



PERÚ

Ministerio de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

Red De Salud Huancané

D.

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

Huancané, 16 de Diciembre del 2024.

OFICIO N° 622-2024/SGCS - REDESS HUANCANE/DIRESA PUNO

SEÑOR : M.C. JEAN PAUL GUILLERMO VALENCIA REINOSO.
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

ATENCIÓN : DIRECCION DE GESTION DE CALIDAD – DIRESA PUNO

ASUNTO : REMITO INFORME TECNICO DEL II SEMESTRE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL HOSPITAL "LAP" II-1, REDESS HUANCANÉ COMPROMISO DE MEJORA, FICHA N° 43.

Por intermedio del presente es grato dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente con la finalidad de poner en su conocimiento, que se REMITE EL INFORME TECNICO DEL II SEMESTRE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL HOSPITAL LUCIO ALDZABAL PAUCA II 1, COMPROMISO DE MEJORA FICHA N° 43 de la Red de Salud Huancané, para lo cual **adjunto**:

- Informe técnico del II Semestre de Rondas de Seguridad del Hospital Lucio Aldazabal Pauca II-1, Redess Huancané, conformidad del cumplimiento de compromiso de mejora **ficha 43**.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para reiterarle las consideraciones más distinguidas.

Atentamente.



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
JEAN PAUL GUILLERMO VALENCIA REINOSO
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

Red De Salud Puno
TRAMITE DOCUMENTARIO
18 DIC 2024
Folio 815 de 54
Control de Recepción



GOBIERNO
REGIONAL PUNO

Dirección Regional
de Salud Puno

Red de Salud Huancané

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

INFORME N°013-2024-GR-GRDS/REDES HUANCANE/DIRESA-PUNO

PARA : DR. DENIS FRISANCHO MARTINEZ
ASUNTO : INFORME TECNICO DE EVALUACION DE ACTIVIDADES DEL II SEMESTRE RONDAS DE
SEGURIDAD DEL HOSPITAL LAP HUANCANÉ II-1.
FECHA : 16 de diciembre del 2024.

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de saludarlo cordialmente y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que se realizó la evaluación DEL SEGUNDO SEMESTRE del día 01 de JULIO al 16 de DICIEMBRE del 2024, realizada a las instituciones prestadoras de los servicios de salud de la jurisdicción de la Red de Salud Huancané – HOSPITAL LAP HUANCANE lo cual se detalla a continuación:

I. Antecedentes:

Antecedentes legales y normativos nacionales e institucionales.

- Ley No 26842, Ley General de Salud, y sus modificatorias.
- Ley No 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su reglamento aprobado por Decreto Supremo No 027-2018-SA y su modificatoria.
- Ley No 30895, Ley que fortalece la función rectora del ministerio de salud.
- Decreto supremo No 013-2006-SA, que aprueba el reglamento de establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo.
- Resolución Ministerial N° 640-2006/MINSA Manual para la Mejora Continua de la Calidad.
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud".
- Decreto supremo 013-2014-SA, que aprueba el reglamento de infracciones y sanciones de la superintendencia nacional de salud-SUSALUD.
- Resolución Ministerial No 168-2015/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las infecciones Asociadas a la Atención de Salud"
- Resolución Ministerial N° 502-2016/MINSA, que aprueba la NTS N°029-MINSA/DIGIPRES- V.02 "Norma Técnica de Salud de Auditoria de la Calidad de la Atención en Salud.
- Directiva Sanitaria No 092-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud".

Datos Generales:





1.1 Institucional, departamento y servicio

- SERVICIO DE PEDIATRIA
- SERVICIO PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO)
- SERVICIO DE NUTRICION Y DIETETICA
- SERVICIO DIAGNOSTICO POR IMÁGENES.
- SERVICIO ALOJAMIENTO CONJUNTO.
- SERVICIO DE EMERGENCIA.

1.2 Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo.

Nº	Cargo	Nombre y apellidos.	Profesión
1	PRESIDENTE	ADA LUISA JUSTO CAMA	ENFERMERA
2	SECRETARIO	DAVID RUFO FLORES MAMANI	ENFERMERO
3	VOCAL	YENE MADELIN LUQUE SUCASAIRE	ENFERMERA
4	VOCAL	ANAMILEY MARILIA CATARI MENESES	ENFERMERA

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



Resolución Directoral

Huancané, 26 de Enero del 2024.

VISTO: El documento: OFICIO N° 001-2024-DIRES-PUNO/REDESS-HUANCANÉ/GESTION DE CALIDAD, de fecha 24 de Enero de 2024,

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título preliminar de la Ley N° 26812, Ley General de Salud señala que que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla, Que el numeral 1) del artículo 3 del Decreto Legislativo N° 1151, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone como ámbito de competencia del Ministerio de Salud, la Salud de las personas;

Que, el artículo 4 de la precitada Ley, establece que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como órgano rector las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha ley, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud individual o colectivo;

Que, asimismo el artículo 4-A incorporado a la ley antes referida a través de la Ley N° 30655, Ley que fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud, dispone que el Ministerio de Salud en su condición de ente rector y dentro del ámbito de sus competencias, determina la política, regula y supervisa la prestación de los servicios de salud, a nivel nacional, en las siguientes instituciones: Ejército, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales, y de más instituciones públicas, privadas y público privadas;

Que, la octava política del documento Técnico Política Nacional de calidad en salud, aprobado con Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, establece que las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, implementen mecanismos para la gestión de riesgos derivados de la atención de la salud;

Que, mediante decreto Supremo N° 027-2019-SA, se establece los criterios para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a nivel resultado, proceso, insumo o proceso de programas presupuestales, así como los criterios técnicos para su aplicación e implementación en el año 2020, para permitir la entrega económica anual en la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo 1153, que regula la política integral de contrataciones y Esquemas Económicos del personal de la Salud al servicio del Estado;

Que, el artículo 2° del Reglamento de Establecimientos de Salud aprobado por el Decreto Supremo N° 013-2006-SA define a la acreditación como, un procedimiento de evaluación periódica de los recursos institucionales, que tiende a garantizar la calidad de atención, a través de estándares previamente definidos por la autoridad de salud;

Que, el artículo 9° del precitado Reglamento, dispone la obligación de los Establecimientos de Salud a garantizar la calidad y seguridad de la atención que ofrecen a sus pacientes, proporcionarles los mayores beneficios posibles en su salud, protegidos íntegramente contra riesgos innecesarios, satisfacer sus necesidades y expectativas en lo que corresponde;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, se aprobó la Norma Técnica de Salud Categorización de Establecimientos de Salud con la finalidad de garantizar a los usuarios de los servicios de salud y del sistema contribuir a mejorar el desempeño del sistema de salud en respuesta a las necesidades de salud de la población;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, del 29 de octubre de 2009 se aprobó el documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud" cuyo objetivo es contribuir a mejorar la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios mediante la implementación de estándares emanados de la Autoridad Sanitaria Nacional;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo de 2006, se aprobó el documento Técnico "sistema de Gestión de Calidad en Salud estableciendo los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del sistema de Gestión de la Calidad en salud orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad en la atención de los servicios de salud;

Que, la Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA de fecha 02 de abril de 2020, en su artículo 1° Aprueba 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", que en documento anexo, forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial;

Que, de conformidad a la Ley N° 27763, Ley de Bases de Descentralización, modificada por Ley N° 28379; Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, modificada y complementada por Leyes N°s. 27902, 28013, 28151, 28926, 28968 y 29053; R.M. N° 405-2005/MINSA, que reconoce a los Directores Regionales como única autoridad en Salud en cada Región; y en uso de las atribuciones Ordenanza Regional N° 012-2015-GRP/CRP, que aprueba la modificación del Reglamento de Organización y Funciones de la Dirección Regional de Salud de Puno y estructura orgánica de la Dirección Regional de Salud de Puno; y en uso de la delegación de facultades y atribuciones conferidas en la Resolución Ministerial N° 563-2017/MINSA; y,

Que, estando a la propuesta por la Coordinadora de Gestión de Calidad y con la aprobación de la Dirección de la Red de Salud Huancané.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO. - DESIGNAR, la función de responsables del Comité de Rondas de Seguridad del Paciente en Salud del Hospital "LUCIO ALDABAL PAUCA" de la Red de Salud Huancané, que a continuación se detalla en el cuadro:

N° CARGO	CARGO	RESPONSABLE	PROFESIÓN
1	PRESIDENTE	ANILYSA ANGELO ESCOBAR	BIENESTAR SOCIAL
2	SECRETARIO	DAVID RUIZ RUIZ MARIANO	INGENIERO
3	VOCAL	YANE BARRI M. LUCAS SUAREZ	ENFERMERA
4	VOCAL	ARAMELY MARIYA CATAHER MENDOZA	ENFERMERA

ARTICULO SEGUNDO. - Notificar la Presente resolución a la Responsable de Gestión de Calidad de la Red de Salud Huancané, para su cumplimiento.

ARTICULO TERCERO. - Disponer la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal Institucional de la Red de Salud Huancané.

REGÍSTRESE Y COMUNIQUESE.

(Sello y Firma) M.C. FERDINAND GIL ONOFRE, director de la Red de Salud Huancané.
Lo que transcribo a Usted para su conocimiento y demás fines de ley

ATENTAMENTE,



Héctor Pari Ramírez
M.C. HÉCTOR PARI RAMÍREZ
JEFE UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS
RED DE SALUD HUANCANÉ
ICAR. 3413

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: HOSPITAL LUCIO ALDAZABAL -HUANCANE

UNIDAD RESPONSABLE: MC. ALAN HARRISON TINTAYA VALERO

ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
ONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
ONDA 1	31/01/2024	09:00 am	RONDA 1	27/02/2024	09:00 am	RONDA 1	20/03/2024	09:00 am	RONDA 1	24/04/2024	09:00 am
<i>Encuentro</i>											
MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
ONDA 1	28/05/2024	09:00 am	RONDA 1	27/06/2024	09:00 am	RONDA 1	22/07/2024	10:30 am	RONDA 1	21/08/2024	14:30 am
<i>Encuentro</i>											
SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
ONDA 1	24/09/2024	10:00 am	RONDA 1	22/10/2024	10:20 am	RONDA 1	25/11/2024	09:30 am	RONDA 1	20/12/2024	15:00 am
<i>Encuentro</i>											

Responsable] PRESS

Responsable Oficina Gestión
De calidad

Responsable de epidemiología

Responsable del servicio Enf.



