



PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NUÑEZ BUTRÓN
PUNO

003204-2024-D-HR "MNB" PUNO

"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, 15 de Diciembre de 2024. TRÁMITE DOCUMENTARIO

OFICIO N° **003204** -2024-D-HR "MNB" PUNO

SEÑOR:

M.C. Jean Paul Guillermo Valencia Reinoso

DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

Presente.-

16 DIC 2024

Firma: P. Horacio Vali Folio: 07
Control de Recepción

ATENCION: DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD

ASUNTO: INFORME SEMESTRAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALUD 2024-II DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON - COMPROMISO DE MEJORA DEL D.S. 036-2023-SA

Es grato dirigirme a Usted, con la finalidad de saludarle cordialmente y a la vez remitirle Informe Semestral de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud 2024-II; en cumplimiento del Compromiso de Mejora del Decreto Supremo N° 036-2023-SA, Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, que en su ficha N° 43: Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de rondas de seguridad del paciente, cuyo criterio 2.1 Informe de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente establece que el Hospital e Instituto elabora el Informe Semestral 2024-II, por tanto, mediante la presente se da cumplimiento al criterio 2 y 2.1 bajo las siguientes especificaciones del Decreto Supremo:

- Anexo 3 Resultados de evaluación debidamente firmados por todos los miembros del equipo.
- Anexo 6 Planes de Acción elaborados y firmados por los jefes de los servicios visitados y el equipo de rondas.
- Anexo 7 Matriz de monitoreo que muestra la implementación de más del 70% de las acciones correctivas que incluyen la ejecución de acciones para la mejora de la adherencia a los 5 momentos para la higiene de manos establecido por la OMS y la técnica de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS.

Estando en el plazo establecido por el MINSa (31 de diciembre) exhorto se de cumplimiento al D.S. 036-2023-SA que indica que la DIRESA debe remitir el informe semestral 2024-II mediante el Sistema de Gestión Documental, al Despacho Viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento en Salud atención a la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad en Salud dentro del plazo establecido.

Reiterándole mi consideración y estima personal.

Atentamente,





INFORME N° 016 -2024-OGC-HR "MNB" PUNO

AL : DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO
DE : JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
FECHA : 16 DE DICIEMBRE DE 2024
ASUNTO : II INFORME SEMESTRAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

I. Antecedentes:

Antecedentes legales y normativos nacionales e institucionales.

- ❖ Ley N° 26842, Ley General de Salud y sus modificatorias.
- ❖ Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- ❖ Ley N° 30895, Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud.
- ❖ Decreto Legislativo N° 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- ❖ Decreto Supremo N° 031-2014-SA que aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud - SUSALUD.
- ❖ Decreto Supremo N° 020-2014-SA que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- ❖ Decreto Supremo N° 008-2017-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- ❖ Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba la Política Nacional de Calidad en Salud.
- ❖ 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.
- ❖ Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, que aprueba la directiva sanitaria 92-MINSA/2020/DGAIN, Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo de Atención de Salud.

Datos Generales:

1.1 Institucional, departamento y servicio

- ❖ IPRESS : Hospital Regional Manuel Núñez Butrón
- ❖ Departamento/Servicios : UPSS Consulta Externa
UPSS Centro Quirúrgico



UPSS Centro de Hemoterapia
UPSS Central de Esterilización
UPSS Unidad de Cuidados Intensivos
UPSS Emergencia

1.2 Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo

DIRECTOR

ADMINISTRADOR

JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

JEFE DE LA OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y GESTION DE RIESGOS

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y TERAPIA INTENSIVA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA
PATOLOGIA.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGÍA



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL REGIONAL "M.N.B." PUNO



N° 61-2024-D-HR-MNB-P.
U. RR.HH.



Resolución Directoral



Puno, 25 de ENERO del 2024.

VISTOS: El expediente N° 0695, el OFICIO N° 0001-2024-OGC-HR "MNB" PUNO y el MEMORANDUM N° 177-2024-D-HR "MNB" PUNO.

CONSIDERANDO:

Que, 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 socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que al Director Médico o al responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad, que establece los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud; siendo los procesos de mejoramiento continuo de la calidad, parte importante de sus componentes, cuya metodología implica el desarrollo de un proceso permanente de acciones, programas y proyectos de mejora continua, a partir de la aplicación de los instrumentos de garantía de la calidad, a fin de cerrar las brechas existentes, desarrollar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia;

Que, mediante la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", en su Octava Política Nacional de Calidad en Salud, 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 Salud;

Que, la Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V0.2 Volumen I aprobado con Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA Norma Técnica de Acreditación de Servicios de Salud y Servicios Médicos de Apoyo indica que el Equipo de Acreditación del Establecimiento de Salud, público o privado debe estar conformado por un equipo designado por la Dirección o





MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL REGIONAL "MNB" PUNO



N° 61-2024-D.HR."MNB".P.
U. RR.HH.



Resolución Directoral



Puno, 25 de ENERO del 2024.

la autoridad institucional según corresponda, que tiene la responsabilidad de coordinar las actividades del proceso de acreditación en cada caso.

Que, la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo aprobado con Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA

Que, el artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón aprobado con Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP, y que en su literal d) señala que es función general de este nosocomio, mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención especializada de salud, estableciendo normas y parámetros necesarios;



Que, mediante la Resolución Ministerial N°163-2020-MINSA se aprueba la Directiva Sanitaria N° 092-MINSA/2020/DGAIN Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de Salud y que en su numeral 6.1.1 dispone la Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente en las IPRESS públicas, privadas o mixtas.



Que, el Decreto Supremo N° 021-2022-SA que Define los Indicadores de Desempeño, Compromisos de Mejora de los Servicios a Cumplir en el Año 2023 y los Criterios Técnicos para su Aplicación e Implementación, para Percibir la Entrega Económica Anual a la que Hace Referencia el Artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que Regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado; siendo que el mencionado Decreto Supremo, establece como un compromiso de mejora el fortalecimiento de la gestión de riesgos y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del paciente; y que en su Ficha N° 31, para el cumplimiento del criterio 1.1 indica que la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPRESS debe disponer de un Equipo de Rondas de Seguridad conformado según precisa la Directiva Sanitaria N°092/2020/DGAIN reconocido con acto resolutorio o documento de la máxima autoridad o titular de la IPRESS.



Que, a través del OFICIO N° 0001-2024-OGC-HR"MNB" PUNO, la jefe de la Oficina de Gestión de Calidad solicita la Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente 2024;

Que, con MEMORANDUM N° 177-2024-D-HR "MNB" PUNO de fecha 24 de enero del año 2024, la Dirección del Hospital Regional "MNB" autoriza a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad proyectar la Resolución Directoral para la Conformación del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente 2024;



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL REGIONAL "MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN"



N° 61-2024-D-RR-MUNO
D-RR-VH-



Resolución Directoral



Puno, 25 de ENERO del 2024.

Que, de conformidad a la Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización, modificada por Ley N° 28339; Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y complementada por leyes N° 27902, 28013, 28161, 28926, 28968 y 29053; R.M. N° 405-2005/MINSA, reconoce a los Directores Regionales como única autoridad en Salud en cada Región; que de conformidad con la Ley N° 27444 y en uso de las atribuciones conferidas por la Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP del Gobierno Regional Puno que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, Dirección Regional de Salud de Puno;



Estando informado por la Oficina de Gestión de la Calidad con la opinión favorable de la Sub Dirección, Oficina de Administración y el visto bueno de Asesoría Legal;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- CONFORMAR EL EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2024 DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN DE PUNO, de acuerdo a los fundamentos expuestos en la parte considerativa de la presente Resolución constituido por:



Director del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón
Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad
Administrador

Líder del Equipo
Secretaría Técnica



Jefe de la Oficina de Epidemiología
Jefe del Departamento de Enfermería
Jefe del Departamento de Farmacia
Jefe del Departamento de Cirugía
Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Intensivos
Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico
Jefe del Departamento de Medicina
Jefe del Departamento de Pediatría y Neonatología
Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia
Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica
Jefe del Departamento de Servicio Social
Jefe del Departamento de Diagnóstico por Imágenes
Jefe del Departamento de Odontología
Jefe del Departamento de Nutrición y Dietética

Miembro
Miembro
Miembro
Miembro
Miembro
Miembro
Miembro
Miembro
Miembro
Miembro
Miembro
Miembro
Miembro
Miembro



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL REGIONAL "SICRUPUNO"



N° 61.2024.D.HR.MND.P
U-RR-HH-



Resolución Directoral

Puno, 25 de ENERO del 2024.

Jefe del Departamento de Medicina Física y Rehabilitación

Miembro

ARTÍCULO 2° Encárguese a la unidad correspondiente la publicación en el Portal de la Institución.

Regístrese y comuníquese.








1.3 Cronograma de Rondas de seguridad con Acto Resolutivo

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL REGIONAL "M.N.B." PUNO



N° 60-2024-D-HR-MNB-P.
D.R.HH.



Resolución Directoral



Puno, 25 de Enero del 2024.

VISTOS: El expediente N° 0708, el OFICIO N° 003-2024-OGC-HR"MNB" PUNO y el MEMORANDUM N° 179-2024-D-HR "MNB" PUNO.

CONSIDERANDO:

Que, 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 socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, el inciso b) del artículo 37° del Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 013-2006-SA, establece que al Director Médico o al responsable de la atención de salud le corresponde asegurar la calidad de los servicios prestados, a través de la implementación y funcionamiento de sistemas para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención y la estandarización de los procedimientos de la atención de salud;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, de fecha 30 de mayo del 2006, se aprueba el Documento Técnico: Sistema de Gestión de la Calidad, que establece los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud; siendo los procesos de mejoramiento continuo de la calidad, parte importante de sus componentes, cuya metodología implica el desarrollo de un proceso permanente de acciones, programas y proyectos de mejora continua, a partir de la aplicación de los instrumentos de garantía de la calidad, a fin de cerrar las brechas existentes, desarrollar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia;



Que, mediante la Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Calidad en Salud", en su Octava Política Nacional de Calidad en Salud, 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 Salud;

Que, a través del Decreto Supremo N° 031-2014-SA, se aprueba el Reglamento de Infracciones y Sanciones de la Superintendencia Nacional de Salud-SUSALUD, el cual, en el literal c) del inciso 33.1 del artículo 33°, considera como circunstancia atenuante para la aplicación de sanciones, el hecho de que la IPRESS tenga implementado y en



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL REGIONAL "M.N.B." PUNO

N° 60-2024-D-HR-MNB-P.
U-RR-HH.



Resolución Directoral

Puno, 25 de ENERO del 2024.

funcionamiento, antes de la fecha de detección de la infracción, un Sistema de Seguridad del Paciente y Control de Eventos Adversos;

Que, el artículo 4° del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón aprobado con Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP, y que en su literal d) señala que es función general de este nosocomio, mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención especializada de salud, estableciendo normas y parámetros necesarios;

Que, el Decreto Supremo N° 036-2023-SA que Define los Indicadores de Desempeño, Compromisos de Mejora de los Servicios a Cumplir en el Año 2024 y los Criterios Técnicos para su Aplicación e Implementación para percibir la Entrega Económica Anual a la que hace referencia el Artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado, siendo que el mencionado Decreto Supremo establece como un compromiso de mejora el fortalecimiento de la gestión de riesgos y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del paciente y que en su Ficha N° 43, para el cumplimiento del criterio 1.2 indica que la Institución Prestadora de Servicios de Salud IPRESS debe disponer de un Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente-periodo 2024 aprobado con acto resolutivo.

Que, a través del OFICIO N° 003-2024-OGC-HR-MNB-PUNO, la Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad solicita la Aprobación del Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente 2024;

Que, con MEMORANDUM N° 179-2024-D-HR "MNB" PUNO de fecha 24 de enero del año 2024, la Dirección del Hospital Regional "MNB" autoriza a la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad, proyectar la Resolución Directoral para la Aprobación del Cronograma de Rondas de Seguridad del paciente 2024;

Que, de conformidad a la Ley N° 27783, Ley de Bases de Descentralización, modificada por Ley N° 28339; Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y complementada por leyes N° 27902, 28013, 28161, 28926, 28968 y 29053; R.M. N° 405-2005/MINSA, reconoce a los Directores Regionales como única autoridad en Salud en cada Región; que de conformidad con la Ley N° 27444 y en uso de las atribuciones conferidas por la Ordenanza Regional N° 012-2014-GRP-CRP del Gobierno Regional Puno que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, Dirección Regional de Salud de Puno;





MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE PUNO
HOSPITAL REGIONAL "MANUEL NUÑEZ BUTRÓN"



N° 60-2024-D.H.R.-MUNO-P.
U-RR-HH



Resolución Directoral



Puno, 25 de ENERO del 2024.

Estando informado por la Oficina de Gestión de la Calidad con la opinión favorable de la Sub Dirección, Oficina de Administración y el visto bueno de Asesoría Legal;



SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR EL CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2024 DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRÓN DE PUNO, de acuerdo a los fundamentos expuestos en la parte considerativa de la presente Resolución.



ARTÍCULO 2° Encárguese a la unidad correspondiente la publicación en el Portal de la Institución,

Regístrese y comuníquese.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
 Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
 Junín y Ayacucho"

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
IPRESS: HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON
TITULAR DE LA IPRESS: M.C. JEAN PAUL VALENCIA REYNOSO

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	29/01/2024	11:00
RONDA 2:		

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	07/02/2024	11:00
RONDA 2:		

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	06/03/2024	11:00
RONDA 2:		

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	10/04/2024	11:00
RONDA 2:		

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	08/05/2024	11:00
RONDA 2:		

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	12/06/2024	11:00
RONDA 2:		

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	10/07/2024	11:00
RONDA 2:		

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	07/08/2024	11:00
RONDA 2:		

SEPTIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	11/09/2024	11:00
RONDA 2:		

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	09/10/2024	11:00
RONDA 2:		

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	06/11/2024	11:00
RONDA 2:		

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1:	04/12/2024	11:00
RONDA 2:		

M.C. JEAN PAUL VALENCIA REYNOSO
 TITULAR DE LA IPRESS
 HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON
 M.P. 20238



OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

M.C. JUAN CARLOS LÓPEZ
 JEFE DE OFICINA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS
 HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON
 C.E.S. 10476

OF. DE EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN DE RIESGOS

M.C. JUAN CARLOS LÓPEZ
 JEFE DE OFICINA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS
 HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON
 C.E.S. 10476

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA





II. Análisis:

2.1. Resultados

2.1.1. 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 (*Escala referencial)
10/07/2024	CONSULTA EXTERNA	78%	RIESGO IMPORTANTE
07/08/2024	CENTRO QUIRURGICO	90%	RIESGO MODERADO
11/09/2024	CENTRO DE HEMOTERAPIA	94%	RIESGO MODERADO
09/10/2024	CENTRAL DE ESTERILIZACION	72%	RIESGO IMPORTANTE
06/11/2024	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	88%	RIESGO MODERADO
04/12/2024	EMERGENCIA	71%	RIESGO IMPORTANTE
II SEMESTRE	PROMEDIO	82.1%	RIESGO MODERADO

* 50% a 65% riesgo intolerable, 65% a 80% riesgo importante, 81% a 94% riesgo moderado, 95% a 96% riesgo bajo, 97% a 99% riesgo muy bajo

En la tabla anterior se puede evidenciar que la UPSs Centro de Hemoterapia mantiene un nivel de riesgo moderado con un 94% de cumplimiento de buenas prácticas evaluadas en la Ronda de Seguridad siendo el servicio más seguro del II semestre 2024; mientras que la UPSs Emergencia presenta un 71% de cumplimiento de buenas prácticas constituyendo un riesgo importante.

2.1.2. Porcentaje de Cumplimiento por buenas prácticas en la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente por UPSS.

BUENAS PRACTICAS	UPS						% CUMPLIMIENTO
	CONSULTA EXTERNA	CENTRO QUIRURGICO	CENTRO DE HEMOTERAPIA	CENTRAL DE ESTERILIZACION	UCI	EMERGENCIA	
Registro de Historia Clínica	76%	100%	100%	60%	85%	77%	83%
Seguridad en la UPSS	100%	100%	86%		93%	92%	94%
Identificación Correcta	100%	83%	100%		80%	57%	84%
Prevención de fuga		100%			100%	50%	83%
Seguridad en la medicación	100%	100%	100%		100%	89%	98%
Prevención de caídas	100%	100%			89%	80%	92%
Seguridad sexual					100%	60%	80%
Prevención de UPP					100%	33%	67%
Prevención de suicidio					88%	86%	87%
Comunicación efectiva	100%	90%	100%		100%	90%	96%
Higiene de manos	57%	100%	86%	67%	63%	88%	77%
Bioseguridad	50%	63%	83%	100%	88%	57%	74%
Funcionamiento de Equipos	20%	60%	100%	60%	60%	60%	60%
Cumplimiento Total	78%	90%	94%	72%	88%	71%	



En la tabla se puede evidenciar que la Buena Práctica con mayor porcentaje de cumplimiento es Seguridad en la medicación con un 98% de verificadores conformes, sin embargo el nivel de cumplimiento más bajo se dio en la buena práctica referente a Prevención de Ulceras por Presión y Funcionamiento de Equipos con un 67% de verificadores cumplidos en las UPSS con criterios aplicables.

