



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

Macusani, 12 de Diciembre del 2024

OFICIO N° 913 - 2024 - DIR. R.S.C./DIRESA PUNO/DRP/MINSA

SEÑOR : M.C. JEAN PAUL VALENCIA REINOSO  
DIRECTOR DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
ATENCIÓN A : DIRECCIÓN DE CALIDAD  
ASUNTO : REMITO INFORMES DE APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2024 - CRITERIO 2 DE C.M. FICHA N° 43

Tengo el agrado de dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez Remitir el Informe de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente 2do semestre 2024, siendo este parte del C.M. 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. "Convenios de Gestión" a su despacho Dirección de Calidad - DIRESA Puno, se adjunta informe de U.G. de Calidad en Salud la Red Carabaya y el informe Hospital San Martín de Porres Macusani.

Agradecido por la atención que merezca la presente, expreso a Ud. mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

*Recibido*  
16/12/24

MINISTERIO DE SALUD  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO  
M.C. Carlos A. Colque Colque  
COORDINADOR GENERAL DE ATENCIÓN  
SOP. PUNO  
DIRECTOR

TRAMITE DOCUMENTARIO  
13 DIC 2024  
Control de Recepción

**INFORME N° 008-2024 DIRESA PUNO/RED DE SALUD CARABAYA/S.G.C.**

**A : MG. CARLOS ALBERTO GALLEGOS GALLEGOS  
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CARABAYA**

**ATENCIÓN A : DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD-DIRESA**

**ASUNTO : INFORME II SEMESTRE DE RONDAS DE SEGURIDAD- HOSPITAL SAN  
MARTIN DE PORRES MACUSANI – RED CARABAYA 2024.**

**FECHA : MACUSANI 12 DE DICIEMBRE 2024**

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el fin de poner en conocimiento referente al informe de Rondas de Seguridad del Hospital San Martin de Porres de la Red de Salud Carabaya, 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, "Convenios de Gestión" a su despacho Dirección de Calidad – DIRESA Puno.

**DEFINICIÓN OPERACIONAL**

Actividades desplegadas por parte de los responsables de Gestión de la Calidad en Coordinación con el Comité de Rondas de Seguridad – Hospital San Martin de Porres Macusani, son herramientas que se utiliza para identificar riesgos y mejorar la atención sanitaria. Se trata de visitas planificadas en las que el personal ejecutivo establece contacto directo con los pacientes y el personal de salud

**ACTIVIDADES**

Rondas de Seguridad al paciente, **Informe de aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente 2do semestre 2024**, siendo este parte del **C.M. Ficha N° 43**

Se anexa el informe 2do semestre de Rondas de Seguridad del Hospital San Martin de Porres Macusani.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Atentamente,




GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO

RED DE SALUD CARABAYA



30

"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"

Macusani, 12 de diciembre del 2024

JD CARABAYA  
CONTROL DE RECEPCION  
TRAMITE DOCUMENTARIO

12 DIC 2024

Reg. N° 12076 FOLIO: 19  
HORA: 14:48 FIRMA: H

**OFICIO N° 1432 – 2024/DIRESA PUNO/RSC/HMPPM**

SEÑOR :  
CD. CARLOS ALBERTO GALLEGOS GALLEGOS  
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CARABAYA  
PRESENTE. -

**ASUNTO : REMITO INFORME DE RONDAS DE SEGURIDAD AL PACIENTE**

**ATENCIÓN : DIRECCIÓN EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD-DIRESA**

Tengo el agrado dirigirme a usted, asimismo reciba un cordial saludo a nombre del Hospital "San Martín de Porres" – Macusani, a través del presente **REMITO INFORME DE RONDAS DE SEGURIDAD AL PACIENTE II SEMESTRE 2024**, todo ello en atención al **INFORME TÉCNICO N° 003-2024/DIRESA PUNO/RSC/HMPPM/U.G.CALIDAD** el cual se adjunta al presente.

Sin otro particular, expreso a usted mi consideración y estima.

Atentamente,




DIRECCIÓN EJECUTIVA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD  
DIRECCIÓN EJECUTIVA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

"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 BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

**INFORME TÉCNICO N° 003-2024/DIRESA PUNO/RSC/HSMPPM/U.G.CALIDAD**

**A** : Dr. **HERNAN JOSE CONDORI YANQUI**  
 DIRECTOR DEL HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES.

---

**DE** **LIC. ENF. LIDIA L. ESPINOZA QUISPE**  
 ENCARGADA DE LA UNIDAD DE GESTION DE LA CALIDAD

**ASUNTO** : RONDAS DE SEGURIDAD AL PACIENTE II SEMESTRE 2024.

**ATENCIÓN** : DIRECCION EJECUTIVA DE GESTION DE LA CALIDAD DIRESA-PUNO.

**FECHA** : Macusani, 10 de diciembre del 2024

Recibido en el Hospital San Martín de Porres  
 10 DIC 2024  
 FOLIO: 49  
 FIRMAS: [Signature]

Por medio del presente es grato dirigirme a usted, para informar a su despacho y remitirle el informe técnico de rondas de seguridad del II semestre 2024 del Hospital San Martín de Porres - Macusani.

**I. ANTECEDENTES**

El Ministerio de Salud en su responsabilidad de mejorar la Calidad de la Atención en Salud, ha situado la Seguridad del Paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad en salud, reflejada en la octava Política Nacional de Calidad en Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 727- 2009/MINSA, que menciona como estrategia la "Implementación de Mecanismos de Información sobre la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos".

La OMS estima, que uno de cada diez pacientes en países en desarrollo, sufre algún tipo de daño en su salud durante la atención sanitaria, lo que puede ser consecuencia de errores o efectos adversos que ocurren por malas prácticas sanitarias, errores en el sistema, entre otros, errores que significan un mayor gasto en la economía del paciente y del sistema en sí; sin embargo, estos errores pueden evitarse y/o reducirse, adoptando medidas simples y de bajo costo, como por ejemplo una adecuada higiene de manos, que puede evitar la propagación de micro organismos patógenos.

El Ministerio de Salud, Mediante Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, aprobó la Directiva Sanitaria N° 92- MINSA/2020/DGAIN "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención

AV. SIMÓN BOLÍVAR N° 1100 HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES MACUSANI  
 Web: www.hospitalmdeporres.gub.pe

[Stamp: DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CADAVALA] [Stamp: HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES MACUSANI] [Stamp: RSC] [Stamp: U.G. CALIDAD]

"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 BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

de Salud", el mismo que establece realizar actividades en función de la prevención y/o disminución de estos eventos adversos: para lo cual implementa las "Rondas de Seguridad del Paciente", que constituye una herramienta de calidad, que permite evaluar la ejecución de buenas Prácticas de la Atención en Salud, y a su vez fortalece la cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud.

A nivel mundial, con la ocurrencia de nuevas enfermedades como la pandemia del COVID-19, que hasta la fecha viene afectando la salud de la población, ha puesto de manifiesto las enormes dificultades a las que se enfrentan actualmente los trabajadores sanitarios incluidas las infecciones asociadas a la atención de salud, violencia, estigmatización, trastornos psicológicos y emocionales, enfermedad, y muerte, aunado a ello la falta de equipos de protección personal o el uso incorrecto del mismo, lo cual ha contribuido a aumentar el riesgo en el personal de salud. En el año 2022, la aparición de la "Viruela del mono", vuelve a poner en alerta a todo el sistema de salud, haciendo que se tomen medidas estrictas a fin de detener su expansión.

En ese contexto, la Unidad de Gestión de la Calidad del Hospital San Martín de Porres, en este segundo semestre 2024, viene realizando las Rondas de Seguridad del Paciente, actividad que consiste en realizar una visita a un servicio seleccionado al azar, a fin de identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

**II. Base Legal:**

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- R.M. N° 519-2006-SA/MINSA, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- R.M. N° 640-2006/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad en Salud .
- R.M. N° 676-2006/MINSA. Que aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008.
- R.M. N°533-2008/MINSA, que aprueba los criterios mínimos de la Lista de Chequeo de la Cirugía Segura.

"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 BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

- R.M. N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la "Guía de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- R.M. N° 255-2016/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- R.M. N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud".

**III. OBJETIVOS**

**General:**

- Generar una cultura de Buenas Prácticas de Atención y proteger la Seguridad del Paciente, en el Hospital II-2 San Martín de Porres Macusani a través de la implementación y ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente.

**Específicos**

- Identificar mediante la observación, la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios asistenciales.
- Implementar proyectos de mejora, en relación a las prácticas inseguras.
- Mejorar los procesos asistenciales en los servicios del Hospital II-2 San Martín de Porres Macusani.

**IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Las Rondas de Seguridad del Paciente, tiene como ámbito de aplicación los servicios asistenciales del Hospital II-2 San Martín de Porres Macusani

**V. GENERALIDADES**

- El Hospital II-2 San Martín de Porres Macusani se encuentra ubicado en la ciudad de Macusani capital de la Provincia de Carabaya, Región Puno.
- Es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Nivel II-2; cuya Unidad Ejecutora: es la 409 – Red de salud Macusani,



GOBIERNO REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

RED DE SALUD CADADAVA



"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 BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

de la Región Puno. Orgánicamente depende de la Dirección Regional de Salud Puno.

- Constituye un Órgano desconcertado de la Red de Salud Macusani de la DIRESA Puno.
- Su funcionamiento como Hospital II-2, a partir del año 2023.
- En la actualidad, desde el mes de enero del año 2020 viene funcionando en su nueva infraestructura.

Oferta de Servicios:

- La cartera de servicios del Hospital II-2 San Martín de Porres Macusani, cuenta con las siguientes especialidades médicas: Medicina Interna, Medicina Familiar, Medicina Física y Rehabilitación, Reumatología, Neumología, Neurología, Hematología, Gastroenterología, Cardiología, Oftalmología, Psiquiatría, Otorrinolaringología, Pediatría - Neonatología, Ginecología, Cirugía General, Cirugía pediátrica, Anestesiología, Salud Ocupacional.
- Consultorios Externos: Atenciones Médicas en todas las Especialidades, Obstétricas, Programas, Cirugía Ambulatoria, Tópico, con profesionales capacitados.
- Atención en Emergencia las 24 horas del día, en las unidades de Trauma Shock y tópicos en las diferentes especialidades y observación pediátrica y adulto.
- Atención de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN-UVI).
- Servicio de Hospitalización en las especialistas médicas, acorde a la cartera de servicios.
- Atención en Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico y Central de Esterilización, las 24 horas del día.
- Además, brinda atención en las UPSS y UPS de Apoyo al Diagnóstico en Farmacia, Laboratorio y Diagnóstico por Imágenes las 24 horas del día.

**VI. DESARROLLO DEL PROCESO DE EJECUCIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente:

- El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, del Hospital II-2 San Martín de Porres Macusani, fue aprobado mediante Resolución Directoral.
- Está conformado por los siguientes Integrantes:



"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 BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

1. Director de Hospital.
2. Jefe Unidad Gestión de Calidad.
3. Jefe de la Unidad de Administración.
4. Jefe Unidad de Epidemiología.
5. Jefe Enfermería.
6. Jefe UPSS de Farmacia.
7. Jefe UPSS ingeniería sanitaria.
8. Jefe de Recursos Humanos.
9. Jefe de la unidad de Patrimonio.

### Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente



#### CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2024

UNIDAD: HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES - MACUSANI (UNID. 049)  
TITULAR RESPONSABLE: DR. FRANCISCO JORDAN LUCHE

ENERO			FEBRERO			MARCH		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	15/01/24	14:30	RONDA 1	24/02/24	10:30	RONDA 1	23/03/24	11:00
RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2		

ABRIL			MAYO			JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	25/04/24	11:00	RONDA 1	25/05/24	14:30	RONDA 1	25/06/24	11:00
RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2		

JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	22/07/24	11:00	RONDA 1	24/08/24	11:30	RONDA 1	26/09/24	11:00
RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2		

OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	28/10/24	14:30	RONDA 1	28/11/24	11:00	RONDA 1	18/12/24	14:30
RONDA 2			RONDA 2			RONDA 2		



### Planificación de las Rondas de Seguridad del Paciente.

- La programación de las Rondas de Seguridad del Paciente, se encuentra inserto dentro del Cronograma del Plan Anual de Gestión de la Calidad 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 BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

- Las Rondas de Seguridad del Paciente, es ejecutada por el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
  - Las Rondas de Seguridad del paciente se ejecutan una vez por mes.
- 
- Las actividades de las Rondas de Seguridad del paciente, se ejecuta de acuerdo a lo dispuesto en la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud".

## VII. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

### RESULTADOS

#### CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRACTICAS EN LA APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS -II SEMESTRE 2024

Durante este II semestre año 2024, fueron evaluados las siguientes UPSS:

- |   |               |
|---|---------------|
| 1. UPPS de emergencia                       | (27/09/2024). |
| 2. UPPS de Centro Quirúrgica                | (29/10/2024). |
| 3. UPPS de Consultorios externos            | (18/11/2024). |
| 4. UPPS de Medicina física y rehabilitación | (05/12/2024). |
| 5. UPPS de diagnóstico por Imágenes         | (05/12/2024). |
| 6. UPPS de Patología clínica                | (05/12/2024). |

#### 1. CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS -II SEMESTRE 2024.

Cumplimiento de las Buenas Prácticas en la Aplicación de Rondas de Seguridad al paciente.



"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 BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

**ANÁLISIS:**

- En este II Semestre fueron evaluados las UPSS de emergencia, Centro Quirúrgica, Consultorios externos Medicina física y rehabilitación, diagnóstico por imágenes y Patología clínica
- Observamos que el promedio de cumplimiento de las buenas prácticas fue más de un 80%, lo cual califica dentro de riesgo Importante.
- La UPSS de Medicina Física de rehabilitación es el que tiene mejor porcentaje se ubica con (94%).
- Este II Semestre, se observa una notable mejora en los servicios evaluados, lo cual indica mayor compromiso sobre todo por parte de Enfermería.
- Las jefaturas de Las UPSS, implementaron mejoras, lo cual les permitió levantar las observaciones de los verificadores inseguros.

**2. ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN LA APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS-II SEMESTRE 2024.**

Acciones de Mejora Implementadas por las UPSS - II semestre 2024

- En este II semestre del presente año 2024, todos los servicios evaluados, lograron implementar el 86% de las Acciones de Mejora.
- Los resultados de la implementación de las acciones de mejora, muestran el compromiso que vienen asumiendo las jefaturas de las UPSS que, mediante un trabajo en equipo, liderado por las coordinaciones de Enfermería, quienes vienen constituyendo una pieza fundamental en la mejora de los diferentes UPSS.

**3. INFORMACIÓN SOBRE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS O EN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN EN RELACIÓN A LOS VERIFICADORES INSEGUROS POR UPSS.**

- UPPS de emergencia

"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 BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Emergencia, ha implementado el 84% de las acciones correctivas.

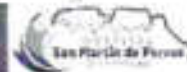
- UPPS de Centro Quirúrgica  
 Centro Quirúrgica, ha implementado el 86% de las acciones correctivas

---

- UPPS de Consultorios externos  
 Consultorios externos, ha implementado el 85% de las acciones correctivas
- UPPS de Medicina física y rehabilitación  
 Medicina física y rehabilitación, ha implementado el 94% de las acciones correctivas
- UPPS de diagnóstico por Imágenes  
 Diagnóstico por Imágenes, ha implementado el 90% de las acciones correctivas
- UPPS de Patología clínica  
 Patología clínica, ha implementado el 84% de las acciones correctivas

**VIII. CONCLUSIONES**

- las actividades de las Rondas de Seguridad del Paciente 2024, fueron ejecutadas teniendo en cuenta el Cronograma 2024 establecido.
- Se realizó una Ronda de Seguridad por mes, en las distintas áreas asistenciales elegidas al azar con la presencia de los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- El Líder del Equipo de Rondas de Seguridad del paciente, convoca al responsable de la UPSS a visitar, a fin de incorporarlo en la visita.
- Las UPSS evaluados en este II semestre 202. fueron: emergencia, Centro Quirúrgica, Consultorios externos Medicina física y rehabilitación, diagnóstico por Imágenes y Patología clínica
- Cada Ronda de Seguridad generó un reporte que es presentada al jefe de cada UPSS inspeccionada con el fin de definir acciones de mejora, enmarcado dentro de planes o proyectos de mejora continua, a fin de levantar las observaciones.