I. ANALISIS

II. 2.1 RESULTADO

III. 2.1.1 CUMPLIMIENTO PROMEDIO DE LAS BUENAS PRACTICAS EN LA APLICACION DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPS

SERVICIO DE PEDIATRIA:

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
25-7-2024	REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	96%	
	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	71%	RIESGO IMPORTANTE
	IDENTIFICACIÓN CORRECTA	83%	RIESGO MODERADO
	PREVENCIÓN DE FUGA	100%	
	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	78%	RIESGO IMPORTANTE
	PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	86%	RIESGO MODERADO
	HIGIENE DE MANOS	100%	RIESGO IMPORTANTE
	BIOSEGURIDAD	86%	RIESGO MODERADO
	COMUNICACIÓN AFECTIVA	100%	
	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	60%	RIESGO INTOLERABLE
	PROMEDIO	86%	

DESCRIPTIVO: DESCRIBIR LOS RESULTADOS REGISTRADOS EN LA TABLA.

En la presente tabla se puede evidenciar que la UPS PEDIATRIA presenta un nivel de riesgo moderado con un 86% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad en el III trimestre del presente año.



SERVICIO DE LABORATORIO:

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
27-8-2024	REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%	
	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	67%	RIESGO IMPORTANTE
	IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%	
	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	
	HIGIENE DE MANOS	100%	
	COMUNICACIÓN EFECTIVA	86%	RIESGO MODERADO
	BIOSEGURIDAD	100%	
	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	
	PROMEDIO	88%	

DESCRIPTIVO: DESCRIBIR LOS RESULTADOS REGISTRADOS EN LA TABLA.

En la presente tabla se puede evidenciar que la UPS PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO) presenta un nivel de riesgo moderado con un 88% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad en el III trimestre del presente año.

UPSS NUTRICION Y DIETETICA

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
23-9-2024	REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%	
	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%	
	IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%	
	COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	
	BIOSEGURIDAD	100%	
		HIGIENE DE MANOS	100%
	PROMEDIO	100%	

DESCRIPTIVO: DESCRIBIR LOS RESULTADOS REGISTRADOS EN LA TABLA.

En la presente tabla se puede evidenciar que la NUTRICION Y DIETETICA presenta un nivel de riesgo muy bajo con un 100% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad en el III trimestre del presente año.



SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMAGENES:

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
29-10-2024	IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%	
	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%	
	HIGIENE DE MANOS	86%	
	COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	
	BIOSEGURIDAD	67%	
	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	
	PREVENCIÓN DE FUGA	100%	
	PROMEDIO	94%	

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla.

En la presente tabla se puede evidenciar que la DIAGNOSTICO POR IMAGENES presenta un nivel de riesgo muy bajo con un 94% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad en el IV trimestre del presente año.

SERVICIO DE ALOJAMIENTO CONJUNTO:

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
26-11-2024	HISTORIA CLINICA	100%	
	IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%	
	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	80%	
	HIGIENE DE MANOS	100%	
	COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	
	BIOSEGURIDAD	80%	
	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	75%	
	PREVENCIÓN DE FUGA	100%	
	PROMEDIO	93%	

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla.

En la presente tabla se puede evidenciar que la ALOJAMIENTO CONJUNTO presenta un nivel de riesgo muy bajo con un 93% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad en el IV trimestre del presente año.



SERVICIO DE EMERGENCIA:

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRACTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
16-12-2024	HISTORIA CLINICA	96%	
	IDENTIFICACION CORRECTA	100%	
	SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	82%	
	HIGIENE DE MANOS	100%	
	COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	
	SEGURIDAD EN LA MEDICACION	100%	
	PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	82%	
	BIOSEGURIDAD	100%	
	PREVENCIÓN DE SUICIDIO Y LESIONES	100%	
	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%	
	PREVENCIÓN DE FUGA	100%	
PROMEDIO	94%		

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla.

En la presente tabla se puede evidenciar que el servicio de emergencia presenta un nivel de riesgo muy bajo con un 94% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad en el IV trimestre del presente año.

2.1.2 PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR BUENAS PRACTICAS DE APLICACION DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS

UPSS	Nivel de atención	Reg. H.C	Seg. UPSS	Ident. Corre.	Seg. Med.	Preven cion de caidas	Seg. Sev.	Prev red de riesgo de las UPP	Prev del suicidi o y lesione.	Com. Efec	Bios	Func. Equip	HIGIENE DE MANOS	% Total
PEDIATRIA	II	96	71	83	78	86	-	100	-	100	86	60	100	86
LABORATORIO CLINICO	II	100	67	100	100	-	-	100	-	100	100	100	86	88
NUTRICION Y DIETETICA	II	100	100	100	-	-	-	100	-	100	100	-	100	100
DIAGNOSTICO POR IMÁGENES	II	100	100	100	-	-	-	100	-	100	67	100	86	94
ALOJAMIENTO CONJUNTO	II	100	80	100	-	90	-	100	-	90	80	75	100	93
EMERGENCIA	II	96	82	100	100	82	-	82	100	100	100	75	100	94

a 65% riesgo intolerable, 66% a 80% riesgo importante, 81% a 94% riesgo moderado, 97% a 99% riesgo muy bajo



DESCRIPTIVO DESCRIBIR LOS RESULTADOS REGISTRADOS EN LA TABLA.

En la presente tabla se puede evidenciar que la UPS PEDIATRIA presenta un nivel de riesgo moderado con un 86% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad en el III trimestre del presente año. También se puede evidenciar que la UPS PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO) presenta un nivel de riesgo moderado con un 88% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad en el III trimestre del presente año. Se puede evidenciar que NUTRICION Y DIETETICA presenta un nivel de riesgo MUY BAJO con un 100% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad en el III trimestre del presente año. En el servicio de DIAGNOSTICO POR IMAGENES presenta un nivel de riesgo muy bajo con un 94% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad. El servicio de ALOJAMIENTO CONJUNTO presenta un nivel de riesgo muy bajo con un 93% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad. Y por último se puede evidenciar que el servicio de emergencia presenta un nivel de riesgo MUY BAJO con un 94% de cumplimiento de buenas prácticas.

2.1.3 INFORMACION SOBRE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS O EN PROCESO DE IMPLEMENTACION EN RELACION A LOS VERIFICADORES INSEGUROS POR UPSS

SERVICIO DE PEDIATRIA:

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	4	Informe y sociabilizar	Se implementara el plan de intervencion sobre la informacion de incidentes y eventos adversos
En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	2	Informe y sociabilizar	Se implementara el sistema sobre la informacion de incidentes y eventos adversos
Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	12	Informe y sociabilizar	SE SOCIALIZARA CON EL FAMILIAR DEL PACIENTE PEDIATRICO LOS EFECTOS ADVERSOS POSIBLE QUE PUEDAN OCURRIR
Registro fisico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	21	Informe y sociabilizar	SE DEBE DE TENER UN REGISTRO FISICO Y DIGITAL DE NOTOFICACION DE ACCIDENTES DE TRABAJO



Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	6	Informe y sociabilizar	Se implementara el sistema sobre la información de incidentes y eventos adversos
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	1	Informe y sociabilizar	SE REALIZARA LA IDENTIFICACION CON BRAZALETE EN EL PACIENTE PEDIATRICO HOSPITALIZADO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	28	Informe y sociabilizar	Se realizara el análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	4	Informe y sociabilizar	Se realizara un registro de medicamentos controlados

En el presente cuadro se puede evidenciar que la UPPS PEDIATRIA SE TIENE 8 VERIFICADORES INSEGUROS DE LOS CUALES SE HAN IMPLEMENTADO ACCIONES DE MEJORA

SERVICIO DE LABORATORIO CLINICO:

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	4	Informe y sociabilizar	Se implementara el plan de intervencion sobre la informacion de incidentes y eventos adversos
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	2	Informe y sociabilizar	Se implementara el sistema sobre la información de incidentes y eventos adversos
Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	6	Informe y sociabilizar	Se implementara material educativo en lugares estrategicos
Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	28	Informe y sociabilizar	SE DEBE DE REALIZAR EL REQUERIMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMEDICOS DE ACUERDO AL NIVEL DE COMPLEJIDAD

En el presente cuadro se puede evidenciar que la UPPS LABORATORIO CLINICO SE TIENE 4 VERIFICADORES INSEGUROS DE LOS CUALES SE HAN IMPLEMENTADO ACCIONES DE MEJORA

SERVICIO DE NUTRICION Y DIETETICA

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
NO CUENTA CON ALMACENAMIENTO ADECUADO DE ALIMENTOS	4	Informe y sociabilizar	JEFATURA DE SERVICIO PRESENTO DOCUMENTOS CORRESPONDIENTES PARA LA ADQUISICION



SERVICIO REQUIERE DE UN PERSONAL DE SALUD.	2	Informe y sociabilizar	SE REALIZARA EL REQUERIMIENTO A JEFATURA DE DIRECCION Y RECURSOS HUMANOS
EL SERVICIO NO CUENTA CON DISPONIBILIDAD DE AGUA DURANTE EL DIA	6	Informe y sociabilizar	COMUNICAR AL RESPONSABLE DE MANTENIMIENTO
SERVICIO CON UN REFRIGERADOR DE 40 AÑOS DE USO SEGÚN REFERENCIA DEL PERSONAL	28	Informe y sociabilizar	SE REALIZO EL REQUERIMIENTO DEL REFRIGERADOR A LAS OFICINAS CORRESPONDIENTES EN ESPERA DE RESPUESTA HASTA LA FECHA.
SERVICIO NO CUENTA CON UN ADECUADO TRANSPORTE DE ALIMENTOS PARA LAS AREAS DE HOSPITALIZACION, MATERNO, ETC	21	Informe y sociabilizar	SE REALIZO EL REQUERIMIENTO DEL REFRIGERADOR A LAS OFICINAS CORRESPONDIENTES EN ESPERA DE RESPUESTA HASTA LA FECHA.

En el presente cuadro se puede evidenciar que la UPPS PEDIATRIA SE TIENE 5 VERIFICADORES INSEGUROS DE LOS CUALES SE HAN IMPLEMENTADO ACCIONES DE MEJORA.

UPSS DIAGNOSTICO POR IMAGENES

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Registro fisico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	2	Informe y sociabilizar	se debera de implementar un registro de enventos adversos de la UPSS
Personal desconoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	4	Informe y sociabilizar	Se debera de difundir entre el personal el registro de eventos adversos de la UPSS
no cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	4	Informe y sociabilizar	La UPSS debera de realizar un plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos.
NO se evidencian comunicaciones reciprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	35	Informe y sociabilizar	el jefe de la UPSS , la direccion del hospital no cuentan con una adecuada comunicación en temas clínicos como administrativos, POR LO CUAL SE DEBERA DE REALIZAR LOS REPECTIVOS INFORMES PARA SU CONOCIMIENTO

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla.

