

MINISTERIO DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA II-2 YURIMAGUAS
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

EQUIPO DE GESTIÓN 2023
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
Director Ejecutivo

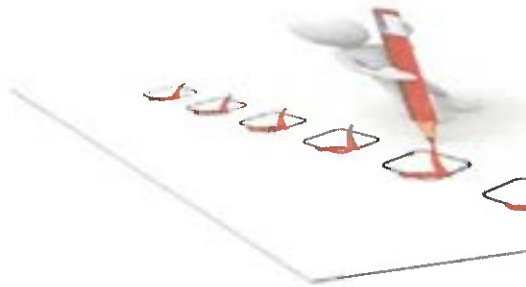
OBST. VICENTE VALENTÍN MARIANO
Director Adjunto

C.P.C. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO
Director Administrativo

C.P.C. EINER SALAZAR JARA
Jefe Oficina de Planeamiento Estratégico

C.P.C. JOSEPH ABAD RODRÍGUEZ
Jefe Oficina de Logística

C.P.C. DORIS CONSUELO SÁNCHEZ MORI
Jefe Unidad de Recursos Humanos



Elaborado por:

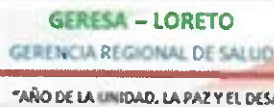
UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

- **LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA DE FLORES**
Jefa de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad
Coordinadora de Rondas de Seguridad del Paciente



YURIMAGUAS/PERÚ

JULIO – 2023



"INFORME DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – I SEMESTRE 2023"

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 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 la actualidad 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 Funcional de Gestión de la Calidad del Hospital Santa Gema, en este primer semestre 2022, 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.

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.
- ✓ 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".
- ✓ R.D. N° 040-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba el "Comité de Gestión de la Calidad en Salud 2023", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- ✓ R.D. N° 060-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud – 2023", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.



- ✓ R.D. N° 086-2022-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba el "Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud – 2022", del Hospital Santa Gema de Yurimaguas.
- ✓ R.D. N° 048-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba el "Comité de Auditoría Médica 2023", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- ✓ R.D. N° 064-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba el "Plan Anual de Auditoría de la Calidad de Atención 2023", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- ✓ R.D. N° 049-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba el "Equipo de Proyectos de Mejora de la Calidad de Atención en Salud – 2023", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- ✓ R.D. N° 050-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba el "Comité de Seguridad del Paciente – 2023", del Hospital Santa Gema de Yurimaguas.
- ✓ R.D. N° 095-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba el "Comité de Gestión de la Historia Clínica – 2023", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- ✓ R.D. N° 027-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba el "Comité Local de Prevención y Control de IASS – 2023", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- ✓ R.D. N° 036-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba la conformación del "Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente – 2023", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- ✓ R.D. N° 037-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba el "Cronograma de las Rondas de Seguridad del Paciente – 2023", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

II. OBJETIVOS

- **General:** Instaurar una cultura de Buenas Prácticas de Atención, e incrementar la Seguridad del Paciente en el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, a través de la implementación 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 Santa Gema de Yurimaguas.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las Rondas de Seguridad del Paciente, tiene como ámbito de aplicación los servicios asistenciales del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

IV. GENERALIDADES

- ❖ El Hospital Santa Gema de Yurimaguas se encuentra ubicado en la ciudad de Yurimaguas capital de la Provincia de Alto Amazonas de la Región Loreto.
- ❖ Es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Nivel II-2; cuya Unidad Ejecutora: es la 405 – 1407, de la Región Loreto. Orgánicamente depende de la Gerencia Regional de Salud Loreto.
- ❖ Constituye un Órgano desconcertado de la Red de Salud de Alto Amazonas de la DIRESA Loreto.
- ❖ Su funcionamiento como Hospital data del año 1943, es decir hace 80 años.
- ❖ En la actualidad, desde el mes de mayo del año 2021 viene funcionando en su nueva infraestructura, cuya dirección actual es calle Ucayali Mza. G – Lote 07.

Oferta de Servicios:

- ✓ La cartera de servicios del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, cuenta con las siguientes especialidades médicas: Medicina Interna, Medicina Familiar, Medicina Física y Rehabilitación, Reumatología, Neumología, Neurología, Hematología, Infectología, Dermatología, Gastroenterología, Cardiología, Oftalmología, Psiquiatría, Otorrinolaringología, Endocrinología, Pediatría – Neonatología, Ginecología, Cirugía General, Cirugía pediátrica, Traumatología y Ortopedia, Urología, 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 **Servicios de Apoyo al Diagnóstico en Farmacia, Laboratorio y Diagnóstico por imágenes** las 24 horas del día.

V. DESARROLLO DEL PROCESO DE APLICACIÓN 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 Santa Gema de Yurimaguas, fue aprobado mediante Resolución Directoral N° 036-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01.
- ✓ Está conformado por los siguientes Integrantes:

· Director Ejecutivo	M.C.E. Jorge Alberto Mercado Seancas
· Director Administrativo	CPC Estefanía Tuesta Panduro
· Jefe Unidad de Gestión de la Calidad – Secretario Técnico.	Lic. Enf. Fabricia Reátegui Dávila
· Jefe de la Unidad de Epidemiología.	Lic. Enf. Gretty Fiorella Torres tello
· Jefe del Departamento de Enfermería.	Lic. Enf. Bonnie Von Bancel Angulo
· Jefe del Servicio de Farmacia.	Q.F. Alexander Tito Pacheco Rojas
· Jefe del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos.	M.C.E. José Luis Millones Vásquez
· Jefe del Servicio de Medicina y sub especialidades.	M.C.E. Giovana Beltrán Gala
· Jefe del Servicio de Cirugía y Traumatología.	M.C.E. Víctor Hugo Lock Govea
· Jefe del Servicio de Pediatría y Neonatología.	M.C. Luz Angélica Leyva velásquez
· Jefe del Servicio de Gineco – Obstetricia.	M.C.E. Yin Choy Gómez
· Jefe del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico.	M.C.E. Fernando Ramos Escalante

Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente:

- ✓ El Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente año 2023, fue reconocido mediante Resolución Directoral N° 037-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01, de fecha 30 de enero del 2023.



CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - AÑO 2023



IPRESS
RESPONSABLE IPRESS

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS - II-2
M.C. JORGE A. MERCADO SEANCAS

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	31/ 01 /2023	10:00 am.

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	24/ 02 /2023	10:00 am.

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	24/ 03 /2023	10:30 am.

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	26/ 04 /2023	10:00 am.

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	26/ 05 /2023	10:00 am.

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	26/ 06 /2023	10:00 am.

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	27/ 07 /2023	10:00 am.

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	28/ 08 /2023	10:00 am.

SEPTIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	27/ 09 /2023	10:00 am.

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	27/ 10 /2023	10:00 am.

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	24/ 11 /2023	10:00 am.

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	15/ 12 /2023	10:00 am.

SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
LIC. JORGE A. MERCADO SEANCAS
CNP. 52751. ROL. 000827

Título / Director de la Hospital

SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
BIO. GABRIEL JUAN ESPINOZA TELLO
CNP. 52751. ROL. 000827
Jefe de la Unidad de Epidemiología

SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
LIC. EMP. FRANCISCA ROSALES DAVILA
CNP. 52751. ROL. 000827
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

SECRETARÍA REGIONAL DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
LIC. EMP. FRANCISCA ROSALES DAVILA
CNP. 52751. ROL. 000827
Jefe del servicio de Enfermería

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 2023, el cual fue aprobado mediante Resolución Directoral N° 060-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01.
- ✓ Las Rondas de Seguridad del Paciente, es ejecutada por el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- ✓ Las RSP 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".



VI. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

6.1. RESULTADOS

A. CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS:

En este I semestre año 2023, fueron evaluados las siguientes UPSS:

1. Servicio de Patología Clínica (31/01/2023).
2. Servicio de Nutrición y Dietética (24/02/2023).
3. Servicio de Cirugía Hospitalización (24/03/2023).
4. Servicio de Neumología-Hospitalización (28/04/2023).
5. Servicio de Centro Quirúrgico (26/05/2023).
6. Unidad de Cuidados Críticos (26/06/2023).

1. CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS - I SEMESTRE 2023.

Cumplimiento de las Buenas Prácticas en la Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente por UPSS			
Fecha	UPSS	% Cumplimiento	Resultado de valoración de Riesgo
31/01/2023	Patología Clínica	63.00%	Intolerable
24/02/2023	Nutrición y Dietética	55.00%	Intolerable
24/03/2023	Hospitalización - Cirugía	53.00%	Intolerable
28/04/2023	Hospitalización - Neumología	65.00%	Intolerable
26/05/2023	Centro Quirúrgico	79.00%	Importante
26/06/2023	Cuidados Críticos	88.00%	moderado
Total		67.20%	Importante

ANÁLISIS:

- En el cuadro observamos que el 67% de servicios evaluados, califican dentro de riesgo Intolerable (04 servicios).
- El servicio de Centro Quirúrgico califica con Riesgo Importante, y la Unidad de Cuidados Críticos – UCI – UVI, tiene Riesgo Moderado.
- En general, el promedio de Riesgo en este I trimestre 2023, califica dentro de Riesgo Importante con 67.2% de cumplimiento.
- Es importante poner mayor énfasis en levantar las observaciones de los verificadores inseguros, sobre todo aquellos que puedan solucionarse en corto plazo.
- Las jefaturas de servicio, deberán implementar planes de mejora y ejecutarlos, a fin de levantar las observaciones de los verificadores inseguros.



2. ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN LA APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS – I SEMESTRE 2023.

ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS - I SEMESTRE 2023

Fecha	UPSS	% de cumplimiento
Enero	Patología Clínica	100.00%
Febrero	Nutrición y Dietética	84.00%
Marzo	Hospitalización - Cirugía	70.00%
Abril	Hospitalización - Neumología	78.00%
Mayo	Centro Quirúrgico	100.00%
Junio	UCI - UVI	88.00%
Total		86.70%

- En este I semestre del presente año 2023, se logró implementar el 86.7% % de las Acciones de Mejora.
- Los servicios de Patología Clínica y Centro Quirúrgico, lograron implementar el 100% de las Acciones de Mejora.
- El servicio de Cirugía hospitalización, fue el que implementó en menor porcentaje (70%), seguido del servicio de Neumología (78%).

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

1. SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA

El servicio de Patología Clínica, ha logrado la implementación del 100% de las acciones correctivas.

2. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

- El servicio de Nutrición y Dietética, implementó el 84% de sus acciones de mejora.
- Las acciones de mejora no implementadas fueron:
 - Implementación de la historia nutricional del adulto y del niño / niña y su incorporación a la historia clínica.
 - Implementación de un plan anual de mantenimiento preventivo de todos los equipos industriales del servicio.
 - Implementación de un plan anual de mantenimiento preventivo de todos los equipos industriales del servicio.

3. CIRUGÍA – HOSPITALIZACIÓN

- El servicio de Cirugía – Hospitalización, implementó el 70% de sus acciones de mejora.
- Las acciones de mejora no implementadas fueron:
 - Socialización de la guía nacional de la curación de úlceras por presión al personal del servicio
 - capacitación al personal del servicio sobre el adecuado seguimiento de los pacientes con úlceras por presión.
 - Realizar el protocolo sobre prevención de suicidio y lesiones.
 - Elaborar protocolo en caso de fuga de paciente.
 - Elaborar protocolo sobre caídas de pacientes y contención mecánica.
 - Solicitar a ing. hospitalaria el plan anual de mantenimiento preventivo de todos los equipos biomédicos del servicio.
 - Solicitar a ing. hospitalaria la revisión de los equipos biomédicos del servicio según plan anual de mantenimiento preventivo.



- implementar el care bundle.
- capacitación de personal de enfermería sobre la valoración del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes.
- solicitar a epidemiología programar una charla educativa sobre los cinco momentos de la higiene de manos.
- socialización al personal sobre la evaluación del riesgo del paciente de ser víctima de agresión sexual.
- exigir a los médicos de las diferentes especialidades tener actualizadas las historias clínicas.
- contar con protocolo para su difusión para el personal del servicio

4. NEUMOLOGÍA – HOSPITALIZACIÓN

- El servicio de Neumología – Hospitalización, implementó el 78% de sus acciones de mejora.
- Las acciones de mejora no implementadas fueron:
 - Seguimiento para que los personales de salud cumplan con más del 80% del requisito para realizar la higiene de manos durante la actividad asistencial.
 - Se revisará las guías de atención para prevención y control de UPP y se implementará en el servicio.
 - Se realizará el seguimiento para verificar el cumplimiento del plan anual de mantenimiento preventivo de quipos biomédicos.
 - Se hará seguimiento para que se realice la recepción de un paciente explicando la prohibición de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.
 - Se hará seguimiento para que el personal realice identificación de paciente en riesgo de suicidio.
 - Se hará seguimiento para cumplir con el protocolo de prevención de conductas suicidas.
 - Se implementará en la unidad información sobre consecuencias penales de las agresiones sexuales.

5. CENTRO QUIRÚRGICO

- El servicio de Centro Quirúrgico, implementó el 100% de sus acciones de mejora.

6. UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

- La Unidad de Cuidados Críticos, implementó el 88% de sus acciones de mejora.
- Las acciones de mejora no implementadas fueron:
 - Implementación de la escala de valoración del riesgo de suicidio en coordinación con el Servicio de Psicología, además de la solicitud de capacitación.

VII. CONCLUSIONES

- El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente 2023, ejecutó las actividades del I semestre según el Cronograma establecido.
- El Cronograma anual de la Rondas de Seguridad del Paciente año 2023, fue aprobado con R.D. N° 037-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01.
- Se realizó una Ronda de Seguridad por mes, rotando las distintas áreas asistenciales elegidas al azar con la presencia de todos 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.
- Los servicios evaluados en este I semestre 2023 fueron: Servicio de Patología Clínica, Servicio de Nutrición y Dietética, Cirugía Hospitalización, Neumología Hospitalización, Centro Quirúrgico y Unidad de Cuidados Críticos.
- Cada Ronda de Seguridad generó un reporte y un Acta que serán presentadas al Comité de Calidad, al Comité de Seguridad del Paciente y al área inspeccionada con el fin de definir acciones de mejora, enmarcado dentro de planes o proyectos de mejora continua.



- El Secretario Técnico ingresó los datos e información recogida en la herramienta informática de Rondas de Seguridad del paciente.
- Las visitas se realizaron entre las 10 am y 12 m; 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.
- El porcentaje de acciones de Mejora implementadas fue de 86.7%.
- El porcentaje de cumplimiento de Buenas prácticas fue de 66.8%.
- 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 den la medicación.
 - Prevención de la caída de pacientes y contención mecánica.
 - Seguridad sexual.
 - Prevención y reducción de riesgo de úlceras por presión.
 - Prevención del suicidio y lesiones.
 - Comunicación efectiva.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Mejorar los procesos de atención de la salud de los usuarios externos, identificando la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios hospitalarios del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
2. Desarrollar actividades de enseñanza aprendizaje con el personal profesional y no profesional, respecto a las prácticas seguras en la Seguridad del paciente.
3. Recibir las sugerencias y/u observaciones de los pacientes y familia, a fin de identificar mejoras para el servicio visitado.
4. Comprometer a todo el personal del servicio visitado, en la implementación y ejecución de actividades de Mejora para su servicio.
5. Los servicios deben implementar de forma permanente el sistema de vigilancia, registro y notificación de Eventos Adversos.
6. Las jefaturas de servicio deberán realizar el monitoreo diario del cumplimiento correcto de la Higiene de Manos.
7. Las jefaturas deben realizar la socialización de las Normas Técnicas emanadas por el MINSA, e implementar su uso respectivo.
8. Vigilar el cumplimiento de la Norma Técnica de Gestión de la Historia Clínica.
9. 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.
10. El servicio de Farmacia, deberá realizar la supervisión y monitoreo permanente del adecuado uso, manejo, conservación de los medicamentos.
11. Cada servicio deberá contar con el plan de mantenimiento de sus equipos biomédicos.
12. Mantener una adecuada comunicación, personal de salud – paciente y familia, respecto a los aspectos relacionados a su enfermedad.
13. 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, suicidio, entre otras.
14. El servicio de vigilancia deberá implementar el Protocolo de Fuga de paciente.



IX. ANEXOS

1. HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN (anexo 03) SERVICIO/UPSS

1.1. SERVICIO DE PATOLOGÍA CLÍNICA

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2023
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:	31/01/2023 (dd/mm/aaaa)		
UPSS:	PATOLOGÍA CLÍNICA	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. DE LA UPSS:	T.M. OSCAR SANTA CRUZ SÁNCHEZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA DE FLORES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	60%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	50%
SEGURIDAD SEXUAL	0%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	14%
BIOSEGURIDAD	50%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	63%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
CPC. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
CAMP: 12-1283

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MÉDICO INTENSIVISTA
CAMP: 0259 RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
DIRECTOR EJECUTIVO
CAMP: 52751 RNE: 040837

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEP: 34963 - RNE: 30023
JEFATURA DE ENFERMERÍA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. LUZ ANGEL ENRIQUETA VELÁSQUEZ
JEFE DE DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA
CAMP: 42104

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. YIM CHOY GÓMEZ
CAMP: 62872 RNE: 36889
JEFE DE SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
ALEXANDER TITO PACHECO ROJAS
C.O.P.P. 08472
JEFE DE SERVICIO FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. GIOVANNI CARLOS SIBERAN GALA
JEFE DEL SERVICIO DE RAYOS X Y SUS ESPECIALIDADES
CAMP: 47186 RNE: 36181

Fernando Ramos Escalante
MÉDICO ANESTESIOLOGO
C.M.P.: 51517 R.N.E. 046749
HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS
JEFATURA CENTRO QUIRURGICO CEYE

"INFORME RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - I SEMESTRE 2023"

Fernando Sánchez Jirana
MÉDICO INTENSIVISTA
CAMP: 06049 RNE: 06276

Dr. VICTOR HUGO LOCK GOVEA
C.M.P.: 25371
Esp. MEDICINA INTEGRAL y GESTIÓN EN SALUD
Esp. CIRUGÍA GENERAL RNE: 15210
SOCIEDAD PERUANA DE ECOGRAFÍA Reg. 042

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA
C.E.P.: 24260
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
C.E.P.: 42104 RNE: 421783
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL



1.2. SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2023
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:	24/02/2023 (dd/mm/aaaa)		
UPSS:	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. DE LA UPSS:	LIC. NUT. LUIS JHONATAN AYALA REYES		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	78%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	43%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	0%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPSS	0%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%
HIGIENE DE MANOS	0%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	55%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA
C.E.P.: 24260
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 12364 RNE: 027583
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP: 62751 RNE: 040837

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEP: 34963 RNE: 20023
JEFATURA DE ENFERMERÍA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. LUZ ANGLICINA VELÁSQUEZ
JEFE DE DEPART. DE PREVENCIÓN Y NEUMATOLOGÍA
CMP: 32104

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. VICTOR HUGO LOCK GOVEA
CMP: 25371 RNE: 36519
JEFE DE SERVICIO DE QUIRURGÍA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JOSÉ LUIS MILLONES VARGAS
MÉDICO INTENSIVISTA
CEP: 60289 RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
ALEXANDER ITICACHICO ROJAS
C.C.P. 08473
JEFE DE SERVICIO FARMACIA

Fernando Ramos Escalante
MÉDICO ANESTESIOLOGO
CMP: 51517 RNE: 046749
HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS
JEFATURA CENTRO QUIRURGICO CEY