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

CONSULTA EXTERNA			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Registro de los antecedentes del paciente.	28	Coordinar con los Jefes de Departamentos: Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría, sobre el registro de las Funciones Biológicas.	SI
Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	28	Coordinar con los Jefes de Departamentos: Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría, sobre el registro de las Funciones Biológicas.	NO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	16	Coordinar con los Jefes de Departamentos: Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría, sobre el registro de las Funciones Biológicas.	SI
Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamento, dosis, vía, periodicidad).	16	Coordinar con los Jefes de Departamentos: Medicina, Cirugía, Ginecología, Pediatría, sobre el registro de las Funciones Biológicas.	SI
Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	28	Se emitió el MEMORANDUM MULTIPLE Nº 019-2024-JEF.-CONS.FXT.-ENF.-PUNO, en el que se exhorta la correcta eliminación de punzocortantes	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	21	PLAN DE RETROALIMENTACION SOBRE LAVADO Y DESINFECCION DE MANOS	SI
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.	21	PLAN DE RETROALIMENTACION SOBRE LAVADO Y DESINFECCION DE MANOS	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	21	PLAN DE RETROALIMENTACION SOBRE LAVADO Y DESINFECCION DE MANOS	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	21	Con OFICIO N° 039-2024-CONS - EXT. ENF HR"MN8"-PUNO se solicita el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos.	SI
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.	21	Gestionar la ejecución del Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de Equipos Biomédicos de la UPSS Consulta Externa.	NO
El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	16	En proceso de implementación, se encuentran los registros accesibles para la vigilancia epidemiológica.	SI



Evidencia de desarrollo de actividades de vigilancia epidemiológica activa, selectiva y localizada de IAAS en la UPSS.	8	PLAN DE CAPACITACION SOBRE IAAS	SI
Equipos biomédicos accesibles según le corresponde a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	6	Si están accesibles al momento de la atenciónal usuario externo	NO APLICA
Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	6	Con OFICIO N° 039-2024- CONS - EXT. ENF HR"MN8"- PUNO se solicita el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos biomédicos.	SI

En el cuadro anterior se puede evidenciar que la UPS Consulta externa ha implementado el 85 % de las acciones de mejora propuestas.

CENTRO QUIRURGICO			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	21	Con Oficio N° 050-2024-JEF-SRLR-CQ-HRMNB Puno se solicita la implementación de tachos con pedal y tapa	SI
El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle' o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	21	Se solicita el Care Bundle de la UPSS del Departamento de Anestesiología y centro quirúrgico a la oficina de Epidemiología que hasta la fecha no proporciona.	NO
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	20	Si se realiza al momento del ingreso del paciente en el Transver con plumón rojo dependiendo de la evaluación.	SI
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.	10	Se solicitó a la unidad de servicios Generales, aun no hay respuesta.	NO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	10	Si se cuenta,	SI
Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	10	Se cumple con la normativa vigente	SI
Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	20	Si se encuentran a disposición del equipo quirúrgico.	SI

En el presente cuadro se puede apreciar que la UPS Centro Quirúrgico ha implementado el 71 % de las acciones de mejora propuestas.



CENTRO DE HEMOTERAPIA			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	30	Se solicitara al jefe de epidemiología la implementación de care Bundle.	SI
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	30	Se solicitara a logística la compra de más dispensadores con solución de base alcohólica.	SI
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	21	Se implementará un registro único de eventos adversos e incidentes del servicio	SI

En el cuadro se muestra que la UPS Centro de Hemoterapia ha implementado el 100% de las acciones de mejora propuestas.

CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	10	Implementar cuaderno de registro de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	28	Coordinar con la responsable de epidemiología la realización de capacitación al personal de Central de esterilización en los 11 pasos del lavado de manos.	SI
Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	20	Hacer requerimiento a servicios generales y mantenimiento para operativizar los equipos biomédicos.	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	30	Coordinar con servicios generales y Mantenimiento para la elaboración del plan anual de mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos de central de esterilización.	SI
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	12	Coordinar con el responsable de enfermería para que se garantice la disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos de Central de Esterilización.	SI
Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	30	Implementar en la UPSS Central de Esterilización el mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia de personal programado y así garantizar la atención de los pacientes	NO

En el cuadro se muestra que la UPS Central de Esterilización ha implementado el 83% de las acciones de mejora propuestas.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES 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).	30	Requerimiento a través de oficio dirigido a la Unidad de Mantenimiento para la elaboración del Plan de Mantenimiento de los equipos médicos de la UCI.	SI
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.	30	Logrado el Plan e Mantenimiento, hacer seguimiento del plan según fechas programadas para el mantenimiento	NO APLICA



Mecanismo de reemplazo para cubrir la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	10	Adecuada coordinación para los cambios de turnos, reemplazos y en vacaciones	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	10	Capacitación en servicio para reforzar el procedimiento	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	21	Implementación inmediata en nuestros pacientes	SI
Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	21	Implementación inmediata de registros.	SI
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	20	Reforzar las conductas de segregación adecuada de los residuos sólidos según norma.	NO
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.	20	Reforzar el aprendizaje del lavado de manos	SI
Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, Nº de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	12	Optimizar el llenado y el formato de Historia Clínica	NO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	12	Implementación inmediata con el personal médico	SI
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	28	Requerimiento al hospital para que se nos provea el insumo, y adecuada destrucción en el servicio	SI
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	8	Implementar un registro de los pacientes en sujeción	SI
El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	7	Implementación del protocolo	NO

En el cuadro se muestra que la UPS Unidad de Cuidados Intensivos ha implementado el 75% de las acciones de mejora propuestas.

EMERGENCIA			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS PROPUESTAS	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS IMPLEMENTADAS
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	10	Implementar el brazalete de identificación del paciente, solicitar la compra de brazaletes de identificación según prioridad.	SI
Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	10	Monitorear el registro actualizado del plan de trabajo y exámenes de ayuda al diagnóstico	SI



En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	30	Emitir memorándum para que el personal cumpla con registrar los eventos adversos en el libro implementado para ese fin.	SI
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	30	Poner en el orden del día el análisis de eventos adversos en las reuniones mensuales del servicio.	SI
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	Señalar las zonas rígidas y semirígidas del servicio de emergencia.	NO
Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	28	Monitorear la correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico.	SI
Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	28	Exhortar al registro de las intervenciones de enfermería para valorar el riesgo potencial de fuga	SI
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	28	Establecer medidas terapéuticas para evitar fugas.	SI
Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	28	exhortar al personal médico brindar la información de los efectos secundarios que pudieran producirles los medicamentos prescritos	SI
Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	21	Exhortar al personal médico a realizar el examen físico clínico general y regional de corresponder.	SI
Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	20	Monitorear la correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y definitivo con el plan de trabajo.	SI
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.	20	Implementar avisos de prohibición de introducir elementos que puedan suponer un riesgo de auto heteroagresividad.	NO
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	16	Exhortar al equipo de emergencia a realizar la verificación de la identidad del paciente antes de cualquier procedimiento.	SI
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	16	Implementar códigos que indiquen riesgo de caídas del paciente.	NO
Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	16	Solicitar la dotación de ropa de hospital para los pacientes en el área de observación.	SI
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	21	Solicitar a la oficina de epidemiología la implementación del Care Bundle.	SI
Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos al momento de cambio de turno (cambio de guardia), relacionado al estado de salud de los pacientes, resumen de la atención prestada durante el turno (guardia) y la evolución de los pacientes.	28	La entrega de turno es realizada solo por el personal de enfermería, sin embargo se exhorta al personal médico la realización de este proceso.	SI
Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	28	Exhortar al personal médico brindar la información de los efectos secundarios que pudieran producirles los medicamentos prescritos.	SI
Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	28	Implementar señalización de zonas rígidas y semirígidas en la UPS.	NO



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.	12	Solicitar a la unidad de ingeniería de mantenimiento la ejecución del plan de mantenimiento preventivo y/o correctivo de los equipos biomédicos del servicio.	SI
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	20	Elaborar el protocolo de úlceras por decúbito.	NO
Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	16	En el servicio de emergencia no suceden úlceras por decúbito por la corta estancia hospitalaria	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	5	Informar al personal sobre los 8 pasos de la desinfección de manos.	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	4	Elaborar el protocolo de sujeción mecánica.	NO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	4	Solicitar a la unidad de mantenimiento la ejecución del plan anual de mantenimiento	SI
Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	12	Exhortar al personal realizar la evaluación inicial del riesgo de úlcera por presión.	SI
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	6	Elaborar la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales; desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	4	Exhortar al personal a realizar la evaluación del paciente al riesgo de ser víctima o agresor sexual.	SI
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	2	Implementar avisos de prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO

2.1.4. Información del análisis de indicadores

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2024			
					III TRIMESTRE	IV TRIMESTRE		
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	3	100%	3	100%
					3		3	
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	N° de verificadores conformes / N° de verificadores evaluados x 100	RESULTADO	Trimestral	165	87%	197	80%
					189		245	
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	19	83%	35	74%
					23		47	



En el cuadro anterior se muestran tres indicadores:

- ❖ El indicador 1: Porcentaje de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS ha tenido un cumplimiento del 100% en el tercer y cuarto trimestre.
- ❖ El indicador 2: Porcentaje de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS ha tenido un resultado del 87% en el tercer trimestre y de 80% en el cuarto trimestre.
- ❖ El indicador 3: Porcentaje de acciones de mejora implementadas en la IPRESS ha tenido una ejecución del 83% en el tercer trimestre y de 74% en el cuarto trimestre.

III. Conclusiones

Se concluye que se las Rondas de Seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud ejecutadas en el primer semestre del 2024 han contribuido a disminuir el riesgo de las prestaciones efectuadas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

IV. Recomendaciones

Se recomienda a la DIRESA Puno, MINSA y Seguro Integral de Salud articular políticas de salud para asegurar la sostenibilidad presupuestal de las acciones de mejora que demandan la implementación verificadores.

V. Anexos



Handwritten signature and official stamp of the Hospital Regional Manuel Núñez Butrón. The stamp includes the text: "HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN", "M.C. Ricardo A. Plazo", "Médico Gerente de Salud Pública", "C.R.P. 12119", and "C.R.P. 2019".



PERU Ministerio de Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra
Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de
Junín y Ayacucho".

ANEXO 3

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

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

Table with columns for PREGO, MPRO, TITULAR RESPONSABLE PREGO, RESP. DE ADMINISTRACIÓN, RESP. DPTO. SERVICIO ESPECIALIDAD and rows for PREGO, MPRO, TITULAR RESPONSABLE PREGO, RESP. DE ADMINISTRACIÓN, RESP. DPTO. SERVICIO ESPECIALIDAD.

Table with columns for BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS and % CUMPLIMIENTO. Rows include: REVISADO EN LA UNIDAD CLÍNICA, REVISADO DEL PREGO EN LA UPM, etc.

PROBLEMA DE CUMPLIMIENTO

70% (highlighted)

Handwritten signature and circular stamp for Director of the Unit.

Handwritten signature and stamp for Pco. Armando Lojo Soto, Médico Especialista.

Handwritten signature and stamp for Dra. Edison Pérez Nina, Biólogo.

Handwritten signature and stamp for M.C. Milagros E. Arizaca Acarant, Médico Cirujano.

Handwritten signature and stamp for S.S. Flora Ponce Cordero, Jefe de Departamento.

Handwritten signature and stamp for Lic. Piedad Calvo, Jefe de Oficina de Epidemiología.

Handwritten signature and stamp for Dr. Juan Sánchez Ruiz, Jefe de Unidad.

Handwritten signature and stamp for Lidiana Katy Chavez Velazquez, Enfermera.

Handwritten signature and stamp for Lic. Marcela Jiménez Cordero, Enfermera.

Handwritten signature and stamp for Dr. José S. Colla Cutikango, Jefe de Unidad.

Handwritten signature and stamp for Dra. Lily Eddy García Phueda, Jefe de Dpto. de Pediatría.




Lic. Inés K. Llanqui Condori
C.M.P. 1458
JEFE DEL OPTO. DE NEONATOLOGÍA Y PUERPERA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Lic. Enf. Yaneth Japura Ccallo
OFICINA GESTION DE LA CALIDAD
C.E.P. 44809



M.C. Minnie & Álvaro Díaz
JEFE DEL OPTO. DE LA CALIDAD
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO
C.M.P. 23519


Dr. Joseph B. Hueneca Aronibar
C.M.P. 79778-RNE 48184
JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Dr. Luis Antonio Maldonado Nayra
C.M.P. N° 24126 RNE 12042
JEFE DEL OPTO. DE CIRUGIA DEL R.L.R. "MIR" - P.




Dr. Rendo R. Loza Peña
MEDICINA INTERNA
C.M.P. N° 83320 RNE 15988
JEFE DEL OPTO. EMERGENCIA Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Dr. Rendo R. Loza Peña
MEDICINA INTERNA
C.M.P. N° 83320 RNE 15988
JEFE DEL OPTO. EMERGENCIA Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Luis PINEDA PINOJOSA
CIRUJANO DENTISTA
COP. 104


Dr. Robert L. MOLLEBAPAZA MARGANI
C.M.P. N° 24149 RNE N° 12967
JEFE OPTO DE GINECO OBSTETRICA


Alejandro LUQUE SALINAS
JEFE UNIDAD SERV. GINALES Y NEONOL.
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO

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

PROBLEMA:	MARCEL NUÑEZ BUSTOS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2014
EPIS:	CENTRO QUIRÚRGICO	FORMAPLICACION:		PROCESO:	PREVENCIÓN
TITULAR RESPONSABLE EPIS:	M.C. JUAN PABLO VALENZUELA REJOSO	RESP. EPIS. ASISTENCIAL:	LIC. FÉLIX CARRERA SACA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ANILIS HUMBERTO VERA VERA	RESP. DE LA EPIS:	M.C. ORTIZ CALDERÍN QUISPE		
RESP. OPERATIVO/INFORMACIÓN:	LIC. GUILLERMO SERVATO COLQUE	RESP. DPT. ASISTENCIA CALIDAD:	M.C. MARIBELA PIZARRO ORE		
		OTROS RESPONSABLES:	M.C. LUCYLA CORNEJO VARGAS		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REVISIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
REVISIÓN DE EXAMENES EN LA EPIS	100%
CONFECCIÓN HISTORIA	100%
REVISIÓN DE RIESGO	100%
DEFINICIÓN DE LA MISIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTUSIONES AGUJAS	100%
CONFECCIÓN EPISMA	100%
LISTAS DE RIESGO	100%
REVISIÓN RIESGO	100%
ACTUALIZACIÓN Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	88%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO



Handwritten signatures and official stamps of various medical and administrative staff. The stamps include titles such as 'DIRECTOR', 'MEDICO ESPECIALISTA', 'JEFE DEPARTAMENTO', 'BIÓLOGO', 'JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA SOCIEDAD E INVESTIGACIÓN DEL H.R.M.N.B.', 'JEFE DE GRUPO DE EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN DE RIESGOS', 'JEFE DPTO. ASISTENCIA CALIDAD', 'JEFE DPTO. DE PEDIATRÍA', and 'JEFE DPTO. ASISTENCIA CALIDAD'. The stamps also contain identification numbers like C.M.P., R.N.A., and R.N.E. The signatures are in blue ink and are placed over the stamps.



PERU

Ministerio de Salud

INSTITUTO NACIONAL DE PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LA SALUD

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"


Lic. Iris R. Llanos
C.M.P. 1409
SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y NEONATOLOGÍA
HOSPITAL REGIONAL "MNH" - PUÑO


Lic. Enl. Yaneth Japura Ccallo
OFICINA GESTION DE LA CALIDAD
C.E.P. 44809



Dr. M. José R. Pardo
C.M.P. 22019
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL "MNH" - PUÑO


Dr. Joseph B. Huenece Aranibar
C.M.P. 79775-RNE 48194
JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL "MNH" - PUÑO


Dr. Luis Antonio Maldonado Neyra
C.M.P. N° 24126 PUNE 13242
JEFE DEL DPTO. DE CIRUGIA DEL H.R. "MNH"-P.