En el presente cuadro se puede evidenciar que la UPPS ALOJAMIENTO CONJUNTO SE TIENE 4 VERIFICADORES INSEGUROS DE LOS CUALES SE HAN IMPLEMENTADO ACCIONES DE MEJORA.



UPSS ALOJAMIENTO CONJUNTO

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	2	Informe y sociabilizar	se debiera de implementar un registro de eventos adversos de la UPSS
Personal desconoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	4	Informe y sociabilizar	Se debiera de difundir entre el personal el registro de eventos adversos de la UPSS
no cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	4	Informe y sociabilizar	La UPSS debiera de realizar un plan anual de mantenimiento preventivo de todos sus equipos biomédicos.
NO se evidencian comunicaciones recíprocas entre el Jefe de la UPSS y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	35	Informe y sociabilizar	el jefe de la UPSS , la dirección del hospital no cuentan con una adecuada comunicación en temas clínicos como administrativos, POR LO CUAL SE DEBERA DE REALIZAR LOS REPECTIVOS INFORMES PARA SU CONOCIMIENTO
No cumplimiento a la norma técnica ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD NEONATAL por parte del servicio de ginecoobstetricia. En atención al documento de referencia MEMORANDUM N° 669-2024/GR-DIRESA-PUNO/D-REDESS-H.	40	Informe y sociabilizar	DAR cumplimiento a la norma técnica ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD NEONATAL por parte del servicio de ginecoobstetricia. En atención al documento de referencia MEMORANDUM N° 669-2024/GR-DIRESA-PUNO/D-REDESS-H.

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla.

En el presente cuadro se puede evidenciar que la UPPS ALOJAMIENTO CONJUNTO SE TIENE 5 VERIFICADORES INSEGUROS DE LOS CUALES SE HAN IMPLEMENTADO ACCIONES DE MEJORA.



UPSS EMERGENCIA

VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	2	Informe y sociabilizar	se deberá de implementar un registro de eventos adversos de la UPSS
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	1	Informe y sociabilizar	El médico deberá de realizar la codificación CIE-10 que corresponda
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	4	Informe y sociabilizar	La UPSS deberá de realizar un registro de todo paciente con sujeción mecánica en caso que exista un caso durante los turnos.
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	4	Informe y sociabilizar	El jefe de la UPSS deberá de implementar un registro de incidentes y eventos adversos en la UPSS
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.	4	Informe y sociabilizar	el jefe de la UPSS deberá de implementar un registro de incidentes y eventos adversos en la UPSS mediante la visualización de tarjetas.
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	4	Informe y sociabilizar	establecer un protocolo de sujeción mecánica en caso que ocurra un caso.

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla.

En el presente cuadro se puede evidenciar que la UPPS EMERGENCIA SE TIENE 6 VERIFICADORES INSEGUROS DE LOS CUALES SE HAN IMPLEMENTADO ACCIONES DE MEJORA.



2.1.4 Información del análisis de indicadores

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2024				
					I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	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	25%	25%	25%	25%	100%
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	25%	25%	25%	25%	100%
4	% de rondas de seguridad del paciente aplicadas en la IPRESS	N° de rondas de seguridad del paciente aplicadas/N° de rondas de seguridad programadas X100	proceso	Trimestral	25%	25%	25%	25%	10%
5	% de cumplimiento de las buenas practicas en la IPRESS	N° de verificadores conformes/ N° de verificadores evaluados X 100	resultado	Trimestral	25%	25%	25%	25%	100%
6	% 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	25%	25%	25%	25%	100%

Descriptivo: describir los resultados registrados en la tabla.

Observamos que en el II semestre 2024 en el Hospital Lucio ALDAZABAL PAUCA, se encuentra de acuerdo al cumplimiento de indicadores con un 100%, hasta el 16 de diciembre del 2024, dando cumplimiento a la programación de 12 rondas de seguridad lo que da el 100% de cumplimiento de rondas de seguridad programadas.

II. ANALISIS:

- Las rondas de seguridad del paciente es una herramienta que permite evaluar la ejecución de las buenas prácticas de atención en salud y de esta manera detectar riesgos en la atención en salud que posteriormente a ello son medidas para reducir riesgos y mitigar efectos.
- El Hospital LAP Huancané ejecuto las 6 rondas de seguridad del paciente durante el II semestre 2024.



- La metodología usada para la ronda de seguridad fue fundamentalmente la observación revisión documentaria y la entrevista al personal de salud y pacientes.
- De las 6 UPPs evaluadas alcanzan un porcentaje mayor a 60% del cumplimiento de buenas prácticas de atención.

III. Conclusiones

- Para el presente II semestre el Hospital LAP Huancané programo seis rondas de seguridad del paciente, logrando ejecutar el 100 % de las rondas programadas.
- En el II semestre fueron evaluadas cinco UPPS: PEDIATRIA, PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO), NUTRICION Y DIETETICA, DIAGNOSTICO POR IMÁGENES, ALOJAMIENTO CONJUNTO, EMERGENCIA.
- De las UPPS evaluadas PEDIATRIA tiene un porcentaje de 86 % del cumplimiento de buenas prácticas de atención, la UPS PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO) con un porcentaje de 88 % del cumplimiento de buenas prácticas de atención. La UPS NUTRICION Y DIETETICA con un porcentaje de 100 % del cumplimiento de buenas prácticas de atención. En DIAGNOSTICO POR IMAGENES presenta un nivel de riesgo muy bajo con un 94% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad. ALOJAMIENTO CONJUNTO presenta un nivel de riesgo muy bajo con un 93% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad. el servicio de emergencia presenta un nivel de riesgo muy bajo con un 94% de cumplimiento de buenas prácticas, evaluados en la ronda de seguridad en el IV trimestre del presente año.
- Cada ronda de seguridad del paciente se generó un reporte de resultado, la elaboración del plan de acción del equipo de rondas y los jefes de las UPSS para que posterior a ello se presente informe de la implementación de acciones de mejora.

IV. Recomendaciones:

- A los responsables de las UPPS, gestionar el cumplimiento de las acciones correctivas establecidos en los planes de acción formuladas según los plazos establecidos.

V. Anexos

1. RESULTADOS DE EVALUACIÓN (anexo 03). SERVICIO/UPSS
2. ACCIONES DE MEJORA (anexo 06) SERVICIO/UPSS
- MONITOREO DE LAS ACCIONES (anexo 07) SERVICIO/


Lic. Doris R. Flores Mamani
C.P. 51164
JEFE DE ENFERMERIAS
REDSS - HUANCANE


Elizabeth Flores Acetiano
LIC. EN ENFERMERIA
C.B.P. 83278




MINISTERIO DE SALUD
REDSS HUANCANE
HOSPITAL LAP HUANCANE
DENTE L. MITSANCHO MARTINEZ
C.B.P. 33878
DIRECTOR


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

IPRES:	TRIMESTRE:	SELECCIONAR:	SELECCIONAR:
UPRES:	FECHA APLICACION:	ABRIL	SELECCIONAR (PROGRAMA)
TITULAR RESPONSABLE (IPRES):	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	DR. RUIZ	DR. RUIZ
RESP. DE ADMINISTRACION:	RESP. DE LA UPRES:	DR. RUIZ	DR. RUIZ
RESP. COORDINADOR ENFERMERIA:	RESP. OFIC. AREA DE CALIDAD:	DR. RUIZ	DR. RUIZ
	OTROS RESPONSABLES:	DR. RUIZ	DR. RUIZ


PRIORIDAD	ÁREAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR (RSEGUINO)	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses/años)
05	PROCEDIMIENTOS Y MANEJO DE EMERGENCIAS	VERIFICADOR (RSEGUINO)	Revisión de los procedimientos de emergencia y actualización de los mismos.	SECRETARÍA DE SALUD	30 DÍAS
06	ALMACENAMIENTO Y MANEJO DE ESTAMPAS	VERIFICADOR (RSEGUINO)	Revisión de los procedimientos de almacenamiento y manejo de las estampas.	SECRETARÍA DE SALUD	30 DÍAS
07	MANEJO DE EMERGENCIAS	VERIFICADOR (RSEGUINO)	Revisión de los procedimientos de manejo de las emergencias.	SECRETARÍA DE SALUD	30 DÍAS
08	MANEJO DE EMERGENCIAS	VERIFICADOR (RSEGUINO)	Revisión de los procedimientos de manejo de las emergencias.	SECRETARÍA DE SALUD	30 DÍAS
09	MANEJO DE EMERGENCIAS	VERIFICADOR (RSEGUINO)	Revisión de los procedimientos de manejo de las emergencias.	SECRETARÍA DE SALUD	30 DÍAS
10	MANEJO DE EMERGENCIAS	VERIFICADOR (RSEGUINO)	Revisión de los procedimientos de manejo de las emergencias.	SECRETARÍA DE SALUD	30 DÍAS
11	MANEJO DE EMERGENCIAS	VERIFICADOR (RSEGUINO)	Revisión de los procedimientos de manejo de las emergencias.	SECRETARÍA DE SALUD	30 DÍAS
12	MANEJO DE EMERGENCIAS	VERIFICADOR (RSEGUINO)	Revisión de los procedimientos de manejo de las emergencias.	SECRETARÍA DE SALUD	30 DÍAS



 MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL "LA MANICANA"
 MANICANA



 DIRECTOR



 HOSPITAL "LA MANICANA"

UNIDAD FUNCIONAL DE LA GERENCIA DE LA CALIDAD EN EL SERVICIO

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GERENCIA DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD
 FIGURA DE MONITOREO

PERIODO	INSTITUTO VIVO DE LA BUENA PRAXIS	TRIMESTRE	SELECCION	AREA	SELECCION
RESP. RESPONSABLES PREE:	HOSPITALIZACION	FECHA APLICACION			
RESP. DE ADMINISTRACION:	ELIZABETH FLORES ACOSTA	RESP. INCENTIVADO:	LIC. ESP. JAVEL RAFAEL INFANTE		
RESP. DIFUSION Y MONITOREO:	LEONARDO FLORES GOMEZ	RESP. DE LA OFICINA			
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. DR. JORDAN DAVID RAMIREZ		
			TERESA ROSARIO LUCHE SUAREZ		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACION

INDICADOR	DESCRIPCION INDICADOR	INDICADOR DE MEDIDA / OBSERVACION	INDICADOR DE MEDIDA	PLAZO (SEMANAS)	MONITOREO (MAYOR/MEJOR)	IMPACTACION
1	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Presencia regular del personal médico y enfermería en la sala de espera y sala de procedimientos.	Accesos de médicos / enfermeras	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
2	ENTORNO CLINICO	El uso de antibióticos producido en salas de espera, sala de procedimientos en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
3	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Presencia regular del personal médico y enfermería en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
4	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
5	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
6	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
7	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
8	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
9	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
10	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
11	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
12	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
13	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
14	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
15	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
16	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
17	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
18	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
19	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION
20	SEGUIMIENTO DE LA UNIDAD	Registros de los datos de los pacientes en la sala de espera y sala de procedimientos.	Asignación de personal	SEMANAS	SEMANAS	SELECCION

