



GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

REDESS DE SALUD LAMPA



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la Commemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

Lampa, 17 diciembre del 2024.

OFICIO N° 563 - 2024/GR-PUNO/GRDS/DIRESA-PUNO-D-REDESS-LAMPA/SGCID.

SEÑOR:
M.C. JEAN PAUL VALENCIA REINOSO
 Director Regional de Salud Puno
Puno.



ATENCION: Dirección de Sistema de Gestión de Calidad en Salud.

ASUNTO: REMITO INFORME TECNICO DE APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL ANTONIO BARRIONUEVO LAMPA.

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo, hace alcance del informe Técnico correspondiente al año 2024 (II semestre) aplicadas en el Hospital "Antonio Barrionuevo" de la REDESS Lampa; en cumplimiento al indicador de convenios de gestión (Ficha N° 43) Fortalecimiento de las gestión de riesgos en la atención y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de ficha de rondas de seguridad del paciente.

Adjunto el informe técnico y anexos Folio ().

Esperando su atención, aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas.

Atentamente.



GOBIERNO REGIONAL PUNO
 MINSU U.E. 413 SALUD LAMPA
 C.D. Sergio de Escobar Asto
 D.P. 32141
 DIRECTOR
 REG DE SALUD LAMPA



PUNO

GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDESS DE
SALUD LAMPA



Lampa, 16 de diciembre 2024.

INFORME TECNICO N° 028- 2024 GR/UE.412/RED DE SALUD LAMPA/SGC.

A : C.D. FRANK G. ESCOBAR JUSTO
DIRECTOR DE REDESS LAMPA

DE : LIC. ENF. SANDRA M. ESCOBAR JUSTO
Coordinadora del Área de Sistema de Gestión de la Calidad

ASUNTO : Elevo Informe Técnico de Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital "Antonio Barrionuevo" Lampa 2024.

Tenemos a bien de dirigirnos a usted, para saludarlo al mismo tiempo de hacer de su conocimiento, aplicación de la ficha de Ronda de Seguridad del Paciente del Hospital "Antonio Barrionuevo" Lampa, en los siguientes términos:

I. ANTECEDENTES.

Antecedentes legales y normativos nacionales e institucionales.

Según la Resolución Ministerial 163 2020/MINSA aprueba la Directiva Sanitaria N°92 MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión" La Rondas de Seguridad del paciente se aplica según los anexos de la norma técnica; del mismo se realiza la actividad con la finalidad de dar cumplimiento a Resolución Ministerial N° 105 2021/MINSA donde aprueba la directiva Administrativa N°304- MINSA/2021/DGOS" Directiva Administrativa que regula los aspectos metodológicos para la evaluación del cumplimiento de los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios alcanzados en el año 2024.

Datos Generales:

- 1.1 Institucional, departamento y servicio.
DIRESA – Puno, Redes Salud Lampa, Hospital Antonio Barrionuevo Lampa se realizó la Aplicación de Rondas en los Servicios: Patología, Nutrición y Dietética, Rehabilitación, Central de Esterilización, diagnóstico por imagen y Hospitalización.
- 1.2 Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo.

El Equipo de Rondas de seguridad del paciente del Hospital Antonio Barrionuevo está reconocido por la Resolución Directoral N°034-2024/D/REDESS- LAMPA/UPER.



PERU

GOBIERNO
REGIONAL PUNODIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNOREDESS DE
SALUD LAMPA

- Líder: M.C. Luis Alberto Velásquez Borda.
Director del Hospital Antonio Barrionuevo de Lampa
- Integrante: C.P.C. Alfredo Quezada Miranda
Responsable del Área de Administración o quien haga sus veces.
- Integrante: Lic. Enf. Martha Iris del Carpio Cardenas
Responsable de Calidad o quien haga sus Veces
- Integrante: Lic. Enf. Yenny Roxana Mendoza Yucra.
Responsable de la Unidad de Epidemiología.
- Integrante: Lic. Enf. Yolanda Quispe Torres
Responsable del Servicio de Enfermería del H.A.B. Lampa
- Integrante: Q.F. Libia Ochochoque Quilla
Responsable del Servicio De Farmacia

1.3 Cronograma de Rondas de seguridad con Acto Resolutivo, otro documento

Se ha remitido el cronograma de Rondas de seguridad elaborado por el equipo de rondas de Seguridad del paciente del Hospital Antonio Barrionuevo mediante. Documento OFICIO N°027 2024/DIRESA PUNO/UNIDAD EJEC.412-SALUD LAMPA/SGC.