Dr. Rendo R. Loza Peña
MEDICINA-INTENSIVISTA
C.M.P. N° 23000 PUNE 18482
JEFE DEL DPTO. EMERGENCIA Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MNH" - PUÑO


Dr. María Rosa
GRUPO DENTISTA


Dr. Robert L. WOLLENBAZA MAMANI
C.M.P. N° 24148 RNE N° 12967
JEFE DPTO DE GINECO OBSTETRICIA


Alejandro LUQUE SALINAS
JEFE UNIDAD SERV. GRALES. Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MNH" PUÑO



Siempre con el pueblo

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

		SEMESTRE		AÑO	
		II SEMESTRE		2021	
PROFE.	MARIEL NUÑO BUITAN	FECHA APLICACION		17/08/2021	18/08/2021
UPSE	CENTRO DE HISTEREAFIA	RESP. ENCARGADO:	LIC. FIDELA CASHAN SACA		
TITULAR/RESPONSABLE UPSE:	M.C. JEAN PAUL VALENZUELA REINO	RESP. DE LA UPSE:	M.C. EDITH PEREZ NINA		
RESP. DE ADMINISTRACION	ABIG. MARIBERTO VIAL VERA	RESP. OPC. RENOV. CALIDAD:	R.C. MARIELA PIZATO ONE		
RESP. DE PLANIFICACION ADMINISTRATIVA:	LIC. EDITH PALOMO ESTRADA COLOCE	OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
SEGUIMIENTO EN LA HISTORIA CLINICA	100%
SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN LA UPSE	100%
CONFORMACION DE LISTAS	100%
EVALUACION EN LA ATENCION	100%
CONFORMACION DE LISTAS	100%
SEGURIDAD DE MANEJO	100%
SEGURIDAD DE MANEJO	100%
SEGURIDAD DE MANEJO	100%
SEGURIDAD DE MANEJO	100%
SEGURIDAD DE MANEJO	100%
SEGURIDAD DE MANEJO	100%
PROMEDIO	98%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

















Lic. Inés R. Llanos Contreras
CNP 1408
JEFE DEL OPTO. DE EMERGENCIAS Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO

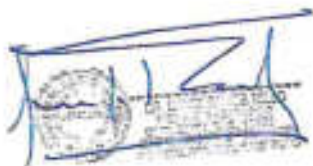

Lic. Enf. Yaneth Japura Ccallo
OFICINA GESTION DE LA CALIDAD
C.E.P. 44809



M.C. Antonio R. Flores Ope
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO
C. N. P. 22210


Dr. Joseph B. Huenece Arambar
CNP 79778-RNE 48184
JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Dr. Luis Antonio Maldonado Nayra
CNP N° 24126 RNE 13267
JEFE DEL OPTO. DE CIRUGIA DEL M.O. "MIR" - P.


Dr. Rendo B. Loza Peña
MEDICINA INTENSIVA
CNP N° 22920 RNE 18405
JEFE DEL OPTO. EMERGENCIAS Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Dr. Rendo B. Loza Peña
MEDICINA INTENSIVA
CNP N° 22920 RNE 18405
JEFE DEL OPTO. EMERGENCIAS Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Dr. EDA VINOJOSA
GRUPO DENTISTA
CNP 222


Dr. Robert L. MOLLEPRIZA MAMANI
CNP N° 24149 RNE N° 12967
JEFE OPTO DE CIRUGIA DE EMERGENCIA


Dr. Alejandro LUGUE SALAS
JEFE UNIDAD SERV. GRAVES Y URGENT.
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESI:	MANUEL NUÑEZ BUTRON	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSA:	CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	09/10/2024 (88horas)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESI:	M.C. JEAN PAUL VALENZUELA RENOZO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	Lc. FIDELA CASHIWA BACA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ABOS. HUBERTO VERA VERA	RESP. DE LA UPSA:	M.C. OSOBER CALDERÓN MAMANI		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	Lc. GUADALUPE SERRUTO COLONE	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	M.C. MARCELA PIZARRO OPE		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UGSI	60%
SEGURIDAD DE MANEJO	60%
BIENESTAR	30%
PREVENCIÓN Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	72%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO



Handwritten signatures and official stamps of various health professionals. The stamps include names, titles, and institutional affiliations such as 'HOSPITAL REGIONAL PUNO', 'DEPARTAMENTO', and 'UNIDAD DE ATENCIÓN'. Some stamps are circular, while others are rectangular. The signatures are in blue ink and vary in style.




Lilia R. Morales
C.O.P. 1403
JEFE DEL DPTO. DE NEONATOLOGÍA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL REGIONAL "HRR" - PUNO


Lil. Yaneth Japura Ccallo
OFICINA GESTION DE LA CALIDAD
C.E.P. 44809



M.C. Ricardo A. Pizarro
JEFE DEL DPTO. DE NEONATOLOGÍA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL REGIONAL "HRR" - PUNO
C.O.P. 20218


Dr. Joseph B. Huaneco Arandbar
C.M.P. 78778-RNE 46184
JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL "HRR" - PUNO


Dr. Luis Antonio Maldonado Neyra
C.M.P. N° 24125 RNE 13040
JEFE DEL DPTO. DE CIRUGIA DEL A.R. "HRR" - PUNO


Dr. Roberto L. Molina
C.M.P. N° 24149 RNE 12887
JEFE DEL DPTO. DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA


Dr. Rendo R. Loza Peña
MEDICINA INTERNA
C.M.P. N° 30320 RNE 18488
JEFE DEL DPTO. EMERGENCIA Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "HRR" - PUNO


Luis PINEDA HINOJOSA
CIRUJANO DENTISTA
COP 112


Dr. Roberto L. Molina
C.M.P. N° 24149 RNE 12887
JEFE DEL DPTO. DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA


Augusto LUQUE SALAS
JEFE UNIDAD SERV. GRUPOS A, B, C, D, E
HOSPITAL REGIONAL "HRR" - PUNO

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

PROBLEMA:	MARCEL MUÑOZ BERRIO	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2014
USUARIO:	GERENCIA REGIONAL	FECHA APLICACIÓN:	ESTRATEGIA (Evaluación)		
TITULAR RESPONSABLE PROBLEMA:	M.C. JENNY PAUL KALENKA MEDICINA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ROSA CARMEN SACA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ABIG. HENRY VERA VERA	RESP. DE LA UPEL:	M.C. RENZO LUIS PEÑA		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. GUADALUPE SERRATO OCHOA	RESP. OPC. UNIDAD CALIDAD:	M.C. MARIBELA PERDOMO OPE		
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
RESULTADO EN LA HISTORIA CLÍNICA	80%
REGISTRACIÓN DEL PACIENTE EN LA UPEL	80%
REGISTRACIÓN CONSULTA	80%
REGISTRACIÓN DE FIAS	80%
REGISTRAR EN LA ATENCIÓN	80%
REGISTRACIÓN DE GUSTOS Y CONTRAINDICACIONES	80%
REGISTRAR ALERGIAS	80%
REGISTRACIÓN Y REGISTRO DEL PUESTO DE LA UPEL	80%
REGISTRACIÓN DE MEDICOS Y SERVICIOS	80%
REGISTRACIÓN DE FIAS	80%
REGISTRAR DE MANEJO	80%
REGISTRAR	80%
REGISTRAR Y MANEJO DE DOCUMENTOS	80%
PROMEDIO	80%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO 80%

Dr. Carlos Calderón Hospital CASP 20701 R.N.E. 50543 Director UPEL Hospital Regional "MNB" - PUÑO

Fco. Armando Lajo Soto MEDICO ESPECIALISTA PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA CMP 19985 R.N.E. 13738 JEFE DEPARTAMENTO

M.C. Milagros E. Arizola Acorruaz C.M.P. 83520 R.N.A. A09358 MEDICO CIRUJANO JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION DEL H.R.M.N.B.

Lic. Fabrice Catuana zero CBR 10473 JEFE DE OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA Y GESTION DE RIESGOS

Dr. Juan Sánchez Barro JEFE DEPARTAMENTO PATOLOGIA CLINICA Y ANATOMIA PATOLOGICA HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUÑO

Dr. José S. Colla Cutimango Jefe Dept. Anatomopatología y Centro de Diagnóstico Hospital Regional "Manuel Pardo" CMP 20005 R.N.E. 20015

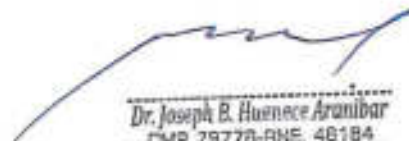
Dra. Lidia Benítez Corno Pineda CMP N° 60320 JEFE DEL OPTO. DE PEDIATRIA

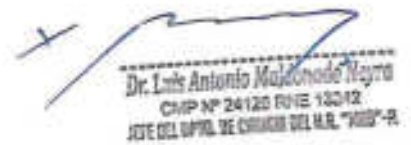



Lic. Inés R. Ampudia Condori
C.M.P. 1403
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Lic. Enf. Yaneth Japura Ccallo
OFICINA GESTIÓN DE LA CALIDAD
C.E.P. 44809


Dr. José B. Huenese Aranibar
C.M.P. 79778-RNE 48184
JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Dr. Luis Antonio Maldonado Nayta
C.M.P. Nº 24120 RNE 13012
JEFE DEL OPTO. DE CIRUGIA DEL M.B. "MIR" - P.


Dr. Rendo R. Loza Peña
MEDICINA INTENSIVA
C.M.P. Nº 93920 RNE 18488
JEFE DEL OPTO. EMERGENCIA Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Dr. Robert L. MUCHEPAZA MAMANI
C.M.P. Nº 24148 RNE Nº 12887
JEFE OPTO. DE GINECO OBSTETRICIA


Dr. Robert L. MUCHEPAZA MAMANI
C.M.P. Nº 24148 RNE Nº 12887
JEFE OPTO. DE GINECO OBSTETRICIA


Lic. Inés R. Ampudia Condori
C.M.P. 1403
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Lic. Inés R. Ampudia Condori
C.M.P. 1403
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO


Lic. Inés R. Ampudia Condori
C.M.P. 1403
INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUNO

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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

PROBLEMA:	MARCEL MUÑOZ BUSTOS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
OPSE:	EMERGENCIA	FECHA APLICACIÓN:		ANÁLISIS:	(Incompleto)
TITULAR RESPONSABLE PROBLEMA:	OSIVER DELFIN CALZADÓN MAMÁN	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. NIBELA CHAVARRA BACA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ARLOS MANGUETO VERA VERA	RESP. DE LA OPSE:	M.C. JUDITH HERNÁNDEZ ARANBAR		
RESP. DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA:	LIC. ISABELLUPE DINIATO COLAZO	RESP. CHC ARRIAS CALZADÓN:	M.C. MARCELA POZARRO GRE		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	75%
RESUMEN DEL MANEJO DE LA UNO	80%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	75%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS	80%
ETIQUETADO DE LA MEDICACIÓN	80%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTROLES DE SEGURIDAD	80%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS	80%
PREVENCIÓN Y MANEJO DEL RIESGO DE LAS UNO	80%
PREVENCIÓN DEL RIESGO Y LESIONES	80%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	80%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS	80%
PREVENCIÓN	80%
PREVENCIÓN Y MANEJO DE RIESGOS	80%
PROMEDIO	75%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO: 75%

DR. OSCAR CALZADÓN MAMÁN
DIRECTOR GENERAL
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUÑO

M.C. JUDITH HERNÁNDEZ ARANBAR
RESP. DE LA OPSE
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUÑO

M.C. MARCELA POZARRO GRE
RESP. CHC ARRIAS CALZADÓN
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUÑO

LIC. NIBELA CHAVARRA BACA
RESP. EPIDEMIOLOGÍA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUÑO

M.C. MARÍA PONCE CONDORP
RESP. DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DIAGNÓSTICA E INVESTIGACIÓN DEL H.R.M.N.B.

Pco. Armando Lajo Soto
MEDICO ESPECIALISTA
INTENSIVISTA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA
C.M.P. 19965 R.N.E. 13738
JEFF DEPARTAMENTO

T.S. FLORA PONCE CONDORP
CASP. 1794
H.R. "MNB" PUÑO

LIC. NIBELA CHAVARRA BACA
RESP. EPIDEMIOLOGÍA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUÑO

M.C. MILAGROS E. ARZUAGA ACCORRUIZ
C.M.P. 63520 R.N.A. A09358
MEDICO CIRUJANO
JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DIAGNÓSTICA E INVESTIGACIÓN DEL H.R.M.N.B.

LILIANA KELLY CHAVES VELAZQUEZ
ENFERMERA
C.E.P. 53519

LIC. MARCELA PINEDA
C.E.P. 10473
JEFE DE UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN DE RIESGOS

LIC. JUAN SÁNCHEZ NIETO
RESP. CHC ARRIAS CALZADÓN
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUÑO

LIC. ISABELLUPE DINIATO COLAZO
RESP. DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUÑO

LIC. MARCELA PINEDA
C.E.P. 10473
JEFE DE UNIDAD DE EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN DE RIESGOS

Dr. José S. Colla Cusiakango
Jefe Depto. Geriátría y Cuidado Geriátrico
Hospital Regional "Manuel Elías Dubois"
C.M.P. 28010 R.N.E. 23015

Dra. Liliana Kelly Chaves Velazquez
C.M.P. N° 50320
JEFE DEL DEPTO. DE FISIOTERAPIA
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUÑO




Lic. María Concepción Condori
C.M.P. 1408
JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA Y PUERPERIO
HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO


Lic. Ena Yaneth Japura Ccallo
OFICINA GESTION DE LA CALIDAD
C.E.P. 44809



Dr. José B. Huamán Arambur
C.M.P. 79778-RNE 46184
JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO



Dr. José B. Huamán Arambur
C.M.P. 79778-RNE 46184
JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO


Dr. Luis Antonio Maldonado Heryta
C.M.P. N° 24126 RNE 13243
JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO


Dr. Rendo R. Loza Peña
MEDICINA INTENSIVA
C.M.P. N° 23220 RNE 18488
JEFE DEL OPTO. EMERGENCIA Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO


Dr. Rendo R. Loza Peña
MEDICINA INTENSIVA
C.M.P. N° 23220 RNE 18488
JEFE DEL OPTO. EMERGENCIA Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO


Luis Pineda Hincapié
GRUPO DENTISTA
C.P. 104


Dr. Robert L. Molleaza Mamani
C.M.P. N° 24149 RNE N° 12297
JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA
HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO


Dr. Robert L. Molleaza Mamani
JEFE UNIDAD SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA
HOSPITAL REGIONAL "MNS" - PUNO

ANEXO 6

PLANES DE ACCIÓN

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

TRIMESTRE	PERIODO	FECHA APLICACION	AÑO	ESDA
	01/2018	19/07/2018	2018	[00000000000000]
RESP. RESPONSABLE PREGUNTA		DR. RAFAEL BARRERA		
TITULAR RESPONSABLE PREGUNTA		DR. RAFAEL BARRERA		
RESP. DE LA UPRES		DR. RAFAEL BARRERA		
RESP. DE ADMINISTRACION		M.C. MARCELA PERERO OFE		
RESP. PROFESIONALES				
OTROS RESPONSABLES				