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



INSTITUCIÓN:	HOSPITAL LUCIO ALVARADO, PUNTA	TRIMESTRE:	
UPSE:	HOSPITALIZACIÓN	PERSONA APLICADORA:	RELACIONE: ABC
TÍTULO RESPONSABLE (PUESTO):	ELIZABETH FLORES ACOSTA	RESP. ATENCIÓN RENA:	RELACIONE (DOMINIO)
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. DE LA UPSE:	LUC. ENF. URUG. RAFAEL SUFREL
RESP. ATENCIÓN ENFERMERÍA:	LUC. DAVID NIÑO FLORES OUSPE	RESP. OPC. AREA CALIDAD:	LUC. ENF. JUSTINA OLITO RAMIRO
		OTROS RESPONSABLES:	FCSE MADRUGAL LINDO SUZUKANE

INDICADOR	INDICADOR PROYECTIVO	VERIFICADOR INDICADO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CÁRREGO)	PLAZO (MES/ANOS)
4	SEGURIDAD EN LA UPSE	Personal control de calidad de registros y medicación de inyectables y orales administrados.	Se implementa taller de capacitación sobre la importancia de la precisión de las recetas y recetas administradas.	SECRETARÍA DE REGISTRO	20/10/2024
12	ENTREVISAS CLÍNICAS	En caso de haberse producido un evento adverso, se debe realizar una entrevista con el PAC y en el caso de haberse producido un incidente.	Se implementa el registro de los eventos de deterioro de la información de los pacientes y sus familiares administrados.	SECRETARÍA DE REGISTRO	20/10/2024
24	SEGURIDAD EN LA RESERVA	Plan de acción en áreas críticas que permita garantizar la atención de los pacientes.			
63	SEGURIDAD DE LA UPSE	Registros de calidad de atención de los pacientes de la UPSE y de los eventos de deterioro de la información de los pacientes.	Se realiza la verificación de la efectividad de las acciones de mejora de la información de los pacientes y sus familiares administrados.	SECRETARÍA DE REGISTRO	20/10/2024
18	SEGURIDAD DE LA UPSE	Registros de calidad de atención de los pacientes de la UPSE y de los eventos de deterioro de la información de los pacientes.	Se realiza la verificación de la efectividad de las acciones de mejora de la información de los pacientes y sus familiares administrados.	SECRETARÍA DE REGISTRO	20/10/2024
3	SEGURIDAD DE LA UPSE	Registros de calidad de atención de los pacientes de la UPSE y de los eventos de deterioro de la información de los pacientes.	Se realiza la verificación de la efectividad de las acciones de mejora de la información de los pacientes y sus familiares administrados.	SECRETARÍA DE REGISTRO	20/10/2024
24	SEGURIDAD DE LA UPSE	Registros de calidad de atención de los pacientes de la UPSE y de los eventos de deterioro de la información de los pacientes.	Se realiza la verificación de la efectividad de las acciones de mejora de la información de los pacientes y sus familiares administrados.	SECRETARÍA DE REGISTRO	20/10/2024
12	SEGURIDAD DE LA UPSE	Registros de calidad de atención de los pacientes de la UPSE y de los eventos de deterioro de la información de los pacientes.	Se realiza la verificación de la efectividad de las acciones de mejora de la información de los pacientes y sus familiares administrados.	SECRETARÍA DE REGISTRO	20/10/2024
18	SEGURIDAD DE LA UPSE	Registros de calidad de atención de los pacientes de la UPSE y de los eventos de deterioro de la información de los pacientes.	Se realiza la verificación de la efectividad de las acciones de mejora de la información de los pacientes y sus familiares administrados.	SECRETARÍA DE REGISTRO	20/10/2024

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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

UNIDAD:	HOSPITAL LUCIO ALBAZARAL PAUCA	TRIMESTRE:	SELECCION:	AÑO:	SELECCION:
UPSE:	PATOLÓGIA CLÍNICA - LABORATORIO	FECHA APLICACION:	27/04/2024 (04/2024)		
TITULAR RESPONSABLE UPSE:	ELIZABETH FLORES ACETUNO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. DIESEL RAFAEL RAFAEL		
RESP. DE ADMINISTRACION:		RESP. DE LA UPEU:			
RESP. OPTICO/ENFERMERA:	LIC. DAVID NIÑO FLORES QUIRO	RESP. OFIC. REDD. CALIDAD:	LIC. ENF. JUSTINA QUITO NARANJO		
		OTROS RESPONSABLES:	ANARLEY IBARRA CATAVIMAYTES		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
IDENTIFICACION DE LA UNIDAD CLINICA	100%
SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN LA UPEU	87%
IDENTIFICACION CORRECTA	100%
SEGUIMIENTO EN LA ADMISION	100%
COMUNICACION EFECTIVA	100%
SEGUIMIENTO DE MANEJO	87%
SEGUIMIENTO	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE BOTONES	87%
PROMEDIO	87%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

87%

DIRECCIÓN REGIONAL DE SERVICIOS DE SALUD HUANCANÉ

 Lic. Justina Quito Naranjo

 JEFE DE ENFERMEROS

 REDES - HUANCANÉ

Lic. David R. Flores Quiro

 CEP. 51584

 JEFE DE ENFERMEROS

 REDES - HUANCANÉ

Lic. Diesel Rafael Rafael

 ENFERMERO




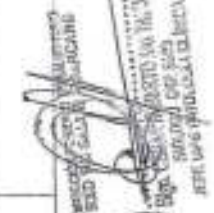
APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD
PLAN DE ACCIÓN

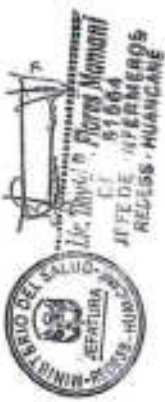
TITULAR:		SELECCIONES:		SELECCION:
FECHA APLICACION:		EVIDENCIAS:		(DDMMAAAA)
HOSPITAL LUCIO ALBAZARAL PALCA		LIC. EMP. URIEL RAFAEL RAFAEL		
PATOLOGIA CLÍNICA - LABORATORIO		LIC. EMP. AESTERA GUSTO RAMAM		
TITULAR RESPONSABLE PRÁCTICAS		ANABELLY MARIELA GATANI MERRIES		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:				
RESP. DE FOSORRUCIO EMPRESARIAL:				

ACTIVIDADES

PRORIDAD	INDICADORES PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ADICIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARIOS)	PLAZO (semanas)
4	SEGURIDAD EN LA UPES	Autónoma y planificada, asegurando calidad y precisión de los resultados y presentar resultados	Se elaboraron planes de trabajo para la implementación de los estándares y medidas de control	SECRETARIA DE LABORATORIO	SEMANAS
13	SEGURIDAD EN LA UPES	Registros claros y precisos de los resultados y medidas implementadas en la UPES.	Se implementaron el registro de eventos de riesgo en la UPES y en el laboratorio y medidas de control	SECRETARIA DE LABORATORIO	SEMANAS
18	INDICADORES DE RIESGO	Identificar y clasificar los puntos críticos de atención en la UPES y de acuerdo al nivel de complejidad	Se elaboró un manual de procedimientos para la atención de emergencias y se implementó en la UPES	SECRETARIA DE LABORATORIO	SEMANAS
24	INDICADORES Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos correctamente operados según los estándares de la UPES y de acuerdo al nivel de complejidad	Se elaboró un manual de procedimientos y mantenimiento de los equipos biomédicos	SECRETARIA DE LABORATORIO	SEMANAS


 URIEL RAFAEL RAFAEL
 ENSEÑERADO
 CEP: 82494 P-IFA 165


 ANABELLY MARIELA GATANI MERRIES
 ENSEÑERADO
 CEP: 82494 P-IFA 165





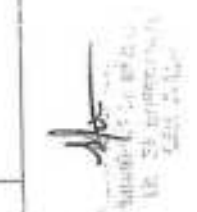
FICHA DE MONITOREO

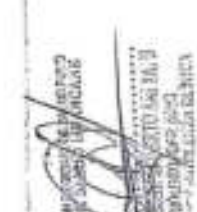
TRIMESTRE:	SELECCIONAR	ÁREA:	SELECCIONAR
FECHA APLICACIÓN:	FECHA APLICACIÓN		
RESPONSABLE (NOMBRE):	RESPONSABLE (NOMBRE)		
RESP. DE LA UPEL:	RESP. DE LA UPEL		
RESP. OFICINA DE CALIDAD:	RESP. OFICINA DE CALIDAD		
OTROS RESPONSABLES:	OTROS RESPONSABLES		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

INDICADOR	VERIFICACIONES REALIZADAS	ACORDES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (DÍAS/HORAS)	FECHA DE CUMPLIMIENTO	IMPACTACIÓN
4	SEGUIMIENTO DE LA UPEL Se realiza y plan de implementación de la implementación de los estándares y medidas de calidad.	Se implementa según el procedimiento y se informaron al personal de la institución y se establecieron estándares.	COORDINADOR DE LA UPEL	20/01/2018	20/01/2018	SELECCIONAR
5	SELECCIONAR EN LA UPEL Seguirá siendo verificado de los estándares y medidas de calidad de la UPEL.	Se implementa el plan de acción de implementación de los estándares y medidas de calidad.	COORDINADOR DE LA UPEL	20/01/2018	20/01/2018	SELECCIONAR
6	SELECCIONAR					SELECCIONAR
7	SELECCIONAR					SELECCIONAR
8	SELECCIONAR					SELECCIONAR
9	SELECCIONAR					SELECCIONAR
10	SELECCIONAR					SELECCIONAR
11	SELECCIONAR					SELECCIONAR
12	SELECCIONAR					SELECCIONAR
13	SELECCIONAR					SELECCIONAR
14	SELECCIONAR					SELECCIONAR
15	SELECCIONAR					SELECCIONAR
16	SELECCIONAR					SELECCIONAR
17	SELECCIONAR					SELECCIONAR
18	SELECCIONAR					SELECCIONAR
19	SELECCIONAR					SELECCIONAR
20	SELECCIONAR					SELECCIONAR
21	SELECCIONAR					SELECCIONAR
22	SELECCIONAR					SELECCIONAR
23	SELECCIONAR					SELECCIONAR
24	SELECCIONAR					SELECCIONAR
25	SELECCIONAR					SELECCIONAR
26	SELECCIONAR					SELECCIONAR
27	SELECCIONAR					SELECCIONAR
28	SELECCIONAR					SELECCIONAR
29	SELECCIONAR					SELECCIONAR
30	SELECCIONAR					SELECCIONAR