"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 BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

- El Secretario Técnico ingresa los datos e información recogida en la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente, y socializa los resultados obtenidos.
- Las visitas se realizaron entre las 15:00hr y 17:00 hr ;teniendo una duración promedio de 90 minutos a 2 horas. Las observaciones estuvieron centradas en la evaluación de prácticas inseguras en la atención al paciente y aspectos relacionados con la Calidad.
- El Secretario Técnico, presentó la hoja de resultados de la evaluación, con la firma de todos los miembros del Equipo.
- Se elaboró el Informe de la Rondas de Seguridad del Paciente, adjuntando la hoja de resultados de evaluación.
- Se elaboró el Informe de la Rondas de Seguridad del Paciente, adjuntando la hoja de resultados de evaluación.
- Las Buenas Prácticas incluye:
  - Registro en la Historia Clínica.
  - Seguridad del paciente en la unidad productora de servicios de salud
  - Identificación correcta del paciente
  - Prevención de la fuga de pacientes.
  - Seguridad de la medicación.
  - Prevención de la IAAS de pacientes y contención mecánica. Y Seguridad sexual.
  - Prevención y reducción de riesgo de úlceras por presión.
  - Prevención del suicidio y lesiones.
  - Comunicación efectiva.
  - Higiene de Mano
  - Bioseguridad
  - Funcionamiento y manejo de equipos

## IX. RECOMENDACIONES

A los directivos del hospital:

1. Participar activamente en las Rondas de Seguridad del paciente.
2. Brindar las facilidades al Comité de Rondas de Seguridad del Paciente, en la ejecución de las mismas.
3. Abastecer oportunamente con insumos para el cumplimiento de la higiene de manos, bioseguridad y medicamentos.
4. El servicio de vigilancia deberá implementar el Protocolo de Fuga de pacientes.
5. Mantener relación cordial con las jefaturas de los servicios.



"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 BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

A los jefes de servicios:

6. Recibir las sugerencias y/u observaciones de los pacientes y familia, a fin de identificar mejoras para el servicio.
7. Implementar de forma permanente el sistema de vigilancia, registro y notificación de Eventos Adversos.
8. Las jefaturas de las UPSS deberán realizar el monitoreo diario del cumplimiento correcto de la Higiene de Manos.
9. Las jefaturas deben realizar la socialización de las Normas Técnicas emanadas por el MINSA, e implementar su uso respectivo.
10. Implementar procesos de Mejora, mediante la elaboración de Planes de Mejora de la Calidad de Atención en cada servicio de acuerdo a los verificadores incumplidos.
11. El servicio de Farmacia, deberá realizar la supervisión y monitoreo permanente del adecuado uso, manejo, conservación de los medicamentos.
12. La Jefatura de Enfermería, deben hacer vigilancia y monitoreo permanente del cumplimiento de las Buenas Prácticas, con énfasis en las prácticas inseguras (higiene de manos, adecuado llenado de la historia clínica).
13. Cada UPSS deberá contar con el plan de mantenimiento preventivo de sus equipos biomédicos.
14. Mantener una adecuada comunicación, personal de salud - paciente y familia, respecto a los aspectos relacionados a su enfermedad.
15. Implementar protocolos, guías de procedimientos asistenciales que se realizan en los servicios como, por ejemplo:
  - prevención y manejo de úlcera por presión, prevención de fuga y caídas, prevención de suicidio, entre otras.

Al Comité de Rondas de Seguridad del Paciente:

16. Mejorar los procesos de atención de la salud de los usuarios externos, identificando la ocurrencia de prácticas inseguras en las UPSS del Hospital II-2 San Martín de Porres Macusani, durante el año 2024.
17. Desarrollar actividades de enseñanza aprendizaje con el personal profesional y no profesional, respecto a las prácticas seguras en la Seguridad del Paciente.
18. Comprometer a todo el personal del servicio visitado, en la implementación y ejecución de actividades de Mejora para su servicio.
19. Realizar reforzamiento y acompañamiento permanente en la elaboración de Proyectos de Mejora.



"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 BATALLAS HEROICAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

20. Realizar monitoreo permanente de la Buenas Prácticas de atención en los diferentes servicios.
21. Vigilar el cumplimiento de la Norma Técnica de Gestión de la Historia Clínica

### ANÁLISIS:

1. Se realizaron las seis (06) 100% Rondas de Seguridad del Paciente, programadas para el II semestre 2024.
2. El promedio anual de cumplimiento de las Buenas Prácticas, fue el adecuado
3. En el II semestre el promedio de cumplimiento de las Buenas Prácticas fue aceptable notándose una mejora considerable en relación al I semestre.
4. El promedio anual de las acciones de Mejora implementadas, fue lo esperado para este año.
5. Durante el II semestre el promedio de implementación de las acciones de Mejora fue de 86%.
6. En el II semestre se implementó las acciones de Mejora, también hubo incremento del promedio en relación al I semestre.
7. Los resultados obtenidos en el I semestre, indica que el personal de salud del Hospital II-2 San Martín de Porres Macusani, viene tomando mayor importancia respecto a los aspectos a tener en cuenta para mejorar la seguridad de los pacientes en los servicios asistenciales.
8. Las acciones de Mejora implementadas, están direccionadas por las jefaturas de Enfermería y obstetricia, quienes vienen tomando el Liderazgo de las acciones, de la mano con gestión de la calidad del HSMP.

Atentamente;

ACC  
C.c.  
Arch.

  
LIC. EN ENFERMERIA  
CEP 40000



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

FICHA DE EVALUACIÓN

INSTITUCIÓN		VERIFICADOR	N. Semestre	Año
HOSPITAL SAN MARÍN DE PORCOS		ESTRATEGIA:		
EMERGENCIAS		RSR-EPIDEMIOLÓGICA	UC FLORES DUCENAI SERVICIO DEPARTAMENTAL	
DA. HENRIETA ROSARIO VILLALBA		FUENTE DE LA UFPS:	UC SALCANTO LIMA NOROCCIDENTAL	
DR. MARITZA GARCÍA MACO VILLALBA		PROFESOR ASISTENTE CALIDAD:	UC SERVICIO DEPARTAMENTAL	
LIC. PAZ ARIAZA VILLALBA		OTROS RESPONSABLES:	UC ESPERANZA GARCÍA LIMA NOROCCIDENTAL	

INDICADOR	N	VERIFICADOR	DESEMPEÑO	DESEMPEÑO
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registro Médico	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro completo de la evolución del paciente. Datos del BESS, M° de HCL, Nombre y Apellido del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Dirección, Puntaje de Tishler, DNI, Seguro, Celular, Correo, Religión, Acreditación y Trayectoria de ser el caso	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro de la información actual	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro de los antecedentes del paciente	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro de la Pasividad Biológica según sea, según sean diagnósticos, antecedentes de ser	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro completo del examen físico clínico general y registro de los exámenes	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro de los diagnósticos con certificación DE-IC 1.001 (y de otros diagnósticos generados a posteriori)	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro de exámenes del paciente: Fecundidad y Test de embarazo, Anticuerpos Sanguíneos, Anticuerpos Orinales, Tratamiento, Dieta, Integridad de médula y concha, Ingestivos y Plan de trabajo, Frecuencia, sede y cobertura del servicio	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro actualizado del Plan de Trabajo Educativo de Ayuda Diagnóstica, Preventiva, Médico Quirúrgica y Materno Infantil	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamentos, tests, vía parenteral)	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro y gráfico actualizado de la Pasividad Biológica	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro de la Hoja de Balance sobre el servicio actualizado	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes diagnósticos y procedimientos del paciente	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Correspondencia entre el diagnóstico prescrito y el diagnóstico con el plan de trabajo en la clínica atención a pacientes críticos	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico actualizado en la clínica atención a pacientes críticos	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro de nombre del paciente en todas las hojas de la HCL	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	En casos de fallecimiento durante un evento adverso, este ha sido registrado en la HCL a un plazo breve de registro actualizado	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la modalidad vigente	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro de la fecha y hora del alta del paciente	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro de las indicaciones de alta del paciente atendido de la guardia, incluyendo diagnósticos definitivos	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro de las visitas de los procedimientos diagnósticos y preventivos	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Registro de la Contaminación del paciente	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	La foto de la Historia Clínica es legible	0	
HISTORIA CLÍNICA	100%	Informe sobre el estado y tiempo	0	
SEGURIDAD EN LA UFPS	10%	Los procedimientos se gestionan oportunamente durante el turno	0	
SEGURIDAD EN LA UFPS	10%	La solicitud de procedimientos de apoyo al diagnóstico y tratamiento se gestionan oportunamente durante el turno	0	
SEGURIDAD EN LA UFPS	10%	La solicitud de medicamentos a bandeja se gestionan oportunamente durante el turno	0	
SEGURIDAD EN LA UFPS	10%	Cumplimiento de las indicaciones de la guía del paciente según indicación del médico tratante	0	
SEGURIDAD EN LA UFPS	10%	Empañados y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar el servicio oportuno de los pacientes	0	
SEGURIDAD EN LA UFPS	10%	Mensajes de recordatorio para cubrir la necesidad del personal programado en el servicio a fin de garantizar el servicio de los pacientes	0	
SEGURIDAD EN LA UFPS	10%	Presencia en Servicio (diurno, nocturno, emergencias) y otros demuestran que tienen un personal técnico que cumple el rol de tutor y supervisor	0	
SEGURIDAD EN LA UFPS	10%	Facilidad como del sistema de registro y verificación de incidencias y eventos adversos	10	
SEGURIDAD EN LA UFPS	10%	Registro físico y virtual de las incidencias y eventos adversos en la UFPS	0	
SEGURIDAD EN LA UFPS	10%	Análisis y plan de mejora sobre la información de las incidencias y eventos adversos	0	
SEGURIDAD EN LA UFPS	10%	Registro físico y digital de incidencias de seguridad de trabajo del personal administrativo	10	
SEGURIDAD EN LA UFPS	10%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de servicio	0	
SEGURIDAD EN LA UFPS	10%	Trámites y procesos de trabajo se ejecutan sobre el paciente y está registrado	10	



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

FICHA DE EVALUACIÓN

HOSPITAL SAN MARCOS DE PERÚ		TRIMESTRE:	II Trimestre	AÑO:
FECHA APLICACIÓN:		2019		
ESPES:		RESP. EJECUTOR OUBA:	MÉD. FLORENCE DÍAZ DE LA ROSA	
TÍTUL. RESPONSABLE ESPES:		RESP. DE LA UPEL:	MÉD. SALVADOR LUNA RAMÍREZ	
RESP. DE ADMISIÓN:		RESP. DPC/PROBIO CAJAMARCA:	C.D. BRUNO DUBA SAGUÉ	
RESP. DIFUSIÓN ESPES/UBA:		SPES RESPONSABLES:	MÉD. ESTERINA OLIVERA LUNA LINDO	
BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICACIÓN	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGUIMIENTO EN LA UPEL	100%	Revisión de los casos atendidos y verificación de los procedimientos.	0	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Paciente tiene pasaporte de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	10	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Carta blanca que tenga registrada el nombre completo del paciente.	0	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Orden programada por el paciente, con asistencia a los especialistas en la historia clínica.	0	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Verificación de la identidad del paciente con el personal antes de cualquier procedimiento.	10	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el momento del ingreso como en el área crítica.	10	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Conocimiento del paciente o familiar responsable sobre las enfermedades, los síntomas y pronósticos del mismo, el tratamiento prescrito y la información registrada en la historia clínica.	0	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Paciente informado al que se le han hecho sus órdenes y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, entendiendo la firma de consentimiento respectivo.	0	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Pacientes con la ficha de hospital debidamente identificada.	10	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Vigilancia constante del comportamiento de los pacientes y de visitas para evitar el uso indebido de algunos medicamentos peligrosos.	10	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Tener un sistema efectivo de control de las visitas y atención del servicio de hospitalización.	0	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Entrevista con el paciente para evaluar el riesgo potencial de fuga. Orto en casos de especial riesgo y riesgo potencial de fuga se refuerza a la población pediátrica.	0	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Registro en la ficha de consentimiento firmado del riesgo de fuga del paciente y la asistencia de los médicos de especialidad oportuna.	10	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	100%	Entrevista de un procedimiento e impresión que se aplica en caso de fuga de paciente.	0	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Paciente conoce sus medicamentos orales y a que hora debe tomarlos que se le administran.	0	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producir los medicamentos que toma.	0	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Cuando se pide cuenta con los recursos necesarios para atender situaciones críticas según normativa vigente.	0	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Tratamiento farmacológico se encuentra debidamente rotulado con la forma y los componentes contenidos en él.	0	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por la similitud de nombres o de presentaciones.	0	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos en envases adecuadamente etiquetados en caso de requerirlo.	0	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento total según el riesgo del paciente por dicho agente.	0	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos a distancia del área sanitaria con un mecanismo efectivo de control de cumplimiento y calidad.	0	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Existencia de un registro de medicamentos producidos.	0	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Paciente al momento del control de los productos verifica los 6 elementos para la administración correcta de medicamentos.	0	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	Evaluación del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	10	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	Revisión de la de pacientes ancianos, adultos mayores o polifarmacológicos, los psicogerátricos y los pacientes con síndromes neurológicos - cognitivos.	10	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	Monitoreo a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden generar la ataraxia y el sedante.	0	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	En casos de sedación y depresión cognitiva se evita el uso de fármacos de potencia letal o altamente potencial cuando el paciente se encuentra despierto.	0	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	Comunicar al paciente todas referencias al uso de los baños, uso de los duchas, uso de los elevadores, caminar con el apoyo de alguien, etc.	0	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	Paciente que reconoce personal médico, enfermeras, médicos preventivos, profesionales responsables de la educación y supervisión de los dispositivos tecnológicos de soporte mecánico.	0	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	Control de registro oportuno de todo paciente con soporte mecánico, el que se debe de registrar por el personal de enfermería y al tiempo de paciente.	10	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	Verificar que los dispositivos de apoyo mecánico pueden ser utilizados correctamente.	0	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	Si el paciente se encuentra en posición supina, asegurar que puede mover la cabeza libremente y liberada de la sonda.	0	