II. ANÁLISIS:

2.1 Resultados:

2.1.1 Cumplimiento promedio de las buenas prácticas en la aplicación de Rondas de

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
30/03/2024	Diagnóstico por Imagen	98 %	Promedio
27/06/2024	Nutrición y Dietética	98 %	Promedio
29/02/2024	Patología clínica	93 %	Promedio
31/01/2024	Rehabilitación	56 %	PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO
31/04/2024	Central de Esterilización	89 %	
29/05/2024	Hospitalización	88 %	Promedio
II SEMESTRE	PROMEDIO	%	PROMEDIO

Se observa en la Tabla los resultados obtenidos durante las rondas de seguridad de salud del paciente realizados en hospital Antonio Barrionuevo Lampa en los diferentes servicios de Salud como en: Diagnóstico por imagen obteniendo un resultado de 98 % de cumplimiento de las buenas



Servicio de central de esterilización

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	67%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	89%

Servicio de rehabilitación.

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	93%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	57%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	83%
HIGIENE DE MANOS	14%
BIOSEGURIDAD	25%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	20%
PROMEDIO	56%

Servicio de Nutrición y Dietética.

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	86%
BIOSEGURIDAD	100%
PROMEDIO	98%



PERU

GOBIERNO
REGIONAL PUNODIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNOREDESS DE
SALUD LAMPA**Servicio de Hospitalización**

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	93%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	57%
PREVENCIÓN DE FUGA	67%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	63%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	75%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	88%

2.1.3. Información sobre acciones de mejora implementadas o en proceso de implementación en relación a los verificadores inseguros. POR UPSS

Servicio de Diagnóstico por imagen se logró un porcentaje de implementación 98%.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS	Riesgo importante	Socializar el llenado del formato de Eventos Adversos	Si cumplió
Personal conoce del sistema de registro	Riesgo importante	Socializar la importancia del registro y llenado de los eventos adversos	Si se implemento
La UPSS proporciona información sobre información sobre sus servicios , horarios de atención a pacientes y/o	Riesgo Importante	Implementar y publicar en parte visible el horario de atención	Si se cumplió



PERU

GOBIERNO
REGIONAL PUNODIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNOREDESS DE
SALUD LAMPA

familiares y el proceso para obtener la atención			
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos	Riesgo importante	Implementar el uso de Brazalete	No se cumplió
Análisis y plan de intervención sobre la información	Riesgo Importante	Realizar el análisis de eventos adversos	Si se cumplió
Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo el cual debe de concordar con la información registrada en la historia clínica	Riesgo Importante	Realizar asistencia técnica en el llenado de historias clínicas	si se cumplió
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	Riesgo importante	Implementar con los formatos de accidente de trabajo	Si se cumplió
Porcentaje de cumplimientos >80% del requisito de realizar a la higiene de las manos durante la actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos	Riesgo importante	Socializar la guía Técnica de Higiene de manos	Si se cumplió

El servicio de diagnóstico por imágenes se evidencia varios verificadores inseguros en los se implementaron acciones de mejora obteniendo un cumplimiento de 98% aun quedando pendiente de la implementación.

UPSS de Hospitalización.