 Jefe de Enfermeros
 Dra. Flores Mammón
 51564
 REDISS - HUANCANE


 Jefe de Enfermeros
 Dr. Rafael Profuel
 87878


 Jefe de Enfermeros
 Dr. Rafael Profuel
 87878


 Jefe de Enfermeros
 Dr. Rafael Profuel
 87878


 Jefe de Enfermeros
 Dr. Rafael Profuel
 87878





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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

UNIDAD	HOSPITAL LUCIO ALBAZANAL PAUCA	TRIMESTRE	SEGUNDO	AÑO	2024
UNIDAD	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	FECHA APLICACIÓN	2024/08/01	(Módulo)	
TITULAR RESPONSABLE UNIDAD	ELIZABETH FLORES ACOSTA	RESP. PROMOTORA	DR. RAFAEL RAFAEL		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN		RESP. DE LA UNID.	DR. ROBERTO RANCHO MARTINEZ		
RESP. OPTIMIZACION DEFENSIVA	LIC. DAVID RUFO FLORES CHAVE	RESP. ENCARGADO CALIDAD	YELSI ZAVARUNA TAMOS AYLLA		
		OTROS RESPONSABLES	YENI BRACER LUISA SUAREZ		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HERRAMIENTA	100%
SEÑALACIÓN DEL RIESGO EN LA UNID.	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
MANEJO DE RIESGO	100%
REGISTRO	100%
PROMEDIO	100%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

100%

Y. Madelin Luque S.
 ESPECIALISTA - CEP: 91380
 R.N.A. 135 / R.N.E. 02653

CEP: 91380
 Lic. Y. Madelin Luque S.

Yelvi E. Ramos Arisaca
 NUTRICIONISTA
 CNP. 3193



10

10

10



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

UBI:	HOSPITAL ENRIQUE GARCERAN SUÑEZ	DEPARTAMENTO:	W. TAMBOPATA	UBI:	0004
USP:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	20/10/2024 (18/10/2024)		
ESTABLECIMIENTO RESPONSABLE (EIR):	DR. DANIEL TERRACIANO BARRALES	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. UNEL NAPAL RAFAEL		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. DE LA USP:	LIC. ENF. MARCO GONZALEZ		
RESP. DE PLANIFICACIÓN Y EVALUACIÓN:		RESP. DE CALIDAD:	LIC. ENF. ELIZABETH FLORES ACEITUNO		
RESP. DE INVESTIGACIÓN Y ENFERMERÍA:	LIC. ENF. DANIEL RIVERO FLORES GONZALEZ	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. YENIS MARILENE LUCIO ROMANOS		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
RESPECTO DE LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA USP	80%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDA	100%
SEGUIMIENTO DE LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDA Y CONTENCIONES NO FARMACOLÓGICAS	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	80%
SEGURIDAD DE MANEJO	100%
ACCIONES DE RIESGO	80%
PLAN DE MANEJO Y MONITORIO DE RIESGO	100%
PROMEDIO	90%
PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO	90%



[Signature]
 Lic. Y. MADEON LUCHE SUCASAIRE
 ENFERMERA
 C.E.P. 91380

[Signature]

Lic. Elizabeth Flores Aceituno
 LIC. EN ENFERMERÍA
 D.E.P. 69276



[Signature]
 Lic. Denisse Flores Mazoni
 C.P. 51064
 JEFE DE ENFERMERÍAS
 HOSP. - HUANCANE

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

PREMIO:	HOSPITAL UNICO REGIONAL HUIZA	TRIMESTRE:	AÑO:	REDA
UPRES:	HOSPITAL HUIZA	ENTRADA (CONTINUADA)		
TITULO RESPONSABLE E IPRES:	DR. ROSEFRANCISCO MARTINEZ	LIC. EMP. LINDA RAFAEL RAFAEL		
RESP. DE ADMINISTRACION:		LIC. EMP. KARINE OCHOA		
RESP. OPTICO/REDA:	LIC. EMP. DANIEL NORTE FLORES OUSSE	LIC. EMP. ELIZABETH FLORES ACOSTA		
		LIC. EMP. YVETTE MARCELA LINQUE SUZUMARE		

ACTIVIDAD MONITOREO:

PROBLEMA	RECURSOS PRODUCTIVAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARDEN)	PLAZO (MENSURAS)
12	RECURSOS EN LA UPRES	Revisar lista de vital de los pacientes y estado actual de la UPRES.	Se realiza el seguimiento al registro de estado vital de la UPRES.	LIC. EMP. KARINE OCHOA	01/2024
8	SEGURIDAD EN LA UPRES	Revisar estado del sistema de registro y cumplimiento de protocolos y normas aplicables.	Se realiza el control sobre el personal de registro en estado de alerta de la UPRES.	LIC. EMP. KARINE OCHOA	04/2024
13	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE LA UPRES	Verificar el funcionamiento de la UPRES en el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos de diagnóstico de imagen de la UPRES.	La UPRES deberá de contar con el plan anual de mantenimiento preventivo de todos los equipos de diagnóstico de imagen de la UPRES.	LIC. EMP. KARINE OCHOA	03/2024
14	RENTABILIDAD DE LA UPRES	Se revisa el cumplimiento de las normas de la UPRES y el cumplimiento de los estándares de calidad de la UPRES.	Se revisa el cumplimiento de las normas de la UPRES y el cumplimiento de los estándares de calidad de la UPRES.	DIRECCION DE CONTROL Y EVALUACION	07/2024
15	RENTABILIDAD	Se revisa el cumplimiento de las normas de la UPRES y el cumplimiento de los estándares de calidad de la UPRES.	Se revisa el cumplimiento de las normas de la UPRES y el cumplimiento de los estándares de calidad de la UPRES.	LIC. EMP. KARINE OCHOA	03/2024


Elizabeth Flores Acosta
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 84278


L. Y. MARCELA SUAREZ
 ENFERMERA
 C.E.P. 91380

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

FICHA DE MONITOREO

PROBLEMA	IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	FECHA DE LA RIESGA	ÁREA	ZONA
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	FECHA DE LA RIESGA	ÁREA	ZONA	FECHA DE LA RIESGA
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	FECHA DE LA RIESGA	ÁREA	ZONA	FECHA DE LA RIESGA
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	FECHA DE LA RIESGA	ÁREA	ZONA	FECHA DE LA RIESGA
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	FECHA DE LA RIESGA	ÁREA	ZONA	FECHA DE LA RIESGA
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO	FECHA DE LA RIESGA	ÁREA	ZONA	FECHA DE LA RIESGA

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

FECHA	INDICADOR	INDICACIONES	ACCIONES DE SEGUIMIENTO / CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO (DÍAS)	FECHA DE CUMPLIMIENTO	INDICADOR
12	SEGUIMIENTO DEL RIESGO	Seguimiento del riesgo de infección asociada a la cirugía	Se debe de implementar en todos los procedimientos de cirugía	DR. DANIEL GARCÍA	15 días	12/01/2024	SEGUIMIENTO
9	SEGUIMIENTO DEL RIESGO	Seguimiento del riesgo de infección asociada a la cirugía	No debe de aplicarse en todos los procedimientos de cirugía	DR. DANIEL GARCÍA	15 días	12/01/2024	SEGUIMIENTO
10	SEGUIMIENTO DEL RIESGO	Seguimiento del riesgo de infección asociada a la cirugía	Se debe de implementar en todos los procedimientos de cirugía	DR. DANIEL GARCÍA	15 días	12/01/2024	SEGUIMIENTO
10	SEGUIMIENTO DEL RIESGO	Seguimiento del riesgo de infección asociada a la cirugía	Se debe de implementar en todos los procedimientos de cirugía	DR. DANIEL GARCÍA	15 días	12/01/2024	SEGUIMIENTO
10	SEGUIMIENTO DEL RIESGO	Seguimiento del riesgo de infección asociada a la cirugía	Se debe de implementar en todos los procedimientos de cirugía	DR. DANIEL GARCÍA	15 días	12/01/2024	SEGUIMIENTO

[Signature]
 Elizabeth Flores Acetillano
 LIC. EN ENFERMERIA
 T. R. P. 83278

[Signature]
 LIC. EN ENFERMERIA
 JESSE DE LOS RIOS
 MEDICINA - HUANUCAY



[Signature]
 LIC. EN ENFERMERIA
 E. AFFERMERA
 C.E.P. 91380



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

BREVE:	INSTITUCIÓN:	ESTABLECIMIENTO:	AÑO:	
			2014	2014
HOSPITAL EXISTE S/ALVARADO, PUNTA	PERU SA PLICACION		2014	2014
USPAC:	ENFERMERIA	RESP. ENFERMERIA (CARE):	LIC. DR. YVONNE MARILENE SUAREZ	
OTRO RESPONSABLE Y OFICIO:	LIC. JORGE FRANCISCO MARTINEZ	RESP. DE LA UFGE:	LIC. ENF. ANAYA PEREZ MARGA	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. QMC. INGRESO CALIDAD:	LIC. ENF. ELIZABETH FLORES ACEBINO	
RESP. DIVERSIFICACIÓN DE SERVICIOS:	LIC. ENF. JAVIER RAMIRO FLORES SUAREZ	OTRO RESPONSABLE(S):	LIC. DR. YVONNE MARILENE SUAREZ	

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
SEGUIMIENTO DE LA MEDICINA TÉCNICA	97%
SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN LA UTE	87%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDA	100%
SEGUIMIENTO DE LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDA Y CONTROLES DE CALIDAD	87%
PREVENCIÓN DEL RIESGO Y LESIONES	100%
CONTINGENCIA DE SERVICIOS	100%
MANEJO DE EMERGENCIAS	100%
SEGURIDAD	87%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE TIEMPO	87%
PROMEDIO	94%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

94%



MINISTERIO DE SALUD
 REGIONAL HUANCAYO
 HOSPITAL LA P. HUANCAYO

JORGE FRANCISCO MARTINEZ
 C.M.P. 11875
 DIRECTOR

Elizabeth Flores Acebino
 Elizabeth Flores Acebino
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 98278



Lic. Yvonne Marlene Suarez
 CEP. 81584
 EPS DE ENFERMERIAS
 HUANCAYO

Yvonne Marlene Suarez
 Yvonne Marlene Suarez
 ENFERMERA - CEP. 82400
 R.N.A. 185 - R.N.E. 028900



