍNICA	Registro del historial del paciente en todos los tipos de HCL.	Notificar la Norma técnica Salud de Calidad en la Historia Clínica.	Jefe de la UPIS, Unidad de Calidad	15/07/2024
42	HISTORIA CLÍNICA	Registro de eventos del paciente: Fiebre y sus etiologías, Apendicitis, Sepsis, Apendicitis, Otitis, Tonsilitis, DNI, vacunación de pacientes y familiares, temperatura y Pico de saturación, Signos, estado de conciencia del paciente, responsabilidad.	Notificar la Norma técnica Salud de Calidad en la Historia Clínica.	Unidad y Responsables de Consulta Externa	15/07/2024
24	SEGURIDAD EN LA UPIS	Personal concurso del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Notificar la Norma Técnica sobre eventos adversos y su registro y notificación.	Unidad y Responsables de Consulta Externa	15/07/2024
58	PROMOCIÓN Y MANEJO DE EQUIPOS	Notificación de que la UPIS cuenta con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos (mantenimiento preventivo no reparable).	Implementar el Plan Anual de Mantenimiento de equipos (preventivo no reparable).	Unidad de Hospital y Jefe de Unidades dentro de la UPIS	20/07/2024
				Jefe de la UPIS, Unidad de Calidad	20/07/2024



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

IPRESS:	HOSPITAL SANORA	TRIMESTRE:	8 TRIMESTRE	AÑO:	2016	ISSA	00000000000000000000
UPRES:	CONSULTA EXTERNA	FECHA APLICACION:	20/03/2016				
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.G. CARLOS LUGRE LORITZA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	CRISTINA CHIGRA MARITZA				
RESP. DE ADMINISTRACION:	SONIA PAREDES BAURIGA	RESP. DE LA UPRES:	CRISTINA BLANCA ALEGRE ADOO				
RESP. DPTOSERVICIO EMERGENCIA:	LIC. ENF. PEDRO GUAYE OVIEDO	RESP. OFICINA DE CALIDAD:	CRISTINA MARIELA ROMERO ORTIZ				
OTROS RESPONSABLES:			M.C. ROBERTO PILCO LUGRE				

MARIELA ROMERO ORTIZ
 C.C. 0 8 8 3 3 3 3
 2016

ACTIVIDADES

PROPIEDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR NOBREGUNO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses/años)
01	SEGURIDAD EN LA UPRES	Regimen, lista o copia de verificación de actividades de trabajo del personal administrativo.	Realizar la UT sobre actividades de trabajo del personal administrativo.	Jefe de la UPRES. Control de Calidad	20/03/2016
02	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPRES proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención y parámetros de calidad y el personal para obtener atención.	Implementar el Manual de atención en la planta de la UPRES.	Jefe y Responsables de la UPRES	02/07/2016
03	PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Minutos y acciones que promuevan la adherencia a la logística de normas institucionales en áreas estratégicas.	Implementar los planes del fondo de acciones múltiples de riesgo.	Coordinador de Hospital Jefe de la UPRES Control Logística	20/03/2016
04	SEGURIDAD EN LA UPRES	Regimen, lista y copia de verificación de actividades de atención en la UPRES.	Conducir e implementar la Norma Técnica sobre eventos adversos y su registro y notificación.	Jefe de la UPRES. Control de Calidad	20/03/2016
05	PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Disponibilidad de personal para ser evaluado los tiempos.	Programar papel de trabajo en el Hospital de la UPRES.	Jefe de la UPRES Logística Control	16/03/2016
06	SEGURIDAD EN LA UPRES	Avances y plan de implementación sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Conducir e implementar la Norma Técnica sobre eventos adversos y su registro y notificación.	Jefe de la UPRES. Control de Calidad	20/03/2016
07	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE SERVICIOS	Verificación de que la UPRES cumple con atender al Paciente de Emergencia Precoz de todos sus niveles de atención (dentro de los niveles), mediante la implementación de los protocolos vigentes.	Implementar el Plan de Mejoramiento de la Atención de Emergencia Precoz en la UPRES.	Jefe de la UPRES. Control de Calidad	20/03/2016