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL N° 2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. GIOVANA ELENA BELTRAN GALA
JEFE DEL SERV. MEDICINA Y SUS ESPECIALIDADES
CMP: 47149 RNE: 34704

MEDICO INTENSIVISTA
CMP: 60289 RNE: 44870

Dr. VICTOR HUGO LOCK GOVEA
CMP: 25371
Esp. MEDICINA INTEGRAL Y GESTION EN SALUD
Esp. CIRUGIA GENERAL RNE: 15219
SOCIEDAD PERUANA DE ECOGRAFIA Reg. 042



1.3. SERVICIO DE CIRUGÍA - HOSPITALIZACIÓN

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	24/03/2023 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. VÍCTOR HUGO LOCK GOVEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. CARLOS DAVID PINEDO VILLACORTA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	67%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	64%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	83%
PREVENCIÓN DE FUGA	60%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	63%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	40%
SEGURIDAD SEXUAL	25%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	0%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	14%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%
HIGIENE DE MANOS	38%
BIOSEGURIDAD	80%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	53%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
MAT. 19-1285

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA
C.E.P.: 24280
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CER. 02236 - RNE: 027883
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP: 52751 - RNE: 041637

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEP: 34953 - RNE: 20023
JEFATURA DE ENFERMERÍA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. LUZ ANGLICITA VELÁSQUEZ
JEFE DE DEPART. DE PEDIATRÍA Y NEUMATOLOGÍA
CMP: 12104

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MÉDICO INTENSIVISTA
CEP: 40289 - RNE: 04570
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. V. CHOY GÓMEZ
CMP: 02872 - RNE: 36689
JEFE DE SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
ALEXANDER TITO RACHECO ROJAS
C.O.P. 02472
JEFE DE SERVICIO FARMACIA

Fernando Ramos Escalante
MÉDICO ANESTESIOLOGO
CMP: 51517 - RNE: 046749
HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS
JEFATURA CENTRO QUIRURGICO CENTRAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. GIOVANNA ESTHER RAN GALA
JEFE DEL SERVICIO DE GINECO Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 47140 - RNE: 04141

Francisca Sánchez Puanan
MÉDICO INTENSIVISTA
CMP: 13030 - RNE: 06276

Dr. VICTOR HUGO LOCK GOVEA
CMP. 25371
Esp. MEDICINA INTEGRAL Y GESTIÓN EN SALUD
Esp. CIRUGIA GENERAL RNE: 15219
SOCIEDAD PERUANA DE ECOGRAFIA Reg. 042



1.4. SERVICIO DE NEUMOLOGÍA - HOSPITALIZACIÓN

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/04/2023 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS		RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. AMALYN CLAUDIO CRUZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERME	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALID	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. MERY GUZMÁN CAMPOS		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	59%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	82%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	71%
PREVENCIÓN DE FUGA	75%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	88%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	75%
SEGURIDAD SEXUAL	25%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UP	22%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	50%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	80%
MANEJO DE RIESGOS	80%
SEGURIDAD	80%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	65%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
M.A. 19-1283

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA
C.E.P: 24260
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 22254 - RNE: 027583
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP: 52751 RNE: 040837

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. LUZ ÁNGELA LEIVA VELÁSQUEZ
JEFE DE DEPART. DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA
CMP: 72104
LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEP: 34982 - RNE: 20023
JEFATURA DE ENFERMERÍA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.L. JOSE LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MÉDICO INTENSIVISTA
CEP: 40289 - RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
ALEXANDER TITO PACHECO ROJAS
C.E.P: 08472
JEFE DE SERVICIO FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. YIN CHOY GOMEZ
CMP: 62872 RNE: 36589
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Fernando Ramos Escalante
MÉDICO ANESTESIOLOGO
CMP: 51517 RNE: 046749
HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS
JEFATURA CENTRO QUIRURGICO CEYE

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MIC. GIOVANA ESTERNA BELTRAN GALA
JEFE DEL SERV. MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
C.E.P: 47120 - RNE: 18191

Armando Sánchez Tuanarín
MÉDICO INTENSIVISTA
CMP: 35429 RNE: 06270

Dr. VICTOR HUGO LOCK GOVEA
CMP: 25371
Esp. MEDICINA INTEGRAL Y GESTION EN SALUD
Esp. CIRUGIA GENERAL RNE: 15219
SOCIEDAD PERUANA DE ECOGRAFIA Reg. 042



PERU Ministerio de Salud



GERESA - LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

1.5. CENTRO QUIRÚRGICO

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA EJECUCIÓN:	26/05/2023	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C.E. FERNANDO RAMOS ESCALANTE		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORE		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	94%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	90%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	86%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%
SEGURIDAD SEXUAL	0%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	71%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	79%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
C.O.P.S. 19-1203

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA
C.E.P.: 24280
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO
C.E.P.: 027583
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP: 52751 RNE: 046837

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. LUZ ANGELA OLIVERA VELÁSQUEZ
DEPART. DE PLANIFICACIÓN Y NEONATOLOGÍA
CMP: 2104
LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
C.E.P.: 34983 - RNE: 20023
JEFATURA DE ENFERMERÍA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
DR. YIN CHOY GÓMEZ
CMP: 12872 RNE: 36588
JEFE DE SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.L. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MÉDICO INTENSIVISTA
C.E.P.: 02287 RNE: 00070
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
ALEXANDER TITO PACHECO ROJAS
C.O.P.S. 08472
JEFE DE SERVICIO FARMACIA

Fernando Ramos Escalante
MÉDICO ANESTESIOLOGO
CMP: 51517 RNE: 04674
HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS
JEFATURA CENTRO QUIRURGICO

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MC. GIOVANA ELENA DEL TRAM GALA
JEFE DEL SERV. MEDICINA Y BUS ESCALONABTES
CMP: 27129 RNE: 29181

Armando Sánchez Tuanaña
MÉDICO INTENSIVISTA
CMP: 38610 RNE: 30276

"INFORME RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - I SEMESTRE 2023"

Dr. VICTOR HUGO LOCK GOVEA
CMP: 25371
Esp. MEDICINA INTEGRAL Y GESTIÓN EN SALUD
Esp. CIRUGIA GENERAL RNE: 15219
SOCIEDAD PERUANA DE ECOGRAFIA Reg. 042



1.6. UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:	26/06/2023 (dd/mm/aaaa)		
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ARMANDO SÁNCHEZ TUANAMA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. ROCIO FABIOLA CERVANTES GARNICA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	94%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	91%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA	86%
SEGURIDAD SEXUAL	50%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	86%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	80%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	88%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
MAY. 19.1995

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA
C.E.P.: 24260
JEFE UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO
C.E.P.: 51158 - R.N.E.: 027583
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP: 52751 R.N.E.: 040637

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGULO
C.E.P.: 34963 - R.N.E.: 20023
JEFATURA DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. LUZ ANGLI ECHIVIA VELÁSQUEZ
JEFE DE DEPART. DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA
CMP: 72104

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.I. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MÉDICO INTENSIVISTA
CMP: 40255 R.N.E.: 44555
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
ALEXANDER TITO PACHECO ROJAS
C.E.P.: 08473
JEFE DE SERVICIO FARMACIA

Fernando Ramos Escalante
MÉDICO ANESTESIOLOGO
CMP: 51517 R.N.E.: 046749
HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS
JEFATURA CENTRO QUIRURGICO CEYE

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. JUAN CHOY GÓMEZ
CMP: 62872 R.N.E.: 36588
JEFE DE SERVICIO DE GINECOLOGIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. GIOYANA ELLIANA BELTRAN GALA
JEFE DEL SERV. MEDICINA Y SUB. ESPECIALIDADES
CMP: 47149 - R.N.E.: 38181

Armando Sánchez Tuanama
MÉDICO INTENSIVISTA
CMP: 38619 R.N.E.: 30276

"INFORME RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - I SEMESTRE 2023"

Dr. VICTOR HUGO LOCK GOVEA
CMP: 25371
Esp. MEDICINA INTEGRAL Y GESTION EN SALUD
Esp. CIRUGIA GENERAL R.N.E.: 15219
SOCIEDAD PERUANA DE ECOGRAFIA Reg. 042



2. MATRIZ DE RIESGOS (anexo 04). SERVICIO/UPSS

a. PATOLOGÍA CLÍNICA

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	PATOLOGÍA CLÍNICA	FECHA EJECUCIÓN:	31/01/2023 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	T.M. OSCAR SANTA CRUZ SÁNCHEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD/IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
SEGURIDAD EN LA UPSS	60%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	3	7	21
SEGURIDAD EN LA UPSS	60%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos	NO	3	7	21
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	50%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	2	10	20
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	50%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	3	4	12
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones	NO	1	4	4
HIGIENE DE MANOS	14%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	NO	1	2	2
HIGIENE DE MANOS	14%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	NO	1	2	2
HIGIENE DE MANOS	14%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	1	2	2
HIGIENE DE MANOS	14%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	1	2	2
HIGIENE DE MANOS	14%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	1	4	4
HIGIENE DE MANOS	14%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	1	2	2
BIOSEGURIDAD	50%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	1	2	2
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	4	4	16
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	3	4	12
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	2	4	8
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	2	4	8



b. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GERMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	FECHA EJECUCIÓN:		24/02/2023	(COMBINAAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	LIC. NUT. LUIS JHONATAN AYALA REYES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCHELS ANGULO	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	78%	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario.	NO	3	7	21
HISTORIA CLINICA	78%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	43%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	3	7	21
SEGURIDAD EN LA UPSS	43%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	43%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	3	7	21
SEGURIDAD EN LA UPSS	43%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	1	4	4
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	4	7	28
COMUNICACIÓN EFECTIVA	87%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	4	4	16
COMUNICACIÓN EFECTIVA	87%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	0%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	0%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	0%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	0%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	0%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	0%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	0%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	2	2	4
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	3	4	12



c. CIRUGÍA – HOSPITALIZACIÓN

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:		24/03/2023	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	LIC. VÍCTOR HUGO LOCK GOVEA		
RESP. DPTO./SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL S ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. CARLOS DAVID PINEDO VILLACORTA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	2	2	4
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	4	2	8
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	NO	2	1	2
HISTORIA CLINICA	67%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	3	2	6
HISTORIA CLINICA	67%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	NO	2	1	2
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	4	4	16
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	3	2	6
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	4	4	16
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	1	2	2
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	3	1	3
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	83%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	5	4	20
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	60%	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	NO	2	1	2
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	60%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	63%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	1	1	1
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	63%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	2	2	4
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	63%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	1	1	1
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	40%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	2	2	4
	40%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO	1	2	2
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	40%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	5	4	20
SEGURIDAD SEXUAL	25%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales; desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	1	1	1
SEGURIDAD SEXUAL	25%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	3	2	6
SEGURIDAD SEXUAL	25%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO	1	1	1



PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	NO	2	1	2
	0%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	5	4	20
	0%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	5	7	38
	0%	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	NO	5	4	20
	0%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	NO	5	4	20
	0%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	NO	4	4	16
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	14%	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	NO	4	4	16
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	14%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio, debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	NO	4	4	16
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	14%	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	NO	2	2	4
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	14%	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	NO	1	7	7
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	14%	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	NO	1	1	1
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	14%	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	NO	4	4	16
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	NO	1	1	1
HIGIENE DE MANOS	38%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	NO	4	4	16
HIGIENE DE MANOS	38%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	4	4	16
HIGIENE DE MANOS	38%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	2	1	2
HIGIENE DE MANOS	38%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	2	1	2
HIGIENE DE MANOS	38%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	1	1	1
BIOSEGURIDAD	80%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	2	2	4
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	4	2	8
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	3	2	8



d. NEUMOLOGÍA – HOSPITALIZACIÓN

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YUMBAQUAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	28/04/2023 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. AMALYN CLAUDIO CRUZ		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP.OPC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. MERY GUZMÁN CAMPOS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD/IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	59%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	59%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	59%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	59%	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	59%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	59%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	59%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	92%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	4	4	16
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	5	7	35
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	75%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	2	4	8
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	89%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	2	7	14
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	75%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	3	7	21
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	75%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO	5	7	35
SEGURIDAD SEXUAL	25%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	4	2	8
SEGURIDAD SEXUAL	25%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	3	2	6
SEGURIDAD SEXUAL	25%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO	2	4	8



d. NEUMOLOGÍA - HOSPITALIZACIÓN

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL SANTA CRUZ DE YUMBAYAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	28/04/2023 (DINBIAAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTEY FLORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ANAYWI CLAUDIO CRUZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL S ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. NERY GUZMÁN CAMPOS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD/IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	59%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	59%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	59%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	59%	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	59%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	59%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	5	7	35
HISTORIA CLINICA	59%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA UPSS	92%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	4	4	16
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	5	7	35
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	75%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se cumple en caso de fuga de paciente.	NO	2	4	8
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	89%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	2	7	14
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	75%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	3	7	21
	75%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO	5	7	35
SEGURIDAD SEXUAL	25%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	4	2	8
SEGURIDAD SEXUAL	25%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	3	2	6
SEGURIDAD SEXUAL	25%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO	2	4	8



e. CENTRO QUIRÚRGICO

MATRIZ DE RIESGOS

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023	
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:	28/05/2023 (DOMI/A/A)			
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. DE LA UPSS:	M.C.E. FERNANDO RAMÍREZ ESCALANTE			
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORE			
RESP. DPTO./SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA			
BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	94%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	4	4	16
SEGURIDAD EN LA UPSS	90%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	3	4	12
SEGURIDAD EN LA UPSS	90%	En Centro Quirurgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	86%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	3	4	12
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	3	4	12
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	3	4	12
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	2	7	14
HIGIENE DE MANOS	71%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	1	2	2
HIGIENE DE MANOS	71%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	1	2	2



f. UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

MATRIZ DE RIESGOS

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:	28/06/2023 (DD/MM/AAAA)		
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ARMANDO SÁNCHEZ TUANAMA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC.ENF. ROCIO FABIOLA CERVANTES GARNICA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	94%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA UPSS	91%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	86%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	5	2	10
SEGURIDAD SEXUAL	50%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	5	4	20
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	86%	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	NO	5	2	10
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	80%	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	NO	5	2	10
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	5	4	20
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	5	4	20



3. PRIORIZACIÓN DE INTERVENCIONES (anexo 05) SERVICIO/UPSS

a. PATOLOGÍA CLÍNICA

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	PATOLOGÍA CLÍNICA	FECHA EJECUCIÓN:		31/01/2023	(000000000)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	T.M. OSCAR SANTA CRUZ SÁNCHEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGLUO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
SEGURIDAD EN LA UPSS	60%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	21	3	63
SEGURIDAD EN LA UPSS	60%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	21	3	63
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	50%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	20	3	60
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	50%	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	NO	12	3	36
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	4	3	12
HIGIENE DE MANOS	14%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	NO	2	3	6
HIGIENE DE MANOS	14%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	NO	2	3	6
HIGIENE DE MANOS	14%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	2	3	6
HIGIENE DE MANOS	14%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	2	3	6
HIGIENE DE MANOS	14%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	4	3	12
HIGIENE DE MANOS	14%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	2	3	6
BIOSEGURIDAD	50%	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	NO	2	2	4
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	16	3	48
BIOSEGURIDAD	50%	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	NO	12	2	24
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	8	3	24
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	8	3	24



b. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	FECHA EJECUCIÓN:		24/02/2023	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	LIC. NUT. LUIS JHONATAN AYALA REYES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:			

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	75%	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	NO	21	3	63
HISTORIA CLINICA	78%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA UPSS	43%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	21	2	42
SEGURIDAD EN LA UPSS	43%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA UPSS	43%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	21	3	63
SEGURIDAD EN LA UPSS	43%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	4	2	8
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	28	3	84
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	NO	16	3	48
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	NO	28	3	84
HIGIENE DE MANOS	0%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	NO	28	2	56
HIGIENE DE MANOS	0%	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	NO	28	2	56
HIGIENE DE MANOS	0%	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	NO	35	2	70
HIGIENE DE MANOS	0%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	28	3	84
HIGIENE DE MANOS	0%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	28	3	84
HIGIENE DE MANOS	0%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	28	3	84
HIGIENE DE MANOS	0%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	4	2	8
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	28	2	56
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	12	2	24



c. CIRUGÍA - HOSPITALIZACIÓN

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:		24/03/2023	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. VÍCTOR HUGO LOCK GOVEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELAS ANGULO	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. CARLOS DAVID PINEDO VILLACORTA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	4	3	12
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	6	2	16
HISTORIA CLINICA	67%	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	NO	2	3	6
HISTORIA CLINICA	67%	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	NO	6	3	18
HISTORIA CLINICA	67%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	6	2	12
HISTORIA CLINICA	67%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	NO	2	3	6
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	NO	16	3	48
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	NO	6	2	12
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	16	2	32
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	NO	2	2	4
SEGURIDAD EN LA UPSS	64%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	2	3	9
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	83%	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	NO	20	2	40
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	60%	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	NO	2	3	6
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	60%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	63%	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	NO	1	3	3
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	63%	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	NO	4	2	8
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	63%	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	NO	1	3	3
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	40%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	4	2	8
	40%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO	2	2	4
	40%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	20	2	40
SEGURIDAD SEXUAL	25%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	1	3	3
SEGURIDAD SEXUAL	25%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	6	3	18
SEGURIDAD SEXUAL	25%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO	1	2	2



PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	NO	2	3	6
	0%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	20	3	60
	0%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	35	3	105
	0%	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	NO	20	3	60
	0%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	NO	20	3	60
	0%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	NO	18	3	48
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	14%	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	NO	16	3	48
	14%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	NO	16	3	48
	14%	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	NO	4	3	12
	14%	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	NO	7	3	21
	14%	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiará el personal de enfermería.	NO	1	3	3
	14%	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	NO	16	2	32
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	NO	1	3	3
HIGIENE DE MANOS	38%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	NO	16	2	32
HIGIENE DE MANOS	38%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	16	2	32
HIGIENE DE MANOS	38%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	3	3	6
HIGIENE DE MANOS	38%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	2	3	6
HIGIENE DE MANOS	38%	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	NO	1	3	3
BIOSEGURIDAD	80%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	4	3	12
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	8	3	24
	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	6	3	18



d. NEUMOLOGÍA – HOSPITALIZACIÓN

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YUMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		28/04/2023	(DOMINGO)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. DE LA UPSS:	M.C. AMALYN CLAUDIO CRUZ		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL S ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. WERY GUZMÁN CAMPOS		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	59%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	35	3	105
HISTORIA CLINICA	59%	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	NO	35	3	105
HISTORIA CLINICA	59%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	35	3	105
HISTORIA CLINICA	59%	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	NO	35	3	105
HISTORIA CLINICA	59%	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	NO	35	3	105
HISTORIA CLINICA	59%	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	NO	35	3	105
HISTORIA CLINICA	59%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	NO	35	3	105
SEGURIDAD EN LA UPSS	92%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	16	2	32
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	35	3	105
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	71%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	28	3	84
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	75%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	8	3	24
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	89%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	14	3	42
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	75%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	21	3	63
	75%	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	NO	35	2	70