Yvonne Marlene Suarez
 Lic. Y. MADALENE SUAREZ
 ENFERMERA
 C.E.P. 91380

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

PRESI:	IPRES:	TITULAR RESPONSABLE PRESI:	RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	RESP. OPTICÓFICO ENFERMERÍA:	TRIMESTRE:		AÑO:	2014
					1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE		
HOSPITAL LUCIO ALAMOR GAL PUNTA	EMERGENCIA	DR. JORGE FERRASCHIO MARTINEZ	LIC. DR. DAVID TRUJO FLORES CERRA					

ACTUALIZACIÓN

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	INDICADORES MEDICIÓN	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARRERA)	PLAZO (SEMESTRALES)
1	SEGURIDAD EN LA URGIA	Proceso control de ingreso de registros y actualización de ficheros y cuentas eficientes.	Se elabora un procedimiento en registro de cuentas eficientes de la URGIA	JEFE URGIA URGIA	10/01/2014
2	ENTORNO CLÍNICO	Registros de los diagnósticos con configuración DRG en 2 días IV de recuperación postoperatorio y edificación	Se publica informe de control y seguimiento DRG en el departamento	JEFE URGIA URGIA	06/01/2014
3	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTINGENCIA MECÁNICA	Clasificación de riesgos según el tipo de paciente con registros actualizados, a que se debe de mantener puntualmente la atención y el tiempo de registro.	Se genera informe de riesgo en registro de todos pacientes con registros actualizados en caso que exista un caso, siempre en el momento de ingreso.	JEFE URGIA URGIA	21/01/2014
4	SEGURIDAD EN LA URGIA	Registros de los diagnósticos con configuración DRG en 2 días IV de recuperación postoperatorio y edificación	Se publica informe de control y seguimiento DRG en el departamento	JEFE URGIA URGIA	24/01/2014
5	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de que la URGIA cumple con normas de Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos de diagnóstico por imagen, mediante el cumplimiento de los registros de registro.	Se publica informe de riesgo en registro de todos los equipos de diagnóstico por imagen producidos la documentación de los registros.	JEFE URGIA URGIA	21/01/2014
6	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTINGENCIA MECÁNICA	Pacientes que se encuentran en riesgo de caídas, mediante ficheros, ficheros postoperatorios, ficheros de recuperación y seguimiento de los diagnósticos actualizados en caso que exista un caso.	Se publica informe de riesgo en registro de todos los pacientes en riesgo de caídas, siempre en el momento de ingreso.	JEFE URGIA URGIA	21/01/2014

MINISTERIO DE SALUD
 NO SUFRIRÁS MÁS EL DOLOR
DR. JORGE FERRASCHIO MARTINEZ
 C.E.P. 20075
DIRECTOR



MINISTERIO DE SALUD
 NO SUFRIRÁS MÁS EL DOLOR
DR. JORGE FERRASCHIO MARTINEZ
 C.E.P. 20075
DIRECTOR

LE Y MARIELIN LUQUE SUCCASARE
 ENFERMERA
 C.E.P. 91380

LIZO LETH FLORES ACOSTA
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 20075

DR. DAVID TRUJO FLORES CERRA
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 20075

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
APLICATIVO DE Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud

FICHA DE MONITOREO

PERIODO	TRIMESTRE	AÑO	REGIÓN
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	SEGUNDO	2019	AREQUIPA
TÍTULO RESPONSABLE	L.C. DR. JUAN JOSÉ FLORES ACOSTA		
COORDINADOR	L.C. DR. JUAN JOSÉ FLORES ACOSTA		
OTROS RESPONSABLES	L.C. DR. YANET MORALES LÓPEZ SUZARRE		

NÚMERO	SUSANA PRODUCTORA	VERIFICACION NEEDED	ACCIONES DE MEDICIÓN / CORRECTIVAS		PLAZA IDENTIFICADA	MONTANTO (PEN/USD)	IMP. ORGANIZACIÓN
			ACCIONES DE MEDICIÓN	CORRECTIVAS			
1	SEGURIDAD EN LA UPEU	Revisar niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	00000000	00000000	00000000
2	SEGURIDAD EN LA UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	00000000	00000000	00000000
3	SEGURIDAD EN LA UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	00000000	00000000	00000000
4	SEGURIDAD EN LA UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	00000000	00000000	00000000
5	SEGURIDAD EN LA UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	00000000	00000000	00000000
6	SEGURIDAD EN LA UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	00000000	00000000	00000000
7	SEGURIDAD EN LA UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	00000000	00000000	00000000
8	SEGURIDAD EN LA UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	00000000	00000000	00000000
9	SEGURIDAD EN LA UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	00000000	00000000	00000000
10	SEGURIDAD EN LA UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	Revisión de niveles de riesgo de seguridad de pacientes en la UPEU	00000000	00000000	00000000

Uriel J. Flores
ENFERMERA - R.N.A. 160-R.N.E. 0206000

Elizabeth Flores Acosta
LIC EN ENFERMERIA C.B.P. 93276




MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL DE LA UPEU
DR. JOSÉ FLORES ACOSTA
 DR. JOSÉ FLORES ACOSTA
 DR. JOSÉ FLORES ACOSTA
 DIRECTOR

LIC. YANET MORALES LÓPEZ SUZARRE
 ENFERMERA
 C.E.P. 91380

FICHA DE SUPERVISIÓN DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y MATERIALES PARA LA HIGIENE DE MANOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Hospital EAP Aurora SERVICIO: Pediatría
 FECHA: 27/7/2024 HORA: 16:40 pm

Nº	ITEM	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	El servicio cuenta con lavadero de manos funcionando adecuadamente	X			
2	El servicio cuenta con lavadero de manos accesible para ser usado	X			
3	El servicio o punto de atención cuenta con lavadero de manos accesible para ser usado	X			
4	El servicio cuenta con dispensador y con jabón líquido para el lavado de manos	X			
5	El servicio cuenta con dispensador y con papel toalla para el secado de manos	X			
6	El servicio cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos	X			
7	El servicio cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos y esta accesible para su uso	X			
8	El servicio cuenta con material educativo que ilustra la técnica de higiene de manos		X		
9	En el servicio se observa material educativo recordatorio de la higiene de manos		X		
10	Existe en el servicio alguna disposición que restringe la adecuada y oportuna higiene de manos		X		
PUNTUACION OBTENIDA					

NOMBRE Y FIRMA DEL EQUIPO SUPERVISOR:



LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CON SOLUCION ALCOHÓLICA

INICIAR SERVICIO: Pediatría

APELLIDOS (evaluado): FLORES ARCE DIONISIA MORENA

OCUPACIÓN: Tec. Farmacia NOMBRE (según 5)

HORA: 16:40 p.m.

INDICAR EL MOMENTO FECHA: 24/7/2024

- OBJETIVOS:
- Reducir el número de microorganismos en las manos y la propagación de enfermedades.
 - Fomentar hábitos saludables de higiene.
 - Reducir el riesgo de contaminación cruzada entre los pacientes y/o personal de salud.

A: PRESENTACION E IDENTIFICACION DE FORMACION PERSONAL

	SC	PC	NC	NA
1 Viste con el uniforme				
2 Porta el fotochek	X			
3 Mantiene las uñas cortas y limpias		X		
4 Mantiene el cabello sujetado y limpio				
5 Evitan utilizar bisutería y maquillaje (damas)	X			

B: INSUMOS REQUERIDOS PARA EL LAVADO DE MANOS

	SC	PC	NC	NA
1 Alcohol en gel	X			

C: PROCEDIMIENTO PASOS PARA EL LAVADO DE MANOS CLINICO

	SC	PC	NC	NA
1 Deposite en la palma de la mano una dosis suficiente para cubrir todas las superficies a lavar	X			
2 Frótese las palmas de las manos entre si	X			
3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando dedos y viceversa	X			
4 Frótese las palmas de las manos entre si con los dedos entrelazados	X			
5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos	X			
6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapando con la palma de la mano derecha y viceversa	X			
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa	X			
8 Una vez secas sus manos son seguras	X			

LEYENDA: SC=Si cumple. PC=Parcialmente cumple. NC=No cumple. NA= No aplica

OBSERVACIONES:


SELLO Y FIRMA DE CONFORMIDAD EVALUADO


SELLO Y FIRMA DE CONFORMIDAD EVALUADOR

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN

INDICAR SERVICIO: Pediatría

APELLIDOS y NOMBRE (evaluado): Flores P. Rce. Domínguez

OCUPACIÓN: Enfermera

INDICAR EL MOMENTO (según 5 momentos): 16:50 pm

FECHA: 27/7/2024 HORA: 16:50 pm OBJETIVOS:

- Reducir el número de microorganismos en las manos y la propagación de enfermedades.
- Fomentar hábitos saludables de higiene.
- Reducir el riesgo de contaminación cruzada entre pacientes y/o personal de salud.

A: PRESENTACION E IDENTIFICACION DE FORMACION PERSONAL

	SC	PC	NC	NA
1 Viste con el uniforme				
2 Porta el fotochek				
3 Mantiene las uñas cortas y limpias	X			
4 Mantiene el cabello sujetado y limpio		X		
5 Evitan utilizar bisutería y maquillaje (damas)	X			

B: INSUMOS REQUERIDOS PARA EL LAVADO DE MANOS

	SC	PC	NC	NA
1 Agua (caño operativo)	X			
2 Jabón antimicrobiano en el dispensador	X			
3 Papel toalla en el dispensador	X			
4 Tacho para residuos sólidos comunes	X			

C: PROCEDIMIENTO PASOS PARA EL LAVADO DE MANOS CLINICO

	SC	PC	NC	NA
0 Mójese las manos con agua	X			
1 Deposite en la palma de la mano cantidad suficiente de jabón para cubrir toda la superficie de las manos	X			
2 frótese las palmas de la mano entre si	X			
3 Frótese las palmas de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa	X			
4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados	X			
5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos	X			
6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa	X			
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo movimientos de rotación y viceversa	X			
8 Enjuagarse las manos con abundante agua	X			
9 Séquese las manos con toallas desechables	X			
10 Utilice la toalla desechable para cerrar el grifo	X			
11 Descarte el papel toalla usado en el tacho correspondiente	X			

LEYENDA: SC=Si cumple, PC=parcialmente cumple, NC=No cumple, NA= No aplica

OBSERVACIONES:

[Firma]
 FECHA Y FIRMA DE CONFORMIDAD EVALUADO

[Firma]

FICHA DE SUPERVISIÓN DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y MATERIALES
PARA LA HIGIENE DE MANOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: SERVICIO: *Laboratorio*.....

FECHA: *27/08/2014* HORA: *3:15 p.m.*.....