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

FICHA DE EVALUACIÓN

PUNTO:		TRIMESTRE:		AÑO:	
HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCE		MEDIA AFILIACIÓN:		ESTRATEGIA:	
SERVICIO:		RESPONSABILIDAD:		LIC. FLORES GUERRA IVARRA DIXIELE	
TITULAR RESPONSABLE RIESGO:		RISQ. DE LA UPSE:		LIC. SALVADOR UREA MORALES	
RISQ. DE ADMINISTRACIÓN:		RISQ. ONTOLOGÍA CALIDAD:		D.O. EDITH QUESADA	
RISQ. ADMINISTRACIÓN INTERNA:		OTROS RESPONSABLES:		LIC. ESTHERA SUAREZ KOLA LINARES	
INDICADOR PRÁCTICO	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	DESEMPEÑO	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	Si el paciente es sujeta, se evalúa priorizando que se verifique en algún momento y que la separación posterior no se vea afectada.	0		
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	Existencia de banco pedáneo de la guardia de la intensidad y cumplimiento de las zonas críticas asociadas a paciente.	0		
SEGURIDAD DE VIAL	100%	Existencia del paciente a su hogar y durante el tiempo de los riesgos de ser víctima de cualquier agresión o violencia doméstica (marital, familiar o de la comunidad), o de cualquier otro tipo de violencia.	0		
SEGURIDAD DE VIAL	100%	Manejo adecuado y datos referidos a las intervenciones preventivas de las agresiones sexuales.	0		
SEGURIDAD DE VIAL	100%	El paciente de riesgo de un paciente víctima de violencia sexual de carácter referencial controlado durante la hospitalización.	0		
SEGURIDAD DE VIAL	100%	Control de la entrega de pacientes a cualquier institución que lo sea la propia.	0		
SEGURIDAD DE VIAL	100%	Se detecta cualquier incidente de consumo de drogas de riesgo y se detecta los métodos a través que se están registrando en la base de datos de incidentos reportados.	0		
SEGURIDAD DE VIAL	100%	Para la atención de incidentos sexuales consumados se aplicarán los medidas técnicas y legales que resulten oportunas.	0		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	80%	Realización de un registro de riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización.	0		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	80%	Calificación del riesgo de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	0		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	40%	Asesoración pedagógica del riesgo, siempre que exista la situación clínica basal del paciente.	0		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	40%	Previsión de la piel de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	0		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	80%	Educación al paciente y/o familia para la prevención y control de las úlceras por presión.	0		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	80%	Planificación, ejecución y monitoreo del programa educativo dirigido a pacientes, su familia y la familia.	0		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	80%	Utilización de úlceras por presión previas y prevención en un registro diario establecido en los servicios de hospitalización.	0		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	80%	Aplicación de guía de control de úlceras por presión según evidencia.	0		
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	80%	Prevenir el desarrollo de la infección de las úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	0		
PREVENCIÓN DEL SÍNDROME Y LESIONES	100%	Existencia del riesgo de síndrome de estrés por estrés de los pacientes, intervenciones educativas para reducir, minimizar o evitar el desarrollo de estrés, ansiedad, depresión, conductas suicidas, conductas violentas o de alto riesgo.	0		
PREVENCIÓN DEL SÍNDROME Y LESIONES	100%	Manejo de un paciente en riesgo de síndrome de estrés por estrés, estrategias educativas de alto nivel (psicoeducación, psicoeducación y psicoeducación específica).	0		
PREVENCIÓN DEL SÍNDROME Y LESIONES	100%	Identificar personal en el Servicio / Unidad de atención a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	0		
PREVENCIÓN DEL SÍNDROME Y LESIONES	100%	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la posibilidad de atención en el servicio de atención de pacientes en riesgo de suicidio o de alta peligrosidad.	0		
PREVENCIÓN DEL SÍNDROME Y LESIONES	100%	Se aplican el sistema de monitoreo del servicio psiquiátrico en todo momento desde el Hospital. La UPSE tiene el control del personal de enfermería.	0		
PREVENCIÓN DEL SÍNDROME Y LESIONES	100%	El control de riesgo de suicidio se realiza por enfermería de la forma más adecuada posible, en el momento de ingreso a la UPSE y al salir de los pacientes.	0		
PREVENCIÓN DEL SÍNDROME Y LESIONES	100%	La evidencia sobre la calidad de los servicios, el personal responsable, la atención de los pacientes de riesgo y el control de los servicios de atención de riesgo de suicidio, se previene al ingreso.	0		
PREVENCIÓN DEL SÍNDROME Y LESIONES	100%	El paciente en presencia de síndrome de estrés por estrés, se realiza el control de los pacientes, la evidencia y se le aplica evidencia, se supervisa así como se realiza en el registro de cualquier incidente, el control de atención y el control.	0		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La UPSE proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes por teléfono y el proceso para obtener atención.	0		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los pacientes y los familiares reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSE.	0		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La comunicación y la atención del paciente a de la familia se dan en un clima comprensivo y sin presión de compensar costos.	0		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se realizan comunicaciones regulares entre el jefe de la UPSE y la Dirección del establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	0		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se realizan comunicaciones regulares entre el jefe de la UPSE y la Dirección del establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	0		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	El personal de atención de riesgo de suicidio y de atención de pacientes en riesgo de suicidio, se realiza el control de los pacientes, la evidencia y se le aplica evidencia, se supervisa así como se realiza en el registro de cualquier incidente, el control de atención y el control.	0		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	0		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están disponibles para asegurar la continuidad de la información más reciente.	0		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La familia, el jefe del paciente a un momento de información de su situación de salud por el paciente a sus servicios y en el momento de atención.	0		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	El personal de atención de riesgo de suicidio y de atención de pacientes en riesgo de suicidio, se realiza el control de los pacientes, la evidencia y se le aplica evidencia, se supervisa así como se realiza en el registro de cualquier incidente, el control de atención y el control.	0		
FIGURA DE RIESGO	100%	Disponibilidad de dispositivos con preparación de base científica para manejar.	0		
FIGURA DE RIESGO	100%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	0		
FIGURA DE RIESGO	100%	Disponibilidad de papel toalla en todos los baños.	0		

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

FICHA DE EVALUACIÓN

UBICACIÓN:	HOSPITAL VAS MARIAS DE PUEBLO	INSTITUTO:	INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS Y TECNOLÓGICAS
UFPEL:	BIOMÉDICA	FECHA ASIGNACIÓN:	07/09/2023
COORDINADOR RESPONSABLE RONDA:	DR. NERISSA GIMENO VILLALBA	COORDINADOR RONDA:	DR. FLORES GUERRA DINTA BEATRIZ
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DRS. MAYRA GONZALEZ MENDOZA DEL VAL	FECHA DE LA RONDA:	06/09/2023
COORDINADOR RONDA:	DR. PAVANAZA VOLPES	RESP. RONDA:	DR. GONZALEZ GUERRA DINTA BEATRIZ
		RESP. RESPONSABLE:	DR. ESTEBAN GONZALEZ GUERRA DINTA BEATRIZ

ÁREAS PRÁCTICAS	%	DESCRIPCIÓN	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
RODAS DE MANEJO	85%	Cumplimiento del rollo trimestral y cuenta hasta de al menos 4-10	0	
RODAS DE MANEJO	85%	Cumplimiento de los 10 pasos de la identificación de riesgo (punto y tiempo)	0	
RODAS DE MANEJO	85%	Cumplimiento de los 11 pasos del rollo de riesgo (punto y tiempo)	0	
RODAS DE MANEJO	85%	Presencia de cumplimiento a 80% del requisito de realizar a lo menos durante la actividad semanal de acuerdo con las cinco prioridades de la lista de riesgo	0	
RODAS DE MANEJO	85%	Manejo y cierre que promuevan la adherencia a la lista de riesgo efectuadas en otras actividades	0	
SEGURIDAD	100%	Disponibilidad de recursos críticos de acuerdo a las normas	0	
SEGURIDAD	100%	Eficiencia en la materialización de pedidos de acuerdo a las normas	0	
SEGURIDAD	100%	Cálculo y manejo de los inventarios de acuerdo a normas	0	
SEGURIDAD	100%	Cumplimiento de las medidas de bioseguridad	0	
SEGURIDAD	100%	El servicio ha implementado el uso de "Carta Simbol" a Populacion Medica para la prevención de las UAG asociadas en medicina médica	0	
SEGURIDAD	100%	Existencia de protocolo de atención de urgencias epidemiológica, clínica, quirúrgica y cuidados de UAG en la UPEL	0	
SEGURIDAD	100%	Se atiende al 100% de las urgencias epidemiológicas, clínicas y quirúrgicas de la Unidad Productora de Servicios de Salud	0	
SEGURIDAD	100%	Se atiende a las emergencias clínicas y quirúrgicas de la Unidad Productora de Servicios de Salud	0	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Equipos biomédicos sometidos según lo establecido a la UPEL y de acuerdo al nivel de complejidad	0	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Equipos biomédicos operando según lo establecido a la UPEL y de acuerdo al nivel de complejidad	0	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Verificación del funcionamiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidades	0	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Verificación de que la UPEL cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos (incluyendo los nuevos)	0	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Verificación de que la UPEL cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos (incluyendo los nuevos), realizando la identificación de las respectivas partes	0	



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPROD:	HOSPITAL SAN MARÍA DE PUNOS	TRIMESTRE:	1º trimestre	AÑO:	2018
UPSE:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:			
TITULO RESPONSABLE IPROD:	HERNAN CONDESI YANQUI	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	DR. FLORES SUZANA SANTA BEATRIZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	DR. MARIANA OLIVERA BRUCEO	RESP. DE LA UPSE:	DR. SALDARRIENA LUNA MARCO		
RESP. OPERATIVO EN EMPRESA:	DR. FAYAZADA YOLANDA	RESP. ORGANIZACION CALIDAD:	DR. BRUNO QUEA RAFAEL		
		OTROS RESPONSABLES:	DR. ESPARZA OLIVERA LINDA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
RESULTADO DE LA TERCERA CLINICA	100%
NUMERO DE SUCOS EN LA UPSE	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS	87%
PREVENCIÓN DE LESIONES	80%
PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTROLES MEDICINA	75%
SEGURIDAD PACIENTE	100%
PREVENCIÓN E IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE LAS UPSE	87%
PREVENCIÓN DEL SUCO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
MANEJO DE SUCOS	87%
SECURIDAD	100%
MANEJO DE SUCOS Y SUCOS DE CALIDAD	100%
<b>PROMEDIO</b>	<b>84%</b>

PROBLEMA DE CUMPLIMIENTO

84%

  
 Hernan Condesi Yanqui  
 COP. 20005  
 RESPONSABLE TITULO  
 N.º 123456789

  
 DR. FLORES SUZANA SANTA BEATRIZ  
 COP. 20027 - 20043 20061  
 DIRECTOR

  
 DR. MARIANA OLIVERA BRUCEO  
 ADMINISTRADOR  
 CIP. 247790

  
 DR. BRUNO QUEA RAFAEL  
 COP. 17785

  
 DR. FLORES CHIRIQUI  
 ENFERMERA  
 CEP. 87991

  
 DR. ESPARZA OLIVERA LINDA  
 VICERRECTORA  
 CEP. 46000





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

PLAN DE ACCIÓN

PROBLEMA	FECHA APLICACIÓN	MES	AÑO	O
HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES	RESP. AFRODISIOLOJA	JUNIO		
EMERGENCIA	RESP. DE LA UPMI	JUNIO		
HERMANA RESPONSABLE PBIENE	RESP. APLICACION	JUNIO		
HERMANA CONDORINI YINOLI	RESP. APLICACION	JUNIO		
MRS. INMAYTA GUEPE INAYCO HELVER	RESP. APLICACION	JUNIO		
LIC. PARE AFAYZA YOLANDA	RESP. APLICACION	JUNIO		

ACCIONES CORRECTIVAS

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGOS	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CÁRTER)	PLAZO (MÉSESESAJAS)
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	Verificación de uso de protocolos, instructivos, manuales, formatos, guías, procedimientos y protocolos, los compromisos y los planes de mejora de la institución - Logística		ACTUALIZACIÓN Y CLARIFICACIÓN DEL PROTOCOLO DE CABA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	LIC. VALDIVIAO LUNA MARCELO	JUNIO
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	Formas de trabajo específicas de cada paciente con niveles de riesgo, el que se debe de evaluar periódicamente la efectividad y el nivel de atención.		IMPLEMENTACIÓN DE INSTRUMENTOS DE PACIENTES CON RIESGOS MECÁNICOS	LIC. VALDIVIAO LUNA MARCELO	JUNIO
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	Planificación de la gira de atención para la prevención y control de caídas por períodos.		ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y RIESGOS DEL MEDIO DE LA GUARDA POR PREVENCIÓN	LIC. VALDIVIAO LUNA MARCELO	JUNIO
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	Revisión de los fichos de recomendaciones implementadas al riesgo de fuga del paciente y la atención de los resultados de la evaluación de riesgo.		SOCIALIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO PARA LA PREVENCIÓN DE FUGA DE PACIENTES	LIC. VALDIVIAO LUNA MARCELO	JUNIO
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	Revisión de los fichos de recomendaciones implementadas al riesgo de fuga del paciente y la atención de los resultados de la evaluación de riesgo.		IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y RIESGOS DEL MEDIO DE GUARDA POR PREVENCIÓN	LIC. VALDIVIAO LUNA MARCELO	JUNIO
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	Revisión del riesgo de caídas de todo paciente que se encuentre en el área de atención.		IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	LIC. VALDIVIAO LUNA MARCELO	JUNIO
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	Completamiento de los fichos de recomendaciones implementadas al riesgo de fuga del paciente y la atención de los resultados de la evaluación de riesgo.		SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE OBSERVACIONES DE MANOS	LIC. VALDIVIAO LUNA MARCELO	JUNIO
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	Completamiento de los fichos de recomendaciones implementadas al riesgo de fuga del paciente y la atención de los resultados de la evaluación de riesgo.		SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE OBSERVACIONES DE MANOS	LIC. VALDIVIAO LUNA MARCELO	JUNIO
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	Completamiento de los fichos de recomendaciones implementadas al riesgo de fuga del paciente y la atención de los resultados de la evaluación de riesgo.		SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE OBSERVACIONES DE MANOS	LIC. VALDIVIAO LUNA MARCELO	JUNIO
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	Completamiento de los fichos de recomendaciones implementadas al riesgo de fuga del paciente y la atención de los resultados de la evaluación de riesgo.		SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE OBSERVACIONES DE MANOS	LIC. VALDIVIAO LUNA MARCELO	JUNIO
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	Completamiento de los fichos de recomendaciones implementadas al riesgo de fuga del paciente y la atención de los resultados de la evaluación de riesgo.		SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE OBSERVACIONES DE MANOS	LIC. VALDIVIAO LUNA MARCELO	JUNIO
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	Completamiento de los fichos de recomendaciones implementadas al riesgo de fuga del paciente y la atención de los resultados de la evaluación de riesgo.		SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE OBSERVACIONES DE MANOS	LIC. VALDIVIAO LUNA MARCELO	JUNIO

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

FICHA DE EVALUACIÓN

UPSE:	HOSPITAL SAN RAFAEL DE POMBO	TRIMESTRE:	II Trimestre	AÑO:	2024
UPSA:	CENTRO COMUNITARIO	FECHA EVALUACIÓN:	31-10-2024 20:00:00		
TITULAR RESPONSABLE UPSE:	DR. CONRADO LAYOLA, MIMURA	RESP. ADMINISTRACIÓN:	LIC. GUSTAVO GUTIERREZ, BRITA BEATRIZ		
RESP. DE ATENCIÓN PACIENTE:	MIL. MARCELA CRISTINA SANCHEZ MELERO	RESP. DE LA UPSE:	LIC. ZAFARAH ALACHURA, YESHARA		
RESP. COORDINACIÓN EDUCACIONAL:	LIC. CARMEN MARICHA MARIANI, RIVIN	RESP. RIESGO CALIDAD:	LIC. SHARON GARCIA, RAQUEL		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ESTHER GUTIERREZ, LINDA LOPEZ		