SEGURIDAD SEXUAL	25%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	0	2	16
SEGURIDAD SEXUAL	25%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	6	2	12
SEGURIDAD SEXUAL	25%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO	8	3	24
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	33%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	NO	20	3	60
	33%	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	NO	20	3	60
	33%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	16	3	48
	33%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	NO	16	2	32
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	60%	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	NO	8	2	16
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	50%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	NO	12	2	24
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	50%	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	NO	8	3	24
COMUNICACIÓN EFECTIVA	90%	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	NO	36	3	105
HIGIENE DE MANOS	50%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	NO	20	2	40
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	36	3	105
HIGIENE DE MANOS	50%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	36	3	105
HIGIENE DE MANOS	50%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	36	3	105
BIOSEGURIDAD	80%	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	NO	16	2	32
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	16	3	48
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	16	3	48



e. CENTRO QUIRÚRGICO

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		26/05/2023	(DDMMIAAAA)
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. DE LA UPSS:	M.C.E. FERNANDO RAMOS ESCALANTE		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. OFIC. UNIDAD CALI:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	94%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	18	3	48
SEGURIDAD EN LA UPSS	90%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	12	3	36
SEGURIDAD EN LA UPSS	90%	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.	NO	28	3	84
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	86%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	12	3	36
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	12	3	36
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	33%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	12	3	36
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	14	3	42
HIGIENE DE MANOS	71%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	2	3	6
HIGIENE DE MANOS	71%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	2	3	6



f. UCI - UVI

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA EJECUCIÓN:		26/04/2023	(000000000)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ARMANDO SÁNCHEZ TURANAMA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. ROCIO FABIOLA CERVANTES GARNICA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	94%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	20	3	60
SEGURIDAD EN LA UPSS	91%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	35	3	105
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	86%	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	NO	10	3	30
SEGURIDAD SEXUAL	50%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	20	3	60
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	86%	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	NO	10	3	30
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	80%	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	NO	10	3	30
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	20	3	60
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	20	3	60



4. PLAN DE ACCIÓN (anexo 06) SERVICIO/UPSS

a. PATOLOGÍA CLÍNICA

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	PATOLOGÍA CLÍNICA	FECHA EJECUCIÓN:		31/01/2023	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. INF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	T.M. OSCAR SANTA CRUZ SANCHEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCER LANGLO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRUCIA REATEGUI VILA DE FLORES		
		OTROS RESPONSABLES:			

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
63	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Elaboración de Formato para el reporte de los Incidentes y Eventos Adversos	Jefe Laboratorio	de 03/02/2023
63	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Capacitación al Personal sobre el manejo del formato de reporte de incidentes y eventos adversos	Responsable de Seguridad Ocupacional	de 03/02/2023
60	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Actualización semanal de Kardex de Reactivos e Insumos de Laboratorio.	Responsable de Almacén	de 10/02/2023
48	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Señalar mediante carteles las zonas rígidas y semirígidas de la UPSS. Capacitar al personal sobre las zonas Rígidas y semirígidas de la UPSS	Profesional encargado de la Consulta Externa	10/02/2023
36	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Solicitar a la Jefatura de Enfermería se brinde una capacitación acerca de los 5 correctos al personal de laboratorio.	Jefe de Equipo de Guardia 1	10/02/2023
24	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Coordinación con el área de Ing Hospitalaria la elaboración del PAMP de equipos de Laboratorio.	Jefe Laboratorio	de 17/02/2023
24	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Supervisiones Inopinadas en una frecuencia de 2 veces por semana	Jefe de equipo de Guardia 2	10/02/2023
24	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Coordinación con el área de Ing Hospitalaria para la elaboración de las tarjetas de cada equipo.	Jefe Laboratorio	de 17/02/2023
12	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Solicitar a la Dirección información acerca de las políticas institucionales contra las agresiones sexuales para su difusión y capacitación al personal así como la colocación de carteles informativos	Secretaría Laboratorio	de 03/02/2023
12	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Solicitar a Jefatura de Epidemiología capacitación sobre lavado de manos	Secretaría Laboratorio	de 03/02/2023
6	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar diariamente mediante la disponibilidad de papel toalla en los lavamanos	Responsable de almacén	de 03/02/2023
6	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Verificar diariamente la disponibilidad de alcohol gel en los puntos de desinfección asignados.	Responsable de almacén	de 03/02/2023
6	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Supervisiones Inopinadas en una frecuencia de 2 veces por semana	Jefe de Equipo de Guardia 3	17/02/2023
6	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Solicitar a Epidemiología y a Imagen Institucional carteles con las imágenes que promuevan el lavado de manos con el Logo del Hospital	Secretaría Laboratorio	de 03/02/2023
6	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Supervisiones Inopinadas en una frecuencia de 2 veces por semana	Jefe Laboratorio	de 17/02/2023
4	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Capacitación al Personal acerca de la segregación de residuos. Verificación semanal de los tachos asignados dentro del laboratorio.	Jefe laboratorio	del 17/02/2023



b. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

PLAN DE ACCION

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GERTRUDIS DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	FECHA EJECUCIÓN:	24/02/2023 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANICAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY MORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	LIC. NUT. LUIS JHONATAN AYALA REYES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL S ANGULO	RESP. OFICINA UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:			

PRIORIDAD	BUNAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	Implementar historia clínica nutricional del adulto y del niño / niña, llenado de la ficha de eventos adversos en el caso ocurra	jefe del servicio de nutrición y dietética	28/04/2023
84	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	implementar afichas dípticos y trípticos para orientar al paciente y al familiar	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/04/2023
84	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	capacitación del personal sobre la correcta higiene del lavado de manos	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/04/2023
84	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	capacitación del personal sobre la correcta higiene del lavado de manos	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/04/2023
84	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	socializar los requisitos que necesita los pacientes y a los familiares para acceder a la atención en el servicio de nutrición y dietética.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/05/2023
84	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Implementación de capacitación al personal sobre los 5 momentos de lavado de mano e implementación de afiches de lavado de manos.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/05/2023
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	socializar con el personal la implementación del registro físico de incidencias y efectos adversos.	jefe del servicio de nutrición y dietética	15/03/2023
70	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	realizar el requerimiento de dispensador de papel y solicitar papel toalla al área farmacia	jefe del servicio de nutrición y dietética	15/04/2023
63	HISTORIA CLINICA	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	implementación de la historia nutricional del adulto y del niño / niña y su incorporación a la historia clínica.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/04/2023
63	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Reuniones mensuales con el equipo de trabajo para el análisis e implementación de mejoras en el servicio frente a los incidentes y eventos adversos suscitados en el mes.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/03/2023
56	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Implementación de avisos de agresiones sexuales y sus consecuencias	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/03/2023
56	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	realizar el requerimiento de dispensador de alcohol para manos	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/03/2023
56	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	se solicitará la implementación o habilitar un lavatorio para la exclusividad de lavado de manos del personal del servicio.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/05/2023
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	implementación de un plan anual de mantenimiento preventivo de todos los equipos industriales del servicio.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/06/2023
48	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	se socializará y se proporcionará la información sobre la atención del servicio, de los horarios de atención a los pacientes y familiares y el proceso de atención y registro	jefe del servicio de nutrición y dietética	15/04/2023
42	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	socializar y capacitar al personal sobre los incidentes adversos que pudieran presentarse	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/03/2023
24	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	implementación de un plan anual de mantenimiento preventivo de todos los equipos industriales del servicio.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/05/2023
8	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	implementar el registro físico o digital sobre los accidentes de trabajo del personal asistencial.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/03/2023
8	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	implementación de afiches de " los pasos de lavado de manos y momentos de lavado de manos"	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/04/2023



c. CIRUGÍA – HOSPITALIZACIÓN

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA CRUZ DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	30/05/2023 (COMMAAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANICAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. VICTOR HUGO LOCK GOVEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BAICEL S ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. INF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. INF. CARLOS DAVID PIEDRO VILLACORTA		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105		Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	ELABORACIÓN DE PLAN DE EDUCACIÓN A LOS PACIENTES DEL SERVICIO SOBRE UPSS.	JEFE ENFERMERÍA	DE 25/05/2023
60	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	ELABORACIÓN DE PROTOCOLO PROPIO DEL SERVICIO PARA CONOCIMIENTO Y FINES	JEFE ENFERMERÍA Y MÉDICO JEFE DEL SERVICIO	DE 28/05/2023
60		Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE REGISTRO PARA LA NOTIFICACIÓN DE UPSS	JEFE ENFERMERÍA	DE 15/04/2023
60		Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	SOCIALIZACIÓN DE LA GUÍA NACIONAL DE LA CURACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN AL PERSONAL DEL SERVICIO	JEFE ENFERMERÍA	DE 29/04/2023
48		SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	CAPACITACIÓN A TODO EL PERSONAL SOBRE EL REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	JEFE ENFERMERÍA
48	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DEL SERVICIO SOBRE EL ADECUADO SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN	JEFE ENFERMERÍA	DE 29/04/2023
48	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio; antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	REALIZAR EL PROTOCOLO SOBRE PREVENCIÓN DE SUICIDIO Y LESIONES	JEFE ENFERMERÍA	DE 28/05/2023
48	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	REALIZAR CAPACITACION AL PERSONAL DEL SERVICIO PARA SU ADECUADA ATENCION	JEFE ENFERMERÍA	DE 15/05/2023
40	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	ELABORAR PROTOCOLO EN CASO DE FUGA DE PACIENTE	JEFE ENFERMERÍA	DE 28/05/2023
40	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	SOLICITAR A LOGISTICA LA COMPRA DE BRAZALETES PARA SER USADOS EN TODOS LOS USUARIOS DEL SERVICIO	JEFE ENFERMERÍA	DE 15/04/2023
40	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	ELABORAR PROTOCOLO SOBRE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	JEFE ENFERMERÍA	DE 25/05/2023
32	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	REALIZAR UN PLAN CON LOS LICENCIADOS DEL SERVICIO PARA LA SEGURIDAD DE LAS UPSS	JEFE ENFERMERÍA	DE 15/05/2023