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/ CORRECTIVAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	Riesgo importante	Realizar el análisis sobre eventos adversos	No se cumplió
Registro de los diagnósticos con codificación CIE 10 corresponde a presuntivo el diagnóstico definitivo	Riesgo importante	Continuar con la coordinación con los profesionales médicos del registro CIE 10	Si se cumplió



PERÚ

GOBIERNO
REGIONAL PUNODIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNOREDESS DE
SALUD LAMPA

Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en le brazalete del paciente como en el cartel visible	Riesgo moderado	Implementar el riesgo de caídas	No se cumplió
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	Riesgo moderado	Seguir implementado el formato de consentimiento informado para la actividad de docencia en la historia clínica	Si se cumplió
Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Riesgo moderado	Implementar con equipos biomédicos	En proceso
Verificación de la UPSS cuenta con un plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos Biomédicos	Riesgo moderado	Gestionar con el plan de mantenimiento	En proceso

UPSS Servicio NUTRICION Y DIETETICA: se logró implementar con acciones correctivas a un 98%

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Registro Físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos	Riesgo moderado	Socializar sobre eventos adversos con el personal de la UPSS	Si se implementó
Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón	Riesgo moderado	Poner en funcionamiento el lavamanos con agua y jabón	Si se cumplió
Utilización del formato de consentimiento para actividades de docencia	Riesgo moderado	Implementar el formato de consentimiento para actividades de docencia	Si se cumplió
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y	Riesgo moderado	Realizar análisis sobre eventos adversos	No se cumplió



(19.941)

GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDESS DE
SALUD LAMPA



eventos adversos			
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo	Riesgo Moderado	Implementar con registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo	si se cumplió
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos	Riesgo moderado	Solicitar al servicio de farmacia para su dotación	Si se cumplió

2.1.4 Información del análisis de indicadores.

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2024				
					I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad programadas}} \times 100$	PROCESO	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de verificadores conformes}}{\text{N}^\circ \text{ de verificadores evaluados}} \times 100$	RESULTADO	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
3	% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora implementadas}}{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	PROCESO Y RESULTADO	Trimestral	60%	62%	62%	100%	100%

II. Conclusiones

- Durante la aplicación de las rondas de seguridad del paciente en las UPSS del Hospital Antonio Barrionuevo, se obtuvo resultados satisfactorios en algunos ítems de verificación.
- La aplicación de las rondas de seguridad ayuda a mejorar brindar la atención con calidad a los usuarios.
- Con la aplicación de la lista de verificación nos ayuda a brindar una atención biopsicosocial al paciente.
- El personal de salud que labora en los diferentes servicios de salud con la aplicación de las rondas y verificadores; mejorara la atención al paciente a través de las acciones de mejora.

III. Recomendaciones

- Continuar con la implementación de mejoras en los diferentes servicios de salud en el hospital Antonio Barrionuevo Lampa.



PERU

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

REDES DE SALUD LAMPA



- Continuar aplicando las Rondas de seguridad del paciente en los diferentes servicios ello contribuirá a mejorar la atención con calidad al usuario.
- El personal de salud deberá de actualizarse sobre algunas normas y guías técnicas

IV. Anexos

1. Matriz de Riesgos (anexo 03). SERVICIO/UPSS
2. Priorización de intervenciones (anexo 06) SERVICIO/UPSS
3. Monitoreo de las acciones (anexo 07) SERVICIO/UPSS


Lic. Sandra M. Escobar Justo
ENFERMERA
CER N° 51437



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE	2 TRIMESTRE	AÑO	2014
IPSE:	ANTONIO BARRONHEVO (ASPA)	FECHA APLICACION:		2015-03-31	(MM/AA/AAAA)
UPSE:	DIAGNÓSTICO POR SEÑALES	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. YENNY BENDICHA YUCRA		
TITULAR RESPONSABLE IPSE:	M.C. LUIS VELARQUEZ BORDA	RESP. DE LA UPSE:	SILVANA AMANZO CARRITA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	ING. RAUL GUTIERREZ DIAZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. MARTHA DEL CARPO CORDERAS		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. VOLANDA QUIPPE TORRES	OFICIO RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
RESULTOS EN LA UNIDAD CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
MANEJO DE RIESGO	100%
ACTUALIZACIÓN	80%
PUNTO FUERTE Y ÁMBITO DE MEJORA	100%
PROMEDIO	88%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