SERVIDOR PRINCIPAL	%	VERIFICACIÓN	CUMPLIMIENTO	COMENTARIOS
MEJORA CLÍNICA	100%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Hoja de Registro Médico.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Registro completo de la Dirección del paciente: Datos del REGIS, IP de HDI, nombre y Apellido del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Dirección, Pertenencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Matrimonio, Ocupación, Religión, Aseguramiento y Responsabilidad de ser el caso.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Registro de la enfermedad actual.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Registro de los antecedentes del paciente.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Registro de la Fisiología: Signos vitales, SAE, peso, talla, temperatura, estado de conciencia.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Registro completo del examen físico: signo general y regional de inspección.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Registro de los diagnósticos con evidencia: ODC-AT y DSM IV de enfermedad genitoria y del niño(a).	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Registro y gestión actualizada de la Fisiología Vital.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Registro de la Hoja de Balance: Ingresos - egresos actualizada.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención y gestión realizada.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los resultados de según el diagnóstico establecido en la última atención y evidencia obtenida.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Registro del estado de paciente en todos los tipos de HDI.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido reportado en la HDI o en algún medio de registro institucional.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Registro completo del consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Registro de las órdenes de los procedimientos realizados al paciente.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	La foto de la Historia Clínica se registra.	0	
MEJORA CLÍNICA	100%	Historia clínica ordenada y limpia.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	87%	Cumplimiento y verificación de la presencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	87%	Mantenimiento de registros para evitar la ausencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	89%	Personal en formación (pacientes, familiares, especialistas y otros) demuestran que tienen un personal asignado que cumple el rol de tutor y supervisor.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	97%	Personal activo del sistema de registro y verificación de incidencias y eventos adversos.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	89%	Registro físico y digital de los incidentes y eventos adversos en la UPSE.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	89%	Análisis y plan de intervención entre la información de los incidentes y eventos adversos.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	97%	Registro físico y digital de los registros de actividades de trabajo del personal asignado.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	89%	Alimentación del formato de consentimiento informado para actividades de examen.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	89%	Revisión de los temas formales y reales de los temas para proteger al paciente.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	87%	El Centro Quirogas se evidencia el último informe remitido a la Dirección sobre el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Clínica a cargo del Equipo Coordinador y/o Comité de Seguridad del Paciente.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	89%	El Centro Quirogas se evidencia el último Encuesta Nacional remitida a la Dirección para validar el proceso de implementación de la Lista de Verificación de Seguridad de la Clínica a cargo del Equipo Coordinador y/o Comité de Seguridad del Paciente.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	89%	El Centro Quirogas se evidencia que envía sus Comprobantes de la Lista de Verificación de Seguridad de la Clínica correspondiente al Tercer Trimestre.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	89%	El Centro Quirogas se evidencia que el (a) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Clínica en el servicio correspondiente a la ENTUBIDA.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	89%	El Centro Quirogas se evidencia que el (a) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Clínica en el servicio correspondiente a la PICUTA.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	89%	El Centro Quirogas se evidencia que el (a) Coordinador(a) aplica la Lista de Verificación de Seguridad de la Clínica en el servicio correspondiente a la SCLT/C.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	89%	El Centro Quirogas se evidencia que cuenta con ficha de incidentes de la UPSE.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	89%	El Centro Quirogas se evidencia que cuenta con Unidad / Mapa de Atención oportuna.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	97%	El Centro Quirogas se evidencia que cuenta con Columna de Base Clínica / Hoja de Mutuosolapamiento (A-E).	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	89%	El Centro Quirogas se evidencia que cuenta con ficha de gestión de incidentes.	0	

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

FICHA DE EVALUACIÓN

UNIDAD:	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCÉS	TRANSICIÓN:	1ª Etapa	AÑO:	2021
EPS:	CENTRO QUEVEDO	FECHA APLICACIÓN:	29-10-2021	21/10/2021	
RTU ADMINISTRABLE (EPS):	DR. CONRADO VARELA, TORIAN	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	DR. GABRIEL GUERRA, BRITA BERTHEZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DR. MARÍA GEMPE RINCÓN VELAZCO	RESP. DE LA UPEU:	DR. EDUARDO LLACHOSA, VIVIANA		
RESP. DE UNIDAD ESPECIALIZADA:	DR. CHAGUAMARCA SERRANO, RUTH	RESP. UNIDAD CALIDAD:	DR. BRUNO BARRA, RAFAEL		
		OPRDE RESPONSABLES:	DR. EDUARDO GEMPE, LENA LOAYZA		

INDICADOR PRÁCTICA	%	VERIFICACIÓN	EVALUACIÓN	COMENTARIOS
SEGURIDAD EN LA UPEU	91%	En Centro Quevedo se atiende que cuenta con Colitis Perfora con buena higiene.	3	
SEGURIDAD EN LA UPEU	98%	En Centro Quevedo se atiende que se desinfecta al paciente al recibir por la enfermera y el microbiólogo.	3	
SEGURIDAD EN LA UPEU	91%	En Centro Quevedo se atiende que cuenta con la evidencia por dentro y por afuera de este paciente, desinfectar por fuera y por el microbiólogo responsable.	3	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	98%	Paciente debe tenerse de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	40	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	98%	Como procedimiento por el paciente, así en forma a los registros en la historia clínica.	3	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	98%	Verificación de la identidad del paciente con el documento antes de cualquier procedimiento.	40	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	98%	Identificación de lugar de origen del paciente tanto en el momento del ingreso como en el actual ingreso.	40	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	98%	Conocimiento del paciente a familiar responsable, entre su información, su actividad y presencia del mismo, el que debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	3	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	98%	Paciente informado al que se le han aplicado sus datos y algunas preguntas a algún procedimiento o estudio, actualizando la firma del Consentimiento informado.	3	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	98%	Paciente cuenta con tipo de hospitalización ambulatorio.	3	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	98%	Visuales controla los procedimientos de los pacientes y los visitas para evitar el mal manejo de algunos procedimientos peligrosos.	40-45/20	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	98%	Tiene un sistema eficiente de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	40-45/20	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	98%	Entrevista con el paciente para evitar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de ingreso ambulatorio y riesgo potencial de fuga se realizará a la historia clínica.	40-45/20	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	98%	Registra en la hoja de procedimientos los tipos de riesgo de fuga del paciente y la evidencia de los medidas de seguridad tomadas.	40-45/20	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	98%	Evidencia de un procedimiento y proceso que se evita en caso de fuga de paciente.	40	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Controla para evitar los errores humanos para evitar errores en los registros médicos alguna.	3	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Revisores profesionales se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes incluidos en ella.	3	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Manejo correcto armado de los medicamentos para evitar los errores por la cantidad de unidades a ser preparadas.	3	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos de muestra administrados correctamente en caso de emergencia.	3	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento según el nombre del paciente por área clínica.	40-45/20	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos e insumos se clasifican según con el medicamento eficiente de control de inventario y seguridad.	3	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Sistema de etiquetado de medicamentos ambulatorio.	3	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Procedimientos etiquetado del control de los pacientes verificados de acuerdo con la información correcta de medicamentos.	3	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	En caso de paciente y de persona alguna se realiza tanto de protección lateral o contención adecuada cuando el paciente se encuentra acostado.	3	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	Paciente que se realiza protección adecuada, incluyendo, medidas preventivas, procedimientos reportados de la información y supervisión de los niveles de riesgo de algunos pacientes.	3	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIONES MECÁNICAS	100%	Entonces se registra reportes de todo paciente con acciones medidas, el que se debe de registrar puntualmente de acuerdo al tiempo de registro.	40-45/20	
SEGURIDAD SIGNAL		Información disponible y clara referente a los procedimientos permitidos de las acciones permitidas.	40-45/20	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La UPEU proporciona información sobre las acciones, niveles de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener permisos.	40-45/20	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los pacientes y/o familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPEU.	3	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La comunicación y la atención del proceso y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de significado usual.	40-45/20	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se realizan comunicaciones telefónicas entre el Jefe de la UPEU y la Dirección del Centro de Salud tanto en forma virtual como presencial.	40-45/20	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales médicos, el personal de apoyo de turno (servicio de guardia), el personal de apoyo de salud de los pacientes, miembros de la familia (paciente) y la familia de los pacientes.	3	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se evidencia comunicación (verbal, escrita o electrónica) e intercambio de información entre los profesionales encargados del cuidado del paciente al momento de salida de turno (servicio de guardia) informado al nivel de salud de los pacientes, miembros de la familia (paciente) y la familia de los pacientes.	3	

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

FICHA DE EVALUACIÓN

PRESE:	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRAS	INSTRUMENTO:	N° Sesión:	Fecha:	2024
UPSE:	CENTRO COMUNITARIO	FECHA APLICACIÓN:	29.12.2024		2024
TITULAR/RESPONSABLE RIESGO:	DR. CONRADO SANCHEZ NERIAN	RESP. ENCARGADO RIESGO:	LIC. DANIELO GUTIERREZ, DANA BOLAÑOS		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ING. MARITZA SUAREZ BARRERA	RESP. DE LA UPSE:	LIC. DANIEL BLANCHARD, VIVIANA		
RESP. DE IDENTIFICACIÓN EMPRESA:	LIC. COCOBARRANDA MIRANDA RUTH	RESP. DE LA UNIDAD CALIDAD:	C.O. BRUNO CERRA, RAQUEL		
		OTROS RESPONSABLES:	ING. ESTEFANIA SUAREZ, LINA LONDE		

BUNAS PRÁCTICAS	%	INDICADORES	CUMPLIMIENTO	COMENTARIOS
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están a disposición de los profesionales de la salud que las necesitan para atender al paciente.	0	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los servicios clínicos están actualizados para asegurar la continuidad de la atención más oportuna.	0	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La historia clínica del paciente y un resumen de información de su atención se transfieren junto al paciente a otro centro o unidad dentro del establecimiento.	0	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	El personal de la institución del destino de un paciente recibe al mismo un resumen de la historia clínica, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y dosis administrados administrados, al inicio del servicio al paciente de la institución.	0	
MANEJO DE RIESGO	100%	Disponibilidad de dispositivos de protección de barrera para el paciente.	0	
MANEJO DE RIESGO	100%	Disponibilidad de barreras por contacto de agua y agua.	0	
MANEJO DE RIESGO	100%	Disponibilidad de agua limpia en todos los servicios.	0	
MANEJO DE RIESGO	100%	Cumplimiento de los 20 puntos de la identificación de riesgos (pre y post).	0	
MANEJO DE RIESGO	100%	Cumplimiento de los 11 puntos del grado de riesgo (pre y post).	0	
MANEJO DE RIESGO	100%	Porcentaje de cumplimiento de 100% del resultado de realizar la lectura de los niveles de riesgo de actividad profesional de acuerdo con los estándares de la Unidad de Salud.	0	
MANEJO DE RIESGO	100%	Mensajes y señales que previenen la infección a la higiene de manos personalizadas en otros mensajes.	0	
SEGURIDAD	100%	Disponibilidad de equipos críticos de acuerdo a las normas.	0	
SEGURIDAD	100%	Eliminación de material punzocortante y agudo de acuerdo a las normas.	0	
SEGURIDAD	100%	Cultura y manejo de los residuos de acuerdo a las normas.	0	
SEGURIDAD	100%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	0	
SEGURIDAD	100%	El equipo de mantenimiento al uso de "Cero Gerdol" a Papeles de México para la prevención de las UAG presentes en unidades críticas.	0	
SEGURIDAD	100%	Existencia de evidencia de actividades de vigilancia epidemiológica, control y monitoreo de UAG en la UPSE.	0	
SEGURIDAD	100%	Se informa al personal referente los datos vigiles y emergencias de la Unidad Funcional de Servicios de Salud.	0	
SEGURIDAD	100%	Se informa al personal referente los datos vigiles y emergencias de la Unidad Funcional de Servicios de Salud.	0	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE RIESGO	100%	Equipo biomédico sometido según lo corresponde a la UPSE y de acuerdo al nivel de complejidad.	0	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE RIESGO	100%	Equipo biomédico sometido según lo corresponde a la UPSE y de acuerdo al nivel de complejidad.	0	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE RIESGO	100%	Verificación del cumplimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según representativa.	0	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE RIESGO	100%	Verificación de que la UPSE cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos (incluye los nuevos).	0	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE RIESGO	100%	Verificación de que la UPSE cumple con tener su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos (incluye los nuevos), mediante la actualización de los registros legales.	0	

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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IFUDES:	HOSPITAL SAN MARTIN DE PORCES	INSTITUCIÓN:	San Martín	AÑO:	2024
UPSE:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA APLICACIÓN:	19.10.2024 (Módulo 1)		
TITULAR RESPONSABLE IFUDES:	NERMAN CORONEL MAMANI	RESP. EJECUTIVO UCI:	LIC. GRIFFIN GUZMÁN, BRITA BEATRIZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ING. WALTER GÓMEZ MARCO HELMER	RESP. DE LA UPSE:	LIC. ZAPATA ELIZABETH, YOVANA		
RESP. EPT/UNIDAD DEPENDIENCIA:	LIC. GIOVANNANNA MAMANI RUPIN	RESP. DIO. MANEJO CALIDAD:	C.D. BRUNO GUZA, RAQUEL		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ESPINOZA GONZALO, LINA LOURDES		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
RESPECTO DE LA IDENTIFICACIÓN	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSE	100%
DEFINICIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE TUBO	100%
SEGURIDAD DE LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONFINAMIENTO MANEJO	100%
DEFINICIÓN CORRECTA	100%
MANEJO DE MANEJO	100%
SEGURIDAD	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y MANEJO DE MANEJO	100%
PROMEDIO	100%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO 100%



Dr. Nerman Coronel Mamani  
COP. 30715



Dr. Griffin Guzmán  
RESP. EJECUTIVO UCI  
COP. 10000



Dr. Walter Gómez  
RESP. DE ADMINISTRACIÓN  
COP. 24770



Dr. Walter Gómez  
RESP. DE ADMINISTRACIÓN  
COP. 17720



Dr. Simón Briones  
RESP. DE ADMINISTRACIÓN  
ENFERMERÍA  
COP. 87991



Dr. Bruna Guza  
RESP. DIO. MANEJO CALIDAD  
COP. 10000



Dr. Bruna Guza  
RESP. DIO. MANEJO CALIDAD  
COP. 40900





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

MATRIZ DE RIESGOS

UNIDAD:	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES	TRIMESTRE:	III	SECCIÓN:	ARQ:	2014
UPSE:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA APLICACIÓN:				
TITULAR RESPONSABLE UNIDAD:	MERLINDA CONDORAY TAYAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. GUSTAVO CUDRAN, SANTI BASTIEN			
RUEA DE ADMINISTRACIÓN:	MS. RAULYA QUISPE BRITO MELVER	RESP. DE LA UPSE:	LIC. ZENARA ELACHORA, YOVANA			
RESP. COORDINADOR ESPERIENTIAL:	LIC. CECILIA HERNANDEZ MAMAY, RUTH	RESP. QHC ANDRÉS CALABAZO:	C.D. DRAVY GIRA, RAQUEL			
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ESPERIDIA GONZALEZ, LIDIA LEONOR			

PROBABILIDAD

ALTA	4
MEDIANA	3
BAJA	2

GRAVEDAD / IMPACTO

SEVERA	7
MODERADA	4
LEVE	2

VALORACIÓN DEL RIESGO

ALTO	28-34
MODERADO	4-28

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO	%	VERIFICACIÓN	EXPLORADO	PROBLEMAS	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
SEGUIMIENTO DE LA UPSE	100%	Se debe cumplir lo establecido en el plan de trabajo con respecto a la Dirección sobre el sistema de seguimiento de la Ley de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Comité de Seguridad del Paciente	SI			
SEGUIMIENTO EN LA UPSE	100%	El Comité de Seguridad de Paciente de la Clínica Esperanza Condoray Tayas y la Dirección deben realizar el seguimiento de la Ley de Verificación de Seguridad de la Cirugía a cargo del Comité de Seguridad del Paciente	SI			
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Para cada caso se debe verificar la identidad y los datos registrales del paciente antes de iniciar el procedimiento	SI			
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Verificar la identidad del paciente con el paciente antes de cualquier procedimiento	SI			
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Identificación de riesgo de errores del paciente antes de la realización del paciente antes de la cirugía	SI			
PREVENCIÓN DE LA FALTA DE FALGATA	100%	Controlar el uso de falgatas y asegurar que se estén usando de tipo II	SI			
TIEMPO DE ESPERA	100%	Comunicación al área de enfermería de urgencias	SI			
SEGUIMIENTO	100%	El comité de seguimiento de la Ley de Seguridad del Paciente de la Clínica Esperanza Condoray Tayas debe realizar el seguimiento de la Ley de Verificación de Seguridad de la Cirugía	SI			

