



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Puno

Red de Salud San Román
Hospital Carlos Monge Medrano



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Dirección Regional de Salud Puno
TRAMITE DOCUMENTARIO
 19 DIC 2024
 Firma: *H* Hora: *12:51* Folios: *-67-*
Control de Recepción

Juliaca, 19 de diciembre de 2024

OFICIO Nro. 2617 -2024-DIRESA-PUNO/RED SAN ROMAN/UE-403/DE/GCS-RSSR

Señor:

M.C. Jean Paúl Guillermo Valencia Reynoso

Director Regional de Salud Puno

PUNO. -

Asunto : Remite informe técnico de Rondas de Seguridad Hospital. CMM-Juliaca

Atención : Dirección de Calidad en Salud – DIRESA Puno

Es grato dirigirme a usted para saludarle cordialmente y en relación al cumplimiento del informe del segundo semestre de Rondas de Seguridad del Paciente de acuerdo al criterio N.º 2 del indicador N.º 43 de Convenios de Gestión del año 2024, realizado en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Adjunto 66 folios

Sin otro particular, es ocasión de renovar mis consideraciones mas distinguidas.

Atentamente,



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMÁN

Dr. Jose Luis Mejia Quispe
CMP 32310 RNE 23899
DIRECTOR EJECUTIVO

C.c. archivo



GOBIERNO REGIONAL
PUNO

Dirección Regional
de Salud Puno

Red de Salud San
Román



"Año del bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Juliaca, 18 de Diciembre del 2024.

CARTA N° 117 - 2024-DIRESA-PUNO-RSSR-H.C.M.M/GC

SEÑORA:

Lic. Leilis Andía Marquéz

JEFE DE SALUD DE LAS PERSONAS

ATENCIÓN: Gestión de la Calidad

PRESENTE. -

ASUNTO: Remito Informe Semestral II de Rondas de Seguridad del Paciente.

Por intermedio del presente tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y al mismo tiempo remitir el Informe del Segundo Semestre de las Rondas de Seguridad del Paciente realizado de Julio a Diciembre en los diferentes servicios del Hospital Carlos Monge Medrano según Cronograma establecido; como parte del informe de los Indicadores de Gestión de la Calidad y a la vez en cumplimiento al Criterio N° 2 del Indicador N° 43 de Convenios de Gestión del año 2024, el cual busca contribuir a la mejora de la calidad de atención del paciente atendido en el Hospital Carlos Monge Medrano.

Agradeciendo la atención que merezca la presente, aprovecho la oportunidad para renovar le las consideraciones más distinguidas a su persona.

Atentamente,



HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Wendy Susana Epiz Corderos
ODONTÓLOGO AUDITOR
RMAO 025 - COP 10023

C.C.
ARCHIVO
Gv/Cal

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMÁN
SECRETARÍA

OFICINA: _____

18 DIC 2024

N° REG. _____ N° FOLIO: 66

HORA: 10:34 AM FIRMA: _____

Av. Huancané Km 2
Telefax 051 -328061
Juliaca

INFORME DEL II SEMESTRE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

A : M.C. José Wilfredo Mamani Vilca
Director del Hospital Carlos Monge Medrano

DE : C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

I. ANTECEDENTES LEGALES:

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
2. Ley N° 27657, Ley de Ministerio de Salud.
3. Resolución Ministerial N° 826-2005/MINSA, que aprueba las normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud.
4. Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento técnico "Sistema de Gestión de la Calidad".
5. Resolución Ministerial N° 1021-2010/MINSA, que aprueba "La Guía Técnica de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
6. Resolución Ministerial N° 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la atención de Salud".
7. Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que aprueba la conformación del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente.
8. Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica Sanitaria de Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios Médicos de Apoyo.
9. Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de la Calidad en Salud".
10. Resolución Jefatural N° 393-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01 "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".
11. Resolución Jefatural N° 631-2016-IGSS, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 005-IGSS/V.01 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas".

II. DATOS GENERALES:

2.1 Institucional, Departamento y Servicio

El Hospital Carlos Monge Medrano se encuentra geográficamente ubicado en el Departamento de Puno, Provincia de San Román, Distrito de Juliaca.

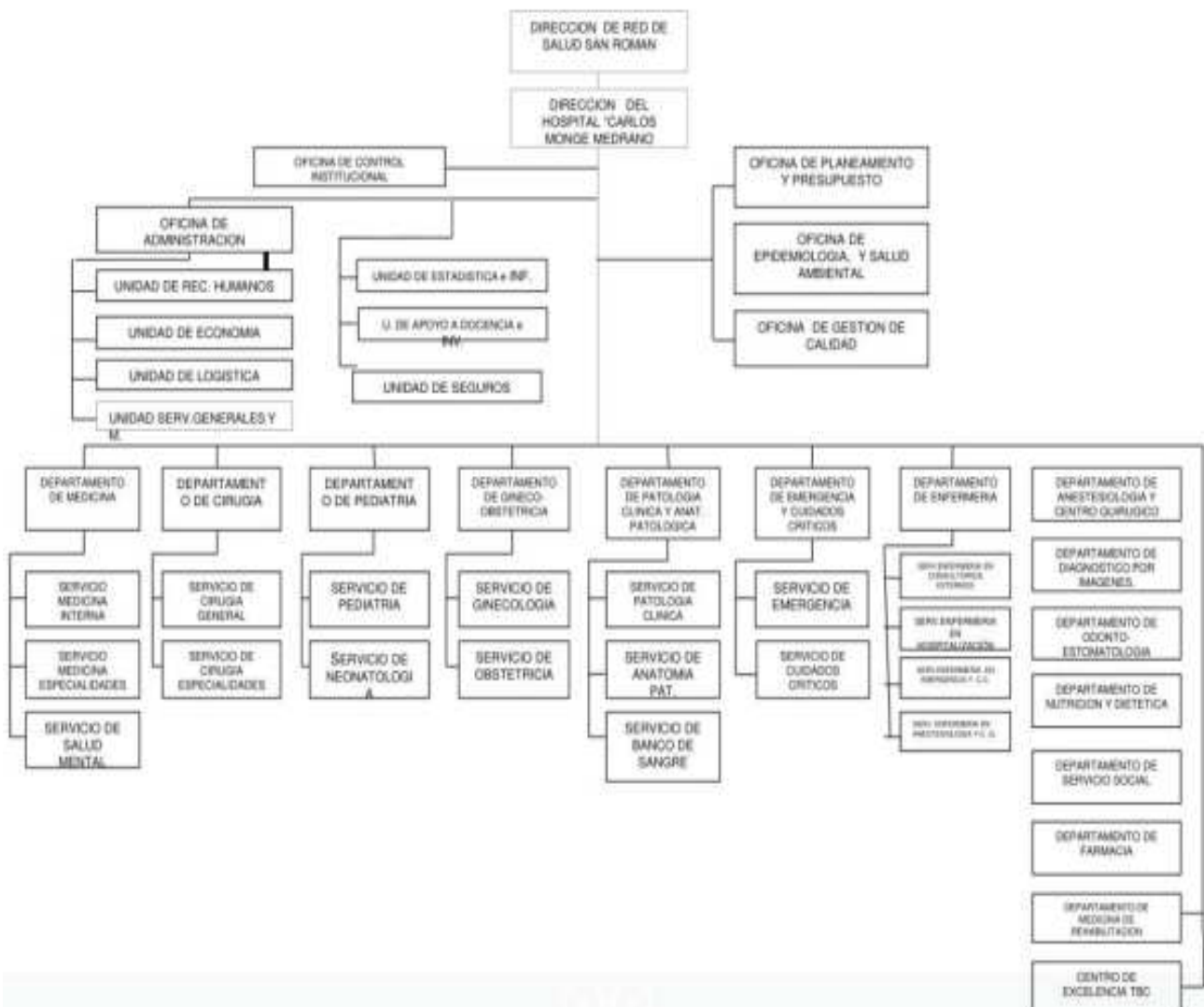
Fue creado el 23 de octubre de 1986 y en la actualidad es reconocido en la categoría II-2, donde realiza atenciones de Recuperación y Rehabilitación y de forma parcial actividades preventivo promocionales. Cabe mencionar que no es unidad ejecutora ya que pertenece a la Red de Salud San Román.

Como Cartera de Servicios cuenta con lo siguiente:

- a. Departamento de Medicina
 - Medicina general
 - Medicina Interna
 - Cardiología
 - Reumatología
 - Endocrinología
 - Gastroenterología
 - Neumología
 - Nefrología
 - Psiquiatría
 - Neurología
 - Dermatología
- b. Departamento de Cirugía
 - Cirugía General
 - Oftalmología
 - Sub Especialidad de Retinología
 - Urología
 - Otorrinolaringología
 - Traumatología y Ortopedia
 - Neurocirugía
- c. Departamento de Ginecoobstetricia
 - Ginecología
 - Obstetricia
- d. Departamento de Pediatría
 - Pediatría
 - Neonatología
- e. Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
 - Fisioterapia Pediátrica
 - Fisioterapia en Traumatología y Ortopédica
 - Fisioterapia Reumatológica
 - Fisioterapia Geriátrica
 - Neuro Rehabilitación
 - Terapia de Lenguaje
 - Terapia Ocupacional
 - Terapia Física y Rehabilitación
- f. Departamento de Patología Clínica
 - Laboratorio Clínico
 - Anatomía Patológica
 - Hemoterapia y Banco de Sangre
- g. Departamento de Diagnóstico por Imágenes
 - Radiología Convencional
 - Radiología Especializada
 - Ecografía General y Doppler
 - Mamografía
 - Tomografía Computarizada
- h. Departamento de Odontología

- Odontopedía
 - tría
 - Ortodoncias
 - Rehabilitación Oral
 - Cirugía Maxilofacial
- i. Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Anestesiología
 - Quirófano
- j. Departamento de Nutrición y Dietética
- Consultorio de Nutrición
 - Nutrición en Hospitalización
- k. Departamento de Emergencias y Cuidados Intensivos
- Emergencia las 24 horas
 - Unidad de Cuidados Intensivos
- l. Departamento de Farmacia
- Farmacia Consultorios Externos
 - Farmacia Emergencia
 - Farmacia Hospitalización
 - Farmacia en Quirófano

ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO" DE JULIACA 2014



2.2 Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo

 **PERÚ** Ministerio de Salud

RED DE SALUD SAN ROMÁN
Hospital "Carlos Monge Medrano"
Carretera Hualgayoc Km. 7 - Juliaca
Calle 167 - Teléfono 327801



N° 024-2024-DG-RED-SR/RS





Resolución Directoral

Juliaca, 26 de ENERO del 2024

Visto, el Memorandum N° 0084-24-DIRESA-D-RED-SSRIDE, de fecha 22 de Enero del 2024, emitido por el Director Ejecutivo de la Red de Salud San Román; Expediente N°01134-2024. Documento: CARTA N° 09-2024-DIRESA-PUNQ/RED-SSRID-HCMM, de fecha 22 de Enero del 2024, presentado por la Dirección del Hospital Carlos Monge Medrano de la Red de Salud San Román; CARTA N° 16-2024-DIRESA-PUNQ/RSR-HCMM/UGC, de fecha 18 de Enero del 2024, presentado por la Jefatura de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Monge Medrano - RSSR;

CONSIDERANDO:

Que, teniendo como Normas Legales Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias; Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud; Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias; Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud RM N° 163-2020-MINSA; Directiva Sanitaria N°092-MINSA/2020/DGAIN, aprobada por R.M. N°163-2020-MINSA; Decreto Supremo N° 013-2005-SA, que aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud;

Que, el artículo II del Título Preliminar de la Ley 26842, Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés público, por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla; así mismo el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842 - Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020/MINSA, de fecha 02 de Abril del 2020, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud", con el objetivo de establecer las disposiciones para la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de Gestión de riesgo en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas, privadas y mixtas del sector Salud, a fin de contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo sus riesgos;

Que, las Rondas de Seguridad (RS) son una herramienta operativa que permite conocer la adherencia a las buenas prácticas, ayuda a identificar riesgos e incidentes en seguridad del paciente (SP), permitiendo implementar acciones de mejora;

Que, el artículo 9° del Decreto Supremo N° 013-2005-SA, aprueba el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, establece que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo están obligados a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, a proporcionarseles mayores beneficios posibles en su salud, a protegerlos íntegramente contra los riesgos innecesarios y satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que correspondiera;

Que, el artículo 96° de la norma acotada en el acápite anterior, dispone que a fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 9° del presente Reglamento, los establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo deben evaluar continuamente la calidad de la atención de la salud que brindan, con

el fin de identificar y corregirlas; eficiencias que afectan el proceso de atención y que eventualmente generan riesgos o eventos adversos en la salud de los usuarios;

Que, las Rondas de Seguridad del Paciente tienen como contribuir con la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, disminuyendo los riesgos en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud y siendo su objetivo establecer las disposiciones para la implementación de las Rondas de Seguridad del Paciente como herramienta de gestión del riesgo en la atención de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS públicas, privadas y mixtas del Sector Salud.