88%


 Lic. Sandra M. Enríque Justo
 ENFERMERA
 CEP N° 51437



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRES:	ANTONIO BARRONUEVO (LARPA)	TRIMESTRE:	N° TRIMESTRE:	AÑO:	2024
UPSE:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	2024/02/26 (Miércoles)		
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	DR. LUIS VELÁSQUEZ BURDA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. YENNY BERROGDA YUCRA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. DE LA UPSE:	LIC. MAGALY SOTURAYUR GUERRA		
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA GARCÍA TORRES	RESP. OPC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. MARTHA DEL CARMO CARABIAS		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
ADOPCIÓN DE LA METODOLOGÍA	100%
DEFINICIÓN DEL RIESGO EN LA UPSE	80%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	80%
EXISTENCIA DE PLAN	80%
CUMPLIMIENTO DE LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTROLES DE MEDICACIÓN	100%
SEGURIDAD DE LA ALIMENTACIÓN	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	80%
CONSEJERÍA AL PACIENTE	100%
MANEJO DE MANEJO	100%
SEGURIDAD	80%
MANEJO DE MANEJO Y MANEJO DE RIESGO	100%
PROMEDIO	88%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

88%


 Lic. Sandra M. Escobar Justo
 ENFERMERA
 CEP N° 51437



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

PRESE:	ANTONIO BARRONERO (LAPSA)	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPES:	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	FECHA APLICACION:	18/11/2024 (98/10/2024)		
TITULAR RESPONSABLE PRESE:	DR. LUIS ALBERTO VELÁZQUEZ BORDA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. GLADYS TORRES GARCÉ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	ALFREDO QUEZADA MIRANDA	RESP. DE LA UPES:			
RESP. EPIDEMIOLOGIA DIFERENCIADA:	LIC. YOLANDA GIVRE TORRES	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. MARTINA DEL CARRO CORDERAS		
		OTROS RESPONSABLES:	G.F. LISA OCHOAQUE GUELLA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
ACCESO EN LA UNIDAD CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPES	90%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
MANEJO DE ADVERTENCIA	100%
EQUIPAMIENTO	100%
PLAN DE MANEJO Y MANEJO DE EMERGENCIAS	100%
PROMEDIO:	90%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

90%


 Lic. Sandra M. González Jofre
 ENFERMERA
 CEP N° 01437



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

PRESE:	ANTONIO BARRONUEVO (LAPPA)	SEMESTRE:	N° SEMESTRE:	AÑO:	2024
UPSE:	PATOLOGÍA CLÍNICA	FECHA APLICACIÓN:	20083024	(Módulo)	
TITULAR RESPONSABLE UPSE:	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. YENY MENDOZA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ALFREDO QUEZADA MIRANDA	RESP. DE LA UPSE:	BAYDA CARRERA CALA		
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA GRABER TORRES	RESP. OFC. UNIDAD CALIDAD:	BARTHA DEL CARRO CARDENAS		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA CARTILLA PLANA	100%
ESTADO DEL REGISTRO DE LA UPSE	91%
ENTREVISTAS COMPLETAS	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
MANEJO DE RIESGO	100%
SEGURIDAD	100%
PLANTEAMIENTO Y MANEJO DE RIESGO	87%
PROMEDIO	93%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

93%


Lic. Susana del Carmen Justo
ENFERMERA
CEP N° 51437



(IRI)

GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDES DE
SALUD LAMPA



ANEXO

N° 03



PERÚ

GOBIERNO
REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDES DE
SALUD LAMPA



ANEXO

N° 06

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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPDSE:	ARTURO BARRONERO (LAMBAYEQUE)	TRIMESTRE:	ESTRATEGIA:	AÑO:	SEM:
DTSE:	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	FECHA APLICACIÓN:	SE SESIÓN:	DOMINGOS	
TITULAR RESPONSABLE IPDSE:	M.C. LUIS VELAZQUEZ AYALA	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	YOVY ROSA VICTA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ALFREDO GONZALEZ BRANDA	RESP. DE LA IPDSE:	YOVY ROSA VICTA		
RESP. DE SERVICIO EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. DR. YOLANDA GONZALEZ TORRES	RESP. UNIDAD CALIDAD:	LIC. DR. MARTA DEL CARMEN		
		OTROS RESPONSABLES:			