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

FICHA DE MONITOREO

PRESE:	HOSPITAL SANDEA	TRIMESTRE:	AÑO:	UBI:
UPRES:	CONSULTA ESTEREA	FECHA APLICACIÓN:	SEMANA:	COMUNIDAD:
TITULAR RESPONSABLE PRIMER:	M.C. CARLOS LUQUE LOAYZA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	CRISTINA ORRIBAN MARRIETA	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	SOUSA FARRÉS BARRIOSA	RESP. DE LA UPEL:	CRISTINA BLANCA ALONSO ADOCO	
RESP. OPTIMIZACIÓN EFICIENCIA:	M.C. ENF. PIERRO GARCÍA DURÁN	RESP. OFIC. JERARQUÍA CLÍNICA:	CRISTINA MARCELA ROMERO ORTIZ	
		OTROS RESPONSABLES:	M.C. ROBERTO PILLCO LUQUE	

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROCESO	INDICADORES PRINCIPALES	VEEDOR RESPONSABLE	ACCIONES DE MEDICIÓN CORRECTIVA	RESPONSABLE (CÓDIGO)	PLAZO (FECHAS)	IMPACTO O BENEFICIO
24	SEGUIMIENTO CLÍNICA	Seguimiento de la evolución clínica de los pacientes, con énfasis en los diagnósticos, tratamientos, estado de salud.	Coordinación de la Nueva Unidad de Atención de las Mediciones Clínicas, en coordinación con el Comité de Seguimiento de la Calidad de la Atención al Paciente, para la implementación de acciones correctivas y seguimiento de las mismas.	Jefe de la UPEL - Comité de Calidad	18/07/2018	SELECCIONES
9	SEGUIMIENTO CLÍNICA	Seguimiento de la evolución clínica de los pacientes, con énfasis en los diagnósticos, tratamientos, estado de salud.	Coordinación de la Nueva Unidad de Atención de las Mediciones Clínicas, en coordinación con el Comité de Seguimiento de la Calidad de la Atención al Paciente, para la implementación de acciones correctivas y seguimiento de las mismas.	Jefe de la UPEL - Comité de Calidad	18/07/2018	SELECCIONES
28	SEGUIMIENTO CLÍNICA	Seguimiento de la evolución clínica de los pacientes, con énfasis en los diagnósticos, tratamientos, estado de salud.	Coordinación de la Nueva Unidad de Atención de las Mediciones Clínicas, en coordinación con el Comité de Seguimiento de la Calidad de la Atención al Paciente, para la implementación de acciones correctivas y seguimiento de las mismas.	Jefe de la UPEL - Comité de Calidad	18/07/2018	SELECCIONES
34	SEGUIMIENTO CLÍNICA	Seguimiento de la evolución clínica de los pacientes, con énfasis en los diagnósticos, tratamientos, estado de salud.	Coordinación de la Nueva Unidad de Atención de las Mediciones Clínicas, en coordinación con el Comité de Seguimiento de la Calidad de la Atención al Paciente, para la implementación de acciones correctivas y seguimiento de las mismas.	Jefe de la UPEL - Comité de Calidad	18/07/2018	SELECCIONES
18	SEGUIMIENTO CLÍNICA	Seguimiento de la evolución clínica de los pacientes, con énfasis en los diagnósticos, tratamientos, estado de salud.	Coordinación de la Nueva Unidad de Atención de las Mediciones Clínicas, en coordinación con el Comité de Seguimiento de la Calidad de la Atención al Paciente, para la implementación de acciones correctivas y seguimiento de las mismas.	Jefe de la UPEL - Comité de Calidad	18/07/2018	SELECCIONES
9	SEGUIMIENTO CLÍNICA	Seguimiento de la evolución clínica de los pacientes, con énfasis en los diagnósticos, tratamientos, estado de salud.	Coordinación de la Nueva Unidad de Atención de las Mediciones Clínicas, en coordinación con el Comité de Seguimiento de la Calidad de la Atención al Paciente, para la implementación de acciones correctivas y seguimiento de las mismas.	Jefe de la UPEL - Comité de Calidad	18/07/2018	SELECCIONES
42	SEGUIMIENTO CLÍNICA	Seguimiento de la evolución clínica de los pacientes, con énfasis en los diagnósticos, tratamientos, estado de salud.	Coordinación de la Nueva Unidad de Atención de las Mediciones Clínicas, en coordinación con el Comité de Seguimiento de la Calidad de la Atención al Paciente, para la implementación de acciones correctivas y seguimiento de las mismas.	Jefe de la UPEL - Comité de Calidad	18/07/2018	SELECCIONES
28	SEGUIMIENTO EN LA UPEL	Seguimiento de la evolución clínica de los pacientes, con énfasis en los diagnósticos, tratamientos, estado de salud.	Coordinación de la Nueva Unidad de Atención de las Mediciones Clínicas, en coordinación con el Comité de Seguimiento de la Calidad de la Atención al Paciente, para la implementación de acciones correctivas y seguimiento de las mismas.	Jefe de la UPEL - Comité de Calidad	18/07/2018	SELECCIONES
38	SEGUIMIENTO EN LA UPEL	Seguimiento de la evolución clínica de los pacientes, con énfasis en los diagnósticos, tratamientos, estado de salud.	Coordinación de la Nueva Unidad de Atención de las Mediciones Clínicas, en coordinación con el Comité de Seguimiento de la Calidad de la Atención al Paciente, para la implementación de acciones correctivas y seguimiento de las mismas.	Jefe de la UPEL - Comité de Calidad	18/07/2018	SELECCIONES
38	SEGUIMIENTO EN LA UPEL	Seguimiento de la evolución clínica de los pacientes, con énfasis en los diagnósticos, tratamientos, estado de salud.	Coordinación de la Nueva Unidad de Atención de las Mediciones Clínicas, en coordinación con el Comité de Seguimiento de la Calidad de la Atención al Paciente, para la implementación de acciones correctivas y seguimiento de las mismas.	Jefe de la UPEL - Comité de Calidad	18/07/2018	SELECCIONES