40	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	ELABORAR PROTOCOLO EN CASO DE FUGA DE PACIENTE	JEFE ENFERMERIA	DE	28/05/2023
40	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	SOLICITAR A LOGISTICA LA COMPRA DE BRAZALETES PARA SER USADOS EN TODOS LOS USUARIOS DEL SERVICIO	JEFE ENFERMERIA	DE	15/04/2023
40	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	ELABORAR PROTOCOLO SOBRE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	JEFE ENFERMERIA	DE	25/05/2023
32	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	REALIZAR UN PLAN CON LOS LICENCIADOS DEL SERVICIO PARA LA SEGURIDAD DE LAS UPSS	JEFE ENFERMERIA	DE	15/05/2023
32	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	SOCIALIZACIÓN AL PERSONAL DEL SERVICIO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES EN LOS PACIENTES	JEFE ENFERMERIA	DE	15/05/2023
32	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SOLICITAR A EPIDEMIOLOGÍA LOS DISPENSADORES DE BASE ALCOHÓLICA PARA LA HIGIENE DE MANOS	JEFE ENFERMERIA	DE	15/04/2023
32	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	CAPACITACION AL PERSONAL DEL SERVICIO	JEFE ENFERMERIA	DE	26/04/2023
24	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (Inclusive los nuevos).	SOLICITAR A ING. HOSPITALARIA EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE TODOS LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DEL SERVICIO	JEFE MEDICO		20/04/2023
21	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	DIFUSIÓN DE LAS PROHIBICIONES QUE PUEDEN GENERAR LESIONES EN EL USUARIO	JEFE ENFERMERIA	DE	15/05/2023
18	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SOCIALIZACIÓN DEL CORRECTO LLENADO DE LA HISTORIA CLINICA	JEFE MEDICO		28/05/2023
18	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	DIFUNDIR LOS CARGOS PENALES QUE PUEDEN OCASIONAR SOBRE POSIBLES AGESIONES SEXUALES	JEFE ENFERMERIA	DE	15/05/2023
18	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	SOLICITAR A ING. HOSPITALARIA LA REVISIÓN DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DEL SERVICIO SEGÚN PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	JEFE MEDICO		15/05/2023
16	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	RECALCAR A LOS MEDICOS EL ADECUADO LLENADO DE LAS HISTORIAS CLINICAS	JEFE MEDICO		28/05/2023
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	IMPLEMENTACIÓN DE UN ARCHIVADOR PARA EL REGISTRO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN LA UPSS	JEFE ENFERMERIA	DE	15/04/2023
12	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	RECALCAR A LOS MEDICOS EL ADECUADO LLENADO DE LAS HISTORIAS CLINICAS	JEFE MEDICO		28/05/2023
12	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	RECALCAR A LOS MEDICOS EL ADECUADO LLENADO DE LAS HISTORIAS CLINICAS	JEFE MEDICO		28/05/2023
12	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	APLICACIÓN DE LOS FORMATOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	JEFE ENFERMERIA	DE	25/05/2023
12	BIOSSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	IMPLEMENTAR EL CARE BUNDLE	JEFE MEDICO		25/05/2023
9	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	APLICACIÓN DE LOS FORMATOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	JEFE ENFERMERIA	DE	25/04/2023
8	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	INFORMAR AL PACIENTE SOBRE LOS EFECTOS NEGATIVOS DE LOS MEDICAMENTOS QUE PUEDEN CAUSAR A LOS PACIENTES	JEFE ENFERMERIA	DE	15/04/2023
8	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	RECALCAR AL PERSONAL MÉDICO Y LICENCIADOS EN ENFERMERIA QUE DEBEN REALIZAR LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DE TODO PACIENTE QUE SE HOSPITALIZA	JEFE MEDICO		28/05/2023



6	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	SOCIALIZACIÓN AL PERSONAL SOBRE LA LA VALORACIÓN DEL RIESGO POTENCIAL DE FUGA DE LOS PACIENTES	JEFE MEDICO	28/05/2023
6	HISTORIA CLINICA	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	RECALCAR L PERSONAL MÉDICO SOBRE EL CORRECTO LLENADO DE LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE EN LA HISTORIA CLINICA	JEFE MEDICO	28/05/2023
6	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA	JEFE DE ENFERMERIA	15/04/2023
6	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	CAPACITACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN TODOS LOS PACIENTES	JEFE DE ENFERMERIA	25/05/2023
6	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	EVALUACIÓN MENSUAL A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO SOBRE EL CORRECTO LAVADO DE MANOS	JEFE DE ENFERMERIA	25/05/2023
6	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	SOLICITAR A EPIDEMIOLOGIA PROGRAMAR UNA CHARLA EDUCATIVA SOBRE LOS CINCO MOMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS	JEFE DE ENFERMERIA	20/05/2023
4	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	SOLICITAR AL ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL UNA CAPACITACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO	JEFE DE ENFERMERIA	20/05/2023
4	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	RECALCAR AL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE EL DEBER DE BRINDAR INFORMACIÓN A LOS PACIENTES SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACIÓN	JEFE DE ENFERMERIA	15/04/2023
3	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	INFORMAR A LOS PACIENTES QUE MEDICAMENTO SE LES ADMINISTRA Y QUE FUNCIÓN CUMPLE EN SU ORGANISMO CADA VEZ QUE SE ADMINISTRA EL TRATAMIENTO	JEFE DE ENFERMERIA	15/04/2023
3	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	VERIFICACIÓN DIARIA DE QUE TODOS LOS MEDICAMENTOS ESTEN ROTULADOS ADECUADAMENTE	JEFE DE ENFERMERIA	25/04/2023
3	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	SOCIALIZACIÓN AL PERSONAL SOBRE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DEL PACIENTE DE SER VICTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL	JEFE MEDICO	28/05/2023
3	PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.	REALIZAR LA VERIFICACIÓN DIARIA DE QUE EL ALMACEN DE MEDICAMENTOS DEL SERVICIO SE ENCUENTRE EN TODO MOMENTO CERRADO BAJO LLAVE	JEFE DE ENFERMERIA	25/04/2023
3	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	EXIGIR A LOS MÉDICOS DE LASA DIFERENTES ESPECIALIDADES TENER ACTUALIZADAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS	JEFE MEDICO	15/04/2023
3	HIGIENE DE MANOS	Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	SOLICITAR AFICHES A JEFATURA DE EPIDEMIOLOGIA PARA SI DIFUSIÓN	JEFE DE ENFERMERIA	20/04/2023
2	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	CONTAR CON PROTOCOLO PARA SU DIFUSIÓN PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO	JEFE MEDICO Y JEFE NFERMERO	28/05/2023



d. NEUMOLOGÍA HOSPITALIZACIÓN

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMMA DE YURBAGUAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	28/04/2023 (DOMINGO)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. AMALYN CLAUDIO CRUZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCERS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. BESSY GUERRA CAMPOS		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	SEGUIMIENTO AL PERSONAL MEDICO PARA VIGILAR EL LLENADO DE FECHA Y HORA DE ATENCION EN LA HISTORIA CLINICA	MÉDICOS	12/05/2023
105	HISTORIA CLINICA	Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SEGUIMIENTO AL PERSONAL MEDICO PARA VIGILAR EL LLENADO CORRECTO DEL EXAMEN FISICO	MÉDICOS	12/05/2023
105	HISTORIA CLINICA	Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	SEGUIMIENTO AL PERSONAL MEDICO PARA VIGILAR EL LLENADO DE EVOLUCION DEL PACIENTE, APRECIACION OBJETIVA, TRATAMIENTO, DIETA, ETC	MÉDICOS	12/05/2023
105	HISTORIA CLINICA	Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	SEGUIMIENTO AL PERSONAL MEDICO PARA VIGILAR EL REGISTRO ACTUALIZADO DEL PLAN DE TRABAJO	MÉDICOS	12/05/2023
105	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCL.	MONITORIZAR EL REGISTRO DEL NOMBRE DEL PACIENTE EN TODAS LAS HOJAS DE HCL	TECNICO EN ENFERMERIA	15/05/2023
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	VERIFICACION QUE TODO PACIENTE HOSPITALIZADO CUENTE CON BRAZALETE DE IDENTIFICACION	TECNICO EN ENFERMERIA	15/05/2023
105	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	VERIFICACION PARA QUE LOS DIAGNOSTICOS MEDICOS CUENTEN CON CIE-10	MÉDICOS	15/05/2023
105	HISTORIA CLINICA	Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	SEGUIMIENTO A LAS HCL PARA VIGILAR CORRESPONDENCIA ENTRE EL PLAN DE TRABAJO Y EXAMENES DE APOYO AL DIAGNOSTICO	MÉDICOS	18/05/2023
105	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SEGUIMIENTO PARA VIGILAR QUE LAS HCL ESTEN ACTUALIZADAS	MÉDICOS Y LIC. ENFERMERIA	18/05/2023
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	SEGUIMIENTO AL PERSONAL DE SALUD PARA QUE CUMPLAN LOS 08 PASOS DE DESINFECCION DE LAVADO DE MANOS	TODO EL PERSONAL	15/05/2023
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	SEGUIMIENTO AL PERSONAL DE SALUD PARA QUE CUMPLAN LOS 11 PASOS DE LAVADO DE MANOS	TODO EL PERSONAL	15/05/2023
105	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	SEGUIMIENTO PARA QUE EL PERSONAL DE SALUD CUMPLAN CON MAS DEL 80% DEL REQUISITO PARA REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS DURANTE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	MÉDICOS, LIC. ENFERMERIA, TÉCNICOS ENFERMERIA	15/05/2023
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	SE IMPLEMENTARA LA IDENTIFICACION DE RIESGO DE CAIDAS DEL PACIENTE	LICENCIADO EN ENFERMERIA	18/05/2023
70	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	SE SUPERVISARA QUE EL LIC. ENFERMERIA INFORME AL PACIENTE SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACION	LICENCIADO EN ENFERMERIA	26/05/2023
63	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	SE SUPERVISARA QUE EL LIC. ENFERMERIA REALICE LA VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA A TODO PACIENTE HOSPITALIZADO	LICENCIADO EN ENFERMERIA	26/05/2023