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

**PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN**

ITEM:	HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES	TRANSIVIL:	IV Sistema	ARS:	2022
USP:	CENTRO QUIRURGICO	FECHA ANUNCIO:	29-10-2022	(XXXXXXXXXX)	
TITULAR RESPONSABLE RIESGO:	REYES ZOLAUS VARGAS	RESP. ESPESHO/DIA:	UD. GRAYSON BUDINI, DORA BERTINI		
RISK DE ASIGNACION:	MRS. MARITA OLIVER SANCHEZ WILVER	RISK DE LA USP:	UD. ZAFARI SLAETHWA, YOUSRA		
RISK OPORTUNIDAD ASIGNACION:	LIC. CHRISTOPHER MARINO BOTA	OTRO ORGANISMO CALIDAD:	C.O. BRUNO OLIVER SALAS		
		OTROS RESPONSABLES:	UD. ERNESTO GUISPE, LUIS LOAYZA		

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

Alto	12 - 24
Medio	4 - 10
Bajo	1 - 3

**FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONOMICA - CIENTIFICA)**

Alta	1
Baja	2
Muy Baja	3

BUSQUEDA RONDAS	%	VENTAJAS	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
REVISIÓN DE LA USP	6%	Se cuenta con el sistema de gestión de riesgo, se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital y se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital.	1			
REVISIÓN DE LA USP	6%	Se cuenta con el sistema de gestión de riesgo, se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital y se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital.	1			
REVISIÓN DE LA USP	6%	Se cuenta con el sistema de gestión de riesgo, se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital y se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital.	1			
REVISIÓN DE LA USP	6%	Se cuenta con el sistema de gestión de riesgo, se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital y se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital.	1			
REVISIÓN DE LA USP	6%	Se cuenta con el sistema de gestión de riesgo, se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital y se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital.	1			
REVISIÓN DE LA USP	6%	Se cuenta con el sistema de gestión de riesgo, se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital y se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital.	1			
REVISIÓN DE LA USP	6%	Se cuenta con el sistema de gestión de riesgo, se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital y se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital.	1			
REVISIÓN DE LA USP	6%	Se cuenta con el sistema de gestión de riesgo, se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital y se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital.	1			
REVISIÓN DE LA USP	6%	Se cuenta con el sistema de gestión de riesgo, se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital y se cuenta con el equipo de trabajo responsable de la gestión de riesgo en el hospital.	1			



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

PROBLEMA	TERMINESTRE	N° Meses	AÑO:	2024
UPSEB	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES			
UPSEB	CENTRO QUIRÚRGICO		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	(ORDENAR)
TITULAR RESPONSABLE IPRESB:	HERNÁN CORDERO YAGOLA	LIC. GREGORIO GUERRA, TANTIA BEATRIZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ING. MARITZA GUEPE SANCHEZ	LIC. ZAPATA ELIZABETH, YOMANA		
RESP. DE ATENCIÓN AL PACIENTE:	LIC. CHOCQUEMUNCA MARINA, RUTH	LIC. BRAVO GUERRA, RAQUEL		
OTROS RESPONSABLES:		LIC. ESPINOZA GOSPEL, LUCIA LOURDES		

**ACCIONES PROPUESTAS**

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INDEBIDO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (MES/SEMANA)
RESERVA DE LA UPSEB	En el Centro Quirúrgico se evidencia la falta de cultura de seguridad asociada a la cirugía, para abordar el problema de identificación de la UPR de Verificación de Seguridad de la Cirugía se creó el Comité de Seguridad del Paciente.			LIC. LUIS ESPINOZA GOSPEL	15/03/2024
DEFERENCIA EN LA UPSEB	En el Centro Quirúrgico se evidencia el falta de cultura de seguridad asociada a la cirugía, para abordar el problema de identificación de la UPR de Verificación de Seguridad de la Cirugía se creó el Comité de Seguridad del Paciente.			LIC. LUIS ESPINOZA GOSPEL	15/03/2024
RESERVA DE LA UPSEB	Se reportó falta de perfil de salud en todos los hospitales.			LIC. LUIS ESPINOZA GOSPEL	15/03/2024
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificar al paciente de riesgo de caídas en el momento del ingreso y durante el cuidado en el quirófano.		Implementar con el área de Ingeniería a nivel de hospitales para la implementación de protocolos en todos los hospitales.	LIC. YOMANA ZAPATA ELIZABETH	30/03/2024
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Realizar una evaluación de riesgo (Falla de) de los hospitales con respecto a la seguridad.		Realizar una evaluación de riesgo de los hospitales para la implementación de protocolos de seguridad.	LIC. YOMANA ZAPATA ELIZABETH	30/03/2024
PREVENCIÓN DE LA FALSA DE PACIENTES	El personal de los hospitales a nivel de hospitales para la implementación de los (MAD) basados en evidencia científica.		Realizar una evaluación de riesgo de los hospitales para la implementación de protocolos de seguridad.	LIC. YOMANA ZAPATA ELIZABETH	30/03/2024
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificar de la identidad del paciente con el momento antes de ingresar al quirófano.		Realizar una evaluación de riesgo de los hospitales para la implementación de protocolos de seguridad.	LIC. YOMANA ZAPATA ELIZABETH	30/03/2024
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificar de la identidad del paciente con el momento antes de ingresar al quirófano.		Realizar una evaluación de riesgo de los hospitales para la implementación de protocolos de seguridad.	LIC. YOMANA ZAPATA ELIZABETH	30/03/2024

APLICATIVO DE Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud

FICHA DE EVALUACIÓN

UNIDAD:	HOSPITAL SAN RAFAEL DE PUNO	FECHA:	N.º Servicio:	AÑO:	2011
USUARIO:	COMISIÓN DE CALIDAD	FECHA APLICACIÓN:	NOMBRE: (apellidos y nombres)		
RESPONSABLE PROCESO:	DR. ROBERTO CONDOR YANQUI	RESP. ASISTENCIAL:	LIC. FLORENDO GONZALEZ SANTIAGO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DR. RAFAEL SAMPAYO SANCHEZ	RESP. DE LA UPEU:	LIC. LUCY VILLAR CARRERA GONZALEZ		
RESP. SUPERVISOR DE CALIDAD:	LIC. ESTHER SUAREZ RAMIRO	RESP. DE INFORMACIÓN CALIDAD:	C.D. DAVID SARA GONZALEZ		
		USUARIO RESPONSABLE:	LIC. LUCY VILLAR CARRERA GONZALEZ		

INDICADOR	%	VERIFICACIÓN	Cumplimiento	Observaciones
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro de la fecha y hora de admisión en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro completo de la Historia del paciente: Datos del ECIU, Nº de HC, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y Fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Dirección, Profesión, Teléfono, DNI, Depeso, Estado Civil, Religión, Ocupación, Ocupación del Médico responsable.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro de la información vital.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro de los antecedentes del paciente.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro de la Fisiología, Biología, según sea aplicable, otras alteraciones, según se corresponda.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 y/o de correspondencia (premorbididad y comorbidad).	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro de estudios del paciente: Físico y foto de estudio, Análisis de Sangre, Análisis de Orina, Análisis de Heces, Laboratorio Clínico, Informatizado de radiología y laboratorio, Serología y Piel de trabajo, Foto, peso y estatura del médico responsable.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Diagnóstico de Ayuda Diagnóstica, Planificación Médica-Cirúrgica e Interdisciplinaria.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro actualizado del tratamiento del paciente (medicamentos, dieta, etc., procedimientos).	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Correspondencia entre el diagnóstico preoperatorio y definitivo con el plan de trabajo en la misma admisión o admisión subsiguiente.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los resultados de control de diagnóstico con los datos de la misma admisión o admisión subsiguiente.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro del nombre del paciente en todos los tipos de la HC.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HC o en algún medio de registro institucional.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro completo del consentimiento informado de acuerdo a la complejidad del caso.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Registro de la Compensación del paciente.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	La letra de la Historia Clínica se lee.	si	
SEGURIDAD CLÍNICA	100%	Historia clínica completa y legible.	si	
SEGURIDAD EN LA UPEU	100%	Completitud y veracidad de la asistencia y prestaciones del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	si	
SEGURIDAD EN LA UPEU	100%	Existencia de registros para control de asistencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	si	
SEGURIDAD EN LA UPEU	100%	Personal en formación (estudiantes, residentes, especialidad o otros) demostrando que fueron en personal entrenado que asumió el rol de docente y supervisor.	si	
SEGURIDAD EN LA UPEU	100%	Personal con los niveles de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	si	
SEGURIDAD EN LA UPEU	100%	Registro físico y virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPEU.	si	
SEGURIDAD EN LA UPEU	100%	Activa y plan de contingencia ante la interrupción de los servicios y eventos adversos.	si	
SEGURIDAD EN LA UPEU	100%	Registro físico y digital de evidencia de actividades de trabajo del personal responsable.	si	
SEGURIDAD EN LA UPEU	100%	Utilización del formato de consentimiento informado para procedimientos de diagnóstico.	si	
SEGURIDAD EN LA UPEU	100%	El Comité de Calidad / Emergencia Clínica se evidencia al ser de funcionamiento.	si	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Verificación de la identidad del paciente con el proveedor antes de cualquier procedimiento.	si	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Comunicación del paciente a familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, el cual debe coincidir con la información registrada en la historia clínica.	si	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Paciente informado al que se le han aplicado sus datos y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, relacionadas a la Hoja del Consentimiento respectiva.	si	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Paciente conoce sus medicamentos orales y que sabe reconocerlos que se le administran.	si	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Paciente conoce las efectos adversos que pueden producirlos medicamentos que recibe.	si	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Carta de prescripción con los datos necesarios para evitar errores de orden según complejidad vigente.	si	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Soluciones farmacológicas en ampollas etiquetadas correctamente con la fecha y la complejidad ordenada en ellas.	si	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su pérdida por su similitud de nombres o de presentaciones.	si	
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos almacenados correctamente etiquetados en el área de dispensación.	si	

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

**FICHA DE EVALUACIÓN**

IPRES:	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES	TRIMESTRE:	3° Trimestre	AÑO:	2011
UPSE:	CONEXTA ESTERIL	FECHA APLICACIÓN:		SECTOR:	(MUNICIPIO)
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	DR. WILSON LÓPEZ YANIZA	RESP. DE CALIDAD:	LIC. FLORES GUSTAVO SALINA GUSTAVO		
RESP. DE ATENCIÓN PACIENTE:	ING. MAYRA SUZUE WAGO BELVER	RESP. DE LA UPSE:	LIC. LUIS MARÍA CANOZA SUZUE		
RESP. DE UNIDAD DE ESPECIALIDAD:	LIC. EDILMA RODRÍGUEZ MARQUE	RESP. DE CALIDAD CALIDAD:	C.D. BRUNO GARCÍA RAMÍREZ		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. LUIS ESTEBAN SUZUE		

BUENAS PRÁCTICAS	%	DESCRIPCIÓN	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
SEGURIDAD DE LA MEDICACIÓN	100%	Medicamentos a tiempo médico puntual con un mecanismo efectivo de control de inventario / validade.	si	
SEGURIDAD DE LA MEDICACIÓN	100%	Profesional encargado del control de los productos verificados los 5 minutos para la administración correcta de medicamentos.	si	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTAMINACIÓN AMBIENTAL		Verificación del riesgo de caída de los pacientes por asimetrías.	si	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTAMINACIÓN AMBIENTAL		Revisión de datos de pacientes caídos, eventos adversos e infección, los diagnósticos clínicos y los procesos con defectos tecnológicos - tagoform.	si	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTAMINACIÓN AMBIENTAL		Se tiene de control y se tiene control sobre los efectos de la contaminación ambiental a través de monitoreo durante el período de atención médica.	si	
SEGURIDAD SOCIAL		Minimizar el riesgo y dar referencias a los procedimientos propios de los riesgos sociales.	si	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	85%	Formulación de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	si	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	85%	Educación al paciente y su familia para la prevención y control de las úlceras por presión.	si	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	85%	Planificar, ejecutar y evaluar el programa educativo dirigido al paciente, su cuidador y la familia.	si	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	85%	Realización de charlas por presión (diarrea y gastroenteritis) en un registro de datos realizados en los servicios de hospitalización.	si	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	85%	Aplicación de guía de atención de úlceras por presión según evidencia.	si	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	85%	Monitorizar el cumplimiento de la evidencia de los procesos con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	si	
PREVENCIÓN DEL SINDROME Y LESIONES	100%	Implementación del riesgo de lesiones, identificación de actividades de alto riesgo de lesiones, identificación de actividades que generan riesgos, implementación de medidas de control de lesiones, identificación de actividades de alto riesgo de lesiones, identificación de actividades de alto riesgo de lesiones.	si	
PREVENCIÓN DEL SINDROME Y LESIONES	100%	Identificación de un paciente en riesgo de lesiones para prevenir el evento mediante estrategias específicas de atención (prevención, identificación y tratamiento oportuno).	si	
PREVENCIÓN DEL SINDROME Y LESIONES	100%	Minimizar el paciente en el servicio? Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo de lesión.	si	
PREVENCIÓN DEL SINDROME Y LESIONES	100%	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de fumar en el servicio, identificando que pueden fumar en áreas designadas.	si	
PREVENCIÓN DEL SINDROME Y LESIONES	100%	Se realiza el lavado de manos de los pacientes del servicio personal en todo momento cuando haya flujo de pacientes y personal de enfermería.	si	
PREVENCIÓN DEL SINDROME Y LESIONES	100%	Se realiza de forma periódica las pruebas diagnósticas de la forma más temprana posible, sin delays desde un diagnóstico a la atención de los pacientes.	si	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La UPSE promueve información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y familiares y el proceso para obtener servicios.	si	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSE.	si	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La comunicación y la atención del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y son fáciles de comprender para el paciente.	si	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se realizan comunicaciones periódicas entre el área de la UPSE y la Dirección del Establecimiento tanto en temas clínicos como administrativos.	si	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los servicios clínicos están a disposición de los profesionales de la UPSE que se necesitan para atender al paciente.	si	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la continuidad de la información para el paciente.	si	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se brinda apoyo al paciente o al receptor de información de la UPSE de manera que el paciente o el receptor o cuidador de la familia del paciente.	si	
NOMBRE DE MARCA	100%	Disponibilidad de medicamentos con parámetros de base química para marca.	si	
NOMBRE DE MARCA	100%	Disponibilidad de medicamentos con evidencia de agua y polvo.	si	
NOMBRE DE MARCA	100%	Disponibilidad de papel toalla en todas las habitaciones.	si	
NOMBRE DE MARCA	100%	Cumplimiento de los 22 puntos de la distribución de la norma Good y Limpio.	si	
NOMBRE DE MARCA	100%	Cumplimiento de los 11 puntos del grado de limpieza (punto y Limpio).	si	
NOMBRE DE MARCA	100%	Porcentaje de cumplimiento > 80% del registro de realizar la higiene de las manos desde su actividad laboral de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	si	
NOMBRE DE MARCA	100%	Minimizar y evitar que ocurran la adherencia a la higiene de manos clínicas en otros servicios.	si	
DISPONIBILIDAD	100%	Disponibilidad de servicios clínicos de acuerdo a la norma.	si	



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

PRESE:	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES	REGISTRO:	N° Historia	AÑO:	2024
UPSA:	CORRISTA EXTERNA	FECHA APLICACIÓN:	30/11/2024 (30/11/2024)		
TITULAR RESPONSABLE PRESE:	DR. NEZARI COLOMBO VARGAS	RESP. EPIDEMIOLOGA:	LIC. FLORES GUERRA SINTIA BEATRIZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	MS. MARITA DIEZIE MARCO HELVEN	RESP. DE LA UPSA:	LIC. LUCY MARINA CAMAIZA GONZALEZ		
RESP. OPTICORRUPCIÓN EMERGENCIAS:	LIC. ESTHER ROSALES MORALES	RESP. DE CALIDAD:	C.D. BRAYD QUISPE RAFAEL		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. LINDA ESPINOZA MORALES		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
ACCIONES DE LA ATENCIÓN CLÍNICA	100%
ACCIONES DE FARMACIA EN LA UPSA	100%
BRINDAMIENTO CORRECTO	100%
SEGURIDAD EN LA ATENCIÓN	100%
PREVENCIÓN E MANEJO DEL RIESGO DE LAS UPSA	100%
EVALUACIÓN DEL RIESGO E INCIDENCIAS	100%
COMUNICACIÓN INTERNA	100%
MANEJO DE BIENES	100%
BUSQUEDAS	100%
MANEJO DE RIESGO Y MANEJO DE EMERGENCIAS	100%
PROMEDIO	100%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO 100%

  
 Dr. Nezarí Colombo Vargas  
 C.O. Dr. Nezarí Colombo Vargas  
 C.O.P. 47726

  
 HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES  
 D.R. Nezarí Colombo Vargas  
 C.O. Dr. Nezarí Colombo Vargas  
 C.O.P. 47726  
**DIRECTOR**

  
 HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES  
 Lic. Simka B. Flores-Guzmán  
 C.E.P. 67991  
**ADMINISTRATIVO**  
 C.P. 24. 00

  
 HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES  
 Dra. Carolina Ortega Torres  
 C.O. Dra. Carolina Ortega Torres  
 C.O.P. 47726

  
 HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES - ICSM  
 Lic. Simka B. Flores-Guzmán  
**ENFERMERA**  
 CEP. 67991

  
 Lic. Evelyn Herrera  
 C.E.P. 46440

  
 Lic. Evelyn Herrera  
 C.E.P. 46440  
**ENFERMERA**  
 C.E.P. 46440

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

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

Table with columns: Fuente, Tipo de Fuente, Fecha Aplicación, Resp. Responsable, and other details for the intervention priority.