N°	ITEM	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	El servicio cuenta con lavadero de manos funcionando adecuadamente	X	/		No hay Agua 240 24 hrs.
2	El servicio cuenta con lavadero de manos accesible para ser usado	X			
3	El servicio o punto de atención cuenta con lavadero de manos accesible para ser usado		X		
4	El servicio cuenta con dispensador y con jabón líquido para el lavado de manos	X			
5	El servicio cuenta con dispensador y con papel toalla para el secado de manos	X			
6	El servicio cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos	X			
7	El servicio cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos y esta accesible para su uso	X			
8	El servicio cuenta con material educativo que ilustra la técnica de higiene de manos		X		
9	En el servicio se observa material educativo recordatorio de la higiene de manos		X		
10	Existe en el servicio alguna disposición que restringe la adecuada y oportuna higiene de manos	X			
	PUNTUACION OBTENIDA				

NOMBRE Y FIRMA DEL EQUIPO SUPERVISOR


 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES
 EN SALUD
 CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES
 EN EPIDEMIOLOGIA Y SALUD PÚBLICA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CON SOLUCION ALCOHÓLICA

INSTITUCIÓN: SERVICIO: Laboratorio
 APELLIDOS (evaluado): Mamani Condori y Gladys NOMBRE: Bustos
 MOMENTO: INDICAR EL MOMENTO (según 5):
 HORA: 3:20 p.m. FECHA:

- OBJETIVOS:**
- Reducir el número de microorganismos en las manos y la propagación de enfermedades.
 - Fomentar hábitos saludables de higiene.
 - Reducir el riesgo de contaminación cruzada entre los pacientes y/o personal de salud.

INTEMS A EVALUAR					
A: PRESENTACION E IDENTIFICACION DE FORMACION PERSONAL					
1	Viste con el uniforme	SC	PC	NC	NA
2	Porta el fotochek				
3	Mantiene las uñas cortas y limpias	X			
4	Mantiene el cabello sujetado y limpio		X		
5	Evitan utilizar bisutería y maquillaje (damas)	X			
B: INSUMOS REQUERIDOS PARA EL LAVADO DE MANOS					
1	Alcohol en gel	X			
C: PROCEDIMIENTO PASOS PARA EL LAVADO DE MANOS CLINICO					
1	Deposite en la palma de la mano una dosis suficiente para cubrir todas las superficies a lavar	SC	PC	NC	NA
2	Frótese las palmas de las manos entre si	X			
3	Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando dedos y viceversa	X			
4	Frótese las palmas de las manos entre si con los dedos entrelazados	X			
5	Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos	X			
6	Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapando con la palma de la mano derecha y viceversa	X			
7	Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa	X			
8	Una vez secas sus manos son seguras	X			

LEYENDA: SC=Si cumple, PC=Parcialmente cumple, NC=No cumple, NA= No aplica

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

SELO Y FIRMA DE CONFIRMI DAD EVALUADO



SELO Y FIRMA DE CONFIRMI DAD EVALUADOR



**FICHA DE SUPERVISIÓN DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y MATERIALES
PARA LA HIGIENE DE MANOS**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:SERVICIO: *Nutrición y Dietética*

FECHA: *23/09/2024*HORA: *11:30 am*

N°	ITEM	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	El servicio cuenta con lavadero de manos funcionando adecuadamente	X			
2	El servicio cuenta con lavadero de manos accesible para ser usado	X			
3	El servicio o punto de atención cuenta con lavadero de manos accesible para ser usado	X			
4	El servicio cuenta con dispensador y con jabón líquido para el lavado de manos	X			
5	El servicio cuenta con dispensador y con papel toalla para el secado de manos	X			
6	El servicio cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos	X			
7	El servicio cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos y esta accesible para su uso	X			
8	El servicio cuenta con material educativo que ilustra la técnica de higiene de manos	X			
9	En el servicio se observa material educativo recordatorio de la higiene de manos	X			
10	Existe en el servicio alguna disposición que restringe la adecuada y oportuna higiene de manos	X			
	PUNTUACION OBTENIDA				

NOMBRE Y FIRMA DEL EQUIPO SUPERVISOR



LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CON SOLUCION ALCOHÓLICA

INDICAR SERVICIO:

Nutrición y Dietética

APELLIDOS Y NOMBRES (evaluado):

Ruth Mamori Flores

OCUPACIÓN:

Coor. Ej.

INDICAR EL MOMENTO (según 5 momentos):

FECHA:

23/09/2024

HORA:

11:50 am

OBJETIVOS:

- Reducir el número de microorganismos en las manos y la propagación de enfermedades.
- Fomentar hábitos saludables de higiene.
- Reducir el riesgo de contaminación cruzada entre los pacientes y/o personal de salud.

ÍTEM A EVALUAR

A: PRESENTACION E IDENTIFICACION DE FORMACION PERSONAL

	SC	PC	NC	NA
1 Viste con el uniforme				
2 Porta el fotochek	X			
3 Mantiene las uñas cortas y limpias		X		
4 Mantiene el cabello sujetado y limpio	X			
5 Evitan utilizar bisutería y maquillaje (damas)	X			

B: INSUMOS REQUERIDOS PARA EL LAVADO DE MANOS

	SC	PC	NC	NA
1 Alcohol en gel	X			

C: PROCEDIMIENTO PASOS PARA EL LAVADO DE MANOS CLINICO

	SC	PC	NC	NA
1 Deposite en la palma de la mano una dosis suficiente para cubrir todas las superficies a lavar	X			
2 Frótese las palmas de las manos entre si	X			
3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando dedos y viceversa	X			
4 Frótese las palmas de las manos entre si con los dedos entrelazados	X			
5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos	X			
6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapando con la palma de la mano derecha y viceversa	X			
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa	X			
8 Una vez secas sus manos son seguras				

LEYENDA: SC=Si cumple, PC=parcialmente cumple, NC=No cumple, NA= No aplica

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

SELLOS Y FIRMA DE CONFORMIDAD evaluador

SELLOS Y FIRMAS DE CONFORMIDAD evaluado

FICHA DE SUPERVISIÓN DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y MATERIALES
PARA LA HIGIENE DE MANOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: *Hospital DR. Duran*.....SERVICIO: *Diagnostico x Zonas*

FECHA: *24/10/2024*.....HORA: *16:30pm*

N°	ITEM	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	El servicio cuenta con lavadero de manos funcionando adecuadamente	X			<i>no hay agua los 24 horas</i>
2	El servicio cuenta con lavadero de manos accesible para ser usado	X			
3	El servicio o punto de atención cuenta con lavadero de manos accesible para ser usado	X			
4	El servicio cuenta con dispensador y con jabón líquido para el lavado de manos	X			
5	El servicio cuenta con dispensador y con papel toalla para el secado de manos	X			
6	El servicio cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos	X			
7	El servicio cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos y esta accesible para su uso	X			
8	El servicio cuenta con material educativo que ilustra la técnica de higiene de manos		X		
9	En el servicio se observa material educativo recordatorio de la higiene de manos		X		
10	Existe en el servicio alguna disposición que restringe la adecuada y oportuna higiene de manos	X			
	PUNTUACION OBTENIDA				

NOMBRE Y FIRMA DEL EQUIPO SUPERVISOR



LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN

INDICAR SERVICIO: Diagnóstico por imágenes
 APELLIDOS: Olivera NOMBRE (evaluado): Pablo

OCUPACIÓN: _____
 INDICAR EL MOMENTO (según 5 momentos): _____
 FECHA: 24/11/2014 HORA: 16:20 pm

- OBJETIVOS:
- Reducir el número de microorganismos en las manos y la propagación de enfermedades.
 - Fomentar hábitos saludables de higiene.
 - Reducir el riesgo de contaminación cruzada entre pacientes y/o personal de salud.

A: PRESENTACION E IDENTIFICACION DE FORMACION PERSONAL

	SC	PC	NC	NA
1. Viste con el uniforme	X			
2. Porta el fotochek		X		
3. Mantiene las uñas cortas y limpias				
4. Mantiene el cabello sujetado y limpio				
5. Evitan utilizar bisutería y maquillaje (damas)	X			

B: INSUMOS REQUERIDOS PARA EL LAVADO DE MANOS

	SC	PC	NC	NA
1. Agua (caño operativo)	X			
2. Jabón antimicrobiano en el dispensador	X			
3. Papel talla en el dispensador				
4. Tacho para residuos sólidos comunes	X			

C: PROCEDIMIENTO PASOS PARA EL LAVADO DE MANOS CLINICO

	SC	PC	NC	NA
0. Mójese las manos con agua	X			
1. Deposite en la palma de la mano cantidad suficiente de jabón para cubrir toda la superficie de las manos	X			
2. Frótese las palmas de la mano entre sí	X			
3. Frótese las palmas de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa	X			
4. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados	X			
5. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos	X			
6. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa	X			
7. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo movimientos de rotación y viceversa	X			
8. Enjuagarse las manos con abundante agua	X			
9. Séquese las manos con toallas desechables	X			
10. Utilice la toalla desechable para cerrar el grifo	X			
11. Descarte el papel toalla usado en el tacho correspondiente	X			

LEYENDA: SC=Si cum ple. PC=parcialmente cum ple. NC=No cum ple, NA= No aplica

OBSERVACIONES:



Y FIRMA DEL FORMULADOR EVALUADO

FIRMA DEL EVALUADO
 ENFERMERA
 C.R. 2017

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CON SOLUCION ALCOHÓLICA

INDICAR SERVICIO:

..... *Registra por Injertos*

APELLIDOS Y NOMBRES (evaluado):

..... *Olivera Eric Pablo*

OCCUPACIÓN:

INDICAR EL MOMENTO (según 5 momentos):

FECHA: *24/11/2024* HORA: *11:40'*

OBJETIVOS:

- Reducir el número de microorganismos en las manos y la propagación de enfermedades.
- Fomentar hábitos saludables de higiene.
- Reducir el riesgo de contaminación cruzada entre los pacientes y/o personal de salud.

ÍTEM A EVALUAR

A: PRESENTACION E IDENTIFICACION DE FORMACION PERSONAL

	SC	PC	NC	NA
1 Viste con el uniforme				
2 Porta el fotochek	X			
3 Mantiene las uñas cortas y limpias		X		
4 Mantiene el cabello sujetado y limpio	X			
5 Evitan utilizar bisutería y maquillaje (damas)	X			

B: INSUMOS REQUERIDOS PARA EL LAVADO DE MANOS

	SC	PC	NC	NA
1 Alcohol en gel	X			

C: PROCEDIMIENTO PASOS PARA EL LAVADO DE MANOS CLINICO

	SC	PC	NC	NA
1 Deposite en la palma de la mano una dosis suficiente para cubrir todas las superficies a lavar	X			
2 Frótese las palmas de las manos entre si	X			
3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando dedos y viceversa	X			
4 Frótese las palmas de las manos entre si con los dedos entrelazados	X			
5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos	X			
6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapando con la palma de la mano derecha y viceversa	X			
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa	X			
8 Una vez secas sus manos son seguras	X			

LEYENDA: SC=Si cumple, PC=parcialmente cumple, NC=No cumple, NA= No aplica

OBSERVACIONES:

.....