60	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	SE SUPERVISARA QUE EL LIC. ENFERMERIA REALICE LA EVALUACION INICIAL DEL RIESGO DE UPPA TODOS LOS PACIENTES AL INGRESO	LICENCIADO EN ENFERMERIA	26/05/2023
60	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	SE SUPERVISARA QUE EL LIC. ENFERMERIA REALICE LA REEVALUACION PERIODICA DEL RIESGO	LICENCIADO EN ENFERMERIA	26/05/2023
48	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	SE REVISARA GUIAS DE ATENCION PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DE UPP Y SE IMPLMENTARA EN EL SERVICIO	LICENCIADO EN ENFERMERIA	31/05/2023
48	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	SE SOLICITARA A LA UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS	INGENIERIA HOSPITALARIA	26/05/2023
48	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	SE REALIZARA EL SEGUIMIENTO PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMNETO PREVENTIVO DE QUIPOS BIOMEDICOS	INGENIERIA HOSPITALARIA	26/05/2023
42	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	SE IMPLEMENTARA LA FECHA DE VENCIMIENTO DE MEDICAMENTOS DEL COCHE DE PARO PARA MEJOR CONTROL	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023
40	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SE COORDINARA PARA EL ABASTECIMIENTO DE DISPENSADORES EN LA UNIDAD	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023
32	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	SE COORDINARA REUNION CON EL PERSONAL DE SLAUD DE LA UNIDAD PARA REALIZAR EL ANALISIS Y PLAN DE INTERVENCION SOBRE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	TODO EL PERSONAL	15/06/2023
32	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	SE VERIFICARA EL SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCION DE PACIENTES CON ULCERAS POR PRESION	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023
32	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	IMPLEMENTAR EL CARE BUNDLE	EPIDEMIOLOGÍA	15/06/2023
24	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	SE HARA LA GESTION PARA IMPLEMENTAR PROTOCOLO EN CASO FUGA DE PACIENTE.	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023
24	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	SE HARA SEGUIMIENTO PARA QUE SE REALICE LA RECEPCION DE UN PACIENTE EXPLICANDO LA PROHIBICION DE MANTENER RELACIONES SEXUALES DURANTE LA HOSPITALIZACION	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023
24	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	SE HARA SEGUIMIENTO PARA QUE EL PERSONAL REALICE IDENTIFICACION DE PACIENTE EN RIESGO DE SUICIDIO	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023
24	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	SE HARA SEGUIMIENTO PARA CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE PREVENCION DE CONDUCTAS SUICIDAS	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023
16	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	SE HARA SEGUIMIENTO PARA CUMPLIR CON LA EVALUACION DEL PACIENTE SOBRE LOS RIESGOS DE SER VICTIMAS O COMETER AGRESIONES SEXUALES	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023
16	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolésiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	SE HARA SEGUIMIENTO PARA QUE EL PERSONAL IDENTIFIQUE EL RIESGO DE SUICIDIOS, ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL Y /O ABUSO DE SUSTANCIAS	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023
12	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	SE IMPLEMENTARA EN LA UNIDAD INFORMACION SOBRE CONSECUENCIAS PENALES DE LAS AGRESIONES SEXUALES	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023



e. CENTRO QUIRÚRGICO

PLAN DE ACCION

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA EJECUCIÓN:	26/05/2023 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C.E. FERNANDO RAMOS ESCALANTE		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORE		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
84	SEGURIDAD EN LA UPSS	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.	COORDINACION CON EL JEFE DE FARMACIA	JEFE MEDICO DEL SERVICIO	DEL 10/06/2023
48	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	COORDINACION DEL JEFE MEDICO DEL SERVICIO	JEFE MEDICO DEL SERVICIO	DEL 15/06/2023
42	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	COORDINACION CON EL AREA DE PSICOLOGIA	JEFE MEDICO DEL SERVICIO	DEL 15/06/2023
36	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	REUNION CON PERSONAL DEL SERVICIO	JEFE MEDICO DEL SERVICIO	DEL 10/06/2023
36	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	REUNION DE COORDINACION CON LOS MEDICOS, LICENCIADOS EN ENFERMERIA Y TECNICOS EN ENFERMERIA PARA ELABORACION DE PROTOCOLO.	JEFE MEDICO DEL SERVICIO Y COORDINADOR ENFERMERIA	DEL 10/07/2023
36	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	COORDINACION CON EL JEFE MEDICO Y CORRINADOR DE ENFERMERIA	COORDINADOR DE ENFERMERIA	DE 10/07/2023
36	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	COORDINACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA	JEFE MEDICO DEL SERVICIO	DEL 15/07/2023
6	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	REUNION CON MEDICOS, LICENCIADOS EN NEFERMERIA Y TECNICOS EN ENFERMERIA	JEFE MEDICO Y CORRINADOR DE ENFERMERIA	DE 05/06/2023
6	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	REUNION CON EL JEFE MEDICO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA	JEFE MEDICO Y CORRINADOR DE ENFERMERIA	DE 05/06/2023



f. UCI - UVI

PLAN DE ACCION

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA EJECUCIÓN:	26/06/2023 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ARMANDO SÁNCHEZ TUANAMA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. ROCIO FABICLA CERVANTES GARNICA		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Capacitación y seguimiento de los eventos adversos que se susciten en el servicio	Coodinadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	28/06/2023
60	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Selección de códigos mas utilizados e implemetación en las notas de ingreso y evolución del paciente de ser el caso	Jefe del Servicio de Cuidados Críticos	30/06/2023
60	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Implementación de la escala de valoración del riesgo de suicidio en coordinación con el Servicio de Psicología , además de la solicitud de capacitación	Coodinadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	07/07/2023
60	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Implementacion de un cronograma de mantenimiento por equipos, del propio servicio	Coodinadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	30/06/2023
60	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar el Plan de Mantenimiento Anual a la unidad de ingeniería hospitalaria . Realizar cronograma de mantenimineto de los equipos del servicio de cuidados críticos	Coodinadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	30/06/2020
30	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Implementación del sistema de registro de Sujeción mecánica	Coodinadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	28/06/2023
30	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Implementación del Registro de UPP diario	Coodinadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	28/06/2023
30	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Implementación del protocolo de prevención del suicidio en coordinación con el servicio de psicología	Coodinadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	30/06/2023



5. MONITOREO DE LAS ACCIONES

a. PATOLOGÍA CLÍNICA

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	1 TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	PATOLOGÍA CLÍNICA	FECHA EJECUCIÓN:	21/02/2023		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	T.M. OSCAR SANTA CRUZ SÁNCHEZ		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. DOMINIC VON BANCEL S ANGULO	RESP. OFC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
		OTROS RESPONSABLES:			

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

100%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Elaboración de Formato para el reporte de los Incidentes y Eventos Adversos	Jefe de Laboratorio	03/02/2023	17/02/2023	SI
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Capacitación al Personal sobre el manejo del formato de reporte de incidentes y eventos adversos	Responsable de Seguridad Ocupacional	03/02/2023	17/02/2023	SI
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Actualización semanal de Kardex de Reactivos e Insumos de Laboratorio.	Responsable de Almacén	10/02/2023	17/02/2023	SI
Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Señalizar mediante carteles las zonas rígidas y semirígidas de la UPSS. Capacitar al personal sobre las zonas Rígidas y semirígidas de la UPSS	Profesional encargado de la Consulta Externa	10/02/2023	17/02/2023	SI
Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Solicitar a la Jefatura de Enfermería se brinde una capacitación acerca de los 5 correctos al personal de laboratorio.	Jefe de Equipo de Guardia 1	10/02/2023	17/02/2023	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Coordinación con el área de Ing Hospitalaria la elaboración del PAMP de equipos de Laboratorio.	Jefe de Laboratorio	17/02/2023	27/02/2023	SI
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Supervisiones Inopinadas en una frecuencia de 2 veces por semana	Jefe de equipo de Guardia 2	10/02/2023	17/02/2023	SI
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Coordinación con el área de Ing Hospitalaria para la elaboración de las tarjetas de cada equipo.	Jefe de Laboratorio	17/02/2023	27/02/2023	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Solicitar a la Dirección información acerca de las políticas institucionales contras las agresiones Sexuales para su difusión y capacitación al personal así como la colocación de carteles informativos	Secretaría Laboratorio	03/02/2023	27/02/2023	SI
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Solicitar a Jefatura de Epidemiología capacitación sobre lavado de manos	Secretaría Laboratorio	03/02/2023	27/02/2023	SI
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Verificar diariamente mediante la disponibilidad de papel toalla en los lavamanos	Responsable de Almacén	03/02/2023	17/02/2023	SI
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Verificar diariamente la disponibilidad de alcohol gel en los puntos de desinfección asignados	Responsable de Almacén	03/02/2023	17/02/2023	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Supervisiones Inopinadas en una frecuencia de 2 veces por semana	Jefe de Equipo de Guardia 3	17/02/2023	27/02/2023	SI
Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	Solicitar a Epidemiología y a Imagen Institucional carteles con las imágenes que promuevan el lavado de manos con el Logo del Hospital Santa Gema	Secretaría Laboratorio	03/02/2023	17/02/2023	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Supervisiones Inopinadas en una frecuencia de 2 veces por semana	Jefe de Laboratorio	17/02/2023	27/02/2023	SI
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	Capacitación al Personal acerca de la segregación de residuos. Verificación	Jefe del laboratorio	17/02/2023	27/02/2023	SI



b. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	FECHA EJECUCIÓN:		24/02/2023	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	LIC. NUT. LUIS JHONATAN AYALA REYES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL S ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:			