VALORACIÓN DEL RIESGO

Color-coded risk assessment scale with categories: Riesgo Inminente (Red), Riesgo Inminente (Orange), Riesgo Inminente (Yellow), Riesgo Inminente (Green).

FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN (ECONÓMICA - CIENTÍFICA)

Color-coded feasibility scale with categories: Factibilidad (Green), Factibilidad (Yellow), Factibilidad (Red).

Main data table with columns: Nombre Prioridad, % Cumplimiento, Descripción, Cumplimiento, Valoración del Riesgo, Factibilidad de Intervención, and Prioridad de Intervención. Includes rows for 'Seguridad de la Medicación' and 'Atención y Seguridad del Paciente en las Urgencias Policlínicas'.







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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	AÑO:	2014
FECHA APLICACIÓN:	18/11/2014	(CONTINUAR)
RESP. ESPECIALIDAD:	LIC. FLORES GUZMÁN CRISTINA BEATRIZ	
RESP. DE LA UPRES:	LIC. LIZ MARINA CAYANA GOSPE	
RESP. OPC. AMONDO CALERÁN:	C.B. BRAVO OLIVERA RAQUEL	
OTROS RESPONSABLES:	LIC. LIDA EMPINOSA GUARÍN	

ACTUALIZACIÓN

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR REQUERIDO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
42	SEGURIDAD EN LA RELACION	Para todas acciones de atención al paciente que presenten potencial de riesgo de seguridad que se realicen	No haber el checklist para acciones de atención al paciente antes de ser efectuado y antes de ser realizado con el paciente con estos procedimientos	UPRES Coordinadora Clínica	18/11/2014
39	PREVENCIÓN Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPRES cuenta con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos (incluyendo los nuevos)	Actualizar programación de mantenimiento preventivo de los equipos	UPRES Coordinadora Clínica	18/11/2014
38	PREVENCIÓN Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPRES cuenta con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos (incluyendo los nuevos), respecto a la ejecución de los trabajos de mantenimiento	Actualizar programación de mantenimiento preventivo de los equipos	UPRES Coordinadora Clínica	18/11/2014
8	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE UN SUCCESO POR ERRORES	Verificación de la gestión de procedimientos y protocolos de atención al paciente	No aplica		

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

FICHA DE EVALUACIÓN

17

UPSE:	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCOS	SEMESTRE:	II SEMESTRE	AÑO:	
UPSE:	EMERGENCIAS POR EMERGENCIAS	FECHA APLICACIÓN:		ORGANO:	EMERGENCIAS
RESPONSABLE PTOE:	DR. ROBERTO LOPEZ GARCIA	RESPONSABLES:	DR. ENRIQUE SEITZ FLORES OLIVERA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DR. ENZO HELDER MARTIN GARCIA	FECHA DE LA OFICINA:	DR. FIDELIANO JAVIER BARRIGA CORTES		
RESP. DE SUPERVISIÓN:	DR. ENRIQUE SEITZ FLORES OLIVERA	RESPONSABLES:	DR. ENZO HELDER MARTIN GARCIA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	INDICADOR	CONFIABILIDAD	COMENTARIOS
NOTA CLÍNICA	100%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y Registros Médicos.	0	
NOTA CLÍNICA	100%	Registro completo de la historia del paciente. Datos del EGSS, M de HCL, nombres y Apellido del Paciente, Lugar y Fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Dirección, Profesión, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Matrimonio, Ocupación, Religión, Nacionalidad y Procedimiento de ingreso al área.	100%	
NOTA CLÍNICA	100%	Registro de la enfermedad actual.	100%	
NOTA CLÍNICA	100%	Registro de los antecedentes del paciente.	100%	
NOTA CLÍNICA	100%	Registro de los diagnósticos por enfermedad ICD-10 e ICD-9 de acuerdo (primarios y secundarios).	100%	
NOTA CLÍNICA	100%	Registro actualizado de tratamiento del paciente (medicamentos, dietas, etc. según corresponda).	100%	
NOTA CLÍNICA	100%	Registro y gráfico actualizado de la Frecuencia Cardíaca.	100%	
NOTA CLÍNICA	100%	Registro e ingreso en la Historia Clínica de los resultados de exámenes auxiliares y procedimientos del paciente.	100%	
NOTA CLÍNICA	100%	Registro del centro del paciente en todos los registros de la HCL.	100%	
NOTA CLÍNICA	100%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCL en un área específica de registro de eventos.	100%	
NOTA CLÍNICA	100%	Registro oportuno del Desempeño Informado de Atención y la satisfacción paciente.	100%	
NOTA CLÍNICA	100%	Registro de los efectos de los procedimientos realizados al paciente.	100%	
NOTA CLÍNICA	100%	La foto de la Historia Clínica se registra.	100%	
NOTA CLÍNICA	100%	Historia Clínica ordenada y limpia.	100%	
SEGURIDAD EN LA UPSE	100%	Cumplimiento y selección de la evidencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	100%	Máximo de personal para cubrir la atención del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	0	Faltan en hoy mucho personal para cubrir en el área emergencias.
SEGURIDAD EN LA UPSE	100%	Personal en formación (cursos, talleres, capacitación o otros) demostrando que tienen un personal actualizado con respecto al rol de trabajo y supervisión.	100%	
SEGURIDAD EN LA UPSE	100%	Personal con una adecuada capacitación y mantenimiento de habilidades y eventos adversos.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	100%	Registro sobre la calidad de los servicios y eventos adversos de la UPSE.	100%	
SEGURIDAD EN LA UPSE	100%	Actores y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	100%	
SEGURIDAD EN LA UPSE	100%	Registro sobre el estado de satisfacción de los servicios de trabajo del personal programado.	0	
SEGURIDAD EN LA UPSE	100%	Utilización del formato de los eventos adversos para el análisis de causas.	100%	
SEGURIDAD EN LA UPSE	100%	Devolución de los datos de eventos y sus resultados para proteger al paciente.	100%	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Paciente con tarjetas de identificación y los datos registrados por consulta y emergencia.	100%	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Carta programada por el paciente, con vinculo a los registros en la historia clínica.	100%	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Verificación de la identidad del paciente con el documento antes de cualquier procedimiento.	100%	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el momento del paciente como en el perfil clínico.	100%	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Validación de la identificación correcta de los pacientes antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológico o otros.	0	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Concientización del paciente e familiar responsable sobre su enfermedad, su diagnóstico y pronóstico del mismo, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	0	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Paciente informado al que se le han aplicado sus datos y registros respecto a algún procedimiento o cirugía, entendiendo la forma del consentimiento informado.	0	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Paciente con una tarjeta de hospitalización identificable.	100%	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Validación oportuna del consentimiento de los pacientes y los datos para evitar el uso indebido de algún procedimiento diagnóstico.	100%	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Tener un sistema efectivo de control de las salidas y entradas del servicio de hospitalización.	100%	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Entrevista con el paciente para evitar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de aquellos enfermos y de alta gravedad de fuga se reportó a la autoridad sanitaria.	100%	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Registro en la hoja de recomendaciones hospitalarias el riesgo de fuga del paciente y la actividad de los miembros de supervisión oportuna.	100%	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Entrevista de un procedimiento a paciente que se aplica en caso de fuga de pacientes.	100%	
SEGURIDAD EN LA IDENTIFICACIÓN		Chequeo de identificación de los datos de atención para atender al paciente antes según necesidad oportuna.	100%	



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

FICHA DE EVALUACIÓN

16

UBI:	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCE	PROYECTO:	N° TERRITORIO		AÑO:
EPS:	EMBAJADOR PORCEÑOS	FECHA APLICACIÓN:	ESTADO:	OTRO:	
TITULAR RESPONSABLE UBI:	DR. WALTER TORREALBA VARGAS	RESPONSABLE UBI:	LIC. DAYANA BRITNE FLORES SUZMAN		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ING. RAÚL MELVEY HUARTA QUISPE	RESP. DE LA EPS:	DR. FRANCISCO JAVIER MONTAÑA CUEVAS		
RESP. DE GERENCIAMIENTO EN SALUD:	LIC. ESTHER RODRÍGUEZ RAMÍREZ	RESP. DEL RIESGO CALIDAD:	LIC. LARA ESTHERIZA SUAREZ		
		OTROS RESPONSABLES:			

BARRERA PRÁCTICA	%	VERIFICACION	CUMPLIMIENTO	OBSERVACIONES
EDIFICIO EN LA RESERVA		Existencia de un contrato de alquiler del inmueble conforme con la fecha y las condiciones pactadas en él.	NO CUMPLE	
EDIFICIO EN LA RESERVA		Adecuamiento adecuado de los medicamentos para evitar su deterioro por su control de humedad y de presiones.	NO CUMPLE	
EDIFICIO EN LA RESERVA		Medicamentos en sus envases adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO CUMPLE	
EDIFICIO EN LA RESERVA		Medicamentos e insumos médicos suman por un momento efectivo de control de vencimientos / caducidad.	NO CUMPLE	
EDIFICIO EN LA RESERVA		Profesional encargado de custodia de los productos verifica los 5 servicios para la administración correcta de medicamentos.	NO CUMPLE	
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTROLES MECÁNICOS		En áreas de consulta y de otros lugares donde se atiende tanto de personas físicas o personas naturales como al personal de servicios asociados.	NO CUMPLE	
SEGURIDAD SOCIAL		Información disponible y clara referida a los procedimientos para el pago de los servicios de salud.	NO CUMPLE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La UBIGE proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a personas físicamente y al proceso para obtener atención.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los personal y los familiares reciben información sobre otros servicios de los servicios de la UBIGE.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La atención y la atención del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión sencilla.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se realizan comunicaciones telefónicas entre el jefe de la UBIGE y la Dirección del Establecimiento tanto en temas técnicos como administrativos.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los familiares tienen fácil acceso a la información de la salud que los necesitan para atender al paciente.	NO CUMPLE	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los familiares tienen fácil acceso a la información de la salud que los necesitan para atender al paciente.	NO CUMPLE	
NUMERO DE MARCA	87%	Disponibilidad de dispensadores con preparación de base acuosa para manos.	SI	
NUMERO DE MARCA	87%	Disponibilidad de dispensadores con suministro de agua y jabón.	SI	
NUMERO DE MARCA	87%	Disponibilidad de papel toalla en todas las lavabos.	SI	
NUMERO DE MARCA	87%	Cumplimiento de los 60 por ciento de la distribución de manos (pares y tiempos).	SI	
NUMERO DE MARCA	87%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pares y tiempos).	NO	
NUMERO DE MARCA	87%	Porcentaje de cumplimiento = 80%, del registro de realizar la higiene de las manos durante su actividad profesional de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	
NUMERO DE MARCA	87%	Mensaje y dibujo que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en áreas estratégicas.	NO	
SEGURIDAD	100%	Disponibilidad de botones físicos de acuerdo a las normas.	SI	
SEGURIDAD	100%	Eliminación de material punzante cortante y agudo de acuerdo a las normas.	NO CUMPLE	
SEGURIDAD	100%	Cubierta y estado de las paredes en salas de acuerdo a las normas.	NO CUMPLE	
SEGURIDAD	100%	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	NO CUMPLE	
SEGURIDAD	100%	El personal ha implementado el uso de "Caja Sucia" o Paquete de Sucias para la prevención de las EIAS dentro de la actividad médica.	NO CUMPLE	
SEGURIDAD	100%	Existencia de un plan de actividades de vigilancia epidemiológica activa, pasiva y conjunta de EIAS en la UBIGE.	NO CUMPLE	
SEGURIDAD	100%	Se cuenta al ser atendidos a los pacientes las zonas libres y protegidas de la Ciudad Promotora de Servicio de Salud.	SI	
SEGURIDAD	100%	Se observa el cumplimiento de las reglas y estrategias de la Ciudad Promotora de Servicio de Salud.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Equipos biomédicos esenciales según la normatividad a la UBIGE y de acuerdo al nivel de complejidad.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Equipos biomédicos especiales según la normatividad a la UBIGE y de acuerdo al nivel de complejidad.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Verificación del cumplimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según la normatividad.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Verificación de que la UBIGE cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos (incluye de terceros).	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Verificación de que la UBIGE cumple con ejecutar el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los equipos biomédicos (incluye de terceros) mediante la contratación de los servicios de terceros.	SI	



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

IPRESS	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES	TERRITORIO	IV TRIMESTRE	AÑO:	6
MPRS	ENFERMERÍA POR MUJERES	FECHA ADJUDICACIÓN:		8/2024	2024
TITULAR RESPONSABLE IPRESS	BERNABÉ CONDEYO YANQUE	RESP. ASISTENCIAL:	DR. SIBYRA BEATRIZ FLORES BARRÓN		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN	DR. MARCO HELVER HUAYTA OCHOA	RESP. DE LA UPEU:	DR. FRANCISCO JAVIER MENDOZA CHIROQUE		
RESP. OPTO OPTIMO ENFERMERÍA:	LIC. ESMERALDA RODRIGUEZ BARRÓN	RESP. DE CONTROL CALIDAD:	LIC. LINA ESPINOZA BARRÓN		
		OFICIO RESPONSABLE:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
ACCIONES EN LA ATENCIÓN CLÍNICA	100%
ESTADO DEL PACIENTE EN LA UPEU	75%
SEGURIDAD CLÍNICA	100%
EFECTIVIDAD CLÍNICA	100%
MANEJO DE MEDICACIÓN	87%
SEGURIDAD	100%
MANEJO AMBIENTE Y MANEJO DE RESERVA	100%
<b>PROMEDIO</b>	<b>90%</b>

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO



*[Signature]*  
 Lic. Bernabé Condeyo Yanque  
 COP: 24723  
 ENFERMERA  
 PL. 1001-1002

*[Signature]*  
 Lic. Sibyra Beatriz Flores Barrón  
 COP: 24724  
 ENFERMERA  
 PL. 1001-1002  
**DIRECTOR**

*[Signature]*  
 Lic. Esmeralda Rodríguez Barrón  
 COP: 24726  
 ENFERMERA  
 PL. 1001-1002  
**ADMINISTRADOR**

*[Signature]*  
 Lic. Esmeralda Rodríguez Barrón  
 COP: 24726  
 ENFERMERA  
 PL. 1001-1002