El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente debe ser conformado mediante acto resolutivo o documento de la máxima autoridad o titular de la IPRESS, pública, privada o mixta, según corresponda; y actualizado anualmente. El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente está conformado por: a) La máxima autoridad o titular de la IPRESS, quién es el Líder del Equipo b) El responsable de administración de la IPRESS c) El responsable de la Oficina/Unidad de Gestión de la Calidad, o quien haga sus veces, quien ejerce la Secretaría Técnica d) El responsable de Epidemiología o quien haga sus veces en la IPRESS e) Los responsables de los Departamentos en Hospitales/Institutos o los responsables de las UPSS en las Micro-Redes o sus equivalentes f) El responsable del Departamento/ Servicio de Enfermería g) El responsable de la UPSS de Farmacia.

Que, así mismo, cuando se realiza la Ronda de Seguridad del Paciente en una IPRESS del II y III nivel, se incorporan al Equipo de Rondas, en tanto dure ésta, los siguientes responsables: El responsable del Servicio visitado, o quien haga sus veces; el responsable de Enfermería del Servicio visitado, o quien haga sus veces; el responsable de otras áreas vinculadas al servicio visitado.

Que, según CARTA N° 16-2024-DIRESA-PUNO/RSSR-HCMM/UGC, de fecha 18 de Enero del 2024, la Jefatura de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Monge Medrano - RSSR, propone a la Dirección del Hospital Carlos Monge Medrano el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del HCMM del año 2024, solicitando su aprobación, el cual contribuirá a la mejora de la calidad de atención en la Seguridad del Paciente.

Que, con CARTA N° 09-2024-DIRESA-PUNO/RED-SSRD-HCMM, de fecha 22 de Enero del 2024, la Dirección del Hospital Carlos Monge Medrano - RSSR, solicita a la Dirección Ejecutiva de la Red de Salud San Román la Resolución Directoral de aprobación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Monge Medrano para el año 2024;

Que, visto el Memorándum N° 0094-24-DIRESA-D-RED-SSR/DE, de fecha 22 de Enero del 2024, emitido por el Director Ejecutivo de la Red de Salud San Román, autoriza la emisión de la Resolución Directoral de aprobación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital Carlos Monge Medrano para el año 2024.

Que, de conformidad con la Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización, modificada por la Ley N° 28379; Ley N° 27887 Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales modificada y complementada por Leyes N° 27902, 28013, 28161, 28826, 28968, y 29053, Resolución Ministerial N° 405-2005/MINSA, que reconoce a las Direcciones Regionales de Salud como única autoridad en Salud en cada Región, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones y la Estructura Funcional de la Dirección Regional de Salud de Puno;

Estando a lo informado por la Unidad de Recursos Humanos y con la vización de la Dirección de Administración de la RED de Salud San Román.

SE RESUELVE:

ARTICULO 1°.- APROBAR, el "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente - 2024 del Hospital Carlos Monge Medrano de la Red de Salud San Román", el mismo que estará conformado por:

- Director del Hospital Carlos Monge Medrano
- Director Administrativo
- Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad
- Jefe de Epidemiología



PERÚ Ministerio de Salud

RED DE SALUD SAN ROMÁN
Hospital "Carlos Mergo Molano"
Carretera Huancayo Km. 2 - Añáhuca
Calle 147 - Teléfono 321901



N° 024-2024-DG-RND-SR/JRH

Resolución Directoral

Juliana, 26 de ENERO del 2024

- Jefe del Departamento de Medicina
- Jefe del Departamento de Cirugía
- Jefe del Departamento de Pediatría
- Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia
- Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
- Jefe de la Unidad de Seguros
- Jefe del Departamento de Enfermería
- Jefe del Departamento de Farmacia
- Jefe de Obstetras

ARTICULO 2°.- Disponer a los integrantes del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, cumplan con sus atribuciones y funciones acorde con el marco normativo vigente en cuanto a la seguridad del paciente, sin perjuicio de las funciones asistenciales y/o administrativas permanentes que vienen desarrollando.

ARTICULO 3°.- TRANSCRIBIR y notificar copia de la presente Resolución de acuerdo a ley y bajo responsabilidad a los integrantes del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital CMM, e instancias administrativas pertinentes para su conocimiento y demás fines de Ley.

REGISTRESE Y COMUNIQUESE



DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMÁN

Dr. José Luis Mejía Quijpe
CUP 32310 RNE 23888
Director Ejecutivo

2.3 Cronograma de Rondas de Seguridad aprobado con Memorandum

MEMORANDUM MULT. No. ⁰⁰⁹ -2024- DIRESA PUNO/RED SSR/D.HCMM

A : JEFES DE DEPARTAMENTO

ASUNTO : CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024

REF. : EXPEDIENTE No. 01669-2024

FECHA : Juliaca, 29 de enero de 2024

Por el presente, remito **CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE** correspondiente al **AÑO 2024**, en cumplimiento del Plan de Trabajo en el Fortalecimiento de la Gestión de Riesgos en la Atención y la Mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del paciente en el Hospital "Carlos Monge Medrano".
Para su cumplimiento respectivo.

Atentamente,

DISTRIBUCION

Jefe Dpto. Medicina
Jefe Dpto. Cirugía
Jefe Dpto. Pediatría
Jefe Dpto. Gineco Obst
Jefe Dpto. Laboratorio
Jefe Dpto. UCI
Jefe Dpto. Enfermería
Jefe Dpto. Anestesiología y C. Q.
Jefe Dpto. Diagnostico por Imágenes
Jefe Dpto. Odontostomatología
Jefe Dpto. Nutrición
Jefe Dpto. Servicio Social
Jefe Dpto. Farmacia
Jefe Dpto. Rehabilitación
c.c.
Gest. de la Calidad
Arch.



DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMAN

M.C. José W. Mamani Vilca
CMP 57466
DIRECTOR
HOSPITAL "CARLOS MONGE MEDRANO"

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL AÑO 2024

IPRESS: Hospital Carlos Monge Medrano
 DIRECTOR: M.C. José Mamani Vilca

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 1	29/01/2024	10:00 a.m.

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 3	13/03/2024	10:00 a.m.

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 5	15/05/2024	10:00 a.m.

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 7	17/07/2024	10:00 a.m.

SEPTIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 9	11/09/2024	10:00 a.m.

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 11	13/11/2024	10:00 a.m.

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 2	14/02/2024	10:00 a.m.

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 4	10/04/2024	10:00 a.m.

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 6	12/06/2024	10:00 a.m.

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 8	14/08/2024	10:00 a.m.

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 10	16/10/2024	10:00 a.m.

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
Ronda 12	11/12/2024	10:00 a.m.


 COMISIÓN NACIONAL DE CONTROL
 RED DE SALUD SAN RAMÓN
 M.C. JOSÉ W. MAMANI VILCA
 DIRECTOR GENERAL
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO


 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
 WALTER SANCHEZ VILLAS
 COORDINADOR AUDITOR
 Jefe de la Oficina de
 Gestión de la Calidad


 M.C. JOSÉ W. MAMANI VILCA
 DIRECTOR GENERAL
 HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO


 M.C. SARA F. CORDERO CASTILLO
 COORDINADORA AUDITOR
 Jefe de la Oficina de
 Gestión de la Calidad

III. Análisis

3.1 Resultados:

3.1.1. Cumplimiento Promedio de las buenas prácticas en la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente por UPSS.

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO
17/07/2024	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	83%	Riesgo Importante
14/08/2024	EMERGENCIA	90%	Riesgo Moderado
11/09/2024	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	81%	Riesgo Importante
16/10/2024	UCI ADULTO	93%	Riesgo Moderado
13/11/2024	CENTRO QUIRÚRGICO	94%	Riesgo Moderado
11/12/2024	UCI NEONATAL	89%	Riesgo Importante
II SEMESTRE	PROMEDIO	90%	

3.1.2. Porcentaje de Cumplimiento por Buenas Prácticas en la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente por UPSS.

UPSS: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	67%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	0%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	100%
PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	83%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

83%

UPSS: EMERGENCIA

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	89%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	93%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	83%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	83%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	89%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	88%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	86%
BIOSEGURIDAD	88%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	90%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

90%

UPSS: DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	78%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA	0%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	71%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	81%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

81%

UPSS: UCI ADULTO

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	84%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	93%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
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	89%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	88%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	88%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	93%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

93%

UPSS: CENTRO QUIRÚRGICO

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	83%
PREVENCIÓN DE FUGA	67%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	94%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

94%

UPSS: UCI NEONATAL

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
RÉGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	50%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	89%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	75%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	89%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

89%

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

UPSS: NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	PROCESO DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	RIESGO MODERADO	El Jefe del servicio solicitará el mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos necesarios.	IMPLEMENTADO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de tarjetas.	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los kárdex para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	EN PROCESO
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	RIESGO MODERADO	El jefe coordinará con Gestión de la Calidad para la colocación del letrero establecido por el equipo en relación al verificador observado.	IMPLEMENTADO

Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para implementar el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	IMPLEMENTADO
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para implementar el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	IMPLEMENTADO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para implementar el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	IMPLEMENTADO

UPSS: EMERGENCIA

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	PROCESO DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio, coordinará y/o socializará la R.M. N° 214--2018/MINSA de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria R.M. N° 265-2018/MINSA, para el correcto llenado de la historia clínica propiamente.	IMPLEMENTADO
La letra de la Historia Clínica es legible	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio, coordinará y/o socializará la R.M. N° 214--2018/MINSA de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria R.M. N° 265-2018/MINSA, para el correcto llenado de la historia clínica propiamente.	IMPLEMENTADO
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	RIESGO MODERADO	El Jefe de Gestión de la Calidad coordinará con el Jefe de Vigilancia para mejorar el proceso de atención evaluado.	IMPLEMENTADO
Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	RIESGO MODERADO	El Jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio propiamente.	IMPLEMENTADO

Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	RIESGO MODERADO	La jefa del departamento de Enfermería, realizará la gestión de concluir la compra de los brazaletes de identificación, ya solicitados con anterioridad.	IMPLEMENTADO
Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o hetero agresividad.	RIESGO MODERADO	El Jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio propiamente.	IMPLEMENTADO
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	RIESGO MODERADO	La oficina de Gestión de la Calidad coordinará con Epidemiología para realizar la supervisión de la adherencia a la Higiene de Manos en el servicio.	IMPLEMENTADO
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	RIESGO MODERADO	El jefe de Gestión de la Calidad coordinará con departamento de enfermería para presentar un Proyecto de Mejora Continua en relación al verificador evaluado.	EN PROCESO
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio solicitará a la IPRESS, la compra de contenedores de residuo hospitalario, ya que según normativa éstos contenedores debieran contar con su tapa respectivamente.	IMPLEMENTADO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los kárdex para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	EN PROCESO
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	RIESGO BAJO	El Jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el Jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio propiamente.	EN PROCESO

UPSS: DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	PROCESO DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio solicitará a la IPRESS, la compra de una camilla funcional para realizar el procedimiento de las tomas de Ecografías respectivamente.	IMPLEMENTADO
En casos de sedación y deterioro cognitivo severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio solicitará a la IPRESS, la compra de una camilla funcional para realizar el procedimiento de las tomas de Ecografías respectivamente.	IMPLEMENTADO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento incluir los equipos biomédicos del servicio en el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de la IPRESS.	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los kárdex para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	EN PROCESO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	RIESGO MODERADO	El jefe del Departamento aperturará un libro de actas para el análisis y Plan de Intervención sobre los eventos adversos presentados en el mismo.	IMPLEMENTADO
Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	RIESGO MODERADO	El jefe del Departamento solicitará al área de Gestión de la Calidad, los afiches impresos necesarios para las áreas donde realizan la Higiene de Manos.	IMPLEMENTADO
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	RIESGO MODERADO	El jefe del Departamento solicitará al área de Epidemiología y/o Gestión de la Calidad, para el fortalecimiento de la adherencia de la Higiene de Manos en su personal.	IMPLEMENTADO