[Handwritten signature]

SELLOS Y FIRMA DE CONFORMIDAD evaluado

[Handwritten signature]

SELLOS Y FIRMAS DE CONFORMIDAD evaluado

FICHA DE SUPERVISIÓN DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y MATERIALES
PARA LA HIGIENE DE MANOS

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: *Hospital N° Humazi* SERVICIO: *Atendimento Conjunto*

FECHA: *26-11-2024* HORA: *16:20 pm*

N°	ITEM	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	El servicio cuenta con lavadero de manos funcionando adecuadamente	✓			
2	El servicio cuenta con lavadero de manos accesible para ser usado	✓			
3	El servicio o punto de atención cuenta con lavadero de manos accesible para ser usado	✓			
4	El servicio cuenta con dispensador y con jabón líquido para el lavado de manos	✓			
5	El servicio cuenta con dispensador y con papel toalla para el secado de manos	✓			
6	El servicio cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos	✓			
7	El servicio cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos y esta accesible para su uso	✓			
8	El servicio cuenta con material educativo que ilustra la técnica de higiene de manos	✓			
9	En el servicio se observa material educativo recordatorio de la higiene de manos	✓			
10	Existe en el servicio alguna disposición que restringe la adecuada y oportuna higiene de manos				<i>No hay disponibilidad de agua las 24 hrs</i>
PUNTUACION OBTENIDA					

NOMBRE Y FIRMA DEL EQUIPO SUPERVISADO

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CON SOLUCION ALCOHÓLICA

INDRICAR SERVICIO:

Plazamiento Conjunto

APELLIDOS Y NOMBRES (evaluado):

Lilia Pani Larico

OCUPACIÓN:

Enfermera

INDICAR EL MOMENTO (según 5 momentos):

FECHA: *26-11-2024*

HORA: *16:20 hr*

OBJETIVOS:

- Reducir el número de microorganismos en las manos y la propagación de enfermedades.
- Fomentar hábitos saludables de higiene.
- Reducir el riesgo de contaminación cruzada entre los pacientes y/o personal de salud.

ITEMS A EVALUAR				
A: PRESENTACION E IDENTIFICACION DE FORMACION PERSONAL				
	SC	PC	NC	NA
1	Viste con el uniforme	✓		
2	Porta el fotochek		✓	
3	Mantiene las uñas cortas y limpias		✓	
4	Mantiene el cabello sujetado y limpio		✓	
5	Evitan utilizar bisutería y maquillaje (damas)		✓	
B: INSUMOS REQUERIDOS PARA EL LAVADO DE MANOS				
	SC	PC	NC	NA
1	Alcohol en gel	✓		
C: PROCEDIMIENTO PASOS PARA EL LAVADO DE MANOS CLINICO				
	SC	PC	NC	NA
1	Deposite en la palma de la mano una dosis suficiente para cubrir todas las superficies a lavar	✓		
2	Frótese las palmas de las manos entre si	✓		
3	Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando dedos y viceversa	✓		
4	Frótese las palmas de las manos entre si con los dedos entrelazados	✓		
5	Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos	✓		
6	Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapando con la palma de la mano derecha y viceversa	✓		
7	Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa	✓		
8	Una vez secas sus manos son seguras	✓		

LEYENDA: SC=Si cumple, PC=parcialmente cumple, NC=No cumple, NA= No aplica

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....




SELLOS Y FIRMA DE CONFORMIDAD evaluado

SELLOS Y FIRMAS DE CONFORMIDAD evaluado

**FICHA DE SUPERVISIÓN DE DISPONIBILIDAD DE INSUMOS Y MATERIALES
PARA LA HIGIENE DE MANOS**

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: *Hospital LSP Huancayo* SERVICIO: *Emergencias*

FECHA: *16-12-2024* HORA: *16:40 pm*

N°	ITEM	SI	NO	NO APLICA	OBSERVACIONES
1	El servicio cuenta con lavadero de manos funcionando adecuadamente	X			
2	El servicio cuenta con lavadero de manos accesible para ser usado	X			
3	El servicio o punto de atención cuenta con lavadero de manos accesible para ser usado	X			
4	El servicio cuenta con dispensador y con jabón líquido para el lavado de manos	X			
5	El servicio cuenta con dispensador y con papel toalla para el secado de manos	X			
6	El servicio cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos	X			
7	El servicio cuenta con dispensador con solución de base alcohólica para la higiene de manos y esta accesible para su uso	X			
8	El servicio cuenta con material educativo que ilustra la técnica de higiene de manos	X			
9	En el servicio se observa material educativo recordatorio de la higiene de manos	X			
10	Existe en el servicio alguna disposición que restringe la adecuada y oportuna higiene de manos	X			<i>No hay disponibilidad de agua las 24 hrs.</i>
	PUNTUACION OBTENIDA				

NOMBRE Y FIRMA DEL EQUIPO SUPERVISADO


 Elizabeth Flores Acevedo
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 83276

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN

INDICAR SERVICIO: Emergencia

APELLIDOS y NOMBRE (evaluado): David Flores Manzanera

OCUPACIÓN: Enfermero

INDICAR EL MOMENTO (según 5 momentos):

FECHA: 16-12-2024 HORA: 16:40pm

OBJETIVOS:

- Reducir el número de microorganismos en las manos y la propagación de enfermedades.
- Fomentar hábitos saludables de higiene.
- Reducir el riesgo de contaminación cruzada entre pacientes y/o personal de salud.

ITEMS A EVALUAR

A: PRESENTACION E IDENTIFICACION DE FORMACION PERSONAL				
	SC	PC	NC	NA
1 Viste con el uniforme	X			
2 Porta el fotochek	X			
3 Mantiene las uñas cortas y limpias	X			
4 Mantiene el cabello sujetado y limpio	X			
5 Evitan utilizar bisutería y maquillaje (damas)	X			
B: INSUMOS REQUERIDOS PARA EL LAVADO DE MANOS				
1 Agua (caño operativo)	X			
2 Jabón antimicrobiano en el dispensador	SC	PC	NC	NA
3 Papel talla en el dispensador	X			
4 Tacho para residuos sólidos comunes	X			
C: PROCEDIMIENTO PASOS PARA EL LAVADO DE MANOS CLINICO				
0 Mójese las manos con agua	X			
1 Deposite en la palma de la mano cantidad suficiente de jabón para cubrir toda la superficie de las manos	SC	PC	NC	NA
2 Frótese las palmas de la mano entre sí	X			
3 Frótese las palmas de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa	X			
4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados	X			
5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos	X			
6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa	X			
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo movimientos de rotación y viceversa	X			
8 Enjuagarse las manos con abundante agua	X			
9 Séquese las manos con toallas desechables	X			
10 Utilice la toalla desechable para cerrar el grifo	X			
11 Descarte el papel toalla usado en el tacho correspondiente	X			

LEYENDA: SC=Si cumple, PC=parcialmente cumple, NC=No cumple, NA= No aplica

OBSERVACIONES:

Elizabeth Flores Aceituno
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 00270

David Flores Manzanera
 LIC. David R. Flores Manzanera
 SEP. 51204
 JEFE DE ENFERMERIA
 HOSPITAL GENERAL DE PUEBLO
 HUEHUACÁN

SELLO Y FIRMA DE CONFORMIDAD EVALUADO

SELLO Y FIRMA DE CONFORMIDAD

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE HIGIENE DE MANOS CON SOLUCION ALCOHÓLICA

INDRICAR SERVICIO:

Emergenci

APELLIDOS Y NOMBRES (evaluado):

David Flores Manzano

OCUPACIÓN:

Enfermero

INDICAR EL MOMENTO (según 5 momentos):

FECHA: *16/12/2014*

HORA: *16:50pm*

OBJETIVOS:

- Reducir el número de microorganismos en las manos y la propagación de enfermedades.
- Fomentar hábitos saludables de higiene.
- Reducir el riesgo de contaminación cruzada entre los pacientes y/o personal de salud.

INTENS A EVALUAR

A: PRESENTACION E IDENTIFICACION DE FORMACION PERSONAL

	SC	PC	NC	NA
1 Viste con el uniforme	X			
2 Porta el fotochek	X			
3 Mantiene las uñas cortas y limpias	X			
4 Mantiene el cabello sujetado y limpio	X			
5 Evitan utilizar bisutería y maquillaje (damas)	X			

B: INSUMOS REQUERIDOS PARA EL LAVADO DE MANOS

	SC	PC	NC	NA
1 Alcohol en gel	X			

C: PROCEDIMIENTO PASOS PARA EL LAVADO DE MANOS CLINICO

	SC	PC	NC	NA
1 Deposite en la palma de la mano una dosis suficiente para cubrir todas las superficies a lavar	X			
2 Frótese las palmas de las manos entre si	X			
3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando dedos y viceversa	X			
4 Frótese las palmas de las manos entre si con los dedos entrelazados	X			
5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos	X			
6 Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapando con la palma de la mano derecha y viceversa	X			
7 Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa	X			
8 Una vez secas sus manos son seguras	X			

LEYEN DA: SC=Si cu m ple, PC=pa raijalmente cum ple, NC=No cumple, N A= No aplica
OBSERVACION ES:

[Signature]
Elizabeth Flores Aceituno
LIC. EN ENFERMERIA
C.E.P. 83276

SELLOS Y FIRMA DE CONFORMIDAD evaluado

[Signature]
Lic. David R. Flores Manzano
LIC. EN ENFERMERIA
C.E.P. 83276

SELLOS Y FIRMAS DE CONFORMIDAD evaluado

REGISTRO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS

Semestral Julio - Diciembre



Mensual: _____
 Trimestral: _____
 Anual: _____

FECHA:
 AÑO: 2014

HOSPITAL / E.E.S.S.: San Juan San José

SS: San Juan San José

FECHA AÑO HORA	PERSONAL DE SALUD QUE NOTIFICA		DATOS DEL PACIENTE		SERVICIO Y/O DEPARTAMEN TO	DIAGNOSTICO	INCIDE NTE	EL SUCESO SE TRATA DE UN:				DESCRIPCION DE INCIDENTE O EVENTO ADVERSO	OBSERVACIONES											
	MED	NO MED	Nº HIST. CLINICA	EDAD				LEVE	MODER ADO	GRAVE	MAJERTE													

~~San Juan San José~~