*[Signature]*  
 Lic. Simón Benavente Cruzado  
 COP: 24721  
**ENFERMERA**

*[Signature]*  
 Lic. Enfermería  
 COP: 40000

*[Signature]*

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

**MATRIZ DE RIESGOS**

IPRESS:	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCAYO	TRIMESTRE:	1º TRIMESTRE	AÑO:	20
UPSA:	BOAÑO POR MARCHEA	FECHA APLICACIÓN:			
ESTABLECIMIENTO RESPONSABLE IPRESS:	HERNÁNDOZ DOMÍNGUEZ YAKOU	RESPONSABLE UGSA:	LIC. SILVIA BEATRIZ FLORES GUSMÁN		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DR. RAYCO HILVER HUAYTA GARCÉS	RESP. DE LA UGSA:	DR. FRANCISCO JAVIER ESPINOSA OSORIO		
RESPONSABLE EJECUCIÓN:	LIC. EMILSA RODRÍGUEZ VERA	RESP. OIC RIESGO CALIDAD:	LIC. LYDIA ESPINOZA DÍAZ		
		OTROS RESPONSABLES:			

**PROBABILIDAD**

IMPROBABLE	1
POSSIBLE	4
OCASIONAL	3
INEVITABLE	2

**GRAVEDAD / IMPACTO**

LEVEMENTE	1
IMPORTANTE	3
SEVERO	4
DESBANDADO	2

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

RIESGO BAJO	1 - 3
RIESGO IMPORTANTE	10 - 12
RIESGO ALTO	4 - 18

ESTADÍSTICA	%	DESCRIPCIÓN	COMPLETADO	PROMEDIO	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
ESTADÍSTICA EN LA UGSA	100%	Resumen de rondas de seguridad del paciente en la UGSA en el periodo de la ronda de la seguridad del paciente.	100%	4	1	10
INDICADOR DE EFECTOS	100%	Cumplimiento de los 11 pasos de la ronda de la seguridad del paciente.	100%	7	7	14
INDICADOR DE EFECTOS	100%	Porcentaje de cumplimiento de los 11 pasos de la ronda de la seguridad del paciente en el periodo de la ronda de la seguridad del paciente.	100%	4	1	10
INDICADOR DE EFECTOS	100%	Porcentaje de cumplimiento de los 11 pasos de la ronda de la seguridad del paciente en el periodo de la ronda de la seguridad del paciente.	100%	4	7	10



UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERU Ministerio de Salud

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

PLAN DE ACCIÓN

PROCESO:	HOSPITAL SAN MARTIN DE PORRES	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2020	#	6	
UPSE:	DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES	FECHA APLICACIÓN:	07/2020					(GOBIERNO)
TITULAR RESPONSABLE (PBIER):	NERMAN CONDORI YANQUI	RESPONSABILIDAD:	LIC. BERTHA BEATRIZ FLORES SUZMAN					
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	MRS. MARCO HELVER HUAYTA QUESPE	RESP. DE LA UPSE:	DR. FRANCISCO JAVIER HERRERA CARROQUE					
RESP. DPTO/SERVICIO EMPLEADORA:	LIC. CARMELA RODRIGUEZ MARIÑO	RESP. OFIC. ANUNDO CALIDAD:	LIC. LUIS ESPINOZA QUESPE					
OTROS RESPONSABLES:								

ACTIVIDADES PROBADAS

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (MESSES)
70	MESES DE TRABAJO	Completado de los 17 planes de trabajo de mejora continua y desarrollo	Dependencia del nivel de riesgo	Plan de Gestión de Riesgos	02/2020
84	SEGURIDAD DE LA UPSE	Revisión de los planes de trabajo para el año 2020 y el personal involucrado en el proceso a fin de garantizar la efectividad de los planes.	Revisión por el jefe de Unidad y el personal involucrado. Revisión de los planes de trabajo por el personal involucrado.	Jefes de la UPSE y el Departamento de Gestión de Riesgos	03/2020
85	PROCESO DE TRABAJO	Revisión de los planes de trabajo y el personal involucrado en el proceso a fin de garantizar la efectividad de los planes.	Revisión por el jefe de Unidad y el personal involucrado.	Nivel dependiente de riesgo	03/2020
86	MESES DE TRABAJO	Revisión de los planes de trabajo y el personal involucrado en el proceso a fin de garantizar la efectividad de los planes.	Revisión por el jefe de Unidad y el personal involucrado.	Nivel dependiente de riesgo	03/2020





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

FICHA DE EVALUACIÓN

HISTORIA CLÍNICA		MEDICACIÓN		CUMPLIMIENTO	COMENTARIOS
INFORMACIÓN GENERAL	100%	Registro de la fecha y hora de ingreso en la Historia Clínica y Registros Médicos.	0		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	Registro completo de la historia del paciente: Datos del EGSE, Nº de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Dirección, Parentesco, Teléfono, CIE, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Aparentado y Responsable de ser el caso.	100%		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	Registro de la enfermedad actual.	0		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	Registro de los antecedentes del paciente.	0		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	Registro de los diagnósticos con precisión: CIE-10 y CIE-9 de diagnóstico (primarios y secundarios).	0		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	Registro exhaustivo del tratamiento del paciente (medicamentos, dosis, vía, periodicidad).	100%		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	Registro a detalle en la Historia Clínica de las actividades de enfermería realizadas y procedimientos del paciente.	100%		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	Correspondencia entre el diagnóstico prescrito y el definido con el plan de trabajo en la clínica general y especialidad tratada.	0		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los diagnósticos de apoyo al diagnóstico principal en la clínica general y especialidad tratada.	0		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	Registro del avance del paciente en todas las etapas de la HCl.	0		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún otro tipo de registro institucional.	0		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	Registro completo del consentimiento informado de acuerdo a la normatividad vigente.	0		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	Registro de los riesgos de los procedimientos realizados al paciente.	0		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	La HCl de la Historia Clínica se sigue.	0		
INFORMACIÓN GENERAL	100%	Historia clínica completa y legible.	0		
SEGURIDAD EN LA UTE	100%	Compleción y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	0		
SEGURIDAD EN LA UTE	100%	Mantenimiento de registros para control de asistencia del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	0		
SEGURIDAD EN LA UTE	100%	Personal en función (numeros, horarios, disponibilidad) para atender los casos de personal enfermo que surge al momento de la atención.	100%		
SEGURIDAD EN LA UTE	100%	Personal con nivel de atención de registro y verificación de asistencia y eventos adversos.	0		
SEGURIDAD EN LA UTE	100%	Registro claro y vital de los incidentes y eventos adversos en la Unidad.	0		
SEGURIDAD EN LA UTE	100%	Análisis y plan de acción sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	0		
SEGURIDAD EN LA UTE	100%	Registro claro y vital de actividades de asistencia de trabajo del personal enfermo.	0		
SEGURIDAD EN LA UTE	100%	Utilización del servicio de comunicación telefónica para actividades de atención.	100%		
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Conocimiento del paciente a familiar responsable sobre su enfermedad, su evolución y pronóstico del mismo, al cual debe comunicarse en la información registrada en la historia clínica.	0		
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Paciente informado al que se le han aplicado los cables y registros respecto a algún procedimiento a seguir, entendiendo la firma del consentimiento respectivo.	0		
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Vigilancia constante del comportamiento de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	100%		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Cuido de alta calidad con los recursos humanos para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	100%		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Atenciones de enfermería de los medicamentos para evitar su confusión por los efectos de nombre o de presentación.	100%		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Medicamentos de emergencia adecuadamente etiquetados en caso de urgencias.	100%		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Medicaciones a un mismo paciente con/ sin un medicamento efectivo de control de síntomas / patologías.	100%		
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN		Profesional encargado del control de los procesos verifica los 6 elementos para la administración correcta de medicamentos.	100%	Se trata de errores	
PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DEL RIESGO DE LAS QUEDAS POR CAÍDAS		En casos de inestabilidad y debilidad cognitiva, evitar se coloque bande de protección lateral a cualquier altura cuando el paciente se encuentra acostado.	100%		
PREVENCIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS POR CAÍDAS		Información disponible y clara referida a las intervenciones preventivas de las situaciones de riesgo.	100%		
PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DEL RIESGO DE LAS QUEDAS POR CAÍDAS		Profesional de la gerencia de atención para la prevención y control de riesgos por caídas.	100%		
PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DEL RIESGO DE LAS QUEDAS POR CAÍDAS		Educación al paciente y su familia para la prevención y control de las caídas por caídas.	100%		
PREVENCIÓN Y RESOLUCIÓN DEL RIESGO DE LAS QUEDAS POR CAÍDAS		Planificación, ejecución y monitoreo del programa educativo dirigido a personal, estudiantes y la familia.	100%		
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La UTE proporciona información sobre los servicios, horarios de atención o procesos que facilitan y el proceso para utilizar servicios.	0		

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

FICHA DE EVALUACIÓN

UNIDAD:		FECHA:	MÓDULO:	
HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES		FECHA APLICACIÓN:	ALICIA	GUERRERO
UNIDAD DE REGULATORIO:		RESP. APLICADORAS:	LIC. FLORES GUTIERREZ SONIA BERTHE	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		RESP. DE LA UFG:	DR. CESAR MILTON OCHOA LARACA	
RESP. EFECTIVO INTERVENCIÓN:		RESP. UFG CALIDAD:	LIC. LUIS ESPINOSA ORTIZ	
OTROS RESPONSABLES:				
BUENA PRÁCTICA	%	VERIFICACIÓN	CUMPLIMIENTO	COMENTARIOS
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las prácticas y las fichas de la evaluación están bien ordenadas en los archivos de la UFG.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La comunicación y la educación del personal y de la familia se dan en un idioma comprensible y del paciente de comprensión común.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se utilizan comunicaciones telefónicas entre el jefe de la UFG y la Dirección del Hospital para hacer las veces de las reuniones.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las reuniones de los líderes se ejecutan de la profesión de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las reuniones de los líderes se ejecutan de la profesión de la salud que las necesitan para atender al paciente.	SI	
MANEJO DE RIESGO	80%	Disponibilidad de dispositivos de protección de bases dentales para riesgos.	SI	
MANEJO DE RIESGO	80%	Disponibilidad de bioseguridad con barridos de agua y jabón.	SI	
MANEJO DE RIESGO	80%	Disponibilidad de papel toalla en todas las farmacias.	SI	
MANEJO DE RIESGO	80%	Cumplimiento de las CD para la distribución de mascarillas (químico y quirúrgico).	SI	
MANEJO DE RIESGO	80%	Cumplimiento de las CD para la distribución de mascarillas (químico y quirúrgico).	NO	
MANEJO DE RIESGO	80%	Porcentaje de cumplimiento de 100% del requisito de realizar la limpieza de las manos de acuerdo al estándar de evidencia científica de acuerdo con las CD de bioseguridad de la Unidad de Riesgo.	NO	
MANEJO DE RIESGO	80%	Maneja y dirige que promuevan la adherencia a la higiene de manos mediante su comunicación.	NO	
BIOSEGURIDAD	100%	Disponibilidad de los recursos físicos de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	100%	Eficiencia de material para el lavado y limpieza de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	100%	Cuidado y manejo de los residuos de acuerdo a las normas.	SI	
BIOSEGURIDAD	100%	Cumplimiento de las prácticas de aislamiento.	SI	
BIOSEGURIDAD	100%	El diseño de intervención al uso de "Cero Contacto" e "Ingreso de Medicos" para la prevención de las IMR basadas en evidencia científica.	NO	
BIOSEGURIDAD	100%	Evidencia de ejecución de actividades de vigilancia epidemiológica entre, dentro y alrededor de UFG en la UFG.	NO	
BIOSEGURIDAD	100%	Se ejecuta el plan de actividades de vigilancia de los casos de IMR y vigilancia de la Unidad Promotora de Salud de Salud.	SI	
BIOSEGURIDAD	100%	Se ejecuta el plan de actividades de los casos de IMR y vigilancia de la Unidad Promotora de Salud de Salud.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Reserva de equipos médicos según la competencia de la UFG y de acuerdo al nivel de complejidad.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Reserva de equipos médicos según la competencia de la UFG y de acuerdo al nivel de complejidad.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Verificación del funcionamiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos médicos, según la competencia.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Verificación de que la UFG cumple con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos médicos (incluyendo los nuevos), respecto al cumplimiento de los requerimientos de mantenimiento.	SI	
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%	Verificación de que la UFG cumple con el Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos médicos (incluyendo los nuevos), respecto al cumplimiento de los requerimientos de mantenimiento.	SI	



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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

UNIDAD:	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCE	TRIMESTRE:	4 trimestre	Año:	2014
USP:	MEDICINA DE REHABILITACIÓN	FECHA APLICACIÓN:	01/12/2014 (08/11/2014)		
TITULAR RESPONSABLE USP:	BERNAL CONCHA YANQUE	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. FLORES GUZMÁN SETHUA BEATRIZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ING. HUAYTA QUISPE MARCO HELYER	RESP. DE LA USP:	DR. CESAR ALTOVA CUSQUEZ LUPACA		
RESP. DPTO/DEPARTAMENTO ENFERMERÍA:		RESP. DPTO. AMBITO CALIDAD:	LIC. LETA ESPINOZA DAISY		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
RESISTENCIA EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LA USP	100%
EDUCACIÓN EN CALIDAD	100%
FORMACIÓN CONTINUA	100%
MANEJO DE RIESGO	87%
SEGURIDAD	84%
PLAN DE MANEJO Y MONITOREO DE RIESGOS	83%
PROMEDIO	84%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

84%

  
 BERNAL Concha Yunque  
 COP: 30025  
 BOGOTE ADMINISTRATIVO  
 RESOLUCIÓN 000000

  
 FLORES GUZMÁN SETHUA BEATRIZ  
 COP: 30025 - 1990 0001  
 DIRECTOR

  
 LETA ESPINOZA DAISY  
 COP: 30025 - 1990 0001  
 ADMINISTRADOR

  
 FLORES GUZMÁN SETHUA BEATRIZ  
 COP: 30025 - 1990 0001  
 DIRECTOR

  
 FLORES GUZMÁN SETHUA BEATRIZ  
 COP: 30025 - 1990 0001  
 DIRECTOR

  
 LETA ESPINOZA DAISY  
 COP: 30025 - 1990 0001  
 ADMINISTRADOR









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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:		AÑO:	
HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES	FECHA APLICACIÓN:	TRIMESTRE	AÑO
UPISA	RESP. EFECTUADOR(A):	EPIDEMIOLOGÍA	(COMISSAAMA)
TITULAR RESPONSABLE PRESI:	RESP. DE LA UPISA:	LIC. FLORELI QUISMAN ESTHINA DE ATRE	
RESP. DE ADSCRIPCIÓN:	RESP. OFIC. AMBITO CALIDAD:	DR. CESAR WILTON CHAVEZ LUPINCA	
RESP. OFIC. ASISTENCIA FARMACÉUTICA:	OTROS RESPONSABLES:	LIC. LIDA ESPINOZA GUEPPE	

ACTUACIONES PRIORIZADAS

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (Meses/años)
78	INDICADOR DE RIESGO	Presencia de carpetas de ROP, de acuerdo a lo indicado en la Hoja de los eventos. Aunque en la Unidad se han realizado actividades de capacitación en la gestión de riesgos.	Capacitación de los 05 miembros del Comité de Riesgo.	Equipo de Ingeniería de Riesgo	12 MESES
84	INDICADOR DE RIESGO	Compartidos de los 11 años del análisis de riesgos (riesgo y beneficio)	Capacitación de los 11 años de riesgo de lesiones (riesgo y beneficio)	Equipo de Ingeniería de Riesgo	180 DÍAS
78	INDICADOR DE RIESGO	Manejo y atención que promuevan la adherencia a la Hoja de eventos (calidad) en el establecimiento.	Se debe establecer indicadores y realizar la Hoja de eventos	Area de Calidad	180 DÍAS