UPSS: UCI ADULTO

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	PROCESO DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
La letra de la Historia Clínica es legible	RIESGO MODERADO	El Jefe del servicio de UCI, realizará la socialización de la R.M. N° 214- 2018/MINSA de la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria, al personal médico especialista del servicio respectivamente.	IMPLEMENTADO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	RIESGO MODERADO	El Jefe del servicio de UCI, realizará la socialización de la R.M. N° 214- 2018/MINSA de la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria, al personal médico especialista del servicio respectivamente.	IMPLEMENTADO
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	RIESGO MODERADO	La jefa de Enfermeras del Servicio, coordinará con la jefa del Departamento de Enfermería, la socialización del protocolo ya elaborado para el personal de salud del servicio.	IMPLEMENTADO
Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de H.CL., Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	RIESGO MODERADO	El Jefe del servicio de UCI, realizará la socialización de la R.M. N° 214- 2018/MINSA de la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria, al personal médico especialista del servicio respectivamente.	IMPLEMENTADO
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	RIESGO MODERADO	La jefa de Enfermeras del Servicio, coordinará con la jefa del Departamento de Enfermería, la socialización del protocolo ya elaborado para el personal.	IMPLEMENTADO
Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o hetero agresividad.	RIESGO MODERADO	La jefa de Enfermeras del Servicio, coordinará con la jefa del Departamento de Enfermería, la socialización del protocolo ya elaborado para el personal de salud del servicio.	EN PROCESO
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	RIESGO BAJO	La jefa de Enfermeras del Servicio, coordinará con la jefa del Departamento de Enfermería, la socialización del protocolo ya elaborado para el personal de salud del servicio.	EN PROCESO

Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	RIESGO BAJO	La jefa del Departamento de enfermería en coordinación con la oficina de Gestión de la Calidad, realizarán el Plan de Mejora de un sistema de llamado en el servicio.	EN PROCESO
Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	RIESGO BAJO	La jefa del Departamento de enfermería coordinará con Dirección la implementación del ítem evaluado	IMPLEMENTADO

UPSS: CENTRO QUIRÚRGICO

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	PROCESO DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	RIESGO MODERADO	El jefe de Gestión de la Calidad se reunirá con el jefe de Seguridad y Vigilancia para socializar y tomar acuerdos sobre el cumplimiento del ítem observado.	IMPLEMENTADO
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	RIESGO MODERADO	El jefe de Gestión de la Calidad se reunirá con el jefe de Seguridad y Vigilancia para socializar y tomar acuerdos sobre el cumplimiento del ítem observado.	IMPLEMENTADO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los kárdex para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	EN PROCESO
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	RIESGO MODERADO	La jefa de Enfermeras del Servicio de Quirófano coordinará con la jefa de Enfermeras de Emergencia, el cumplimiento del protocolo correspondiente en relación al Riesgo de Caída del paciente.	IMPLEMENTADO

UPSS: UCI NEONATAL

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	PROCESO DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
La letra de la Historia Clínica es legible	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio realizará la socialización de la Norma Técnica para la Gestión y su modificatoria de la Historia Clínica "R.M. N° 214-2018/MINSA al personal médico, residentes e internos.	IMPLEMENTADO
Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	RIESGO MODERADO	La jefa del Departamento de Enfermería, realizará la socialización del Protocolo de Úlceras por Presión a las Jefas de Enfermeras de los diferentes servicios.	IMPLEMENTADO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio coordinará con el jefe del Departamento de Mantenimiento para incluir a todos los equipos biomédicos del servicio.	EN PROCESO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	RIESGO MODERADO	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los kárdex para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	EN PROCESO
Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	RIESGO BAJO	La jefa de Enfermeras del Servicio, realizará la socialización del Protocolo de Seguridad Sexual al personal de Salud (Enfermeras y Técnicos).	IMPLEMENTADO
Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	RIESGO BAJO	El Jefe del Servicio coordinará con Dirección del Hospital la aceleración de la refacción de la infraestructura del Área UCI NEONATAL, con la finalidad de retornar al área y cumplir con el ítem evaluado.	IMPLEMENTADO
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semi rígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	RIESGO BAJO	El Jefe del Servicio coordinará con Dirección del Hospital la aceleración de la refacción de la infraestructura del Área UCI NEONATAL, con la finalidad de retornar al área y cumplir con el ítem evaluado, según normativa.	IMPLEMENTADO

3.1.4. 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.	N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas / N° de Rondas de Seguridad programadas x 100	PROCESO	Trimestral	25%	25%	25%	25%	100%
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS.	N° de verificadores conformes / N° de verificadores evaluados x 100	RESULTADO	Trimestral	87%	90%	85%	92%	89%
3	% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS.	N° de acciones de mejora implementadas / N° de acciones de mejora propuestas x 100	PROCESO Y RESULTADO	Trimestral	78%	76%	76%	75%	76%

En la tabla se puede observar evidentemente el cumplimiento de indicadores de forma positiva, donde primeramente se cumple con la ejecución de las Rondas programadas según cronograma establecido en el año, en compañía de un buen número de integrantes del equipo, lo que permitió un buen reconocimiento y sensibilización sobre las necesidades de los servicios supervisados. Consiguientemente la tabla muestra el cumplimiento del mayor número de verificadores evaluados, un reflejo de la mejora en relación a las rondas realizadas los años anteriores. Así mismo con efectividad los diferentes servicios evaluados logran implementar las acciones de mejora propuestas, sobrepasando el 70% en cada uno de ellos.

El Departamento de ENFERMERIA siendo un pilar fundamental dentro del CUIDADO del paciente y por ende en la SEGURIDAD del mismo asumió desde el inicio el compromiso de desarrollar las acciones correctivas inherentes a las actividades que el grupo ocupacional realiza. Así mismo la jefatura actual nos permite mejorar la seguridad del paciente ya que la mayoría de actividades a mejorar dependerá del manejo de las reuniones que tenga esta unidad con sus pares y así poder estandarizar los procesos de atención y cuidado del paciente.

Dentro de los resultados evidenciados en las Rondas realizadas se encontró el común denominador que en la mayoría de los servicios radican los problemas de organización y comunicación entre las distintas áreas asistenciales y administrativas que llevan a un mayor riesgo de estancia hospitalaria e infecciones cruzadas ya que por documentos mal gestionados se llegan a perder presupuestos fijos que ayudarían a mejorar la problemática.

Por otro lado, cabe mencionar que en base a los resultados obtenidos es que se realiza el seguimiento/monitoreo e implementación de los criterios observados, según plazos establecidos respectivamente.

IV. Conclusiones:

Habiéndose realizado el 50% restante de las rondas programadas para el segundo semestre del año 2024, se encontró que dentro de las dimensiones evaluadas la mayoría comparte factores en común en las diferentes buenas prácticas evaluadas:

- **REGISTRO EN LA HISTORIA CLINICA**
 - La mayoría de los servicios dentro de las evoluciones medicas e indicaciones médicas la letra que presentan es generalmente ilegible y con falta de CIE-10 en algunos registros.
- **SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIO DE SALUD**
 - Se requiere que el hospital como institución ofrezca un método sostenible evaluar los riesgos a los que pueda estar sometido durante su estancia hospitalaria.
 - Se cuenta con el registro físico de Incidentes y Eventos Adversos en los diferentes servicios, más aún no se realiza Análisis y/o Plan de Intervención sobre la información respectiva en algunos servicios.
- **PREVENCION DE LA FUGA DE PACIENTES**
 - La institución ya cuenta con un sistema de identificación de pacientes hospitalizados establecido en el protocolo de Prevención de la Fuga de Pacientes, pero aún falta dar cumplimiento a lo establecido en el mismo.
- **BIOSEGURIDAD**
 - Algunos servicios de la IPRESS no cumplen con la señalización de zonas rígidas y semi rígidas según normativa, por la inadecuada y antigua infraestructura de la IPRESS.
- **EQUIPAMIENTO**
 - Los servicios no cuentan con el equipo biomédico mínimo necesario para el funcionamiento adecuado ya sea porque estos se encuentran como obsoletos o que nunca se hizo la adquisición. A la vez que en su gran mayoría cuentan con un Plan de Mantenimiento correctivo y no preventivo debido al tema de bajo presupuesto para la IPRESS.

V. Recomendaciones

- El director de la institución tiene que reunirse con las áreas administrativas para que se pueda encontrar el financiamiento y así poder evitar algún evento o incidente que pueda ir en contra del trabajador o al paciente.
- La jefatura del Departamento de enfermería en coordinación con las jefaturas de enfermería de los diferentes servicios se debe reunir para el cumplimiento estricto de los protocolos establecidos en la seguridad del paciente.
- Los jefes de servicio con la dirección deberán de elaborar un cuadro de prioridades de equipos biomédicos para poder hacer la adquisición de los mismos e ingresar todos sus equipos en el Plan de Mantenimiento respectivamente.
- Todo lo mencionado anteriormente será expuesto, discutido y se priorizará las necesidades de la institución a través de reuniones de monitoreo y seguimiento conducido por el equipo de trabajo del Comité de Seguridad del paciente.
- El equipo de Gestión de la calidad tiene que continuar con el seguimiento y/o monitoreo del plan de acción a todos los servicios para poder levantar las observaciones realizadas.
- Se tiene que gestionar más recursos financieros para la institución ya que la necesidad será superada por la demanda de pacientes.

VI. Anexos

1. RESULTADOS DE EVALUACIÓN (anexo 03). SERVICIO/UPSS
2. ACCIONES DE MEJORA (anexo 06) SERVICIO/UPSS
3. MONITOREO DE LAS ACCIONES (anexo 07) SERVICIO/UPSS – Incluye la Implementación de Acciones en la Adherencia a los 5 momentos para la Higiene de Manos y a la Técnica de la Higiene de Manos del personal de salud.

ANEXO N° 3



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	CARLOS MONJE MEDRANO	FECHA APLICACION:	17/07/2024	(dd/mm/aaaa)	
UPSS:	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Juana Miriam Rodríguez Oviedo		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. José W. Mamani Vilca	RESP. DE LA UPSS:	Lic. Henry A. Calle Roque		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	Abg. Jimmy F. Rodríguez Saco	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas		
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERÍA:	Lic. Saida Calderón Castillo	OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	87%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	0%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPSS	100%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	83%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

83%



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMÁN
M.C. José W. Mamani Vilca
CMP 57466
DIRECTOR
HOSPITAL 'CARLOS MONJE MEDRANO'



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL 'CARLOS MONJE MEDRANO'
Abg. Jimmy F. Rodríguez Saco
CAP 2537
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVO



HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
JEFATURA
Walter Santa Cruz Cárdenas
ODONTOLOGO AUDITOR
RNAO 025 - COP 16823



Juana Miriam Rodríguez Oviedo
DPTO. EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN ROMÁN



M. Saida Y. Calderón Castillo
DEP. 34644
REM 1167 / HEE 0967 / HEE 19801
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

Maria del Carmen Neta B.
COP 6439
JEFA DE OBSTETRAS
H C M M



Q.F. YHON DINO MACHACA QUISPE
C.O.F.P. 15218
JEFATURA DEL DPTO. DE FARMACIA
HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL 'CARLOS MONJE MEDRANO'
JEFATURA
HENRY A. CALLE ROQUE
ODONTÓLOGO
E.N.T. 021



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

IPRESS:	CARLOS MONJE MEDRANO	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	14/08/2024 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. José W. Mamani Vilca	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Juana Miriam Rodríguez Oviedo		
RESP. DE ADMINISTRACION:	Abg. Jimmy F. Rodríguez Saca	RESP. DE LA UPSS:	M.C. Abram Larry Sucasaca Tacora		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	Lic. Saida Calderón Castro	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	89%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	93%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	83%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	83%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPSS	89%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	88%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	86%
BIOSSEGURIDAD	88%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	90%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

90%



DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SERVID. SAN ROMAN

M.C. José W. Mamani Vilca
CMP 57466
DIRECTOR
HOSPITAL "CARLOS MONJE MEDRANO"



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO

Abg. Jimmy F. Rodríguez Saca
CAP 2531
DIRECTOR ADMINISTRATIVO



HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

JEFATURA

Walter Santa Cruz Cárdenas
ODONTÓLOGO AUDITOR
RNAO 025 - COP 16823



AMBITO REGIONAL DE SALUD PUNO

Juana Miriam Rodríguez Oviedo
CAP 2531
DIRECTORA DE ATENCIÓN AL PACIENTE



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

M. Sc. María Y. Colqueyán Castillo
CEP. 35844
HEM 1107 / DEE 0807 / REC. 19801
XJATD1 DE PUNO / UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Walter Santa Cruz Cárdenas
COP 6439
IEFA DE OBSTETRAS
H C M M



Q.F. YHON DINO MACHACA QUIESPE
C.Q.P.P. 15218
JEFATURA DEL DPTO. DE FARMACIA
HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO

HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
SERVICIO DE EMERGENCIA

Dr. Abram L. Sucasaca Tacora
M.D. D.E. CHUJANO
CMP. 68475 R.N.E. 37091

Lic. Joaquina Hilari Ochoa
CEP. 44852 REE 17705
JEFA ENF. SERVICIO DE EMERGENCIA



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

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	CARLOS MONJE MEDRANO	FECHA APLICACION:	16/10/2024 (dd/mm/aaaa)		
UPSS:	CUDADOS INTENSIVOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	L.K. Joana Miriam Rodriguez Oviedo		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. José W. Mamani Vilca	RESP. DE LA UPSS:	Dr. Jorge E. Sotomayor Peralta		
RESP. DE ADMINISTRACION:	Abg. Jimmy F. Rodríguez Soto	RESP. OPIC UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cardenas		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	Lic. Saida Calderón Castillo	OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	84%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	92%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	57%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	89%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	88%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	88%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	93%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO **93%**



DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 RED DE SALUD SAN ROMAN
 M.C. José W. Mamani Vilca
 CMP 57466
 DIRECTOR
 HOSPITAL "CARLOS MONJE MEDRANO"



DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
 Abg. Jimmy Fredy Rodríguez Soto
 CAP 2531
 DIRECTOR ADMINISTRATIVO



HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
 UNIDAD DE ODONTOLOGIA
 JEFATURA
 Walter Santa Cruz Cardenas
 ODONTOLOGO AUDITOR
 RNAD 025 - COP 14823



JEFATURA
 JEFATURA DE ODONTOLOGIA Y SALUD BUCA
 Lic. Saida Calderón Castillo



U.C.I.
 Lic. Jorge E. Sotomayor Peralta
 CAP 4770
 JEFE DE UCI
 RNE 23905



Lic. Saida Y Calderon Castillo
 CEP 38044
 RNE 1187 / RCE 8807 / RSE 18891
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

Maria del Carmen Mata B.
 COP 6439
 JEFE DE OBSTETRAS
 U.C.M.M.