ACCIONES CORRECTIVAS

PROBLEMA	SUJETOS INFLUYENTES	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/mes/año)
01	INTERCONSULTA	Respuesta incorrecta a los síntomas del paciente.	Revisión con el Jefe de Diagnóstico Médico, para el manejo de los Pacientes con esta patología.	Jefes de Enfermería de Consultas Externas y Jefes de los Departamentos: Medicina, Diagn. Serología y Patología	15/11/2018
02	INTERCONSULTA	Rechazo a recibir al paciente por no tener los datos necesarios para el diagnóstico.	Revisión con el Jefe de Diagnóstico Médico, para el manejo de los Pacientes con esta patología.	Jefes de Enfermería de Consultas Externas y Jefes de los Departamentos: Medicina, Diagn. Serología y Patología	15/11/2018
03	INTERCONSULTA	Revisión de los registros con los datos del diagnóstico (Inferencia a distancia)	Revisión con el Jefe de Diagnóstico Médico, para el manejo de los Pacientes con esta patología.	Jefes de Enfermería de Consultas Externas y Jefes de los Departamentos: Medicina, Diagn. Serología y Patología	20/11/2018
04	INTERCONSULTA	Revisión de los registros con los datos del diagnóstico (Inferencia a distancia)	Revisión con el Jefe de Diagnóstico Médico, para el manejo de los Pacientes con esta patología.	Jefes de Enfermería de Consultas Externas y Jefes de los Departamentos: Medicina, Diagn. Serología y Patología	20/11/2018
05	INTERCONSULTA	Revisión de los registros con los datos del diagnóstico (Inferencia a distancia)	Revisión con el Jefe de Diagnóstico Médico, para el manejo de los Pacientes con esta patología.	Jefes de Enfermería de Consultas Externas y Jefes de los Departamentos: Medicina, Diagn. Serología y Patología	20/11/2018
06	INTERCONSULTA	Revisión de los registros con los datos del diagnóstico (Inferencia a distancia)	Revisión con el Jefe de Diagnóstico Médico, para el manejo de los Pacientes con esta patología.	Jefes de Enfermería de Consultas Externas y Jefes de los Departamentos: Medicina, Diagn. Serología y Patología	20/11/2018
07	INTERCONSULTA	Revisión de los registros con los datos del diagnóstico (Inferencia a distancia)	Revisión con el Jefe de Diagnóstico Médico, para el manejo de los Pacientes con esta patología.	Jefes de Enfermería de Consultas Externas y Jefes de los Departamentos: Medicina, Diagn. Serología y Patología	20/11/2018
08	INTERCONSULTA	Revisión de los registros con los datos del diagnóstico (Inferencia a distancia)	Revisión con el Jefe de Diagnóstico Médico, para el manejo de los Pacientes con esta patología.	Jefes de Enfermería de Consultas Externas y Jefes de los Departamentos: Medicina, Diagn. Serología y Patología	20/11/2018
09	INTERCONSULTA	Revisión de los registros con los datos del diagnóstico (Inferencia a distancia)	Revisión con el Jefe de Diagnóstico Médico, para el manejo de los Pacientes con esta patología.	Jefes de Enfermería de Consultas Externas y Jefes de los Departamentos: Medicina, Diagn. Serología y Patología	20/11/2018
10	INTERCONSULTA	Revisión de los registros con los datos del diagnóstico (Inferencia a distancia)	Revisión con el Jefe de Diagnóstico Médico, para el manejo de los Pacientes con esta patología.	Jefes de Enfermería de Consultas Externas y Jefes de los Departamentos: Medicina, Diagn. Serología y Patología	20/11/2018

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

TRANSISTE:	FECHA EJECUCIÓN:	SEMESTRE:	AÑO:	RSMA
MAHUEL HUÍLES BUSTON	RESOLUCIÓN	SEGUNDA	2018	(DISTRICCIÓN)
CONSEJERA EJECUTIVA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. FIDELA GARCÍA BACA		
TITULAR RESPONSABLE UPSE:	RESP. DE LA UPSE:	LIC. LILIANA CHAVEZ VELAZQUEZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	RESP. OFICINA CALIDAD:	M.C. MARCELA PRONHO OPE		
RESP. DIFUSIÓN INFORMACIÓN:	OTROS RESPONSABLES:			

Acciones Ejecutadas

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGOSO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (COMISO)	PLAZO (Meses/días)
●	INFORMACIÓN	Elaboración de un manual de procedimientos de gestión de riesgos, validación y actualización de los manuales de procedimientos.	PLAN DE CALIFICACIONES ASISTE MAN	Adriana de Espinoza Contreras Espinoza	2018/02/01
●	PROCESAMIENTO Y MANEJO DE SOLICITUDES	Elaboración de un manual de procedimientos de gestión de riesgos y de actualización de los manuales de procedimientos.	Elaboración de un manual de procedimientos de gestión de riesgos y de actualización de los manuales de procedimientos.	Adriana de Espinoza Contreras Espinoza	2018/02/01
●	PROCESAMIENTO Y MANEJO DE RECURSOS	Elaboración de un manual de procedimientos de gestión de riesgos y de actualización de los manuales de procedimientos.	Elaboración de un manual de procedimientos de gestión de riesgos y de actualización de los manuales de procedimientos.	Adriana de Espinoza Contreras Espinoza	2018/02/01

[Signature]
 Lic. Mariana Pérez Mota
 ENFERMERA
 C.M.P. 43520 R.N.A. A09358
 JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DIFUSIÓN E INVESTIGACIÓN DEL N.E.M.B.D.

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Juan Sánchez (o/a)
 ENFERMERA
 C.M.P. 43520 R.N.A. A09358
 JEFE DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DIFUSIÓN E INVESTIGACIÓN DEL N.E.M.B.D.

[Signature]
 Lic. Leonilda Estay Chaves Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Leonilda Estay Chaves Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Leonilda Estay Chaves Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 Lic. Gladys Velazquez
 ENFERMERA
 C.M.P. 10863 R.N.E. 13730
 JEFE DEPARTAMENTO



PERU Ministerio de Salud



"Decenio de la igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"


Lic. Inés María Muro
C.E.P. 44809
OFICINA GESTORA DE LA CALIDAD
CALIDAD


Dr. José S. Cotta Cuyenchigo
CAMP N° 20418 FONCE 43202
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES"
C.E.P. 44809


Dr. Taty Kober
CAMP N° 20320
JEFE DEL DEPTO. DE PEDIATRIA
HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES"


Lic. Iván R. Manrique Casanovi
CAMP N° 4018
JEFE DEL DEPTO. DE NEONATOLOGIA
HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES"


Lic. Ricardo R. Pizarro
C.E.P. 44809
OFICINA GESTORA DE LA CALIDAD
CALIDAD


Dr. Joseph R. Huancayo Arambur
CAMP 78778-FRNE 45184
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS
HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES"


Dr. Joseph R. Huancayo Arambur
CAMP 70776-FRNE 45184
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS
HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES"


Lic. Ricardo R. Pizarro
C.E.P. 44809
OFICINA GESTORA DE LA CALIDAD
CALIDAD


Dr. Luis Antonio Maldonado Neyra
CAMP N° 20428 FONCE 43202
JEFE DEL DEPTO. DE CIRUGIA DEL T.R. "MIRAFLORES"


Dr. Renzo R. Loza Peña
MEDICINA INTERNA
CAMP N° 20418 FONCE 43202
JEFE DEL DEPTO. DE EMERGENCIAS Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES"


Lic. Euf. Yanez
C.E.P. 44809
OFICINA GESTORA DE LA CALIDAD
CALIDAD


Luis Pineda Hinojosa
CAMP N° 20418 FONCE 43202
CIRUJANO DENTISTA
CALIDAD


Dr. Roberto S. Selenza Mamani
CAMP N° 20418 FONCE 43202
JEFE DEL DEPTO. DE GINECOLOGIA


Lic. Euf. Yanez
C.E.P. 44809
OFICINA GESTORA DE LA CALIDAD
CALIDAD


Edith Beatriz Velásquez
CAMP N° 12466
OBSTETRA
CALIDAD



Siempre con el pueblo



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

TRIMESTRE	TRIMESTRE	AÑO	2024
FECHA APLICACIÓN	07/06/2024		(DDMMAAAA)
RESP. EPIDEMIOLOGÍA	LIC. FERELA CAJALANA BACA		
RESP. DE LA UPDS:	M.C. GROVER CALDERÓN QUISPE		
RESP. OFICINA DE CALIDAD:	M.C. MARCELA PIZARRO CITE		
OTROS RESPONSABLES:	M.C. LIDYOLA CORNEJO VARGAS		

ACTUALIZACIÓN (FECHA)

INDICADOR	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
03	SEGURIDAD	Dejar de realizar visitas de atención a los usuarios.	Con fecha 07/06/2024, JH. SALSACOLIBAY PUES se advirtió los implementos de trabajo con polvo y agua.	Jefe de Departamento	08/11/2024
03	SEGURIDAD	El servicio de laboratorio al no de "Cero Error" a Pedido de muestras para la prevención de las UCLs de visitas en centros críticos.	Se realizó la visita al Centro de Salud de la UPR de Departamento de Análisis de Laboratorio y otros servicios a la oficina de laboratorio que para la fecha no programada.	Jefe de Departamento	08/11/2024
00	IDENTIFICACIÓN CORRECTIVA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente luego en el traslado del paciente con el cual se realizó.	El se realizó el momento del registro del paciente en el Tránsito por planes tipo dependiente en la ambulancia.	Jefe de Departamento	08/11/2024
00	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPDS tenga con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los rayos), mediante la visualización de los respectivos registros.	Se realizó a la Unidad de Servicios Generales, que se han cumplido.	Jefe de Departamento	08/11/2024
00	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPDS cuenta con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los rayos).	Verificación de que la UPDS cuenta con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye los rayos).	Jefe de Departamento	08/11/2024
00	SEGURIDAD	Cumplimiento de los niveles de humedad.	Se cumplió con los niveles exigidos.	Jefe de Departamento	08/11/2024
0	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	Se le comunicó a la Unidad de Servicios Generales que se han cumplido.	Jefe de Departamento	08/11/2024



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de
la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

<p>Dr. Humberto Chacayo Zúñiga C.M.P. 63520 - R.M.A. 409358 MEDICINA GENERAL JEFES DE UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES" - PUNO</p>	 	<p>M.C. Mabelros E. Arizono Ascarruné C.M.P. 63520 - R.M.A. 409358 MEDICINA GENERAL JEFES DE UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES" - PUNO</p>	 	<p>Fco. Armando Lajo Soto MEDICINA ESPECIALISTA NEFROLOGÍA Y ANGIOLOGÍA C.M.P. 63520 - R.M.A. 409358 JEFE DE DEPARTAMENTO</p>	 	<p>Dr. Rómulo S. Rivas Pizarro Condoto C.M.P. 63520 - R.M.A. 409358 HER. "MIRAFLORES" - PUNO</p>	 	<p>Luzmila Katty Chaves Velazquez C.M.P. 63520 - R.M.A. 409358 HER. "MIRAFLORES" - PUNO</p>	 	<p>Dr. Marvin Ramírez C.M.P. 63520 - R.M.A. 409358 HER. "MIRAFLORES" - PUNO</p>	 	<p>Dr. Juan José Barahona C.M.P. 63520 - R.M.A. 409358 HER. "MIRAFLORES" - PUNO</p>	 	<p>Dr. Juan José Barahona C.M.P. 63520 - R.M.A. 409358 HER. "MIRAFLORES" - PUNO</p>	<p>Lic. Ricardo Pozo Niño C.M.P. 63520 - R.M.A. 409358 HER. "MIRAFLORES" - PUNO</p>	 	<p>Dr. Edy Cárdenas C.M.P. 63520 - R.M.A. 409358 HER. "MIRAFLORES" - PUNO</p>	 	<p>Dr. Edy Cárdenas C.M.P. 63520 - R.M.A. 409358 HER. "MIRAFLORES" - PUNO</p>	
--	------	---	------	--	------	---	------	--	------	--	------	--	------	--	--	------	--	------	--	------






"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"


Dr. María Lucía Rosales
CAMP 14018
JEFE DEL DPTO. DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES" - PUNO


Dr. Joseph B. Huancasa Arambur
CAMP 79776-RNE 46184
JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES" - PUNO


Dr. Luis Antonio Maldonado Neyra
CAMP N° 24126 RNE 13229
JEFE DEL DPTO. DE ODONTOLÓGICO DEL "MIRAFLORES" - PUNO


Dr. Taty R. Zambrano
CAMP 14018
JEFE DEL DPTO. DE NEONATOLOGÍA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES" - PUNO


Dr. Renald R. Loza Peña
CAMP N° 26250 RNE 19402
JEFE DEL DPTO. EMERGENCIA Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES" - PUNO


Dr. Renald R. Loza Peña
CAMP N° 26250 RNE 19402
JEFE DEL DPTO. EMERGENCIA Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES" - PUNO


Luis Pineda Hinojosa
CIRUJANO DENTISTA
COP N° 6


Alejandro Luque Salinas
JEFE UNIDAD SERVICIO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
HOSPITAL REGIONAL "MIRAFLORES" - PUNO


Dr. Rafael L. Mota
CAMP N° 14193 RNE N° 12987
JEFE DPTO. DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA


Lic. Enid Yáñez Apurta Cevallo
OPCIMA GERENTE DE LA CALIDAD
C.E.P. 44809


Edith Buzúza Velazquez
OBSTETRA
COP: 12466
CALIDAD

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

PROBLEMA	FECHA APLICACIÓN	SEMIÓNTICO	ACCIÓN	SEÑAL
PROBLEMA	14/05/2014	14/05/2014	14/05/2014	14/05/2014
PROBLEMA	14/05/2014	14/05/2014	14/05/2014	14/05/2014
TITULAR RESPONSABLE PRES:	DR. EDISON PEREZ NINA	DR. EDISON PEREZ NINA	DR. EDISON PEREZ NINA	DR. EDISON PEREZ NINA
RESP. DE ACREDITACION:	M.C. WASCHELA PERAZO QUI	M.C. WASCHELA PERAZO QUI	M.C. WASCHELA PERAZO QUI	M.C. WASCHELA PERAZO QUI
RESP. EFIDENCIO OPERACIONAL:				
OTROS RESPONSABLES:				

ACTIVIDADES PLAN DE ACCIÓN

INDICADOR	BUENA PRÁCTICA	VERIFICACION (EVIDENCIA)	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (PLANEO)	PLAZO (ESTIMADO)
100	SEGUIMIENTO	El servicio ha implementado el uso de "Cero Bata" o "Requisito de Medida" para la prevención de las IAAS trasladas en evidencia médica.	Se solicitará al jefe de epidemiología la implementación de cero bata	Bigo. Edison PEREZ NINA	01/05/2014
100	USO DE BATA	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcoholica para manos.	Se solicitará a logistica la compra de mas dispensadores con solución de base alcoholica.	Bigo. Edison PEREZ NINA	01/05/2014
43	SEGUIMIENTO A LAS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Se implementa un registro unido de eventos adversos e incidentes del servicio	Bigo. Edison PEREZ NINA	01/05/2014













Dr. Edison Pérez Nina
 C.M.P. 63520 R.N.A. A09358
 MEDICO CIRUJANO
 JEFE DE LA UNIDAD DE PUNO A LA ESCUELA
 INVESTIGACION EN M.B.M.B

Dr. Edison Pérez Nina
 C.M.P. 63520 R.N.A. A09358
 MEDICO CIRUJANO
 JEFE DE LA UNIDAD DE PUNO A LA ESCUELA
 INVESTIGACION EN M.B.M.B

Dr. Edison Pérez Nina
 C.M.P. 63520 R.N.A. A09358
 MEDICO CIRUJANO
 JEFE DE LA UNIDAD DE PUNO A LA ESCUELA
 INVESTIGACION EN M.B.M.B

Dr. Edison Pérez Nina
 C.M.P. 63520 R.N.A. A09358
 MEDICO CIRUJANO
 JEFE DE LA UNIDAD DE PUNO A LA ESCUELA
 INVESTIGACION EN M.B.M.B

Dr. Edison Pérez Nina
 C.M.P. 63520 R.N.A. A09358
 MEDICO CIRUJANO
 JEFE DE LA UNIDAD DE PUNO A LA ESCUELA
 INVESTIGACION EN M.B.M.B



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de
 la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"


 M.C. Regido R. Loza Peña
 M.D. GINECOLOGÍA Y OBSTETRIA
 JEF. DEL DPTO. REGIONAL "MIR" - PUÑO
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO
 C.E.P. 22473


 Dr. Regido R. Loza Peña
 M.D. GINECOLOGÍA Y OBSTETRIA
 JEF. DEL DPTO. REGIONAL "MIR" - PUÑO
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO


 Lic. María Concepción
 C.M.P. 1409
 JEFE DEL DPTO. DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO


 Dr. José S. Colla Quintanango
 M.D. GINECOLOGÍA Y OBSTETRIA
 JEFE DEL DPTO. REGIONAL "MIR" - PUÑO
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO
 C.E.P. 22473


 Dr. Regido R. Loza Peña
 M.D. GINECOLOGÍA Y OBSTETRIA
 JEF. DEL DPTO. REGIONAL "MIR" - PUÑO
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO
 C.E.P. 22473


 Alejandro Loque Salinas
 JEFE UNIDAD SERVICIOS GINECOLOGIA Y OBSTETRIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO


 Dra. Liz Kenny Lopez Picado
 C.M.P. R. 60323
 JEFE DEL DPTO. DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO


 Dr. Joseph R. Iluencos Arambur
 C.M.P. 79776-FNE. 46184
 JEFE D.O. SERV. DE EMERGENCIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO


 Lic. Est. Janetli Agura Caallo
 OFICINA GESTION DE LA CALIDAD
 C.E.P. 44809


 Lic. Est. Janetli Agura Caallo
 OFICINA GESTION DE LA CALIDAD
 C.E.P. 44809


 Dr. Luis Antonio Maldonado Moyru
 C.M.P. N° 24149 FNEE N° 12962
 JEFE DPTO. DE GINECOLOGIA Y OBSTETRIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO


 Dr. Richard M. Zapata Mamari
 C.M.P. N° 24149 FNEE N° 12962
 JEFE DPTO. DE GINECOLOGIA Y OBSTETRIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIR" - PUÑO