VALORACIÓN DEL RIESGO

ALTO	30 - 34
MODERADO	4 - 19
BAJO	0 - 3

FACILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONÓMICA - CIENTÍFICA)

ALTA	1
PARCIAL	2
BAJA	3

DESCRIPCIÓN	%	VERIFICAR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
MONITOREO	100	SE REALIZA DE ACUERDO A LO PLANIFICADO	100	4	1	1
				1	1	
				2	1	
				3	1	
				4	1	
				5	1	
				6	1	
				7	1	
				8	1	
				9	1	
				10	1	
				11	1	
				12	1	
				13	1	
				14	1	
				15	1	
				16	1	
				17	1	
				18	1	
				19	1	
				20	1	
				21	1	
				22	1	
				23	1	
				24	1	
				25	1	
				26	1	
				27	1	
				28	1	
				29	1	
				30	1	
				31	1	
				32	1	
				33	1	
				34	1	
				35	1	
				36	1	
				37	1	
				38	1	
				39	1	
				40	1	
				41	1	
				42	1	
				43	1	
				44	1	
				45	1	
				46	1	
				47	1	
				48	1	
				49	1	
				50	1	

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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

PROJEC.	ANTONIO BARRONICO (LAPSA)	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2023
FEEL	SECRETARÍA DE REGULACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	16/12/2023	SECTOR:	(COMERCIAL)
TITULAR RESPONSABLE PROYEC.	DR. LUIS ALBERTO VELAZQUEZ BARRÓN	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. DAVID TORRES SUAREZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ALFREDO GONZALEZ MIRANDA	RESP. DE LA UPEL:			
RESP. EPT/SERVICIO EMPRESARIAL:	LIC. YOLANDA GÓMEZ TORRES	RESP. OIG/CIADAD CALIDAD:	LIC. MARTHA DEL CARRO CARRERA	OTROS RESPONSABLES:	DR. LUIS OCHOAQUE GONZA

VALORACIÓN DEL RIESGO

RIESGO ALTO	35 - 50
RIESGO INTERMEDIO	20 - 34
RIESGO BAJO	0 - 19

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONÓMICA - CIENTÍFICA)

FACTIBILIDAD ALTA	3
FACTIBILIDAD MEDIA	2
FACTIBILIDAD BAJA	1

NOMBRE PRÁCTICA	%	DEFINICIÓN	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PUNTO DE INTERVENCIÓN
ACTOS CLINICOS	100%	Se han de tomar en cuenta los procedimientos de atención de los pacientes que se ejecutan en todos los niveles.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Tratamiento de los pacientes con diagnóstico de COVID-19.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de primer nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de segundo nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de tercer nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de cuarto nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de quinto nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de sexto nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de séptimo nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de octavo nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de noveno nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de décimo nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de undécimo nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de duodécimo nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de decimotercer nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de decimocuarto nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de decimoquinto nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de decimosexto nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de decimoséptimo nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de decimoctavo nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de decimonoveno nivel.	100%	3	3	30
ACTOS DE ATENCIÓN	100%	Atención de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 en el nivel de atención de vigésimo nivel.	100%	3	3	30



PERÚ

GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCION REGIONAL
DE SALUD PUNO

REDESS DE
SALUD LAMPA



ANEXO

N° 07



FICHA DE MONITOREO

PRENOM:	ANTONIO MARY DOMESTO (LUMEN)	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2018	ZONA:	(DEPARTAMENTO)
UPEU:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	31-07-2018				
TÍTULO ASESORABLE (PROCESO):	DR. LUIS VELAZQUEZ BORDA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. YENNY MENDOZA YUCRA				
REG. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. DE LA UPEU:	LIC. MAGALY RODRIGUEZ SUAREZ				
RESP. OPTIMIZACIÓN ENFERMERÍA:	LIC. YOLANDA CUEVA TORRES	RESP. PROC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. MARTHA DEL CARMO CARRERAS				
		OTROS RESPONSABLES:					