Lic. Yhonny Machaca Quispe
 C.O.P. 15218
 JEFE DE DPTO. DE FARMACIA
 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO



Lic. Mariela Pérez Carl
 Enfermera Especialista en
 Cuidados Intensivos
 C.E.P 63272 - RE 013507



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	CARLOS MONJE MEDRANO	FECHA APLICACION:		13/11/2024	(06/11/2024)
UPSS:	CENTRO QUIRURGICO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Lic. Jeana Miriam Rodríguez Oviedo		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. José W. Mamani Vilca	RESP. DE LA UPSS:	Dr. Luis Alberto Rosado Tejada		
RESP. DE ADMINISTRACION:	Abg. Jimmy F. Rodríguez Soca	RESP. OPIC UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	Lic. Saida Calderón Castelló	OTROS RESPONSABLES:	Lic. Gloria E. Chura Mamani		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	83%
PREVENCIÓN DE FUGA	67%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	94%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

94%

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMÁN**

M.C. José W. Mamani Vilca
 CMP 57466
DIRECTOR
 HOSPITAL "CARLOS MONJE MEDRANO"

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO**

Abg. Jimmy Freddy Rodríguez Soca
 CAP 2531
DIRECTOR ADMINISTRATIVO

**HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Walter Santa Cruz Cárdenas
ODONTÓLOGO AUDITOR
 RINAO 025 - COP 19823

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMÁN**

Lic. Jeana Miriam Rodríguez Oviedo
 RINAO 025 - COP 19823
RESP. EPIDEMIOLOGIA

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO**

Lic. Saida Calderón Castelló
 RINAO 025 - COP 19823
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA

**HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Lic. Gloria E. Chura Mamani
 RINAO 025 - COP 19823
OTROS RESPONSABLES

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMÁN**

Q.F. YHON DINO MACHACA QUISPE
 C.O.F.P. 15218
JEFATURA DEL OPTO. DE FARMACIA
 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO

**DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO**

Luis Alberto Rosado Tejada
 CMP 30687 R.N.E. 14690
Jefe del Departamento de Centro Quirúrgico

**HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD**

Maria del Carmen Niza B.
 COP 6439
IEFA DE OBSTETRAS
 H.C.M.M.



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	CARLOS MONJE MEDRANO	FECHA APLICACION:		11/12/2024	(dd/mm/aaaa)
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Lic. Juana Miriam Rodriguez Oviedo		
TITULAR RESPONSABLE (IPRESS):	M.C. José W. Mamani Vilca	RESP. DE LA UPSS:	Dra. Silvia Arpaiz Chura		
RESP. DE ADMINISTRACION:	Abg. Jhony F. Rodriguez Suca	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas		
RESP. DPTO. SERVICIO ENFERMERIA:	Lic. Saida Calderón Castillo	OTROS RESPONSABLES:	Lic. Heydi Pachaura Valdés		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	50%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	89%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
INSEGURIDAD	75%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	89%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO



DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 RED DE SALUD SAN ROMAN

M.C. José W. Mamani Vilca
 CMP 57466
 DIRECTOR
 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO



DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO
 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO

Abg. Jhony Freddy Rodriguez Suca
 CAP 2531
 DIRECTOR ADMINISTRATIVO



HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
 UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

Walter Santa Cruz Cárdenas
 ODONTOLOGO AUDITOR
 RNAO 025 - COP 10823



LIC. JUANA MIRIAM RODRIGUEZ OVEDO
 INGENIERA EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO



Lic. Saida Y. Calderon Castillo
 CEP. 35544
 REM 1107 / REE 2867 / REE 10831
 JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

María del Carmen Niza B.
 COP 6439
 JEFA DE OBSTETRAS
 H.C.M.M.



O.F. YHON DINO MACHACA QUISPE
 G.O.F.P. 15218
 JEFA DEL DPTO. DE FARMACIA
 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO



MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
 Dra. S. Silvia Arpaiz Chura
 INGENIERA
 COP 4110

Lic. Heydi M. Pachaura
 CEP. 58562
 REE 032183 / REE 103026 / REE 031240
 JEFA DE ENFERMERIAS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA
 H. C. M. M.

ANEXO N° 6



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

TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
PRESE:	CARLOS MONJE MEDRANO		
UPSS:	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		
TITULAR RESPONSABLE (PRESE):	M.C. José W. Mamani Vilca		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	Abg. Jimmy F. Rodríguez Sosa		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	Lc. Seida Cabello Castilla		
FECHA APLICACIÓN:	17/07/2024		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	Juana Milani Rodríguez Ortaño		
RESP. DE LA UPSS:	Lc. Henry A. Calta Roque		
RESP. OFICINA/UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santos Cruz Cárdenas		
OTROS RESPONSABLES:			

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

PRORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (determinado)
24	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos).	El jefe del servicio solicitará el mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos necesarios.	Lc. Henry A. Calta Roque	Indeterminado
24	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los kardex para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	Lc. Henry A. Calta Roque	Indeterminado
12	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	El jefe del Servicio coordinará con el jefe de Gestión de la Calidad para la colocación del letrero establecido por el equipo en relación al verificador observado.	Lc. Henry A. Calta Roque	31/08/2024
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	El jefe del servicio coordinará con el jefe de Gestión de la Calidad para implementar el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Lc. Henry A. Calta Roque	31/08/2024
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	El jefe del servicio coordinará con el jefe de Gestión de la Calidad para implementar el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Lc. Henry A. Calta Roque	31/08/2024
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	El jefe del servicio coordinará con el jefe de Gestión de la Calidad para implementar el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Lc. Henry A. Calta Roque	31/08/2024

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
 RED DE SALUD SAN ROMÁN

M. Virginia Mamani Vilca
 C.O.P. 57466
 DIRECTORA

HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
 RED DE SALUD SAN ROMÁN

Dr. José W. Mamani Vilca
 C.O.P. 57466
 DIRECTOR

HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
 RED DE SALUD SAN ROMÁN

Dr. Víctor Divo Machaca Quiroz
 C.O.P. 15218
 JEFE DEL DPTO. DE ENFERMERÍA

HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
 RED DE SALUD SAN ROMÁN

Dr. Carlos Cruz Cárdenas
 C.O.P. 10023
 COORDINADOR

HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
 RED DE SALUD SAN ROMÁN

Dr. María del Carmen Milla B.
 C.O.P. 6439
 JEFA DE OBSTETRIAS

H C M M



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

TRIMESTRE	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
RESP. IPRESS:	CARLOS MONJE MEDRANO	14/10/2024	DOMMMAAA
UPSS:	EMERGENCIA	Juan Mirian Rodríguez Ordoñez	
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. José W. Marmel Viteri	M.C. Abram Lery Susapuca Tacora	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	Abg. Jimmy F. Rodríguez Sosa	C.D. Walter Santa Cruz Cardenas	
RESP. OPTOPERATIVO EMERGENCIA:	Lic. Saida Calderon Castillo		

ACTUALIZACIÓN RIESGOS

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (determinado)
36	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	El jefe del servicio, coordinará y/o socializará la R.M. N° 214-2018MINSA de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación R.M. N° 265-2018MINSA, para el correcto llenado de la historia clínica prospectiva.	M.C. Abram Lery Susapuca Tacora	14/10/2024
12	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible.	El jefe del servicio, coordinará y/o socializará la R.M. N° 214-2018MINSA de la Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica y su modificación R.M. N° 265-2018MINSA, para el correcto llenado de la historia clínica prospectiva.	M.C. Abram Lery Susapuca Tacora	14/10/2024
12	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las vistas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	El jefe de Gestión de la Calidad coordinará con el jefe de Vigilancia para mejorar el proceso de atención evaluado.	C.D. Walter Santa Cruz Cardenas	14/10/2024
12	SEGURIDAD SEXUAL	Al detectar conductas disarbitradas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	El jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio apropiadamente.	Lic. Jacqueline Hilar Ochoa	14/10/2024
12	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	La jefe del departamento de Enfermería, realizará la gestión de concluir la compra de los brazaletes de identificación, ya solicitados con anterioridad.	Lic. Saida Calderon Castillo	14/10/2024
12	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	El jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio apropiadamente.	Lic. Jacqueline Hilar Ochoa	14/10/2024
12	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	La oficina de Gestión de la Calidad coordinará con Epidemiología para realizar la supervisión de la adherencia a la Higiene de Manos en el servicio.	C.D. Walter Santa Cruz Cardenas	14/12/2024
8	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	El jefe de Gestión de la Calidad coordinará con departamento de enfermería para presentar un Proyecto de Mejora Continua en relación al verificador evaluado.	C.D. Walter Santa Cruz Cardenas	Indeterminado
8	BROSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	El jefe del servicio solicitará a la IPRESS, la compra de contenedores de resíduo hospitalario, ya que según normativa éstos contenedores debieran contar con su tapa respectivamente.	M.C. Abram Lery Susapuca Tacora	14/12/2024
8	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los kardex para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	M.C. Abram Lery Susapuca Tacora	Indeterminado
3	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	El jefe de Enfermería del Servicio coordinará con el jefe de Gestión de la Calidad para la Socialización del Protocolo aprobado en el personal del Servicio apropiadamente.	Lic. Jacqueline Hilar Ochoa	14/10/2024



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

IPRESS:	CARLOS MONJE MEDRANO	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	11/09/2024	2024
UPSS:	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	FECHA APLICACIÓN:	11/09/2024 (DDMMAAAA)			
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. José W. Mamani Vilca	RESP ENDEMOLOGIA:	Juana Miriam Rodríguez Oviedo			
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	Alf. Stony F. Rodríguez Sosa	RESP DE LA UPSS:	M.C. Gilberto Alvarado Ramos			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	Lic. Saida Caballero Cerebillo	RESP OFIC/JUNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Senta Cruz Córdova			
OTROS RESPONSABLES:						

ACTIVIDADES PROGRAMADAS

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CONECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
36	SEGURIDAD EN LA UPSS	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	El jefe del servicio solicitará a la IPRESS, la compra de una camilla funcional para realizar el procedimiento de las tomas de Ecografías respectivamente.	M.C. Gilberto Alvarado Ramos	11/12/2024
36	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	En casos de sedación y delirio abdominal severo se utilizarán barras de protección lateral o contención abdominal cuando el paciente se encuentre encamado.	El jefe del servicio solicitará a la IPRESS, la compra de una camilla funcional para realizar el procedimiento de las tomas de Ecografías respectivamente.	M.C. Gilberto Alvarado Ramos	11/12/2024
24	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento incluir los equipos biomédicos del servicio en el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de la IPRESS.	M.C. Gilberto Alvarado Ramos	11/10/2024
24	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los kardex para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	M.C. Gilberto Alvarado Ramos	11/10/2024
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	El jefe del Departamento apuntará un libro de actas para el análisis y Plan de Intervención sobre los eventos adversos presentados en el mismo.	M.C. Gilberto Alvarado Ramos	11/10/2024
12	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en áreas estratégicas.	El jefe del Departamento solicitará al Área de Gestión de la Calidad, los afiches impresos necesarios para las áreas donde realizan la Higiene de Manos.	M.C. Gilberto Alvarado Ramos	11/10/2024
12	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	El jefe del Departamento solicitará al Área de Epidemiología y/o Gestión de la Calidad, para el fortalecimiento de la adherencia de la Higiene de Manos en su personal.	M.C. Gilberto Alvarado Ramos	11/10/2024

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD RED DE SALUD SAN BORNAN
M.C. José W. Mamani Vilca
COP 57406
DIRECTOR
HOSPITAL "CARLOS MONJE MEDRANO"

HOSPITAL REGIONAL DE SALUD UGWAO (DE LA CALIDAD)
Walter Senta Cruz Córdova
COORDINADOR/AUXILIAR
PLAZO 03/11/2024 - 03/11/2024

HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO (DE LA CALIDAD)
Gilberto Alvarado Ramos
COP 64339
JEFE DE OBSTETRAS
H.C.M.M.