 Edith Beatriz Velásquez
 OBSTETRIA
 COP: 12466
 CALIDAD





PERU Ministerio de Salud

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

[Signature]
Luzmila Estay Chávez Velázquez
ENFERMERA
 C.E.P. 53519

[Signature]
Dr. José S. Colla Vizcarra
 Médico Internista y Geriatra
 Hospital Regional "Miguel Alemán Estigarribia"
 C.M.P. 50003 R.N.E. 23015

[Signature]
Lic. Yaneth Japura Cañilo
 Oficina Gestión de la Calidad
 C.E.P. 44909

[Signature]
Lic. María Inés Velasco
 Obstetra
 C.P.A. 10110

[Signature]
Lic. Luis Alcides López
 Jefe del Dpto. de Atención y Asesoría
 Hospital Regional "Miguel Alemán Estigarribia"
 C.M.P. 50003 R.N.E. 23015

[Signature]
Dr. Raúl R. Loza Peña
 Médico Internista
 Hospital Regional "Miguel Alemán Estigarribia"
 C.M.P. 50003 R.N.E. 23015

[Signature]
Dr. José S. Colla Vizcarra
 Médico Internista y Geriatra
 Hospital Regional "Miguel Alemán Estigarribia"
 C.M.P. 50003 R.N.E. 23015

[Signature]
Dr. Ana Karen Cono Pineda
 Jefe del Dpto. de Pediatría
 Hospital Regional "Miguel Alemán Estigarribia"
 C.M.P. 50003 R.N.E. 23015

[Signature]
Dr. Joseph B. Huaycoy Arambur
 Jefe del Serv. de Emergencia
 Hospital Regional "Miguel Alemán Estigarribia"
 C.M.P. 50003 R.N.E. 23015

[Signature]
Dr. Raul R. Loza Peña
 Médico Internista
 Hospital Regional "Miguel Alemán Estigarribia"
 C.M.P. 50003 R.N.E. 23015

[Signature]
Lic. Yaneth Japura Cañilo
 Oficina Gestión de la Calidad
 C.E.P. 44909

[Signature]
Luz Pineda Binojosa
 Cardiólogo Dentista
 C.O.P. 303

[Signature]
Dr. Joseph B. Huaycoy Arambur
 Jefe del Serv. de Emergencia
 Hospital Regional "Miguel Alemán Estigarribia"
 C.M.P. 50003 R.N.E. 23015

[Signature]
Dr. Roberto L. Morales Mariani
 Jefe del Dpto. de Atención y Asesoría
 Hospital Regional "Miguel Alemán Estigarribia"
 C.M.P. 50003 R.N.E. 23015

[Signature]
Alejandra Luque Salinas
 Jefe Unidad de Atención y Asesoría
 Hospital Regional "Miguel Alemán Estigarribia"
 C.M.P. 50003 R.N.E. 23015

[Signature]
Lic. Yaneth Japura Cañilo
 Oficina Gestión de la Calidad
 C.E.P. 44909

[Signature]
Edith Buitrago Velasco
 Obstetra
 C.O.P. 12466



Siempre con el pueblo

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

PLAN DE ACCIÓN

UNIDAD	PARQUE EDUCATIVO	TRIMESTRE	1º TRIMESTRE	AÑO:	2014
UNIDAD	GRUPOS INTENSIVOS	FECHA ELABORACION:	12/11/2014	ELABORADO POR:	ELVY VILLALBA
PROLATA RESPONSABLE DE UNIDAD:	M.C. JUAN PAUL VILLALBA RIVERA	REPERTORIO DE UNIDAD:	Urb. El Valle, C.A. - Hospital General de Guayaquil		
ROSP. DE ADM. Y TIAGUI:	AFRM. HUMBERTO VERA VERA	ROSP. DE LA UNIDAD:	M.C. REYNOLDO GONZALEZ		
ROSP. DE INFORMACION Y COMUNICACION:	LV. MARCELO PEREZ MORALES	ROSP. DE CALIDAD:	M.C. ANTONIO FERRER GONZALEZ		
		ROSP. DE SEGURIDAD:	M.C. GONZALO VILLALBA		

NO. 001/2014 PROYECTO

PROBLEMA	SUBPROBLEMA	VERIFICADOR RIESGO	CAUSAS DE RIESGO	RESPONSABLE ROSP	FECHA DE CIERRE
100	PROBLEMA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se verificó que el personal de enfermería no tiene conocimiento de los procedimientos de seguridad del paciente.	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Dr. Francisco Ruiz	08/12/2014
100	PROBLEMA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se verificó que el personal de enfermería no tiene conocimiento de los procedimientos de seguridad del paciente.	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Dr. Francisco Ruiz	08/12/2014
100	PROBLEMA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se verificó que el personal de enfermería no tiene conocimiento de los procedimientos de seguridad del paciente.	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Dr. Francisco Ruiz	08/12/2014
100	PROBLEMA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Se verificó que el personal de enfermería no tiene conocimiento de los procedimientos de seguridad del paciente.	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Dr. Francisco Ruiz	08/12/2014
03	PROBLEMA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Dr. Francisco Ruiz	08/12/2014
03	PROBLEMA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Dr. Francisco Ruiz	08/12/2014
03	PROBLEMA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Dr. Francisco Ruiz	08/12/2014
03	PROBLEMA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Dr. Francisco Ruiz	08/12/2014
35	PROBLEMA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Dr. Francisco Ruiz	18/12/2014
36	PROBLEMA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Dr. Francisco Ruiz	20/12/2014
36	PROBLEMA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Falta de capacitación y actualización del personal de enfermería en los procedimientos de seguridad del paciente.	Dr. Francisco Ruiz	20/12/2014

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

PLAN DE ACCIÓN

PROBLEMA:	MARIELA RIVERA BUSTAMANTE	TRANSFERIR:	DEPARTAMENTO:	PROCESO:	2024
CAUSAS:	CONDUCTA INDEFINIDA	RESP. DE DIAGNÓSTICO:	RESP. DE ATENCIÓN:	FECHA:	LOGRO:
CONSECUENCIAS POSIBLES:	M.D. JERMI GALVALENCIA RIVERA	RESP. DE ASESORÍA:	LOGRO DE ATENCIÓN:		
REG. DE ADMINISTRACIÓN:	ÁREA DE INVESTIGACIÓN	RESP. DE CALIDAD:	M.D. RIVERA RIVERA		
REG. DE INVESTIGACIÓN:	UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD	RESP. DE CALIDAD:	M.D. RIVERA RIVERA		

APLICATIVO DE RONDAS

PROBLEMA	CAUSAS	CONSECUENCIAS POSIBLES	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	FECHA
1	PROBLEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
2	PROBLEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



This section contains multiple official signatures and stamps. Key signatures include:

- Dr. Humberto Chávez** (Radiología)
- Fco. Armelido Lajo** (Médico Especialista)
- Lic. Wilson** (Enfermería)
- M.C. Mónica A. Arco** (Enfermera)
- Dr. Juan Carlos** (Médico)
- Dr. RIVERA** (Médico)

 The stamps are circular and represent various units within the hospital, such as Radiología, Emergencia, and the Unidad de Gestión de Calidad.

"Día de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

[Signature]
 Dr. José S. Colla Cajumirga
 Jefe de Medicina Interna y Cirujía General
 Hospital Regional "Miguel Alemán Solís"
 C.M.P. 20005 R.N.E. 23276

[Signature]
 Dra. Ana Roldán Cano Pineda
 C.M.P. N° 28328
 JEFE DEL DPTO. DE PEDIATRIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ALLEN SOLÍS"

[Signature]
 Dr. Luis Antonio Meléndez Neyra
 C.M.P. N° 26120 R.N.E. 13262
 JEFE DEL DPTO. DE CIRUGIA DEL R.I.D. "MIGUEL ALLEN SOLÍS"

[Signature]
 Lic. María E. Zambrano Gombosi
 C.P. 1401
 JEFE DEL DPTO. DE NEONATOLOGIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ALLEN SOLÍS"

[Signature]
 Dr. Roldán R. Torres
 Jefe de Medicina Interna y Cirujía General
 Hospital Regional "Miguel Alemán Solís"
 C.M.P. N° 20019

[Signature]
 Dr. Joseph R. Huénoce Argueta
 C.M.P. 79776 R.N.E. 48104
 JEFE DEL SERV. DE EMERGENCIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ALLEN SOLÍS"

[Signature]
 Dr. Rendo R. Lusa Peña
 MEDICINA INTERNA
 C.M.P. N° 30000 R.N.E. 18492
 JEFE DEL DPTO. EMERGENCIA Y UCI
 HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ALLEN SOLÍS"

[Signature]
 Lic. María E. Zambrano Gombosi
 C.P. 1401
 JEFE DEL DPTO. DE NEONATOLOGIA
 HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ALLEN SOLÍS"

[Signature]
 Lic. María E. Zambrano Gombosi
 ODONTÓLOGA
 C.P. 1401

[Signature]
 Dr. Robert L. Mollen de la Cruz
 C.M.P. N° 28149 R.N.E. 12987
 JEFE DPTO. DE GINECOLOGIA

[Signature]
 Alejandro LOPEZ SALINAS
 NEONATOLOGIA
 C.M.P. N° 28149 R.N.E. 12987
 HOSPITAL REGIONAL "MIGUEL ALLEN SOLÍS"

[Signature]
 Lic. Enl. Yarelli Tapura Castro
 OFICINA GENERAL DE LA CALIDAD
 C.E.P. 44800

[Signature]
 Edith Bailón Yalazquez
 OBSTETRA
 C.O.P. 12460
 C. EL DORADO

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

PLAN DE ACCIÓN

SE:	MANUEL RIVERA GUTIERREZ	INVESTIRE	ANO	2024
RE:	EMERGENCIAS	FORMULACIONES:	DIRIGIDA	ADMON/066
RESPONSABLE PRES:	GRACER DELITH CALDERÓN NAVARR	RESP. FARMACIA:	LIC. ROSA CARMONA CABA	
RESP. ADMINISTRACIÓN:	ABDG. HUMBERTO VERA VERA	RESP. DE LA URG:	M.D. JOSÉ HERNÁNDEZ BARRAG	
RESP. ASISTENCIA:	LIC. GUMDALIFE SERRATO COLQUE	RESP. DE UNIDAD CALIDAD:	M.D. YANIELA HERNÁNDEZ	
		OTROS RESPONSABLES:		

ACTUALIDAD TRICIDIA

ORDEN	BUCLEO PRÁCTICO	VERIFICADOR RIESGO	SOLUCIONES LUNEDIAS	RESPONSABLE (GARCIA)	PLAZO (DÍAS/HRS)
125	DEFINICIÓN DE RIESGOS DEL PRÁCTICO	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
126	INFORMACIÓN	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
127	INFORMACIÓN	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
128	SEGURIDAD EN LA URG	Análisis de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
129	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
130	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
131	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
132	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
133	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
134	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
135	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
136	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
137	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
138	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
139	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
140	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
141	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
142	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
143	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
144	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
145	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
146	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
147	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
148	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
149	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24
150	SEGURIDAD	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Revisión de los riesgos de la atención y su control en los procesos y servicios	Jefe de Servicio de Emergencia	15/05/24

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

PLAN DE ACCIÓN

PERIODO:	MINISTERIO DE SALUD	PERIODO:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
ÁREA:	ENERGÍA	PROCESO:	PROCESO DE ATENCIÓN	FECHA:	04/10/2024
LABOR RESPONSABLE:	DR. ROBERTO CALDERÓN RAMÍREZ	RESPONSABLE:	DR. JOSÉ ANTONIO GARCÍA	COORDINADOR:	DR. JOSÉ ANTONIO GARCÍA
UNIDAD OPERATIVA:	AREA HUBERTO URRUTIA	RESPONSABLE CALIDAD:	DR. MARCELA PARRONCINI		
OPORTUNIDAD EXTERNA:	LA GUARDA UNO HUBERTO URRUTIA	OTROS RESPONSABLES:			

ACTUALIZAR PRIORIDAD

CODIGO	TEMAS PRÁCTICOS	VERIFICACIONES MEDIDAS	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CPHCU)	PLAZO (DÍAS/SEMANAS)
26	IDENTIFICACIÓN CLINICA DEL PACIENTE	En todos los niveles de atención se debe garantizar la correcta identificación del paciente.	El personal de enfermería debe verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024
40	IDENTIFICACIÓN CLINICA DEL PACIENTE	Los médicos de guardia deben asegurarse de que el paciente sea correctamente identificado.	Los médicos de guardia deben verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024
38	IDENTIFICACIÓN CLINICA DEL PACIENTE	El personal de enfermería debe asegurarse de que el paciente sea correctamente identificado.	El personal de enfermería debe verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024
42	SEGURIDAD	El personal de enfermería debe asegurarse de que el paciente sea correctamente identificado.	El personal de enfermería debe verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024
35	SEGURIDAD	El personal de enfermería debe asegurarse de que el paciente sea correctamente identificado.	El personal de enfermería debe verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024
30	SEGURIDAD	El personal de enfermería debe asegurarse de que el paciente sea correctamente identificado.	El personal de enfermería debe verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024
20	SEGURIDAD	El personal de enfermería debe asegurarse de que el paciente sea correctamente identificado.	El personal de enfermería debe verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024
10	SEGURIDAD	El personal de enfermería debe asegurarse de que el paciente sea correctamente identificado.	El personal de enfermería debe verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024
5	SEGURIDAD	El personal de enfermería debe asegurarse de que el paciente sea correctamente identificado.	El personal de enfermería debe verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024
	SEGURIDAD	El personal de enfermería debe asegurarse de que el paciente sea correctamente identificado.	El personal de enfermería debe verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024
	SEGURIDAD	El personal de enfermería debe asegurarse de que el paciente sea correctamente identificado.	El personal de enfermería debe verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024
	SEGURIDAD	El personal de enfermería debe asegurarse de que el paciente sea correctamente identificado.	El personal de enfermería debe verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024
	SEGURIDAD	El personal de enfermería debe asegurarse de que el paciente sea correctamente identificado.	El personal de enfermería debe verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024
	SEGURIDAD	El personal de enfermería debe asegurarse de que el paciente sea correctamente identificado.	El personal de enfermería debe verificar la correcta identificación del paciente en todos los niveles de atención.	Área de Gerencia de Emergencia	15/10/2024

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
05.	MANEJO Y MONITOREO	FECHA REALIZACIÓN:		04/2024	2024/04/01
06.	COORDINACIÓN	RESPONSABILIDAD:	U.G. PUERTA CAROLINA BACA		
07. RESPONSABLE PRESS:	BOYER JUDY CALDERÓN MANAÑA	RESP. DE LA UPEB:	U.G. JOSÉ F. HERNÁNDEZ AGUIRRE		
08. DE ADMINISTRACIÓN:	ABOY FREDERICO VERA VERA	RESP. COMUNIDAD SALUD:	U.G. MARCELA PIZARRO UPE		
09. COORDINADOR ENFERMERÍA:	JG. GONZALEZ SERRANO EDUIGER	OTROS RESPONSABLES:			

ACTUALIZACIÓN PERIÓDICA

ORDEN	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE COMITÉ	PLAZO (días hábiles)
12	PREVENCIÓN Y MANEJO DE CAÍDAS	Se asegura que la UPEB cuenta con un Plan Anual de Prevención de Caídas de 2024 que se va cumpliendo de acuerdo al plan.	Se asegura la actualización de los protocolos de prevención de caídas de acuerdo a las normas vigentes.	U.G. de Servicios de Emergencia	15/02/24
12	PREVENCIÓN Y MANEJO DEL RIESGO DE INFECCIÓN POR HERIDA	Se garantiza el cumplimiento de los protocolos de prevención de infecciones de herida quirúrgica.	Se garantiza la actualización de los protocolos de prevención de infecciones de herida quirúrgica.	U.G. de Servicios de Emergencia	15/02/24
5	PREVENCIÓN Y MANEJO DEL RIESGO DE LESIONES POR QUÍMICO	Se asegura la actualización de los protocolos de prevención de lesiones por químicos.	Se garantiza la actualización de los protocolos de prevención de lesiones por químicos.	U.G. de Servicios de Emergencia	15/02/24
4	SEGURIDAD MEDICINA	Se garantiza el cumplimiento de los protocolos de prevención de errores de medicación.	Se garantiza la actualización de los protocolos de prevención de errores de medicación.	U.G. de Servicios de Emergencia	15/02/24
2	SEGURIDAD MEDICINA	Se garantiza el cumplimiento de los protocolos de prevención de errores de medicación.	Se garantiza la actualización de los protocolos de prevención de errores de medicación.	U.G. de Servicios de Emergencia	15/02/24

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año de Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de
 la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

[Signature]
 Dr. Humberto Quiroz Arza
 C.M.P. 1734 R.N.A. 1734
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974

[Signature]
 Dr. Gerardo Luciano Paredes
 C.M.P. 1734 R.N.A. 1734
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974

[Signature]
 Fco. Armando Lajo Soto
 MEDICO ESPECIALISTA
 FONOLOGIA CLINICA Y ACOUSTICA
 C.M.P. 1993 R.N.E. 13734
 JEFE DEPARTAMENTO

[Signature]
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974

[Signature]
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974

[Signature]
 Dr. Pier Paolo Cordani
 C.M.P. 1734 R.N.A. 1734
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974

[Signature]
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974

[Signature]
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974

[Signature]
 Lic. Wilson Perez Nino
 INGE. ODO.
 C.M.P. 10000 R.N.A. 10000
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974

[Signature]
 M.C. Milagros E. Arisco Acorruñá
 C.M.P. 63520 R.N.A. A09358
 MÉDICO CIRUJANO
 M.D. DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA
 E INVESTIGACIÓN DEL M.I.M.S.B.