APLICATIVO DE Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud

FICHA DE EVALUACIÓN

UPEL:		Hospital San Martín de Porres		Tercera Etapa		Instituto		Ejido	
UPSE:		PEDIATRIA CUENTA		FICHA APLICACION					
RESPONSABLE UPSE:		DR. SERRANO CONDOR WANGU		RESP. ASISTENTE SOCIAL		LIC FLORENCE SUZUKAN SANCHEZ BASTIEN			
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:		DR. WILLY RAMIRO MENDOZA		RESP. DE LA UPEL		LIC. FREDY ANDRÉS VILLARINO			
RESP. EJECUTIVO DE SUPERVISIÓN:		LIC. CARLOS RAMIREZ CORDAZ		RESP. UPEL WANGU CALIZO		LIC. JESSA ESTEBAN CORDAZ			
				OFICINA RESPONSABLE(S):					
INDICADOR	%	DESCRIPCIÓN	COMPLIMIENTO	DEFECCIONES					
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La comunicación y la atención del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y son claros de comportamientos.	SI						
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Se aplican los protocolos de atención, tanto el de la UPEL y la División del Establecimiento tanto de rondas físicas como administrativas.	SI						
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las técnicas utilizadas están a disposición de los profesionales de la salud que los utilizan para atender al paciente.	SI						
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Las técnicas utilizadas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SI						
USO DE MANOS	85%	Disponibilidad de agua corriente con jabón para lavado de manos.	SI						
USO DE MANOS	85%	Disponibilidad de jabón con espuma de agua y jabón.	SI						
USO DE MANOS	85%	Disponibilidad de papel toalla en todas las áreas.	SI						
USO DE MANOS	85%	Completar de los 30 segundos de lavado de manos (agua y jabón).	NO						
USO DE MANOS	85%	Completar de los 15 segundos de lavado de manos (agua y jabón).	NO						
USO DE MANOS	85%	Porcentaje de cumplimiento > 95%, del respeto de realizar la higiene de las manos durante la atención profesional de acuerdo con los procedimientos de la UPEL de salud.	NO						
USO DE MANOS	85%	Mensaje y flujo que promuevan la adherencia a la higiene de las manos con otros comportamientos.	NO						
SEGURIDAD	85%	Disponer de niveles adecuados de oxígeno en las salas.	SI						
SEGURIDAD	85%	Disponer de material para curar y sellar de acuerdo a las normas.	SI						
SEGURIDAD	85%	Cultivo y manejo de los cultivos de acuerdo de acuerdo a normas.	NO						
SEGURIDAD	85%	Cumplimiento de las normas de aislamiento.	SI						
SEGURIDAD	85%	El servicio ha implementado el uso de "Cama Simple" a "Cama Doble" para la promoción de los DUS dentro de servicios médicos.	NO						
SEGURIDAD	85%	Existencia de evidencia de actividades de vigilancia epidemiológicas físicas, químicas y biológicas de DUD en la UPEL.	NO						
SEGURIDAD	85%	Se cuenta con el manual de procedimientos de curar, sellar y amarrar de la Unidad Funcional de Servicio de Salud.	SI						
SEGURIDAD	85%	Se cuenta con el registro del curar, sellar y amarrar de la Unidad Funcional de Servicio de Salud.	SI						
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	85%	Equipos biomédicos esenciales según le corresponde a la UPEL y de acuerdo al nivel de complejidad.	SI						
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	85%	Equipos biomédicos esenciales según le corresponde a la UPEL y de acuerdo al nivel de complejidad.	SI						
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	85%	Verificación del cumplimiento del personal sobre el funcionamiento de los equipos biomédicos, según responsabilidad.	SI						
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	85%	Verificar de que la UPEL cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye las normas).	NO						
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	85%	Verificar de que la UPEL cuenta con el registro de Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (incluye las normas), mediante la identificación de los responsables (jefes).	SI						

4



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

FICHA DE EVALUACIÓN

IPSE:	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORO	TURNO:	19 de mayo 2018	
UPSE:	NEFROLOGÍA CLÍNICA	FECHA APLICACIÓN:	09:00 AM	09:30 AM
TITULAR RESPONSABLE UPSE:	DR. WILFRIDO DOMÍNGUEZ RAMÍREZ	RESP. DE LA UNIDAD:	LIC. FLORENTINO SUAREZ SUAREZ SUAREZ	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DR. MARÍA CRISTINA MACO HELIOTE	RESP. DE LA UPM:	LIC. FLORENTINO SUAREZ SUAREZ	
RESP. DE COORDINACIÓN ENFERMERÍA:	LIC. EMILIA SUAREZ SUAREZ	RESP. DE COORDINACIÓN CALIDAD:	LIC. LIDIA SUAREZ SUAREZ	
		OTROS RESPONSABLES:		

INDICADOR PRÁCTICA	%	DESCRIPCIÓN	CUMPLIMIENTO	COMENTARIOS
NEFROLOGÍA CLÍNICA	100%	Registro de la fecha y hora de admisión en la Historia Clínica y/o Registro Médico.	SI	
NEFROLOGÍA CLÍNICA	100%	Registro completo de la evolución del paciente desde el ingreso al HCU, historia y evolución del paciente, Logro y falta de logro de objetivos, Signos vitales, Frecuencia, Talla, Peso, Oxi, Saturo, Examen físico, Medicación, Diagnóstico, Revisión, Análisis de laboratorio y Radiología de ser el caso.	SI	02/05/18
NEFROLOGÍA CLÍNICA	100%	Registro de la información actual.	SI	02/05/18
NEFROLOGÍA CLÍNICA	100%	Registro de los antecedentes del paciente.	SI	02/05/18
NEFROLOGÍA CLÍNICA	100%	Registro de los diagnósticos con precisión DSM-IV o ICD-10 de enfermedades prevalentes e infrecuentes.	SI	02/05/18
NEFROLOGÍA CLÍNICA	100%	Registro e inclusión en la Historia Clínica de los resultados de exámenes previos y posteriores del paciente.	SI	02/05/18
NEFROLOGÍA CLÍNICA	100%	Registro del nombre del paciente en todos los tipos de la HCU.	SI	02/05/18
NEFROLOGÍA CLÍNICA	100%	En caso de internar paciente en evento adverso, este ha sido registrado en la HCU y se sigue hasta de egreso satisfactorio.	SI	02/05/18
NEFROLOGÍA CLÍNICA	100%	Registro completo del consentimiento informado de acuerdo a la complejidad del caso.	SI	02/05/18
NEFROLOGÍA CLÍNICA	100%	Registro de los informes de los procedimientos realizados al paciente.	SI	02/05/18
NEFROLOGÍA CLÍNICA	100%	La lista de la Historia Clínica se sigue.	SI	02/05/18
NEFROLOGÍA CLÍNICA	100%	Historia clínica ordenada y legible.	SI	02/05/18
SEGURIDAD EN LA UPSE	80%	Desarrollo y verificación de la planeación y priorización del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSE	80%	Mantención de registros para cubrir la atención del personal programado en el servicio a fin de garantizar la atención de los pacientes.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSE	100%	Personal de formación (teórica, práctica, simulación y otros) documentado que brinda un personal competente que atiende al rol de la UPM y la UPSE.	SI	02/05/18
SEGURIDAD EN LA UPSE	80%	Personal con una del sistema de registro y verificación de incidentes y eventos adversos.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSE	80%	Registro físico y/o digital de los incidentes y eventos adversos en la UPSE.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSE	80%	Avance y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSE	80%	Registro físico y digital de verificación de incidentes de riesgo del personal asistencial.	SI	
SEGURIDAD EN LA UPSE	80%	Clasificación del formato de consentimiento informado para actividades de atención.	SI	02/05/18
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Paciente con el aspecto de identificación y con sus registros con actualizados y completos.	SI	02/05/18
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Cover personal para el paciente con el nombre de los registros en la historia clínica.	SI	02/05/18
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Verificación de la identidad del paciente por el personal antes de cualquier procedimiento.	SI	02/05/18
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Identificación de riesgo de caídas del paciente antes del ingreso del paciente con el nivel de riesgo.	SI	02/05/18
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Verificación de la identificación correcta de los pacientes antes de realizar los exámenes de laboratorio, radiológico e imágenes.	SI	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Comunicación del paciente a Special Response sobre los procedimientos, la atención y pronóstico del caso, el cual debe concordar con la información registrada en la historia clínica.	SI	02/05/18
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	100%	Paciente informado al que se le ha explicado sus datos y registros médicos e algún procedimiento o cirugía, incluyendo la firma del consentimiento informado.	SI	02/05/18
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Paciente con un tipo de guardia nocturna identificada.	SI	02/05/18
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES		Verificar servicios de telefonías de los pacientes y los visitas para evitar el uso inadecuado de algunos procedimientos médicos.	SI	02/05/18
SEGURIDAD EN LA INICIACIÓN		Atenciones o servicios de los medicamentos para evitar los errores por no control de dosis e de prescripción.	SI	02/05/18
SEGURIDAD EN LA INICIACIÓN		Medicamentos o servicios administrados correctamente de cada de registros.	SI	02/05/18
SEGURIDAD EN LA INICIACIÓN		Medicamentos o servicios administrados correctamente de cada de registros de atención / enfermería.	SI	02/05/18
SEGURIDAD EN LA INICIACIÓN		Procedimientos médicos de acuerdo de los pacientes según los estándares para la administración correcta de medicamentos.	SI	02/05/18
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONCIENCIA DE RIESGO		En caso de paciente y familia con riesgo de caídas se otorga la atención de prevención de caídas y se realiza educación oportuna al personal de enfermería.	SI	02/05/18
SEGURIDAD SOCIAL		Información oportuna y clara referida a los procedimientos para los procedimientos médicos.	SI	02/05/18
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	La UPSE proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y al proceso para obtener servicios.	SI	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%	Los personal y los familiares recibir información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSE.	SI	





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

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

INSTITUCIÓN:	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES	TRIMESTRE:	1º Trimestre	AÑO:	2013
FECHA APLICACIÓN:		RESP. EPIDEMIOLÓGICA:	DR. FLORENTINO GONZÁLEZ	RESP. DE LA UPAE:	LIC. FREDY ADRIAN VALERIANO
RESP. RESPONSABLE UPAE:	HELENA GONZÁLEZ YANZON	RESP. OHC/AMBAZ. CICLICAS:	LIC. LINA ESPINOZA GONZÁLEZ	OTROS RESPONSABLES:	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	DR. MARYTA DÍAZ DE BELVER				
RESP. OPTIMIZACIÓN DE SERVICIOS:	LIC. SILVANA RODRÍGUEZ MANO				

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
RESUMEN EN LA ESTERILIDAD CLÍNICA	100%
SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN LA UPAE	80%
SEGUIMIENTO CLÍNICO	100%
COMUNICACIÓN INTERNA	100%
MANEJO DE MEDICAMENTOS	80%
SEGURIDAD	80%
MANEJO DE EQUIPOS Y MATERIALES DE TOQUE	80%
PROMEDIO	84%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

84%

HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES  
 MINISTERIO DE SALUD  
 DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA TECNICA Y LOGISTICA  
 DIRECTOR

HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES  
 DIRECTOR

HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES  
 ADMINISTRADOR  
 CIP. 247790

HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES  
 ENFERMERA  
 CIP. 87991

HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORCES - BOGOTÁ  
 ENFERMERA  
 CIP. 87991

X

LIC. EN ENFERMERIA  
 CIP. 40909



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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:	FECHA APLICACIÓN:	FECHA:	9
IPRES:	HOSPITAL SAN MARTÍN DE POROS	07/2024	(XXXXXXXXXX)
UPRES:	PATOLOGÍA CLÍNICA		
TITULAR RESPONSABLE IPRES:	HELENA CONDORI TANGUI		
RESP. DE ADMISTRACIÓN:	MILVUJTA GUSPE MACO HELLER		
RESP. OPTOSERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ESTHERA RODRIGUEZ BARRIO		
<b>ACTORES INVOLUCRADOS</b>			

ACTORES INVOLUCRADOS

PROBLEMA	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR RIESGO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (FAMILIA)	PLAZO (días/semanas)
42	RIESGO DE MANOS	Comparación de los 10 puntos de la lista checklist de manos (antes y después)	Capacitación sobre higiene de manos	Área de Epidemiología - Cobal	08/01/2024
76	SEGURIDAD EN LA UPR	Revisión de los 10 puntos de la lista checklist y manejo de acciones de riesgo	Implementación de registros de riesgo de los sistemas y acciones de riesgo en la UPR	UPRA, Farmacia Clínica	08/01/2024
105	PRONOCIÓN Y MANEJO DE FARMACOS	Revisión de uso de UPR, manejo con el Plan Anual de Medicación y Planificación de todos los riesgos de seguridad	Revisión de uso de medicamentos y seguimiento del riesgo de seguridad	UPRA, Farmacia Clínica	08/01/2024
107	RIESGO DE MANOS	Monitoreo y chequeo las prácticas de higiene de manos en unidades de atención	Revisión sobre monitoreo y reporte al Área de Epidemiología	UPRA, Farmacia Clínica	08/01/2024
85	RIESGO DE MANOS	Comparación de los 10 puntos de la lista checklist de manos (antes y después)	Capacitación sobre higiene de manos	Área de Epidemiología - Cobal	08/01/2024
108	SEGURIDAD	El servicio de hospitalización de uso de "Open Quality" y chequeo de Medicación para el paciente de los 1000 pacientes de internación	Revisión de implementación y monitoreo de acciones de riesgo para el paciente de los 1000 pacientes en unidades de atención	Área de Epidemiología	08/01/2024
86	RIESGO DE MANOS	Planificación de implementación de UPR, seguimiento de calidad de higiene de manos durante su implementación de los 1000 pacientes de internación	Capacitación sobre higiene de manos	Área de Epidemiología - Cobal	08/01/2024

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

**MATRIZ DE RIESGOS**

UNIDAD:		TELÉFONO:	ESTRUCTURA:	AÑO:	Nº:
UBICACIÓN:	HOSPITAL SAN MARTÍN DE PORRES	FECHA APLICACIÓN:	GRUPO:	(GRUPO/ÁREA)	
UNIDAD:	PATOLOGÍA CLÍNICA	RESP. ADMINISTRATIVO:	LIC. FLORES SUCRÁS BEATRIZ BEATRIZ		
TITULAR/RESPONSABLE UNIDAD:	HERNÁNDEZ JONHON YANQUE	RESP. DE LA UNIDAD:	LIC. FREDY ANGLAR VALERIANO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	MELÉNDEZ DORIS MARCO NELVER	RESP. OFICINA DE CALIDAD:	LIC. LINA ESPINOZA CHIRE		
RESP. APLICACIÓN ESPERANZA:	LIC. ESKELER RODRIGUEZ BRUNO	OTROS RESPONSABLES:			

**PROBABILIDAD**

IMPOSIBLE	1
PROBABLE	4
OCASIONAL	3
INFRECUENTE	2
IMPOSIBLE	1

**GRAVEDAD / IMPACTO**

CRUCIAL/GRUPO	16
INSIGNIFICANTE	7
SEVERO	4
TOLERABLE	2
IMPOSIBLE	1

**VALORACIÓN DEL RIESGO**

RIESGO INSIGNIFICANTE	16 - 21
RIESGO IMPORTANTE	20 - 36
RIESGO SEVERO	4 - 16

ACTIVIDADES	Nº	DESCRIPCIÓN	COMPLETADO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
SEGURIDAD EN LA UNIDAD	001	Proceder de acuerdo a los protocolos y normas de la unidad.	100%	1	7	7
PROBABLE	002	Completar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	3	7	21
OCASIONAL	003	Completar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	4	7	28
INFRECUENTE	004	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	2	7	14
IMPOSIBLE	005	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	006	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	007	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	008	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	009	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	010	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	011	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	012	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	013	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	014	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	015	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	016	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	017	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	018	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	019	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	020	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	021	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	022	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	023	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	024	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	025	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	026	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	027	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	028	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	029	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7
IMPOSIBLE	030	Realizar de forma oportuna el formulario de reporte de incidentes.	100%	1	7	7