REGIONAL CARLOS MONJE MEDRANO (DE LA CALIDAD)
M.C. Gilberto Alvarado Ramos
COP 64339
JEFE DE OBSTETRAS
H.C.M.M.

REGIONAL CARLOS MONJE MEDRANO (DE LA CALIDAD)
M.C. Gilberto Alvarado Ramos
COP 64339
JEFE DE OBSTETRAS
H.C.M.M.

REGIONAL CARLOS MONJE MEDRANO (DE LA CALIDAD)
M.C. Gilberto Alvarado Ramos
COP 64339
JEFE DE OBSTETRAS
H.C.M.M.



PERU

Ministerio de Salud

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

PLAN DE ACCIÓN

IMPRESO:	CARLOS MUNJE MEDRANO	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPRS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA APLICACION:	15/12/2024 (DOMINGO)		
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	M.C. José W. Mamani Vilca	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Lic. Juana Miriam Rodríguez Oviedo		
RESP. DE ADMINISTRACION:	Abg. Jimmy F. Rodríguez Suza	RESP. DE LA UPRS:	Dr. Jorge E. Sotomayor Perales		
RESP. DEPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	Lic. Saida Calderón Castillo	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cardenas		
OTROS RESPONSABLES:					

ACTUALIZACIÓN PRECIBADO

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
36	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible	El jefe del servicio de UCI, realizará la socialización de la R.M. N° 214-2018/MINSA de la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria, al personal médico especialista del servicio respectivamente.	Dr. Jorge E. Sotomayor Perales	15/12/2024
12	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	El jefe del servicio de UCI, realizará la socialización de la R.M. N° 214-2018/MINSA de la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria, al personal médico especialista del servicio respectivamente.	Dr. Jorge E. Sotomayor Perales	15/12/2024
12	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	La jefa de Enfermeras del Servicio, coordinará con la jefa del Departamento de Enfermería, la socialización del protocolo ya elaborado para el personal de salud del servicio.	Lic. Mariela Pérez Can	15/12/2024
12	HISTORIA CLINICA	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Relación, Acomodación o Residencia de ser el caso.	El jefe del servicio de UCI, realizará la socialización de la R.M. N° 214-2018/MINSA de la Gestión de la Historia Clínica y su modificatoria, al personal médico especialista del servicio respectivamente.	Dr. Jorge E. Sotomayor Perales	15/12/2024
12	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	La jefa de Enfermeras del Servicio, coordinará con la jefa del Departamento de Enfermería, la socialización del protocolo ya elaborado para el personal de salud del servicio.	Lic. Mariela Pérez Can	15/12/2024
12	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	La jefa de Enfermeras del Servicio, coordinará con la jefa del Departamento de Enfermería, la socialización del protocolo ya elaborado para el personal de salud del servicio.	Lic. Mariela Pérez Can	15/12/2024
6	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR ORESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	La jefa de Enfermeras del Servicio, coordinará con la jefa del Departamento de Enfermería, la socialización del protocolo ya elaborado para el personal de salud del servicio.	Lic. Mariela Pérez Can	15/12/2024
4	SEGURIDAD EN LA UPSS	Tímbrs o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	La jefa del Departamento de enfermería en coordinación con la oficina de Gestión de la Calidad, realizarán el Plan de Mejora de un sistema de llamado en el servicio.	Lic. Saida Calderón Castillo	INDETERMINADO
2	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del riego lavamano/ paciente-cama de al menos 1:10	La jefa del Departamento de enfermería coordinará con Dirección la implementación del tam evaluado	Lic. Saida Calderón Castillo	INDETERMINADO
			La jefa de epidemiología en coordinación con Gestión de la Calidad, continuará con acciones para la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos en el servicio de UCI.	Lic. Miriam Rodríguez Oviedo	15/12/2024

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
 RED DE SALUD SAN BONAER
 JOSÉ W. MAMANI VILCA
 CMP 57466
 DIRECTOR
 HOSPITAL CARLOS MUNJE MEDRANO

U.C.I.
 J. Borja Sotomayor Trillos
 MEDICO CIRUJANO
 CMP 34770
 MEFERMO - INTENSIVISTA

Walter Medina Cruz Calderón
 GERENTE/COORDINADOR
 RNAC 025 - COP 10623

Walter Rodríguez Oviedo
 Jefa de Epidemiología
 COP 6439
 IEFA DE OBSTETRAS
 H.C.M.M






Walter Rodríguez Oviedo
 Jefa de Epidemiología
 COP 6439
 IEFA DE OBSTETRAS
 H.C.M.M



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

TRIMESTRE	IV TRIMESTRE	AÑO	2024
FECHA APLICACIÓN:	15/11/2024 (DOMINGO)		
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Lic. Alvaro Miran Rodríguez Ovarín		
RESP. DE LA UPSS:	Dr. Luis Alberto Rosado Tajada		
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Calderas		
OTROS RESPONSABLES:	Lic. Gloria E. Chura Mamani		

ACTUALIZACIÓN PROBLEMA

PROXIMIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
36	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Tienen un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	El jefe de Gestión de la Calidad se reunirá con el jefe de Seguridad y Vigilancia para socializar y tomar acuerdos sobre el cumplimiento del ítem observado.	C.D. Walter Santa Cruz Calderas	15/12/2024
36	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia continúa las perforancias de los pacientes y les visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	El jefe de Gestión de la Calidad se reunirá con el jefe de Seguridad y Vigilancia para socializar y tomar acuerdos sobre el cumplimiento del ítem observado.	C.D. Walter Santa Cruz Calderas	15/12/2024
36	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los Mandos para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	Dr. Luis A. Rosado Tajada	15/12/2024
12	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el bracciateo del paciente como en el cabal visible.	La jefe de Enfermería del Servicio de Quirófano coordinará con la jefe de Enfermería de Emergencia, el cumplimiento del protocolo correspondiente en relación al Riesgo de Caída del paciente. El jefe de Gestión de la Calidad en coordinación con Epidemiología, continuará promoviendo actividades que promuevan la Higiene de Manos en áreas críticas.	Lic. Gloria E. Chura Mamani	15/12/2024
	 DIRECTOR GENERAL DE SALUD RED DE SALUD SAN ROMÁN M.C. José W. Mamani Vilca CMP 57466 DIRECTOR HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO	 MACHACA GUISPE C.D. P. 15216 JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO	 JEATURA DE WALTER SANTA CRUZ CALDERAS COORDINADOR GENERAL RNAC 025 - COP 18823	 WALTER SANTA CRUZ CALDERAS COORDINADOR GENERAL RNAC 025 - COP 18823	 Gloria E. Chura Mamani LIC. EPIDEMIOLOGIA DE CENTRO QUIRÓFANO C.E.H. 30187 - R.N.E. 11346



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

TRIMESTRE:		IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
FECHA APLICACION:		17/12/2024 (DOMINGO)		
IPRES:	CARLOS MONJE MEDRANO			
UPSS:	CURADOS INTENSIVOS			
TITULAR/RESPONSABLE IPRES:	M.C. José W. Mamani Vilca			
RESP. DE ADMINISTRACION:	Mig. Jimmy F. Rodríguez Sica			
RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERÍA:	Lic. Saída Calderón Castillo			
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Lic. Juana Miriam Rodríguez Oviedo			
RESP. DE LA UPSE:	Dra. Silvia Apasí Chura			
RESP. OFICINA DE CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cardenas			
OTROS RESPONSABLES:	Lic. Heydi Pachauri Valdez			

ACTUALIZAR FIRMAS

PRORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (determinado)
36	HISTORIA CLINICA	La letra de la Historia Clínica es legible	El jefe del servicio realizará la socialización de la Norma Técnica para la Gestión y la modificación de la Historia Clínica "R.M. N° 214-2018/MINSA al personal médico, residentes e internos.	Dra. Silvia Apasí Chura	17/12/2024
12	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario restaurado en los servicios de hospitalización.	La jefa del Departamento de Enfermería, realizará la socialización del Protocolo de Úlceras por Presión a las Jefas de Enfermeras de los diferentes servicios.	Lic. Saída Calderón Castillo	17/12/2024
12	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	El jefe del servicio coordinará con el jefe del Departamento de Mantenimiento para incluir a todos los equipos biomédicos del servicio.	Dra. Silvia Apasí Chura	INDETERMINADO
12	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	El jefe del servicio solicitará al jefe de mantenimiento los kartex para el control preventivo de los equipos biomédicos del servicio.	Dra. Silvia Apasí Chura	INDETERMINADO
3	SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	La jefa de Enfermería del Servicio, realizará la socialización del Protocolo de Seguridad Sexual al personal de Salud (Enfermeras y Técnicos).	Lic. Heydi Pachauri Valdez	17/12/2024
3	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	El jefe del Servicio coordinará con Dirección del Hospital la aceleración de la renovación de la infraestructura del Área UCI NEONATAL, con la finalidad de retornar al área y cumplir con el ítem evaluado, según normativa.	Dra. Silvia Apasí Chura	17/12/2024
3	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respalan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	El jefe del Servicio coordinará con Dirección del Hospital la aceleración de la renovación de la infraestructura del Área UCI NEONATAL, con la finalidad de retornar al área y cumplir con el ítem evaluado, según normativa.	Dra. Silvia Apasí Chura	17/12/2024
			El jefe de Gestión de la Calidad en coordinación con Epidemiología, continuará promoviendo actividades que promuevan la Higiene de Manos en áreas críticas.	C.D. Walter Santa Cruz Cardenas	17/12/2024

DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SAN MARCOS Y HUANCAYO

M.C. José W. Mamani Vilca
CMP 57466
DIRECTOR
HOSPITAL "CARLOS MONJE MEDRANO"

D.F. YIMOLINA MACHACA QUISEP
C.O. 15216
JEFA DE UNIDAD DE FARMACIA
HOSPITAL "CARLOS MONJE MEDRANO"

HOSPITAL CARLOS MONJE MEDRANO
UNIDAD DE LA CALIDAD
JEFA DE UNIDAD DE LA CALIDAD

Walter Santa Cruz Cardenas
COORDINADOR ALTERNATIVO
FINAO 025 - COP 10023

Mig. Saída y Calderón Castillo
COP 34664
JEFA DE UNIDAD DE LA CALIDAD

Miriam del Carmen Vilca B
COP 6439
JEFA DE OBSTETRIAS
H.C.M.M

ANEXO N° 7



FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	CARLOS MONTE MEDRANO	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2014
UPRES:	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	FECHA APLICACIÓN:	17/07/2014	DOMICILIO:	
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. José W. Mariani Vicos	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	José Miriam Rodríguez Osada		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	Mig. Jimmy F. Rodríguez Tuma	RESP. DE LA UPRES:	Lic. Henry A. Cabe Rouse		
RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERÍA:	Lic. Saida Caldeira Casilla	RESP. OPC-UNIDAD CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Cárdenas		
		OTROS RESPONSABLES:			

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

83%

PRECEDENCIA	BUSCAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR REQUERIDO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARDIO)	PLAZO (SEMANAS)	MONITOREO (SEMANAS)	IMPLEMENTACIÓN
24	ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE ESCUELAS	Validación de que la UPRES cuenta con el Plan Anual de Monitoreo y Seguimiento Prescritivo de todos sus niveles (NUTRI)		Lic. Henry A. Cabe Rouse	11/08/2014	11/08/2014	SI
24	ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE ESCUELAS	Validación de que la UPRES cuenta con el Plan Anual de Monitoreo y Seguimiento Prescritivo de todos sus niveles (NUTRI)		Lic. Henry A. Cabe Rouse	11/08/2014	11/08/2014	SI
12	RESERVA DE SEGUR.	Información disponible y para ser usada a las intervenciones prescrites de los siguientes niveles:		Lic. Henry A. Cabe Rouse	11/08/2014	11/08/2014	SI
12	SEGURIDAD EN LA UPRES	Presencia de un sistema de registro y seguimiento de incidentos y eventos adversos.		Lic. Henry A. Cabe Rouse	11/08/2014	11/08/2014	SI
12	SEGURIDAD EN LA UPRES	Registro de incidentos y eventos adversos en la UPRES.		Lic. Henry A. Cabe Rouse	11/08/2014	11/08/2014	SI
12	SEGURIDAD EN LA UPRES	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentos y eventos adversos.		Lic. Henry A. Cabe Rouse	11/08/2014	11/08/2014	SI