[Signature]
 Lic. Nancy Chaves Velazquez
 ENFERMERA
 C.F.A. 53514

[Signature]
 Lic. Anibal Cordero Soto
 C.M.P. 10475 R.N.A. 10475
 JEFE DE UNIDAD DE ATENCIÓN
 MEDICINA DE FAMILIA

[Signature]
 Dr. Juan Sandoval Torres
 JEFE DE UNIDAD
 SERVICIO ODONTOLÓGICO
 HOSPITAL REGIONAL "HAB" - PUNO

[Signature]
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974

[Signature]
 Lic. Maribel Alarcón
 C.M.P. 10000 R.N.A. 10000
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974

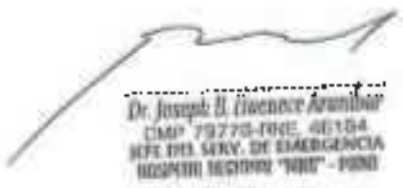
[Signature]
 Dr. José E. Coria Cacerango
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974
 M.D. 1974 - M. 1974 - M. 1974


[Signature]
 Lic. Juan R. Arroyave Cordani
 O.D.S. 3408
 SECRETARÍA GENERAL DE SERVICIOS
 HOSPITAL REGIONAL "HAB" - PUNO

[Signature]
 Alicia LIZQUEZ SANCHEZ
 M.D. UNIDAD SPIN, EDUC. Y ENTREG.
 HOSPITAL REGIONAL "HAB" - PUNO

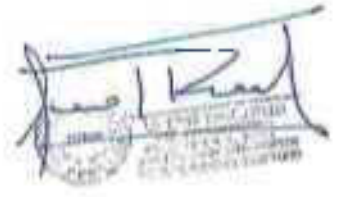
Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
Año del Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho


M.C. Antonio A. Ponce
Médico Cirujano en la Especialidad de
Cirujano General "M" - Puno
C.E.P. 4480


Dr. Joseph H. Cuenca Arambur
CAMP N° 79775-PUNO 46154
REF. DEL SERV. DE EMERGENCIA
HOSPITAL REGIONAL "M" - PUNO


Dr. Luis Antonio Maldonado Hoyos
CAMP N° 34126-PUNO 13212
REF. DEL SER. DE EMERGENCIA "M" - P.


Dr. Renato A. Loza Peña
MEDICINA INTERNA
CAMP N° 33520-PUNO 13469
REF. DEL SER. DE EMERGENCIA Y UCC
HOSPITAL REGIONAL "M" - PUNO


Lic. Erika
C.E.P. 4480


Lic. EMEIDA PINOJOSA
CIRUJANO DENTISTA
COP. 143


Dr. Robert L. NOLLA
CAMP N° 34140-PUNO N° 12967
REF. DEL SER. DE EMERGENCIA


Lic. Eul. Yaneth Japura Ccallo
C.E.P. 4480


Lic. Carlota Velásquez
OBSTETRA
COP. 12466
C.E.P. 4480

ANEXO 7

FICHAS DE MONITOREO

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

FICHA DE MONITOREO

	IMPACTO AL RIESGO DEL PACIENTE	TRIMESTRE	II Trimestre	ÁREA	REGISTRADO	PTN
	CONSULTA EXTERNA	FECHA DE IMPLEMENTACIÓN				
RESPONSABLE TÉCNICO	DR. JESÚS RAMA VALENTÍN RIVERA	COORDINADOR	DR. RICARDO CALDERÓN	COORDINADORA	DR. LUCILA CALDERÓN BACA	
COORDINADOR	DR. JESÚS RAMA VALENTÍN RIVERA	COORDINADORA	DR. LUCILA CALDERÓN BACA	COORDINADORA	DR. LUCILA CALDERÓN BACA	
COORDINADORA	DR. JESÚS RAMA VALENTÍN RIVERA	COORDINADORA	DR. LUCILA CALDERÓN BACA	COORDINADORA	DR. LUCILA CALDERÓN BACA	
COORDINADORA	DR. JESÚS RAMA VALENTÍN RIVERA	COORDINADORA	DR. LUCILA CALDERÓN BACA	COORDINADORA	DR. LUCILA CALDERÓN BACA	

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

88%

INDICADOR	ALTERNATIVAS DE MEDICIÓN	ACCIONES DE MEJORA CONTINUAS	RESPONSABLE	FECHA (dd/mm/aa)	INDICADOR (valor)	IMPLEMENTACIÓN
SEGUIMIENTO AL PACIENTE	Revisión de los datos de seguridad del paciente en el momento de la atención	Comunicación de los datos de seguridad del paciente a los médicos, enfermeras y personal de apoyo	Comité de Seguridad del Paciente y Comité de Gestión del Riesgo en la Atención de Salud	22/06/20	100%	4



PLAN DE RETROALIMENTACIÓN DE LAVADO Y DESINFECCIÓN DE MANOS CONSULTORIOS EXTERNOS 2024

INTRODUCCION

Las Infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) incluido el COVID 19, suponen una tremenda carga de enfermedad y tienen un importante impacto económico en los pacientes y los sistemas sanitarios de todo el mundo. Pero una buena higiene de las manos, la sencilla tarea de limpiarse las manos en el momento apropiado y de la manera adecuada, puede salvar vidas.

La higiene de las manos se considera la principal medida necesaria para reducir la transmisión del nuevo COVID19. Aunque la higiene de manos es una acción sencilla, la falta de cumplimiento entre los profesionales sanitarios sigue constituyendo un problema a escala mundial.

Cada vez se están implementando más medidas para introducir preparados de base acohólica para manos en los puntos de atención. Sin embargo, continúa siendo difícil mantener máquinas de larga duración, y muchos centros sanitarios de todo el mundo todavía no han empezado a abordar de forma sistemática la mejora de la higiene de las manos. Esto se debe a numerosas limitaciones, especialmente las relacionadas con las propias infraestructuras y recursos requeridos para permitir que la atención se dirija a la mejora de la higiene de las manos.

Objetivo general

Retroalimentar la adherencia de higiene de manos en el personal de Consulta Externa del HRMNB 2024

MARCO TEORICO

Definiciones

Higiene de manos

Término genérico referido a cualquier medida adoptada para la limpieza de las manos fricción con un preparado de base alcohólica o lavado con agua y jabón con el objetivo de reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en las manos.

Fricción de las manos

Aplicación de un antiséptico para la higiene de manos para reducir o inhibir la propagación de los microorganismos sin necesidad de una fuente exógena de agua ni del enjuague o secado con toallas u otros instrumentos.

Cuidado de las manos

Acciones que disminuyen el riesgo de irritación o deterioro de la piel.

Antisépsia de manos

Se refiere al lavado de manos antiséptico o sea a la fricción de manos con un antiséptico (uso de alcohol gel).

Antiséptico

Sustancia antimicrobiana que se aplica en la piel para reducir en número la flora microbiana presente.

Lavado de manos

Consiste en la remoción mecánica de suciedad y eliminación de microorganismos transitorios de la piel. Es el lavado de manos de rutina que se realiza con agua y jabón.

CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS ENTRE LOS TRABAJADORES DE LA SALUD (OMS)

La Higiene de manos es la principal medida cuya eficacia para prevenir la AAS y disminuir 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.

La adherencia por parte de los Trabajadores de la Salud a los procedimientos de higiene de manos varía según la intensidad del trabajo y otros factores: en estudios de observación llevados a cabo en hospitales, los Trabajadores de la Salud se limpiaron las manos entre 5 y 42 veces promedio por turno y 1,7-15,2 veces por hora. Además, la duración de los episodios de limpieza de manos osciló entre un promedio de 6,6 segundos como mínimo y 30 segundos como máximo. Los factores principales que pueden determinar una higiene de manos deficiente incluyen factores de riesgo por el incumplimiento observado en estudios epidemiológicos, así como también los motivos brindados por los propios Trabajadores de la Salud por el incumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos. Según la OMS existen factores influyentes para la adherencia de la higiene de manos en el personal de Salud.

Aspectos relacionados a dificultades/ en la adherencia a las prácticas recomendadas



sobre higiene de manos (OMS).

- Categoría médica (no enfermero)
- Categoría auxiliar de enfermería (no enfermera)
- Fisioterapeuta Técnico Género masculino
- Personal que trabaja en terapia intensiva, quirúrgica, en anestesiología, durante la semana (vs. Fin de semana)
- Uso de batas (guantes Antes del contacto con el entorno del paciente Después del contacto con el entorno del paciente por ejemplo equipos.
- Cuidado de pacientes menores de 65 años.
- Cuidado de pacientes que se recuperan de una cirugía limpia /limpia-contaminada en una unidad de terapia de anestesia
- Cuidado de pacientes en sala no aislada
- Duración del contacto con el paciente (< o igual a 2 minutos)
- Interrupción en actividades de atención de pacientes
- Lavatorio automático
- Actividades con alto riesgo de transmisión transversal
- Escasez de personal /hacinamiento
- Número elevado de oportunidades para higiene de manos por hora de atención de pacientes.

Factores auto-declarados para la escasa adherencia a la higiene de manos (OMS)

- Agentes químicos destinados al lavado de manos que provocan irritaciones y sequedad
- Los lavatorios están ubicados inadecuadamente/escasez de lavatorios
- Falta de jabón, papel, toalla
- A menudo, personal demasiado ocupado / tiempo insuficiente
- El paciente requiere prioridad
- La higiene de manos interfiere con la relación Trabajador de la Salud-paciente
- Bajo riesgo de contraer infección de los pacientes
- Uso de guantes (creencia de que el uso de guantes obvia la necesidad de la higiene de manos.
- Desconocimiento de pautas /protocolos
- Desconocimiento, experiencia y educación
- Falta de incentivos /estimulo
- Ausencia de un modelo de roles de los colegas o superiores
- No pensar en el tema / olvido
- Escepticismo sobre el valor de la higiene de manos
- Desacuerdo con las recomendaciones
- Falta de información científica del impacto definitivo de la higiene de manos mejorada en la IAAS.

Barreras adicionales percibidas para una adecuada higiene de manos (OMS)

- Falta de participación activa en la promoción de la higiene de manos a nivel Individual u Institucional.
- Falta de prioridad Institucional para la higiene de manos
- Falta de sanción administrativa de los incumplidores / incentivo para los cumplidores
- Falta de clima de seguridad institucional /cultura de la responsabilidad personal de Trabajadores de la Salud para llevar a cabo la higiene de manos.

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DEL LAVADO DE MANOS (OMS)

En los últimos 25 años, numerosos estudios han demostrado que hay intervenciones eficaces para mejorar el cumplimiento de la higiene de manos entre los Trabajadores de la Salud; aunque la medición de dicho cumplimiento ha variado según la definición, relacionada con una oportunidad de higiene de manos y la evaluación de la higiene de manos mediante observación directa o consumo de productos para higiene de manos, que dificulta las comparaciones. Si bien existen diferentes metodologías, la mayoría de los estudios han utilizado estrategias multimodales, a saber: educación de los Trabajadores de la Salud, auditorías de prácticas de higiene de manos y retroalimentación de desempeño, recordatorios, mejoramiento de disponibilidad de agua y jabón, uso de cambias automáticas, y/o introducción de un frotado de manos a base de alcohol así como también una mejora en el clima de seguridad institucional con participación a niveles Institucionales, de Trabajadores de la Salud y de pacientes.



La mejora de la higiene de las manos eficaz y sostenida se consigue mediante la aplicación de múltiples medidas para abordar diferentes obstáculos así como barreras conductuales. Partiendo de los datos y recomendaciones de las Directrices de la OMS sobre la higiene de las manos en la atención sanitaria, hay una serie de componentes que constituyen una estrategia multimodal eficaz para la higiene de las manos. Se ha propuesto que la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos lleve a la práctica las recomendaciones de la OMS sobre la higiene de las manos, por lo que esta estrategia va acompañada de una amplia serie de herramientas prácticas a ser usadas para su aplicación.

Los componentes de la estrategia son:

1. **Cambio del sistema:** garantizar que se cuenta con la infraestructura necesaria para permitir a los profesionales de la salud practicar la higiene de las manos. Esto incluye dos elementos esenciales:
 - El acceso a un suministro seguro y continuo de agua así como a jabón líquido y toallas desechables;
 - Fácil acceso al preparado de base alcohólica para manos en el **punto de atención**.
2. **Formación:** proporcionar formación con regularidad a todos los profesionales sanitarios sobre la importancia de la higiene de las manos, basada en el modelo de "Los 5 momentos para la Higiene de las Manos", y los procedimientos adecuados para la fricción de manos y el lavado de manos.

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos



¿Cómo lavarse las manos?





¿Cómo desinfectarse las manos?



3. **Evaluación y retro-alimentación:** hacer un seguimiento de las infraestructuras y prácticas de higiene de manos, junto con las correspondientes visiones y conocimientos por parte de los profesionales sanitarios, y al mismo tiempo proporcionar al personal información de retorno sobre los resultados.
4. **Recordatorios en el lugar de trabajo:** señalar y recordar a los profesionales sanitarios la importancia de la higiene de las manos y las indicaciones y procedimientos adecuados para llevarla a cabo.
5. **Clima institucional de seguridad:** crear un entorno y unas percepciones que propicien la sensibilización sobre las cuestiones de seguridad del paciente y garantizar al mismo tiempo que la mejora de la higiene de las manos sea considerada una gran prioridad a todos los niveles.

INFRAESTRUCTURAS REQUERIDAS PARA UNA HIGIENE DE MANOS ÓPTIMA

Una causa importante del escaso cumplimiento puede ser la falta de equipamiento para la higiene de manos de fácil uso como así también una mala logística que lleva a una limitada provisión y reabastecimiento de los insumos.

Suministro de agua;

Mientras que no todos los lugares tienen un suministro de agua continua, el agua de la canilla (idealmente potable) es preferible para el lavado de manos. En los lugares donde esto no es posible, el agua "que fluye" de un recipiente pre llenado con una canilla es preferible a agua estancada en un lavatorio. Donde se dispone de agua corriente, la posibilidad de acceder a la misma sin tener que tocar la canilla con las manos sucias es preferible. Las canillas activadas manualmente por sensor o activadas con el codo o el pie podrían considerarse el estándar óptimo dentro de los establecimiento de la salud.

Ubicación Los lavatorios

Deberían situarse lo más cerca posible del lugar de atención, de acuerdo con los requerimientos mínimos de la OMS, la proporción general lavatorio-paciente debería ser 1:10. La colocación de los productos de higiene de manos (jabón y productos para el frotado) deberían estar alineados con la promoción de la higiene de manos de acuerdo con el concepto de "Mis cinco momentos para la higiene de manos". En muchos lugares los diferentes modelos de dispensers, tales como los de pared y aquellos a ser usados en el lugar de atención, deberían utilizarse en forma combinada para lograr el máximo cumplimiento. Se recomienda que los dispensers de jabón de pared, se coloquen en cada lavatorio en las salas de examinación y de pacientes cuando sea posible. El frotado de la preparación debería tener un diseño del estilo "no tocar" para evitar cualquier contacto del dispenser con las manos contaminadas, por ej. "dispensers de codo" o bombas que pueden usarse con la muñeca.



JUSTIFICACION

Las IAAS ocasionan una elevada morbilidad y un incremento de los costos asistenciales. Para su prevención y control es necesario contar con sistemas de vigilancia apropiados, aplicar medidas de cuidados de probada evidencia, y usar de forma adecuada y prudente los antibióticos.

La Higiene de las manos es la medida más efectiva, además de fácil aplicación y bajo costo, que disponen los profesionales sanitarios para evitar la propagación de las IAAS, la diseminación de microorganismos multirresistentes y contribuir, como consecuencia, a salvar vidas.