María Romero Ortiz
 CIP: 10547
 O B B B B B B B



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

FICHA DE MONITOREO

PROBLEMA:	INDICADOR:	TRIMESTRE:	AÑO:	SECTOR:
UPRES:	CONSULTA EXTERNA:	FECHA APLICACIÓN:		SECTOR (COMUNAS)
TITULAR RESPONSABLE PRES:	RESP. PROMOCIONAL:	RESP. PROMOCIONAL:	RESP. PROMOCIONAL:	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	M.C. CAROL DEL PUERTO LOAYZA	RESP. DE LA UPRES:	CHARRA CRISTINA MÉRITZA	
RESP. OFICINA DE INVESTIGACIÓN:	SONIA PAREDES BARRIGA	RESP. OFIC. ATENCIÓN CALIDAD:	CHRISTINA MARIBELA FORERO ORTIZ	
RESP. OFICINA DE INVESTIGACIÓN:	LUCY INF. PERDUEÑO GOMEZ	OTROS RESPONSABLES:	M.C. ROBERTO PELLUD LOAYZA	

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROBLEMA	INDICADOR	VERIFICADOR MEDIANO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (Ejemplo)	PLAZO (Ejemplo)	INDICADOR (Ejemplo)	IMPLEMENTACIÓN
30	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPRES dispone de un espacio adecuado para las rondas, horarios de atención y personal que brinda el servicio de atención al paciente.	Organizar el espacio de atención en la planta de la UPRES	Jefa de UPRES	2023/02/01		SELECCIONADO
31	INDICIO DE RIESGO	Identificar y clasificar los problemas de seguridad y el riesgo de eventos adversos en las intervenciones.	Implementar el proceso de gestión de riesgo (evaluación, clasificación y monitoreo)	Jefa de UPRES	2023/02/01		SELECCIONADO
32	SEGUIMIENTO EN LA UPRES	Seguimiento de los casos de riesgo y eventos adversos en la UPRES.	Implementar el proceso de gestión de riesgo (evaluación, clasificación y monitoreo)	Jefa de UPRES	2023/02/01		SELECCIONADO
33	INDICIO DE RIESGO	Identificar y clasificar los problemas de seguridad y el riesgo de eventos adversos.	Implementar el proceso de gestión de riesgo (evaluación, clasificación y monitoreo)	Jefa de UPRES	2023/02/01		SELECCIONADO
34	SEGUIMIENTO EN LA UPRES	Seguimiento de los casos de riesgo y eventos adversos.	Implementar el proceso de gestión de riesgo (evaluación, clasificación y monitoreo)	Jefa de UPRES	2023/02/01		SELECCIONADO
35	PREVENCIÓN DE RIESGO	Implementar acciones de prevención de eventos adversos en la UPRES.	Implementar el Plan de Mejoramiento de la Atención al Paciente en la UPRES	Jefa de UPRES	2023/02/01		SELECCIONADO

Mónica Romero Ortiz
 C.O.F. 0 9 3 3 3 3 1
 C.O.F. 0 9 3 3 3 3 1