FICHA DE MONITOREO

PRESE:	CARLOS MONJE MEDRANO	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024	SEM:	02 (Enero/Febrero)
UPSE:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:	14/09/2024				
TITULAR RESPONSABLE PRESE:	M.C. José W. Mamani Vicos	RESP. ENFERMERÍA:	Jenny Miriam Rodríguez Oviedo				
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	Abg. Jerry F. Rodríguez Soto	RESP. DE LA UPSE:	M.C. Álvaro Lery Bucapasa Torres				
RESP. OFICINA ENFERMERÍA:	Lic. María Catalina Castillo	RESP. OFICINA CALIDAD:	C.D. Walter Santa Cruz Calderón				
OTROS RESPONSABLES:							

73%

PROCESO	BUNDA PRÁCTICAS	VERIFICACIÓN OBSERVADO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (Cambio)	PLAZO (Indicador)	FECHA DE MONITOREO (Indicador)	IMPLEMENTACIÓN
01	RETORNO CLÍNICA	Regreso de la sala y sala de espera en la mañana, tarde y noche.	M-REF)	M.C. Álvaro Lery Bucapasa Torres	14/09/2024	14/09/2024	SI
02	RETORNO CLÍNICA	La sala de la mañana, tarde y noche.	M-REF)	M.C. Álvaro Lery Bucapasa Torres	14/09/2024	14/09/2024	SI
03	PREVENCIÓN DE LA FALTA DE PACIENTES	Vigilancia continua de la presencia de los pacientes y los salas para evitar el uso inapropiado de salas.	M-DEF)	C.D. Walter Santa Cruz Calderón	14/09/2024	14/09/2024	SI
04	MONITOREO DE SALUD	Al momento continuo de monitoreo de los signos vitales y se documenta en el expediente.	M-DEF)	Lic. Jacqueline Hual Obispo	14/09/2024	14/09/2024	SI
05	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Proceder luego de la identificación y los datos registrados con precisión y veracidad.	M-DEF)	Lic. Walter Bucapasa Torres	14/09/2024	14/09/2024	SI
06	PREVENCIÓN DEL DERRAME Y LESIONES	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de fumar en el servicio de emergencia.	M-DEF)	Lic. Jacqueline Hual Obispo	14/09/2024	14/09/2024	SI
07	VERIFICAR DE SALUD	Proceder de identificación y UPSE, del estado de salud de los pacientes en la sala de espera.	M-DEF)	C.D. Walter Santa Cruz Calderón	14/09/2024	14/09/2024	SI
08	SEGURIDAD EN LA UPSE	Trayecto y estado de salud de los pacientes en la sala de espera.	M-DEF)	C.D. Walter Santa Cruz Calderón	14/09/2024	14/09/2024	SI
09	SEGURIDAD	Deposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	M-DEF)	M.C. Álvaro Lery Bucapasa Torres	14/09/2024	14/09/2024	SI
10	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSE, cuando sea necesario, se encuentre en condiciones de funcionamiento.	M-DEF)	M.C. Álvaro Lery Bucapasa Torres	14/09/2024	14/09/2024	SI
11	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO EN LA CALIDAD POR PRESE	Procedimientos, acciones y actividades del programa de calidad de atención y seguridad del paciente.	M-DEF)	Lic. Jacqueline Hual Obispo	14/09/2024	14/09/2024	SI





FICHA DE MONITOREO

IMPRESO:	CARLOS MORALES MERRANO	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPDS:	Ciudadanos Intelectivos	FECHA APLICACION:	16/12/2024	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR RESPONSABLE PREEB:	M.C. José W. Mazaña Vicos	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Dr. Juanita Wilken Rodríguez Ornela		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	Abg. Jimmy F. Rodríguez Saca	RESP. DE LA UPRS:	Dr. Jorge E. Submayor Pareda		
RESP. SUPERVISORIO EMPRESARIAL:	Lic. Saúl Calabrán Ornela	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	C.B. Walter Santa Cruz Cárdenas		
		OTROS RESPONSABLES:			

70%

INDICADOR	BIENES PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (MES/SEMANAS)	MONITOREO (DD/MM/AAAA)	IMPLEMENTACIÓN
01	RETORNA CLINICA	La sala de la Unidad Clínica de Urgencia		Dr. Jorge E. Submayor Pareda	16/12/2024	16/12/2024	SI
02	RETORNA CLINICA	Seguimiento de los diagnósticos con colaboración de los médicos de emergencia (prehospitalaria y subhospitalaria)		Dr. Jorge E. Submayor Pareda	16/12/2024	16/12/2024	SI
03	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Seguimiento de la sala de internamientos temporales al riesgo de fuga del paciente y la ubicación de los familiares de acompañamiento		Lic. Melissa Pérez Cort	16/12/2024	16/12/2024	SI
04	RETORNA CLINICA	Seguimiento de la sala de internamientos temporales al riesgo de fuga del paciente y la ubicación de los familiares de acompañamiento		Dr. Jorge E. Submayor Pareda	16/12/2024	16/12/2024	SI
05	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Seguimiento de la sala de internamientos temporales al riesgo de fuga del paciente y la ubicación de los familiares de acompañamiento		Lic. Melissa Pérez Cort	16/12/2024	16/12/2024	SI
06	PREVENCIÓN DEL SUICIO Y LESIONES	Los pacientes y sus familiares deben ser informados de la prohibición de fumar en el servicio de urgencias para evitar el riesgo de incendio y/o lesiones		Lic. Melissa Pérez Cort	16/12/2024	16/12/2024	NO
07	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS QUÍMICAS POR PRESIÓN	Publicación, difusión y evaluación del programa educativo dirigido a pacientes, su familia y al personal	La sala de internamientos de pacientes, revisada con la sala de Departamento de Enfermería, la implementación del programa de educación para el personal de salud del servicio	Lic. Melissa Pérez Cort	16/12/2024	16/12/2024	NO
08	RETORNO EN LA UPRS	Trayecto y estacionamiento de pacientes en el momento de ingreso y salida	La sala del Departamento de enfermería en coordinación con la sala de Gestión de la Calidad, realizará el Plan de Acción en el sistema de formación de los médicos	Lic. Saúl Calabrán Ornela	NO/12/2024	NO/12/2024	NO
09	INDICE DE MANEJO	Completitud del rol de enfermería (paciente-cama de al menos 1:1)	La sala del Departamento de enfermería coordinará con Dirección la implementación del Plan de Acción	Lic. Saúl Calabrán Ornela	NO/12/2024	NO/12/2024	SI
			La sala de enfermería en coordinación con Dirección de la Calidad, coordinará con enfermería para la mejora de la atención y los recursos para la gestión de riesgo en el servicio de UPR	Lic. Melissa Rodríguez Ornela	16/12/2024	16/12/2024	SI





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

FICHA DE MONITOREO

FECHA APLICACIÓN:	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2014
RESP. ENDEMOLOGÍA:	L.R. Jaime Wilkin Rodríguez Oviedo			
RESP. DE LA UPM:	Dra. Silvia Aguiar Chuz			
RESP. OFICINA CALIDAD:	C.D. Walter Barja Cruz Cárdenas			
OTROS RESPONSABLES:	Lr. Naydi Pachauri Vozel			

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN: 75%

PROBLEMA	BUCNAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INTERNO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE CARGO	PLAZO ESTIMADO	MONITOREO (SEMÁFORO)	IMPLEMENTACIÓN
01	SESIONES CLINICA	La sala de la Unidad Clínica de Urgencia		Dra. Silvia Aguiar Chuz	01/12/2014	Verde	SI
02	MEJORA Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAJERAR POR PRESION	Medicación de dolor en punto predefinido y predefinido en el organo según indicado en los servicios de hospitalización.		L.R. Saida Colaborda Cabello	01/12/2014	Verde	SI
03	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPM cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento. Transferencia de todos los equipos de emergencia predefinidos los nombres.		Dra. Silvia Aguiar Chuz	04/12/2014	Rojo	NO
04	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPM cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento. Predefinido de todos los equipos de emergencia predefinidos los nombres, mediante la actualización de los respectivos formatos.		Dra. Silvia Aguiar Chuz	04/12/2014	Rojo	NO
05	SEGURIDAD BODUAL	Analizar el cumplimiento de las normas establecidas en el protocolo de seguridad de los equipos médicos y seguir sus resultados.		L.R. Naydi Pachauri Vozel	01/12/2014	Verde	SI
06	BIOSURVEILLANCIA	Se debe realizar la inspección de la calidad de los alimentos y medicamentos de la Unidad Productora de Servicios de Salud.		Dra. Silvia Aguiar Chuz	01/12/2014	Verde	SI
07	BIOSURVEILLANCIA	Se debe realizar la inspección de la calidad de los alimentos y medicamentos de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	El Jefe de Servicio, con el apoyo del Director del Hospital, la atención de la atención de la infraestructura del Área UCI, con el fin de garantizar la seguridad de los pacientes, según normativa.	Dra. Silvia Aguiar Chuz	01/12/2014	Verde	SI
			El jefe de Gestión de la Calidad en coordinación con Epidemiología, realizará personalmente actividades que promuevan la mejora de la calidad en áreas críticas.	C.D. Walter Barja Cruz Cárdenas	01/12/2014	Verde	SI



**Acciones en la
Adherencia a los 5
momentos y a la Técnica
de la Higiene de Manos
del personal de salud**



PERÚ

MINISTERIO DE SALUD

RED DE SALUD SAN ROMAN

UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Juliaca, 02 de octubre del 2024

20495

CARTA N° 046 – 2024 /DIRESA PUNO-RED-SR-EPI

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMAN
UNIDAD DE TRAMITE DOCUMENTARIO

02 OCT 2024

CONTROL RECEPCION

Folio: 09 Hora: 11:11 Firma: [Signature]

Señor:

Dr. José Wilfredo Mamani Vilca.

DIRECTOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

Presente.

Asunto: PLAN DE SUPERVICION DE HIGIENE DE MANOS DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2024.

Por medio de la presente es grato dirigirme a usted, para hacer de su conocimiento que, durante el mes de mayo del presente año, se realizó la capacitación sobre "Higiene de Manos" en los servicios críticos del hospital, correspondiendo realizar la supervisión al personal capacitado durante los meses de octubre, noviembre y diciembre. Motivo por el cual le hacemos alcance del "PLAN DE SUPERVICION DE HIGIENE DE MANOS HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO 2024", para que pueda apoyarnos con la emisión de los memorándum a los jefes de departamentos y/o servicios, de tal manera que nos puedan brindar las facilidades correspondientes y así poder cumplir con dicha actividad.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresarle mis saludos y estima personal.

Atentamente.



[Signature]
LIC. WILFRIDO ROBERTO OVIEDO
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL
RED DE SALUD SAN ROMAN

Cc.Arch.

● **PLAN DE SUPERVISIÓN DE
HIGIENE DE MANOS
HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO 2024**

PLAN DE SUPERVISIÓN DE HIGIENE DE MANOS

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

I. INTRODUCCIÓN

La higiene de manos es un procedimiento importante y eficaz para la prevención y control de las infecciones asociadas a la atención en salud, son infecciones que se desarrollan dentro de una unidad hospitalaria. La flora bacteriana compuesta por gérmenes contaminantes, recientemente adquiridos de pacientes colonizados o infectados; se multiplican fácilmente en las superficies de las manos y pueden sobrevivir por largo tiempo si no hay una adecuada higiene de manos.

Por lo tanto, la higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir la IAAS y difundir la resistencia antimicrobiana ha sido demostrada. Sin embargo, se ha demostrado que los trabajadores de la salud tienen dificultades para cumplir con las indicaciones sobre la higiene de manos a diferentes niveles

Observándose un desconocimiento de los procedimientos para llevar a cabo las diferentes acciones para una adecuada higiene de manos, entre los que destacan la sanitización, el lavado y la realización de los dos anteriores en los cinco momentos por la OMS previamente identificados y normados para tal efecto. Así también contribuyen al problema situaciones temporales, pero en ocasiones frecuentes, relacionadas a la falta de insumos para una adecuada higiene de manos (papel, jabón, gel espuma, clorhexidina, agua, etc.) ó herramientas para su realización (surtidores automatizados de papel, lavamanos, etc.).