La verificación es una actividad muy valiosa que permite observar la calidad de los procesos al interior de los servicios de salud. Brinda información de cómo se ejecutan las actividades, puede indicar cómo se pueden reorientar si fuere necesario. La verificación permite realimentar al equipo de trabajo y posibilita, de este modo, la superación continua de su desempeño, elevando su autoestima y su rendimiento.

La verificación es muy útil para:

- Recomendar necesidades de Capacitación al personal de salud, ante el órgano competente
- Motivar al trabajador para el desarrollo de su trabajo.
- Mejorar la calidad técnica de la atención y la satisfacción del usuario de los servicios de salud.
- Realimentar inmediatamente al equipo de trabajo y todo el proceso de ejecución de las actividades.
- Reorientar a tiempo la ejecución de actividades si fuere necesario.

La Jefatura de Consulta externa, propone la verificación apuntando a la adherencia de la Higiene de manos a través del proceso enseñanza aprendizaje, mediante un trabajo articulado de las distintas unidades orgánicas de Capacitación y docencia, Epidemiología y la Oficina de Calidad, así como los distintos comités inherentes a dicha función. Para ello el presenta plan de verificación de la Adherencia para la higiene de manos en el personal de salud del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón.

La capacitación o realimentación del personal en el tema de Higiene de manos deberá ser realizada por la Unidad de Capacitación y la Oficina de Gestión de la Calidad y será de acuerdo a las necesidades identificadas en la reunión mensual del servicio.

Así mismo se difundirá el video promocional de higiene de manos en las TV de los pasillos de Consulta externa.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	ACTIVIDADES	PRODUCTO O RESULTADO	RESPONSABLE	DICIEMBRE
1	Elaboración del Plan de retroalimentación	Plan Elaborado	Jefe de Consulta externa	
3	Coordinación para la capacitación	Resolución Directoral	Equipo de la oficina de Gestión de la Calidad, unidad de Investigación y apoyo a la docencia.	x

EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS REQUERIDOS:

N°	EQUIPO/MATERIAL/INSUMO	CANTIDAD REQUERIDA	FUENTE DE APROVISIONAMIENTO
1	Equipo Multimedial y computadora	01 para cada reunión	Oficina de Calidad
2	Papel bond tamaño A4	02 millar	Oficina de Logística
3	Tóner para impresora	02 unidades	Oficina de Logística
4	Material de escritorio para impresión de fichas y formatos	03 millares	Oficina de Logística
5	Lápiz	01 docena	Oficina de Logística
6	Folder Maníla con faster	02 docena	Oficina de Logística
7	Lapicero azul	02 docena	Oficina de Logística
8	Tableros de trabajo de campo	01 docena	Oficina de Logística
9	Borrador de lápiz	01 docenas	Oficina de Logística
10	Trípticos de la técnica de higiene de manos: con agua y jabón, rotación con solución alcohólica.	01 millar	Oficina de Logística
11	Afiches autoadhesivos de los 5 momentos de la higiene de manos.	01 ciento	Oficina de Logística
12	Dispensadores personales de solución alcohólica	10 frascos	Oficina de Logística
13	Afiches autoadhesivos instructivo de lavado de manos	01 ciento	Oficina de Logística
14	EPP Gorros descartables	60 unidades	Oficina de Logística
15	EPP Mandilones descartables	60 unidades	Oficina de Logística
15	Mascarillas NK05	60 unidades	Oficina de Logística
17	Botas descartables	60 unidades	Oficina de Logística


 Liliana Katy Chavez Velazquez
 ENFERMERA
 CEP 53518
 JEFE CONSULTORIO EXTERNO



REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. OMS. Manual técnico de referencia para la higiene de las manos. Versión dirigida a los profesionales sanitarios, a los formadores y a los observadores de las prácticas de higiene de las manos 2010.
2. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen Primer Desafío Global de Seguridad del Paciente. Una Atención Limpia es una Atención Segura. 2010.
3. Plan de Supervisión de la Higiene De Manos en Servicios Críticos del Hospital Cayetano Heredia 2016.
4. Guía técnica para la implementación del proceso de higiene de manos en los Establecimientos de salud; aprobado con RM 255-2016/MINSA. 2016
5. JANAMPA DIAZ, CLAUDIA ELENA Infecciones Intrahospitalarias en las Unidades de Cuidados Intensivos De Neonatología y Pediatría Del Hospital Manuel Núñez Bultrón De Puno. Año 2018.







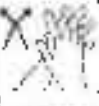





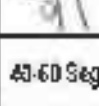
LISTA DE VERIFICACION DE LA TECNICA DE HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABON

Servicio: _____ Código: _____ Profesión: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Años de servicio: _____

Fecha: _____ Hora: _____ Turno: _____

N° Carnas: _____ N° Pacientes: _____

	ACTIVIDADES		SI	NO	OBSERVACIONES
	Se moja las manos con agua corriente.				
1	Se aplica jabón para cubrir la superficie de la mano.				
2	Se frota las palmas con palma				
3	Se frota la palma con dorso y viceversa				
4	Rotación de interdigitales				
5	Se frota las palmas de las manos con los dedos entrelazados.				
6	Se frota con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, rotándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.				
7	Se frota la punta de los dedos de la mano contra la palma de la haciendo un movimiento de rotación y viceversa.				
8	Se enjuaga las manos con agua.				
9	Se Seca con una toalla descartable.				
10	Utilice el papel toalla para cerrar el grifo.				
	Duración	40-60 Seg			
	TOTAL			%	

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

FICHA DE MONITOREO

	UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	2024
RESPONSABLE RIESGO	DR. JUAN PABLO VALENZUELA BERNARDI	RESP. DE LA UNIDAD:	LIC. ADELA CARRERA AGUIA
COORDINADOR RIESGO	DR. GONZALO HERNANDEZ VERA	RESP. DE LA UNIDAD:	DR. GONZALO HERNANDEZ VERA
COORDINADOR RIESGO	DR. GONZALO HERNANDEZ VERA	RESP. DE LA UNIDAD CALIDAD:	DR. GONZALO HERNANDEZ VERA
COORDINADOR RIESGO	DR. GONZALO HERNANDEZ VERA	OTRO RESPONSABLE:	DR. GONZALO HERNANDEZ VERA

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

74%

Nº	INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	INDICADOR DE RIESGO CORRELATIVO	RESPONSABLE (CARGO)	FECHA (dd/mm/aa)	FECHA (dd/mm/aa)	IMPLEMENTACIÓN
1	EFECTIVIDAD	Definición de metas, indicadores y estrategias.	Definición de metas, indicadores y estrategias.	Dr. Juan P. Valenzuela	24/07/24	14/08/24	C
2	EVIDENCIA	Evidencia de implementación de las actividades de gestión de riesgo en la atención de salud.	Evidencia de implementación de las actividades de gestión de riesgo en la atención de salud.	Dr. Juan P. Valenzuela	24/07/24	14/08/24	B
3	IMPLEMENTACIÓN DE PROYECTOS	Implementación de proyectos de gestión de riesgo en la atención de salud.	Implementación de proyectos de gestión de riesgo en la atención de salud.	Dr. Juan P. Valenzuela	24/07/24	14/08/24	B
4	PARADIGMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE	Paradigma de atención al paciente basado en la evidencia científica.	Paradigma de atención al paciente basado en la evidencia científica.	Dr. Juan P. Valenzuela	24/07/24	14/08/24	B
5	RECONOCIMIENTO Y VALORACIÓN DEL RIESGO	Reconocimiento y valoración del riesgo en la atención de salud.	Reconocimiento y valoración del riesgo en la atención de salud.	Dr. Juan P. Valenzuela	24/07/24	14/08/24	B
6	SEGUIMIENTO	Seguimiento de la implementación de las actividades de gestión de riesgo en la atención de salud.	Seguimiento de la implementación de las actividades de gestión de riesgo en la atención de salud.	Dr. Juan P. Valenzuela	24/07/24	14/08/24	B
7	VALORACIÓN DEL RIESGO	Valoración del riesgo en la atención de salud.	Valoración del riesgo en la atención de salud.	Dr. Juan P. Valenzuela	24/07/24	14/08/24	B

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

FICHA DE MONITOREO

	INSTITUCIÓN:	II TRIMESTRE	AÑO:	2014
	UNIDAD DE SERVICIOS:	FECHA DE ELABORACIÓN:	10/06/2014	COLOMBIANA
RESPONSABLE PROCESO:	DR. JUAN PAUL VAUGHAN BERNASC	RESPONSABLE CLÍNICA:	LIVIA HUACUA-CO-ELIEN-GARCIA	
ENTIDAD ORIGINARIA:	SECC. HUYBERTO VERA VERA	RESP. DE LA UPDS:	M. S. JEFFERSON PEREZ NUNEZ	
PROYECTO/PROCESO:	L. G. GUARDANTE DE UNTO COLEUS	RESP. C/CL. UNIDAD CALIDAD:	M. S. VANESSA HIGUERO ME	
		OTROS RESPONSABLES:		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

100%

ID	INDICADOR PRÁCTICO	DESCRIPCIÓN INDICADOR	ACCIONES DE MANEJO IMPLEMENTADAS	RESPONSABLE (CASO)	N.º DE OBTENCIÓN	INDICADOR (OBTENCIÓN)	IMPLEMENTACIÓN
	IMPLEMENTAR	El personal involucrado en el proceso de atención de riesgo de seguridad del paciente debe estar capacitado.	Se realizó el taller de capacitación al personal involucrado.	Dr. Juan Carlos Rodríguez	04/15/2014	100%	SI
	MONITOREAR	Se realizó el monitoreo de los indicadores de riesgo de seguridad del paciente.	Se realizó el monitoreo de los indicadores de riesgo de seguridad del paciente.	Dr. Juan Carlos Rodríguez	01/26/2014	100%	SI
	REGISTRAR LA TENDENCIA	Se realizó el registro de los datos de los indicadores de riesgo de seguridad del paciente.	Se realizó el registro de los datos de los indicadores de riesgo de seguridad del paciente.	Dr. Juan Carlos Rodríguez	01/26/2014	100%	SI



"Bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junta y Ayacucho"

Puno, 02 de diciembre de 2024.

OFICIO N° 096 -2024-I-SBS-HR "MNB" PUNO

SEÑOR:

M.C. Grover Delfin Calderon Mamani
DIRECTOR DEL HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRON

Presente.

ATENCIÓN : AREA DE LOGISTICA
ASUNTO : REQUERIMIENTO DE DISPENSADORES DE ALCOHOL GEL



Es grato dirigirme a Usted, con la finalidad de saludarle cordialmente y a la vez manifestarle que según el informe de rondas de seguridad realizado en mi servicio se verificó que no existe la disponibilidad necesaria de dispensadores de alcohol gel el cual debe ser subsanado para cumplir con los indicadores de gestión y compromisos de mejora del Decreto Supremo N° 036-2023-SA, Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado. Por tanto solicito se implemente con 3 dispensadores de alcohol gel en el servicio.

Reiterándole mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente,


Leandro Díaz Nina
BIÓLOGO
C.B.P. 10046
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO



PUNO, 10 de diciembre de 2024

INFORME N° 097 -2024-J-SBS-HR "MNB" PUNO



A : M.C. Grover Delfín Cañero Mamani
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO

DE : Blgo. Edison Pérez Nina
JEFE DEL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE

ASUNTO : INFORME DE IMPLEMENTACION DE DISPENSADORES DE ALCOHOL GEL

Es grato dirigirme a Usted, con la finalidad de saludarle cordalmente y a la vez remitirle el presente informe **INFORME DE IMPLEMENTACION DE DISPENSADORES DE ALCOHOL GEL** según recomendaciones de la **RONDA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD** realizado en la **JPSS Banco de Sangre**.

PRIMERO: Que, en cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el informe de rondas de seguridad se solicitó al área de logística la obtención de dispensadores de alcohol gel.

SEGUNDO: Se implementó de dispensadores de alcohol gel en el ambiente de toma de muestra, en el área de procesamiento y en recepción.

TERCERO: Se realizó una retroalimentación sobre los 8 pasos de higiene de manos con alcohol gel establecido por la OMS.

CONCLUSIONES:

- Se cumplió con la subsanación de observaciones en la ronda de seguridad en el servicio de banco de sangre.

Reiterándole mi consideración y estima personal, es cuanto tengo que informar a Usted.

Atentamente,



Lic. Edison Pérez Nina
BIÓLOGO
OSR 10848
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO



DISPENSADOR DE ALCOHOL GEL IMPLEMENTADO EN RECEPCION



DISPENSADOR DE ALCOHOL GEL IMPLEMENTADO EN TOMA DE MUESTRAS Y OBSTENCION DE SANGRE



DISPENSADOR DE ALCOHOL GEL IMPLEMENTADO EN EL AREA DE PROCESAMIENTO DE MUESTRAS.



RETROALIMENTACION DE HIGIENE DE MANOS



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

FICHA DE MONITOREO

RESPONSABLE PRES: DR. JESÚS VALDES PENA	RESP. DE LA UNO: M.C. ROSA ELIZABETH RAMÍREZ
RESPONSABLE UNO: DR. JESÚS VALDES PENA	RESP. DE LA UNO: M.C. ROSA ELIZABETH RAMÍREZ
RESPONSABLE UNO: DR. JESÚS VALDES PENA	RESP. DE LA UNO: M.C. ROSA ELIZABETH RAMÍREZ
RESPONSABLE UNO: DR. JESÚS VALDES PENA	RESP. DE LA UNO: M.C. ROSA ELIZABETH RAMÍREZ
RESPONSABLE UNO: DR. JESÚS VALDES PENA	RESP. DE LA UNO: M.C. ROSA ELIZABETH RAMÍREZ

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

83%

Nº	INDICADOR	DEFINICIÓN INDICADOR	INDICADOR DE MEDICIÓN (CÓDIGO)	UNIDAD DE MEDICIÓN (CÓDIGO)	VALOR OBJETIVO	VALOR REAL	IMPLEMENTACIÓN (%)
1	ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN	Organización de la atención de salud de acuerdo a las normas técnicas	Medición de la organización de la atención de salud de acuerdo a las normas técnicas	M.C. ROSA ELIZABETH RAMÍREZ	100%	100%	100%
2	PREVENCIÓN DE RIESGOS	Existencia de procedimientos de prevención de riesgos de acuerdo a las normas técnicas	Existencia de procedimientos de prevención de riesgos de acuerdo a las normas técnicas	M.C. ROSA ELIZABETH RAMÍREZ	100%	100%	100%
3	PLAN DE EMERGENCIAS	Existencia de planes de emergencia de acuerdo a las normas técnicas	Existencia de planes de emergencia de acuerdo a las normas técnicas	M.C. ROSA ELIZABETH RAMÍREZ	100%	100%	100%
4	PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Existencia de procedimientos de prevención de caídas de acuerdo a las normas técnicas	Existencia de procedimientos de prevención de caídas de acuerdo a las normas técnicas	M.C. ROSA ELIZABETH RAMÍREZ	100%	100%	100%
5	PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN	Existencia de procedimientos de prevención de errores de medicación de acuerdo a las normas técnicas	Existencia de procedimientos de prevención de errores de medicación de acuerdo a las normas técnicas	M.C. ROSA ELIZABETH RAMÍREZ	100%	100%	100%
6	PREVENCIÓN DE LESIONES	Existencia de procedimientos de prevención de lesiones de acuerdo a las normas técnicas	Existencia de procedimientos de prevención de lesiones de acuerdo a las normas técnicas	M.C. ROSA ELIZABETH RAMÍREZ	100%	100%	100%



Puno, 01 de octubre de 2024.

INFORME N° 0015 -2024-J-DACO-HR "MNB" PUNO

A : M.C. Grover Delfín Calderón Mamani
**DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ
BUTRÓN PUNO**

DE : M.C. JOSÉ COILA CUTIMANGO
**JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO
QUIRÚRGICO**

ASUNTO : INFORME DE EJECUCIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS A LAS
OBSERVACIONES DE LA RONDA DE SEGURIDAD.

Es grato dirigirme a Usted, con la finalidad de saludarle cordialmente y a la vez remitirle el presente INFORME DE EJECUCIÓN DE ACCIONES CORRECTIVAS A LAS OBSERVACIONES DE LA RONDA DE SEGURIDAD realizado en el servicio de Central de esterilización.

PRIMERO: Que, en cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el informe de rondas de seguridad se coordinó con la oficina de epidemiología la capacitación al personal del departamento sobre los pasos de higiene de manos establecido por la OMS.

SEGUNDO: Se Coordinó con la responsable de enfermería del servicio de central de esterilización para que garantice la disponibilidad de papei toalla en el servicio.