91%

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

PROBLEMA	SOLUCIÓN PRÁCTICA	VERIFICADOR RESOLUCO	ACCIONES Y SEÑALES CORRECTIVAS	RESPONSABLES (NOMBRE)	PLAZO (FECHA)	MONITOREO (FECHA)	IMPLEMENTACIÓN
01	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	No se evidencian incidentes de identificación de pacientes y familiares.	Implementar los formatos de identificación de pacientes y familiares	Jefa de sala	Identificación	Identificación	SI
02	IDENTIFICACIÓN DE LA UPEU	Identificación de la UPEU se evidencia como el paciente y/o familiar.	Implementar el protocolo de identificación de pacientes y familiares	Jefa de sala	Identificación	Identificación	SI
03	PREVENCIÓN Y MANEJO DEL RIESGO DE CAÍDAS DEL PACIENTE	No se evidencia la gestión de riesgo de caídas en la UPEU.	Realizar capacitación a personal de enfermería en gestión de riesgo de caídas	Jefa de sala	Identificación	Identificación	SI
04	PREVENCIÓN DE LA PRESIÓN ULCEROSA EN EL PACIENTE	Se evidencia la colocación de almohadillas y cambios de posición de pacientes.	Realizar capacitación a personal de enfermería en gestión de riesgo de úlceras por presión	Jefa de sala	Identificación	Identificación	SI
05	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Se evidencia la identificación de pacientes con el nombre de sala de urgencias.	Realizar capacitación a personal de enfermería en gestión de riesgo de identificación de pacientes	Jefa de sala	Identificación	Identificación	SI
06	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Se evidencia la identificación de pacientes con el nombre de sala de urgencias.	Realizar capacitación a personal de enfermería en gestión de riesgo de identificación de pacientes	Jefa de sala	Identificación	Identificación	SI
07	PREVENCIÓN Y MANEJO DEL RIESGO DE LESIONES POR QUÍMICO	No se evidencia la gestión de riesgo de lesiones por químicos.	Realizar capacitación a personal de enfermería en gestión de riesgo de lesiones por químicos	Jefa de sala	Identificación	Identificación	SI
08							SELECCIONAR
09	IDENTIFICACIÓN	El paciente de Pregrado se evidencia con el "Código de Barras" y "Ficha de Identificación" para la identificación de su MHI.			Identificación	Identificación	SI



FICHA DE MONITOREO

PRESES	ANTONIO BARRERO (LAMPY)	TRIMESTRE:	1º TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPDI:	RED DE SALUD DE REHABILITACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	19/11/2024	UBI:	(08) BARRANCO
TU ASESORABLE PRESI:	DR. LUIS ALBERTO VELAZQUEZ BORDA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	L.C. GLADYS TORRES QUISPE		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ALFREDO QUISPE MENDOZA	RESP. OPT. TENDENCIA CALIDAD:	L.C. MARTHA DEL CANTO CARRERA		
RESP. DIFUSIÓN DE RIESGO:	L.C. YOLANDA CASPER TORRES	OTROS RESPONSABLES:	L.C. LISA COCHOCHOQUE GALLA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (en semanas)	MONITOREO (semanas)	IMPLEMENTACIÓN
01	SEGUIMIENTO DE LA UPDI	Verificar acción de seguimiento de la UPDI.	ACCIÓN DE MEJORA / CORRECTIVAS			
02	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.	Implementación de la UPDI. Los resultados de la revisión de la UPDI se reportan al comité de riesgo y al comité de calidad.	L.C. GLADYS TORRES QUISPE	15 días	SELECCIONADO
03	REVISIÓN DE LA UPDI	No se ha realizado la revisión de la UPDI.	L.C. GLADYS TORRES QUISPE			SELECCIONADO
04	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
05	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
06	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
07	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
08	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
09	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
10	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
11	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
12	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
13	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
14	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
15	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
16	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
17	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
18	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
19	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO
20	REVISIÓN DE LA UPDI	Revisión de la UPDI por parte de los asesores y del responsable de la UPDI.				SELECCIONADO