II. OBJETIVO:

Objetivo general

- Determinar el grado de adherencia al Lavado de Manos por el personal del Salud que labora en los servicios críticos del Hospital Carlos Monge Medrano.

Objetivos Específicos

- Identificar la adherencia al lavado de manos clínico en el personal de salud que labora en los servicios críticos del Hospital Carlos Monge Medrano.
- Verificar la adherencia al lavado de manos clínico según los momentos del lavado en el personal de salud que labora en los servicios críticos del Hospital Carlos Monge Medrano.

BASE LEGAL:

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud
- Ley N° 27657- Ley del Ministerio de Salud.
- Resolución Ministerial N° 589-2007/MINSA, que aprueba el "Plan Nacional Concertado de Salud"
- Resolución Ministerial N°720-2006/MINSA, que aprueba el Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud.
- Resolución Ministerial N°456-2007/MINSA que aprueba la NTS N° 050MINSA/DGSPV. 02. Norma Técnica de Salud para la "Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo"; modificada con Resolución Ministerial N°777—2007/MINSA
- RM N°255-2016/MINSA que aprueba la Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud

III. AMBITO DE APLICACIÓN:

El presente plan será aplicado en los servicios de críticos servicios críticos del Hospital Carlos Monge Medrano:

- Unidad de Cuidados Intensivos
- Emergencia.
- Centro Obstétrico.
- Centro Quirúrgico.
- Neonatología.

IV. MARCO CONCEPTUAL

5.1. Definiciones

- Supervisión: Es un proceso de control gerencial de interacción entre el supervisor o supervisores y el supervisado o supervisados, para desarrollar un proceso de enseñanza aprendizaje donde se generan, transfieren o fortalecen capacidades orientadas a mejorar el desempeño del personal de salud y la gestión de los servicios de salud.
- Monitoreo: Es una herramienta de control gerencial destinada al seguimiento permanente de los procesos de atención orientados a los objetivos establecidos.

- **Evaluación:** Es la emisión de un juicio de valor que compara resultados obtenidos, con un patrón de referencia (estándares) para constatar los avances o logros de los objetivos de todo plan de salud.
- **Supervisor:** Es el trabajador de salud que desarrolla el proceso de Supervisión. Tiene un perfil con competencias para desarrollar su labor.
- **Proceso:** Es el conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.

5.2. Características de la Supervisión Integral

- Debe ser facilitadora y de capacitación, es decir que contribuya a desarrollar competencias y habilidades en el personal de salud.
- Debe estar orientada a mejorar el desempeño de los trabajadores.
- Debe fomentar el trabajo en equipo.
- Debe motivar el análisis de la información para la toma de decisiones.
- Debe ser continua, de acuerdo al cronograma de supervisión y de acuerdo al nivel de la instancia a supervisar

a. Características del Supervisor

- Debe conocer especialmente los procesos de bioseguridad y de lavado de manos.
- Debe tener capacidad docente, es decir poseer habilidades y destrezas para facilitar el aprendizaje.
- Debe tener receptividad, es decir disponibilidad y capacidad de escuchar.
- Debe tener capacidad de trabajo en equipo.

b. Aspectos a Supervisar

El objeto de la supervisión es, determinar la adherencia de las medidas de bioseguridad, aplicadas a la Higiene de Manos por el personal del Salud que labora en los servicios críticos del Hospital Carlos Monge Medrano. entonces se deben considerar:

- Actividades o tareas relacionadas con lavado de manos clínico.
- Actividades o tareas relacionadas con los cinco momentos del lavado de manos.

V. Técnicas de supervisión

Las técnicas de supervisión, El objeto de la supervisión es, determinar la adherencia de las medidas de bioseguridad, aplicadas al Lavado de Manos entonces se deben considerar:

Observación directa

Este es el enfoque más común, y generalmente involucra observadores entrenados que utilizan una herramienta de observación estandarizada y validada. Este es considerado el estándar de oro para evaluar el cumplimiento de la Higiene de Manos, y es el único enfoque que puede evaluar todas las oportunidades de Higiene de Manos. Este método puede evaluar la técnica de Higiene de Manos proporcionar retroalimentación inmediata y puede identificar otras oportunidades para el control de infecciones. También puede permitir a los observadores resolver problemas y proporcionar soluciones locales para las barreras al cumplimiento

VI. METODOLOGIA

- Lograr un promedio acumulado general igual o mayor al 85% en el apego a la higiene de manos en sus cinco momentos en la Unidad de Cuidados Intensivos de este complejo hospitalario.
- Lograr un promedio acumulado general igual o mayor al 85% en el apego a la higiene de manos en sus cinco momentos en los servicios críticos capacitados.

El período de supervisión y monitoreo comprenderá los meses de octubre, Noviembre y Diciembre del 2024, presentando un informe final durante el siguiente mes de Diciembre del 2024 (Revisar cronograma de actividades).

VII. Instrumento de Supervisión.

Se utilizará:

- El formato de Observación de los cinco momentos del lavado de manos. Anexo N.º 01
- Lista de chequeo para la supervisión del lavado clínico de lavado de manos. Anexo N.º 02

- Lista de chequeo para la supervisión del lavado rutinario de lavado de manos. Anexo N.º 03

VIII. ACCIONES DE SUPERVISIÓN A REALIZAR

Es responsabilidad de la unidad de epidemiología, realizar el seguimiento/supervisión.

IX. EQUIPO DE SUPERVISIÓN

Área	Cargo	de	cantidad
Epidemiología	Profesionales Enfermería	de	06
Gestión de la calidad.	Profesionales Enfermería	de	02
Total			08

X. RECURSOS REQUERIDOS

N.º	Descripción	Unidad medida	de	Cantidad requerida
1	Frascos de Jabón Líquido.	unidad		02
2	Papel toalla	paquetes		02
3	Alcohol en gel	unidad		02

XI. CRONOGRAMA

SERVICIOS DE SALUD	FECHA		
	OCT	NOV	DIC
<u>FECHAS:</u>			
Emergencia y Unidad de cuidados críticos	15-10-2024 y 23-10-2024		
Centro Quirúrgico y Neonatología		12-11-2024 y 20-11-2024	
Centro Obstétrico			3-12-2024

XII. ANEXOS

Anexo N.º 01



Ministerio de Salud

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO



FORMATO DE OBSERVACIÓN

Centro:		Número de período*		Número de sesión*	
Servicio:		Fecha (dd/mm/aa)	/ /	Observador (iniciales)	
Pabellón:		Hora de inicio/fin (hh:mm)	/ /	Nº de página:	
Departamento:		Duración sesión (min)		Ciudad**:	
* País**					

Op.	Indicación	Acción de HM	Op.	Indicación	Acción de HM	Op.	Indicación	Acción de HM	Op.	Indicación	Acción de HM
1	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	1	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	1	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	1	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar
2	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	2	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	2	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	2	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar
3	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	3	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	3	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	3	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar
4	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	4	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	4	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	4	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar
5	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	5	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	5	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	5	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar
6	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	6	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	6	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	6	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar
7	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	7	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	7	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	7	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar
8	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	8	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	8	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar	8	<input type="radio"/> ant. Pac. <input type="radio"/> ant. t. asept. <input type="radio"/> desp. cfc. <input type="radio"/> desp. c. pac. <input type="radio"/> desp. ent. pc	<input type="radio"/> FA <input type="radio"/> LM <input type="radio"/> omisión <input type="radio"/> quemar

*A completar por el administrador de los datos

**Opcional, se usará si se considera apropiado, según las regulaciones y necesidades locales

MEMORANDÚM MULT. N° 104 2024 – DIRESA PUNO/RED SSR/D.HCMM

A : JEFES DE DEPARTAMENTO

ASUNTO : SUPERVISIÓN DE HIGIENE DE MANOS

FECHA : Juliaca, 27 de setiembre del 2024

Por el presente, se comunica que se llevará acabo la Supervisión de Higiene de Manos en los meses de octubre, noviembre y diciembre por el equipo de Epidemiología y Gestión de la Calidad de forma inopinada, como parte del desarrollo del Plan de Trabajo de nuestra Institución.

Lo que comunico para su estricto cumplimiento bajo responsabilidad administrativa y funcional.

Atentamente,



DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMAN

M.C. José W. Mamani Vilca
CMP 57466
DIRECTOR
HOSPITAL 'CARLOS MONGE MEDRANO'

DISTRIBUCIÓN

Jefe Dpto. Pediatría
Jefe Dpto. Gineco Obst.
Jefe Dpto. Anestesiología y C. Q
Jefe Dpto. Emerg. y Cuidados Críticos
Jefe Dpto. Enfermería
Jefe de Epidemiología
Jefe de Gestión de la Calidad

c.c/ Arch.
H.C.M.M. JWMV



"Año Del Bicentenario, de La Consolidación de nuestra Independencia y de la Conmemoración de las Batallas heroicas de Junín y Ayacucho"

Juliaca, 18 de diciembre del 2024

26034

CARTA N° 119 - 2024-UGC-HCMM-RSSR/DIRESA - PUNO

SEÑOR: DR. JOSÉ WILFREDO MAMANI VILCA
DIRECTOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO



PRESENTE.

ASUNTO: REMITO INFORME DE SUPERVISIÓN DE HIGIENE DE MANOS

Por intermedio del presente tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente y al mismo tiempo remitir a su Dirección el informe de supervisión de higiene de manos del hospital Carlos Monge Medrano realizado en los meses de octubre, noviembre y diciembre – 2024. Adjunto informe.

Agradeciendo la atención que merezca la presente, aprovecho la oportunidad para renovarles las consideraciones más distinguidas a su persona.

Atentamente.

C.c. / Archivo
U.G.C.

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO
UNIDAD DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
Walter Santa Cruz Corderas
ODONTÓLOGO AUDITOR
RINA0 025 - COP 15823

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD SAN ROMAN
UNIDAD DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
DE PUNO



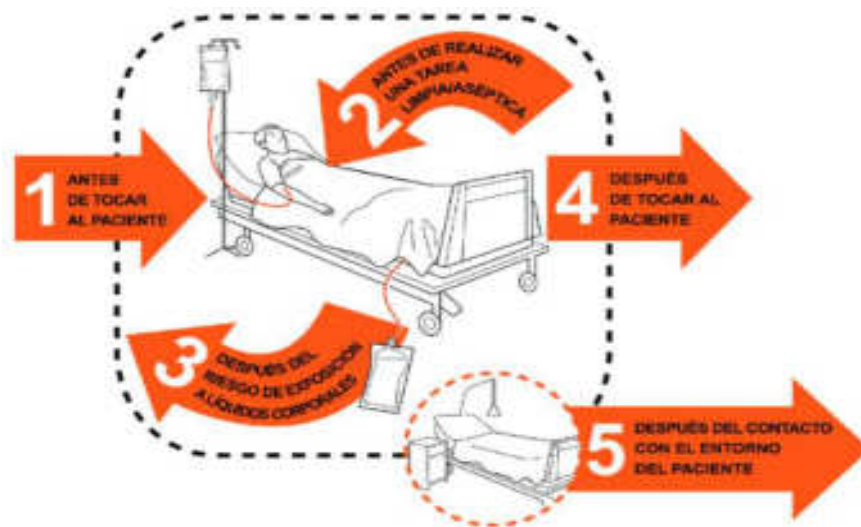
PERÚ

Ministerio de Salud



INFORME DE SUPERVISIÓN DE HIGIENE DE MANOS

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO



JULIACA, PERÚ

2024

INFORME DE SUPERVISIÓN DE HIGIENE DE MANOS AL PERSONAL DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO - 2024

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud, son las infecciones que el paciente contrae durante su tratamiento o estancia en un hospital, y que dicha infección no está presente al momento de su ingreso, incluyendo aquellas infecciones que se adquieren en el hospital, pero que se presentan cuando el paciente ya fue dado de alta.

A pesar de este sombrío panorama, la solución se encuentra literalmente en nuestras manos. Efectivamente, si bien las bacterias han aumentado su resistencia a todos los antibióticos conocidos, ninguna bacteria ha mostrado resistencia al arrastre mecánico que ejerce una adecuada higiene de manos.

Es por ello que la OMS ha elaborado directrices sobre la adecuada higiene de manos en la atención sanitaria basadas en evidencia científica, con el objetivo de estandarizar y mejorar la adherencia a la higiene de manos en los **cinco momentos** en los diferentes centros sanitarios a nivel mundial y, por ende, minimizar las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud.

El Ministerio de Salud (MINSA), comprometido con la mejora de la calidad y la seguridad de la atención de salud que se brinda en los establecimientos de salud a nivel nacional, aprobó la "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de la Higiene de manos en los establecimientos de salud" así como la monitorización y supervisión de su cumplimiento.