CONCLUSIONES:

- Se cumplió con la ejecución de acciones correctivas del plan de acción.

Es cuanto tengo que informar a Usted.

Atentamente,


Dr. José S. Coila Cutimango
Jefe Depto. Anestesiología y Centro Quirúrgico
Hospital Regional "Manuel Núñez Butrón"
C.M.P. 28028 P.U.N.E. 22015



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

FICHA DE MONITOREO

UNIDAD DE MONITOREO:	UNIDAD DE MONITOREO:	UNIDAD DE MONITOREO:	UNIDAD DE MONITOREO:
QUILÍN, CLÍNICA WITTEN	PROCESO A MONITOREAR:	UNIDAD DE MONITOREO:	UNIDAD DE MONITOREO:
CIRUGÍA DE EXTREMIDADES	DEFINICIÓN GLOBAL:	UNIDAD DE MONITOREO:	UNIDAD DE MONITOREO:
DR. JOAQUÍN PARRA	INDICADOR DE LA UNIDAD:	UNIDAD DE MONITOREO:	UNIDAD DE MONITOREO:
DR. JUAN PAUL VALDIVIAO RINDEO	INDICADOR DE LA UNIDAD:	UNIDAD DE MONITOREO:	UNIDAD DE MONITOREO:
DR. ROBERTO VERA VERA	INDICADOR DE LA UNIDAD:	UNIDAD DE MONITOREO:	UNIDAD DE MONITOREO:
DR. GUILLERMO GONZÁLEZ	OTROS RESPONSABLES:	UNIDAD DE MONITOREO:	UNIDAD DE MONITOREO:

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN: 7,05%

INDICADOR	DESCRIPCIÓN DEL INDICADOR	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	UNIDAD DE MONITOREO	PLAZO DE MONITOREO	MONITOREO ANTERIOR	VALORES META
PLAZO DE MONITOREO	Definición de los plazos de monitoreo para los indicadores de riesgo de seguridad del paciente.	Definición de los plazos de monitoreo para los indicadores de riesgo de seguridad del paciente.	UNIDAD DE MONITOREO	SEMANAL	100,00%	100,00%
IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	Identificación de los riesgos de seguridad del paciente en el momento de la admisión del paciente.	Identificación de los riesgos de seguridad del paciente en el momento de la admisión del paciente.	UNIDAD DE MONITOREO	SEMANAL	100,00%	100,00%
PLAN DE CUIDADOS	Elaboración de un plan de cuidados individualizado para cada paciente.	Elaboración de un plan de cuidados individualizado para cada paciente.	UNIDAD DE MONITOREO	SEMANAL	100,00%	100,00%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	Comunicación efectiva entre el personal de salud y el paciente.	Comunicación efectiva entre el personal de salud y el paciente.	UNIDAD DE MONITOREO	SEMANAL	100,00%	100,00%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS	Implementación de medidas de prevención de caídas en el paciente.	Implementación de medidas de prevención de caídas en el paciente.	UNIDAD DE MONITOREO	SEMANAL	100,00%	100,00%
PREVENCIÓN DE LESIONES	Implementación de medidas de prevención de lesiones en el paciente.	Implementación de medidas de prevención de lesiones en el paciente.	UNIDAD DE MONITOREO	SEMANAL	100,00%	100,00%
PREVENCIÓN DE INFECCIONES	Implementación de medidas de prevención de infecciones en el paciente.	Implementación de medidas de prevención de infecciones en el paciente.	UNIDAD DE MONITOREO	SEMANAL	100,00%	100,00%
PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN	Implementación de medidas de prevención de errores de medicación en el paciente.	Implementación de medidas de prevención de errores de medicación en el paciente.	UNIDAD DE MONITOREO	SEMANAL	100,00%	100,00%
PREVENCIÓN DE LESIONES POR QUÍMICA	Implementación de medidas de prevención de lesiones por química en el paciente.	Implementación de medidas de prevención de lesiones por química en el paciente.	UNIDAD DE MONITOREO	SEMANAL	100,00%	100,00%
PREVENCIÓN DE LESIONES POR ELECTRICIDAD	Implementación de medidas de prevención de lesiones por electricidad en el paciente.	Implementación de medidas de prevención de lesiones por electricidad en el paciente.	UNIDAD DE MONITOREO	SEMANAL	100,00%	100,00%

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

FICHA DE MONITOREO

UBICACIÓN:	UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD	TIPO DE RIESGO:	INFORMACIÓN:	FECHA:	2024
RESPONSABLE (RSR):	DR. JOSÉ F. CALDERÍN RAMÍREZ	RESP. DE LA UNIDAD:	DR. FIDEL CASTAÑO BARRA	FECHA DE EMISIÓN:	01/07/2024
UBICACIÓN (RSR):	ADGO. HUMBERTO VERA VERA	RESP. DE LA UNIDAD:	DR. JOSÉ F. CALDERÍN RAMÍREZ		
UBICACIÓN (RSR):	U.G. GUARDALUPE GEBERT, C. COLÓN	OTROS RESPONSABLES:			

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

72%

CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN	VERIFICACIÓN	ACCIONES DE MEJORA IDENTIFICADAS	RECOMENDABLE (CARO)	% CUMPLIMIENTO	MINUTOS (00:00:00)	IMPLEMENTACIÓN
01	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
02	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
03	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
04	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
05	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
06	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
07	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
08	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
09	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
10	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
11	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
12	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
13	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
14	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
15	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
16	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
17	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
18	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
19	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100
20	MANEJO DE RIESGOS	Existen procedimientos de identificación de riesgos de seguridad del paciente.	Se realizaron actividades de identificación de riesgos de seguridad del paciente en todas las áreas.	Se cumplió con el procedimiento.	100.00%	00:00:00	100



PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NUÑEZ BUTRON

UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS

Puno, 02 de diciembre de 2024

OFICIO N° 023 -2024-J-DUCI-HR "MNB" PUNO



SEÑOR:

M.C. Grover De.fín Calderon Mamani
DIRECTOR DEL HOSPITAL MANUEL NUÑEZ BUTRON

Presente.-

ATENCION : AREA DE LOGISTICA
ASUNTO : REQUERIMIENTO DE PAPEL
TOALLA

Es grato dirigirme a Usted, con la finalidad de saludarle cordialmente y a la vez manifestarle que según el informe de rondas de seguridad realizado en mi servicio se verifico que se tiene disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos de la UCI el cual debe ser subsanado para cumplir con los indicadores de gestión y compromisos de mejora del Decreto Supremo N° 036-2023-SA, Decreto Supremo que define los indicadores de desempeño, compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2024 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado. Por tanto solicito que mensualmente se nos provea de 120 paquetes de papel toalla.

Reiterándole mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente,

Dr. Rendo H. Loza Peña
MEDICINA INTENSIVA
CNP N° 33510 RNE 19433
JEFE DEL DPTO. EMERGENCIA Y UCI
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO



PERÚ

Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NUÑEZ BUTRON

OFICINA DE GESTION
DE LA CALIDAD

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

Puno, 02 de diciembre de 2024.

INFORME N° 011 -2024 J OGC HR "MNB" PUNO

A : M.C. Grover Delfin Calderon Manjarri
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO

DE : M.C. Maricela Pizarro Opa
JEFE DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD

ASUNTO : INFORME DE RETROALIMENTACION DE CONOCIMIENTOS SOBRE HIGIENE DE MANOS.

Es grato dirigirme a Usted, con la finalidad de saludarle cordialmente y a la vez informar la capacitación realizada en el servicio de Cuidados intensivos en fecha 29 de noviembre referente a la higiene de manos según la OMS.

PRIMERO: Que, en cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el Informe de rondas de seguridad a UCI se coordinó con el jefe de departamento para la realización de una retroalimentación sobre higiene de manos, momentos, lavado de manos clínico y desinfección de manos con preparados de base alcohólica.

CONCLUSIONES:

- Se cumplió con la suscripción de observaciones en la ronda de seguridad en el servicio de UCI

Reiterándole mi consideración y estima personal, es cuanto tengo que informar a Usted

Atentamente,




M.C. Maricela Pizarro Opa
 JEFE DE LA OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD
 HOSPITAL REGIONAL "M.N.B." - PUNO
 O.M.P. 20118



LISTA DE PARTICIPANTES

EVENTO: Rotación metéorim de Higienas de Mauro.

FECHA: 29 de Noviembre 2024

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	UNI	FIRMA
1	Maria Beatriz Cely	00400525	<i>[Signature]</i>
2	Elisa Berato Castilla	01224879	<i>[Signature]</i>
3	Valery Rojas Orpe	01322211	<i>[Signature]</i>
4	Maria Luz Flores Pessi	24300738	<i>[Signature]</i>
5	Glada Cristina Chaves	9228078	<i>[Signature]</i>
6	Juqueline Sandoval Huan	27580011	<i>[Signature]</i>
7	Soraida N. Ramos Pardo	01250953	<i>[Signature]</i>
8	Blanca Doris Arauco	42136001	<i>[Signature]</i>
9	Milda Graciela Gallego Flores	01228043	<i>[Signature]</i>
10	Cristina Espinoza Huanca	13008200	<i>[Signature]</i>
11	Ulso Velazquez Mendoza	20131307	<i>[Signature]</i>
12	Filiberto Bolan Torres	44220358	<i>[Signature]</i>
13	Esmeralda Lopez Sandoval	01227707	<i>[Signature]</i>
14	MARIBEL PACHECO ALONSO	0121582	<i>[Signature]</i>
15	CAROL ADRIANA RIVERA	70193357	<i>[Signature]</i>
16			
17			
18			
19			
20			
21			

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

FICHA DE MONITOREO

DE:	PROYECTO DE CALIDAD	TIEMPO DE:	TRIMESTRE	AÑO:	2024
1:	PROYECTO DE CALIDAD	PROYECTO DE CALIDAD	PROYECTO DE CALIDAD	PROYECTO DE CALIDAD	PROYECTO DE CALIDAD
COORDINADOR DE PROYECTO:	GRACER DELMORA, FRANCISKA MARIN	PROYECTO DE CALIDAD:	PROYECTO DE CALIDAD	PROYECTO DE CALIDAD:	PROYECTO DE CALIDAD
DE Y/O RESPONSABLE:	ADIC. HUNGUENDO VERA, VERA	PROYECTO DE CALIDAD:	PROYECTO DE CALIDAD	PROYECTO DE CALIDAD:	PROYECTO DE CALIDAD
PROYECTO DE CALIDAD:	LIC. OLGA LUISA BUSTAMANTE	PROYECTO DE CALIDAD:	PROYECTO DE CALIDAD	PROYECTO DE CALIDAD:	PROYECTO DE CALIDAD

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

72%

ID	SUBCATEGORÍA	INDICACION RIESGO	DESCRIPCIÓN DE LA HERRAMIENTA DE MONITOREO	INDICADOR DE RIESGO (OATOC)	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO	IMPLEMENTACIÓN
1	ANÁLISIS DE RIESGO DE PACIENTE	Identificar los riesgos de seguridad del paciente que pueden ocurrir durante la atención de salud.	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	10
2	ANÁLISIS DE RIESGO DE CAÍDAS	Prevenir caídas en pacientes hospitalizados.	Implementación de herramientas de monitoreo de caídas.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	5
3	IDENTIFICACIÓN	Identificar los riesgos de seguridad del paciente que pueden ocurrir durante la atención de salud.	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	5
4	IMPLEMENTACIÓN	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	10
5	IMPLEMENTACIÓN	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	71
6	EVALUACIÓN	Evaluación de los resultados de la implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	50
7	IMPLEMENTACIÓN	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	5
8	IMPLEMENTACIÓN	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	50
9	IMPLEMENTACIÓN	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	10
10	IMPLEMENTACIÓN	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	50
11	IMPLEMENTACIÓN	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	50
12	IMPLEMENTACIÓN	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	50
13	IMPLEMENTACIÓN	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	50
14	IMPLEMENTACIÓN	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Implementación de herramientas de monitoreo de riesgos.	Identificación de Riesgos	15/01/2024	30/03/2024	50

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

FICHA DE MONITORIO

EMISOR:	MANUEL VARELA BUSTOS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2021
REVISOR:	VALERIA ROSA	FECHA APLICACIÓN:	04/05/21	COORDINADOR:	JOSÉ MORALES
RESPONSABLE TÉCNICO:	IGNACIO DEL PUERTO GALIHERO BERNARDI	RESPONSABLE LOGÍSTICO:	Luz RIVERA MORALES RIVERA		
UNIDAD ADMINISTRATIVA:	UNIDAD ADMINISTRATIVA DE ATENCIÓN	RESP. DE LA UNIDAD:	DR. JOSEPHINE PEREZ VARELA RIVERA		
UNIDAD OPERATIVA:	UNIDAD OPERATIVA DE ATENCIÓN	RESP. DE LA UNIDAD OPERATIVA:	DR. MARCELA PERAZO DE LA ROSA		
UNIDAD DE ATENCIÓN:	UNIDAD DE ATENCIÓN				

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

72%

INDICADOR	UNIDAD ADMINISTRATIVA	UNIDAD OPERATIVA	UNIDAD DE ATENCIÓN	PROCESOS DE REACCIÓN CORRECTIVA	PROCESOS DE ATENCIÓN	INDICADOR (SEMPRE)	INDICADOR (SEMPRE)	IMPLEMENTACIÓN
3. INDICADOR DE CALIDAD DEL SERVICIO AL PACIENTE	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	100%	100%	100
4. INDICADOR DE CALIDAD DEL SERVICIO AL PACIENTE	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	100%	100%	100
5. INDICADOR DE CALIDAD DEL SERVICIO AL PACIENTE	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	Atención al paciente en el punto de atención al paciente en el punto de atención al paciente.	100%	100%	100



PERÚ

Ministerio
de Salud

HOSPITAL REGIONAL
MANUEL NUÑEZ BUTRON

OFICINA DE GESTIÓN
DE LA CALIDAD

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

Puno, 10 de diciembre de 2024.

INFORME N° 012 -2024-J-DGC-HR "MNB" PUNO

A : M.C. Grever Delfín Calderón Mamani
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO

DE : M.C. Maricela Pizarro Cpe
JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ASUNTO : INFORME DE RETROALIMENTACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE HIGIENE DE MANOS.

Es grato dirigirme a Usted, con la finalidad de saludarle cordialmente y a la vez informar la capacitación realizada en el servicio de Emergencia en fecha 10 de diciembre referente a la higiene de manos según la OMS.

PRIMERO: Que, en cumplimiento de las recomendaciones establecidas en el informe de rondas de seguridad a emergencia se coordinó con el jefe de servicio de para la realización de una retroalimentación sobre higiene de manos, 5 momentos, lavado de manos clínico y desinfección de manos con preparados de base alcohólica.

CONCLUSIONES:

- ❖ Se cumplió con la subsanación de observaciones en la ronda de seguridad en el servicio de emergencia.

Reiterando en mi consideración y estima personal, es cuanto tengo que informar a Usted.

Atentamente,


M.C. Grever Delfín Calderón Mamani
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO

HOSPITAL REGIONAL "M.N.B." - PUNO	
OFICINA GESTIÓN DE LA CALIDAD	
RECEPCION	
10 DIC 2024	
HORA: 12:31	FIRMA: 
REG. N° _____	FOLIO: 01

LISTA DE PARTICIPANTES

EVENTO: Reto olimpiada Mágica Niños - Emergencia.

FECHA: 10-12-24

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	FIRMA
1	Wilma Martha Ramos Pozo	01345158	Wilma
2	Catalina Rojas Masera	0240270	Catalina
3	Stela A. Eduvina Guípe	01231996	Stela
4	Julio Ismael Castro Pardo	41573828	Julio
5	Edith Morales	77907983	Edith
6	Celestina Babilonia Cordero	0222490	Celestina Babilonia
7	Cristina Ychana Ramos Asco	70310087	Cristina
8	Luz Mary Chupano Balcera	44838623	Luz Mary
9	Norma Oliva Calderon	01333346	Norma
10	Julio Melchor Castro	01270712	Julio
11	ROXANA ANAURA ZABARTE ALONSO	01297311	Roxana
12	Yolanda Feina Romero Tullu	01335080	Yolanda
13	Petrónica Fierro Morales	01207100	Petrónica
14	Olivero Pacheco Jerez	70427444	Olivero
15	Walle L. Olivero Rosendo	70447736	Walle
16	Miriam Marmora Yano	41015916	Miriam
17	Alpaga Marmora Chelala	42799280	Alpaga
18	Suzana Chupano Rosero	41056314	Suzana
19	Nelda V. Morales Maza	41504153	Nelda
20	Marelena Castro Pardo	70038234	Marelena
21	Diana Paola Sotomayor	47366713	Diana