En ese sentido, el Hospital Carlos Monge (HCMM) ha implementado el "Monitoreo y Supervisión de la Adherencia a la Higiene de Manos en los **cinco momento**, con el propósito de identificar oportunidades de mejora e implementar estrategias para lograr la sensibilización del personal respecto a la importancia de la higiene de manos y motivar la participación de la mayor cantidad de personal de salud. Asimismo, se busca minimizar la resistencia al cumplimiento de este procedimiento por parte del personal a través de la capacitación *in situ* durante las acciones de monitoreo y Supervisión, las rondas de seguridad del paciente, la vigilancia epidemiológica activa de prevención y control de las

Infecciones asociadas a la atención de salud y el monitoreo y capacitación permanente por el Comité de infecciones asociadas a la atención de salud-Epidemiología, Gestión de la Calidad del HCMM.

En este contexto la Oficina de Gestión de la Calidad del Hospital Carlos Monge Medrano presenta el informe de la supervisión y monitoreo de la adherencia a la higiene de manos correspondiente al **cuarto trimestre** de acuerdo a lo programado en el plan de Gestión de la Calidad del HCMM.

Es por ello que en el hospital Carlos Monge Medrano, conscientes de su importancia, y aún más conscientes de que esta medida necesita de un monitoreo y promoción constante en el personal de salud, ha organizado la presente capacitación, monitoreo y supervisión que tiene como propósito posicionar esta importante medida en la mente de los trabajadores y así contribuir con una atención de calidad y con seguridad, que ponga como centro de atención a las necesidades de nuestros pacientes.

II. MARCO LEGAL

1. Ley N° 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
2. Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo.
3. R.M. N° 255-2016 /MINSA, Guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de salud.
4. Resolución Ministerial N° 519 – 2006/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: “Sistema de Gestión de la Calidad en Salud”.
5. R.M. N° 168-2015/MINSA, Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
6. R.M.119 – 2013 - MINSA, conformación de la Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias, creadas por DS N° 052-2010 - PCM.
7. R.M. N° 174-2011/MINSA, Aprueban Reglamento Interno de la Comisión Multisectorial de Vigilancia, Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias.
8. Hand Hygiene Technical Reference Manual. Organización Mundial de la Salud, 2009.

III. OBJETIVOS

Presentar el porcentaje alcanzando de la adherencia a la higiene de manos en el iv trimestre 2024 de los trabajadores del Hospital Carlos Monge Medrano.

IV. PÚBLICO OBJETIVO

La población de observación considerada ha sido el personal médico y no médico que labora en las áreas críticas de : Unidad de Cuidados intensivos, Emergencia, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Neonatología que brindan atención deirecta a los usuarios, durante el IV trimestre del 2024 en el Hospital Carlos Monge Medrano.

V. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Observación directa del cumplimiento de la higiene de manos considerando los cinco momentos definidos previamente según la “Guía Técnica paa la Implementación del proceso de higiene de manos en los establecimientos de Salud” aprobada con R.M. 225-2016/MINSA.

Las áreas críticas del HCMM, que comprendieron a los servicios de: Unidad de Cuidados Intensivos, Emergencia, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Neonatología; durante el IV trimestre que comprende los meses de octubre, noviembre y diciembre del presente año, previa comunicación a los jefes de Departamento de las áreas evaluadas. A través de la observación directa al personal de salud durante el proceso de atención ordinario. Habiendose elegido el método de la observación directa porque genera datos más precisos sobre el cumplimiento de las recomendaciones de higiene de manos por parte del personal de salud.

Para esta evaluación, se utilizó el instrumento de la Guia Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud, aprobada con R.M. 225-2016/MINSA.

VI. CONSIDERACIONES GENERALES

a. Definiciones Operativas

Infection asociada a la atencion de salud (IAAS).- Es toda condicion sistematica o localizada que resulta de la reaccidn adversa a la presencia de microorganismos o sus toxinas en un paciente hospitalizado o en la atencion ambulatoria. Se considera IAAS si hay evidencia de que esta condicion no

estaba presente ni incubándose en el momento del ingreso, a menos que la infección este relacionada a una admisión previa.

Para muchas IAAS de tipo bacteriana, la infección se hace evidente en 48 horas o más, luego del ingreso al hospital. En los neonatos, se consideran cuando se adquieren luego de 72 horas de permanencia hospitalaria.

Estrategia Multimodal de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la mejora de higiene de manos.

La Estrategia Multimodal de la OMS es una metodología basada en directrices desarrolladas por esta institución, con el objetivo de modificar el comportamiento del personal de salud para el mejor cumplimiento de la higiene de manos mejorando así la seguridad en la atención del paciente. La estrategia consiste en 5 componentes que se ejecutan de manera secuencial y está diseñada para ser fácilmente adaptada por las instituciones.

Higiene de manos (HM)

Medida higiénica conducente a la antisepsia de las manos con el fin de reducir la flora microbiana transitoria. Consiste en frotarse las manos con un antiséptico de base alcohólica o lavándolas con agua y jabón normal o antimicrobiano.

Lavado de manos (LM).- Consiste en la remoción mecánica de la suciedad y eliminación de microorganismos transitorios de la piel. Es el lavado de rutina que se realiza con agua y jabón y tiene una duración no menor de 20 segundos. Remueve en un 80% la flora microbiana transitoria.

Fricción de manos (FM).- Rozamiento de ambas manos previa aplicación de un antiséptico, con el objeto de reducir o inhibir la propagación de los microorganismos sin necesidad de una fuente exógena de agua ni del enjuagado o secado con toallas u otros instrumentos.

Oportunidad (Op).- La oportunidad es una unidad de cómputo equivalente al número de acciones de higiene de manos que se necesitan, al margen del número de indicaciones. Desde el punto de vista del observador, existe oportunidad siempre que se produce y se observa una de las indicaciones para la higiene de las manos. Se pueden presentar varias indicaciones

simultáneamente, creando una sola oportunidad que requiere una única acción de higiene de manos.

Acción de higiene de manos (Acc).- Una acción positiva indica cumplimiento; una acción negativa indica incumplimiento.

Porcentaje de Adherencia o cumplimiento de higiene de manos. - Se mide dividiendo el número de acciones (el numerador) entre el número de oportunidades (el denominador).

$$\text{Cumplimiento (\%)} = \frac{\text{Acciones}}{\text{Oportunidades}} \times 100$$

Los 5 momentos para la higiene de manos

Este sencillo enfoque constituye la parte central de la Estrategia Multimodal de la OMS para mejorar la higiene de manos. Consiste en realizar la técnica de higiene de manos en los siguientes:

“Mis 5 momentos para la higiene de manos”

1. Antes del contacto directo con el paciente.
2. Antes de realizar una tarea limpia o aséptica.
3. Después de la exposición a fluidos corporales.
4. Después del contacto con el paciente.
5. Después del contacto con el entorno de paciente.

VII. RESULTADOS OBTENIDOS

Según la Aplicación del formulario de observación- Cálculo de Cumplimiento básico y Cálculo Opcional del IV trimestre 2024, la adherencia a la higiene de manos fue del 64 %, teniendo 168 oportunidades y 112 acciones por parte del personal observado.

Para el cuarto trimestre de 2024, se ha evaluado la Adherencia a la Higiene de Manos a un total de 58 trabajadores de salud, quienes realizan actividad asistencial en las áreas críticas del Hospital Carlos Monge Medrano: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Emergencia (EMG), Centro Quirúrgico (CQ) Centro Obstétrico (CO), Neonatología: (NEO). A continuación, se muestran los resultados:

CUADRO N° 1

FORMULARIO DE OBSERVACIÓN – CALCULO DEL CUMPLIMIENTO BÁSICO

ÁREAS CRÍTICAS	Centro: HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO										PERIODO: IV TRIMESTRE 2024		
	N° sesión	Categoría Profesional			Categoría Profesional			Categoría Profesional			Total por sesión		
		Op(n)	Lm(n)	FM(n)	Op(n)	Lm(n)	FM(n)	Op(n)	Lm(n)	FM(n)	Op(n)	Lm(n)	FM(n)
		Enfermera/ Obstetra			Técnico/Auxiliar			Médico					
UCI	1	12	9	0	6	4	0	8	5	0	26	18	0
EMERGENCIA	2	21	7	6	21	5	2	11	1	4	53	13	12
CENTRO QUIRÚRGICO	3	5	4	0	4	2	0	8	7	0	17	13	0
CENTRO OBSTÉTRICO	4	10	6	0	7	5	0	6	2	0	23	13	0
NEONATOLOGÍA	5	23	20	2	21	13	4	6	4	0	50	37	06
Total		71	46	08	59	29	06	39	19	04	168	94	18
Cálculo		Acc(n) 54			Acc(n) 35			Acc(n) 23			Acc(n) 112		
		Op(n) 71			Op(n) 59			Op(n) 39			Op(n) 168		
Cumplimiento		76%			59%			58%			67%		

$\text{Cumplimiento(\%)} = \frac{\text{Acciones}}{\text{Oportunidad}} \times 100$	64%
---	------------

Comentario: Los observados fueron: 59 Técnicos en enfermería con cumplimiento básico de 59 %, 71 Enfermeras/ Obstetras con cumplimiento de 76 %, 39 Médicos con 58 % de cumplimiento; al término de aplicar el formulario, el cálculo de cumplimiento básico de adherencia fue de 65 %.

CUADRO N° 2
FORMULARIO DE OBSERVACIÓN – FORMULARIO DE CÁLCULO OPCIONAL

ÁREAS CRÍTICAS	Centro: HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO															PERIODO: IV TRIMESTRE 2024		
	N° sesión	Antes del Contacto con el paciente			Antes de un procedimiento limpio y aséptico			Después del Riesgo de Exposición a Fluidos Corporales			Después del Contacto con el Paciente			Después del Contacto del Entorno del Paciente				
		Ind(n)	Lm(n)	FM(n)	Ind(n)	Lm(n)	FM(n)	Ind(n)	Lm(n)	FM(n)	Ind(n)	Lm(n)	FM(n)	Ind(n)	Lm(n)	FM(n)		
UCI	1	11	4	0	3	2	0	2	2	0	8	7	0	2	0	0		
EMERGENCIA	2	22	3	5	6	1	2	4	1	2	14	5	2	7	2	2		
CENTRO QUIRÚRGICO	3	7	7	0	4	3	0	2	1	0	2	2	0	2	0	0		
CENTRO OBSTÉTRICO	4	9	4	0	1	1	0	4	3	0	6	5	0	3	0	0		
NEONATOLOGÍA	5	17	12	1	8	4	1	5	5	0	15	9	4	5	4	0		
Total		66	30	06	18	11	03	17	12	02	45	28	06	19	8	02		
Cálculo		Acc(n) 36			Acc(n) 14			Acc(n) 14			Acc(n) 34			Acc(n) 10				
		Ind(n) 66			Ind(n) 18			Ind(n) 17			Ind(n) 45			Ind(n) 19				
Proporción acc / indicación		53%			77%			82%			76%			53%				

$\text{Proporción porcentaje(\%)} = \frac{\text{Acciones}}{\text{Indicaciones}} \times 100$	68 %
---	-------------

Comentario: El cálculo opcional aplicado en los 5 momentos en el IV trimestre 2024 fue de 68 %

VIII. CONCLUSIONES

- En el IV Trimestre la adherencia a la higiene de fue del 68 %
- El área con mayor adherencia a la higiene de manos es el Servicio de Neonatología con un 86 % y el área con menor adherencia a la higiene de manos es Emergencia con un 47 %
- La Categoría Profesional de Enfermera/Obstetriz muestra una mejor adherencia a la higiene de manos con un 76 % de cumplimiento y la categoría de menor cumplimiento fue Médicos.
- El tercer momento (Después del Riesgo de Exposición a Fluidos Corporales) es de mayor cumplimiento de la adherencia de la higiene de manos con un 82 % y el primer momento (Antes del Contacto con el paciente) es el de menor cumplimiento con un 53 %

IX. RECOMENDACIONES

- Continuar realizando capacitaciones y/o fortalecimiento sobre la Técnica correcta de higiene de manos y dar a conocer los cinco momentos para la higiene de manos.
- Revisar periódicamente si los servicios cuentan con los insumos requeridos y adecuados para la realización de la higiene de manos.
- Evaluar de manera inopinada al personal asistencial, sobre la adherencia a la higiene de manos.
- Socializar los resultados del monitoreo de la adherencia a la higiene de manos.

X. ANEXOS

SUPERVISIÓN DE HIGIENE DE MANOS



¡SALVA VIDAS: Limpia tus manos!