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

84%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	Implementar historia clínica nutricional del adulto y del niño / niña, llenado de la ficha de eventos adversos en el caso ocurra	jefe del servicio de nutrición y dietética	28/04/2023	28/04/2023	SI
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, cuidador y la familia.	Implementar afiches dípticos y trípticos para orientar al paciente y al familiar	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/04/2023	30/04/2023	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	capacitación del personal sobre la correcta higiene del lavado de manos	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/04/2023	30/04/2023	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	capacitación del personal sobre la correcta higiene del lavado de manos	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/04/2023	30/04/2023	SI
Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	socializar los requisitos que necesita los pacientes y los familiares para acceder a la atención en el servicio de nutrición y dietética.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/05/2023	30/05/2023	SI
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Implementación de capacitación al personal sobre los 5 momentos de lavado de mano e implementación de afiches de lavado de manos.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/05/2023	30/05/2023	SI
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	socializar con el personal la implementación del registro físico de incidencias y eventos adversos.	jefe del servicio de nutrición y dietética	15/03/2023	15/03/2023	SI
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	realizar el requerimiento de dispensador de papel y solicitar papel toalla al área farmacia	jefe del servicio de nutrición y dietética	15/04/2023	15/04/2023	SI
Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, diagnóstico y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	Implementación de la historia nutricional del adulto y del niño / niña y su incorporación a la historia clínica.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/04/2023	30/04/2023	NO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Reuniones mensuales con el equipo de trabajo para el análisis e implementación de mejoras en el servicio frente a los incidentes y eventos adversos suscitados en el mes.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/03/2023	30/03/2023	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Implementación de avisos de agresiones sexuales y sus consecuencias	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/03/2023	30/03/2023	SI
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	realizar el requerimiento de dispensador de alcohol para manos	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/03/2023	30/03/2023	SI
Disponibilidad de lavamanos con suministro de agua y jabón.	se solicita la implementación o habilitar un lavatorio para la exclusividad de lavado de manos del personal del servicio.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/05/2023	30/05/2023	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	implementación de un plan anual de mantenimiento preventivo de todos los equipos industriales del servicio.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/06/2023	30/06/2023	NO
La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	se socializa y se proporcionara la información sobre la atención del servicio, de los horarios de atención a los pacientes y familiares y el proceso de atención y registro	jefe del servicio de nutrición y dietética	15/04/2023	15/04/2023	SI
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	socializar y capacitar al personal sobre los incidentes adversos que pudieran presentarse	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/03/2023	30/03/2023	SI
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	implementación de un plan anual de mantenimiento preventivo de todos los equipos industriales del servicio.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/05/2023	30/05/2023	NO
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	implementar el registro físico o digital sobre los accidentes de trabajo del personal asistencial.	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/03/2023	30/03/2023	SI
Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	implementación de afiches de "los pasos de lavado de manos y momentos de lavado de manos"	jefe del servicio de nutrición y dietética	30/04/2023	30/04/2023	SI



c. CIRURÍA - HOSPITALIZACIÓN

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE MONAGAS	TRIMESTRE:	TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:		24/07/2023	(DDMM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANIA TESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. VÍCTOR HUGO LOCK GOVEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCÉLS ÁNGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. CARLOS DAVID PINEDO VILLACORTA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

70%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	ELABORACIÓN DE PLAN DE EDUCACIÓN A LOS PACIENTES DEL SERVICIO SOBRE UPP.	JEFE ENFERMERÍA DE	25/05/2023	31/05/2023	SI
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	ELABORACIÓN DE PROTOCOLO PROPIO DEL SERVICIO PARA CONOCIMIENTO Y FINES	JEFE ENFERMERÍA Y MÉDICO JEFE DEL SERVICIO DE	28/05/2023	31/05/2023	SI
Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	IMPLEMENTACIÓN DE UN CUADERNO DE REGISTRO PARA LA NOTIFICACIÓN DE UPP	JEFE ENFERMERÍA DE	15/04/2023	29/04/2023	SI
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	SOCIALIZACIÓN DE LA GUÍA NACIONAL DE LA CURACIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN AL PERSONAL DEL SERVICIO	JEFE ENFERMERÍA DE	29/04/2023	08/05/2023	NO
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	CAPACITACIÓN A TODO EL PERSONAL SOBRE EL REGISTRO Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	JEFE ENFERMERÍA DE	29/04/2023	08/05/2023	SI
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DEL SERVICIO SOBRE EL ADECUADO SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN	JEFE ENFERMERÍA DE	29/04/2023	08/05/2023	NO
Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	REALIZAR EL PROTOCOLO SOBRE PREVENCIÓN DE SUICIDIO Y LESIONES	JEFE ENFERMERÍA DE	28/05/2023	31/05/2023	NO
Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	REALIZAR CAPACITACIÓN AL PERSONAL DEL SERVICIO PARA SU ADECUADA ATENCIÓN	JEFE ENFERMERÍA DE	15/05/2023	31/05/2023	SI
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	ELABORAR PROTOCOLO EN CASO DE FUGA DE PACIENTE	JEFE ENFERMERÍA DE	28/05/2023	31/05/2023	NO
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	SOLICITAR A LOGÍSTICA LA COMPRA DE BRAZALETES PARA SER USADOS EN TODOS LOS USUARIOS DEL SERVICIO	JEFE ENFERMERÍA DE	15/04/2023	29/04/2023	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	ELABORAR PROTOCOLO SOBRE CAÍDAS DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	JEFE ENFERMERÍA DE	25/05/2023	31/05/2023	NO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	REALIZAR UN PLAN CON LOS LICENCIADOS DEL SERVICIO PARA LA SEGURIDAD DE LAS UPSS	JEFE ENFERMERÍA DE	15/05/2023	31/05/2023	SI
El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	SOCIALIZACIÓN AL PERSONAL DEL SERVICIO SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES EN LOS PACIENTES	JEFE ENFERMERÍA DE	15/05/2023	18/05/2023	SI
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SOLICITAR A EPIDEMIOLOGÍA LOS DISPENSADORES DE BASE ALCOHÓLICA PARA LA HIGIENE DE MANOS	JEFE ENFERMERÍA DE	15/04/2023	29/04/2023	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	CAPACITACIÓN AL PERSONAL DEL SERVICIO	JEFE ENFERMERÍA DE	26/04/2023	29/04/2023	SI



Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	SOLICITAR A ING. HOSPITALARIA EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE TODOS LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DEL SERVICIO	JEFE MEDICO	20/04/2023	29/04/2023	NO
Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	DIFUSIÓN DE LAS PROHIBICIONES QUE PUEDEN GENERAR LESIONES EN EL USUARIO	JEFE ENFERMERIA	15/05/2023	31/05/2023	SI
Correspondencia entre el diagnóstico presuntivo y/o definitivo con el plan de trabajo en la última atención o evaluación realizada.	SOCIALIZACIÓN DEL CORRECTO LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA	JEFE MEDICO	28/05/2023	31/05/2023	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	DIFUNDIR LOS CARGOS PENALES QUE PUEDEN OCASIONAR SOBRE POSIBLES AGESIONES SEXUALES	JEFE ENFERMERIA	15/05/2023	31/05/2023	SI
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	SOLICITAR A ING. HOSPITALARIA LA REVISIÓN DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS DEL SERVICIO SEGÚN PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO	JEFE MEDICO	15/05/2023	31/05/2023	NO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	RECALCAR A LOS MEDICOS EL ADECUADO LLENADO DE LAS HISTORIAS CLINICAS	JEFE MEDICO	28/05/2023	31/05/2023	SI
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	IMPLEMENTACIÓN DE UN ARCHIVADOR PARA EL REGISTRO DE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS EN LA UPSS	JEFE ENFERMERIA	15/04/2023	29/04/2023	SI
Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	RECALCAR A LOS MEDICOS EL ADECUADO LLENADO DE LAS HISTORIAS CLINICAS	JEFE MEDICO	28/05/2023	31/05/2023	SI
Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	RECALCAR A LOS MEDICOS EL ADECUADO LLENADO DE LAS HISTORIAS CLINICAS	JEFE MEDICO	28/05/2023	31/05/2023	SI
Ubicar al paciente en el Servicio / Unidad más adecuada a sus necesidades y en función del riesgo detectado.	APLICACIÓN DE LOS FORMATOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	JEFE ENFERMERIA	25/05/2023	31/05/2023	SI
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	IMPLEMENTAR EL CARE BUNDLE	JEFE MEDICO	25/05/2023	31/05/2023	NO
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	APLICACIÓN DE LOS FORMATOS POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	JEFE ENFERMERIA	25/04/2023	29/04/2023	SI
Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	INFORMAR AL PACIENTE SOBRE LOS EFECTOS NEGATIVOS DE LOS MEDICAMENTOS QUE PUEDEN CAUSAR A LOS PACIENTES	JEFE ENFERMERIA	15/04/2023	29/04/2023	SI
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	RECALCAR AL PERSONAL MÉDICO Y LICENCIADOS EN ENFERMERIA QUE DEBEN REALIZAR LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS DE TODO PACIENTE QUE SE HOSPITALIZA	JEFE MEDICO	28/05/2023	31/05/2023	SI
Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	SOCIALIZACIÓN AL PERSONAL SOBRE LA LA VALORACIÓN DEL RIESGO POTENCIAL DE FUGA DE LOS PACIENTES	JEFE MEDICO	28/05/2023	31/05/2023	SI
Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	RECALCAR L PERSONAL MÉDICO SOBRE EL CORRECTO LLENADO DE LA EVOLUCIÓN DEL PACIENTE EN LA HISTORIA CLÍNICA	JEFE MEDICO	28/05/2023	31/05/2023	SI
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	JEFE ENFERMERIA	15/04/2023	29/04/2023	SI



Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	CAPACITACIÓN DE PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN TODOS LOS PACIENTES	JEFE DE ENFERMERIA	DE 25/05/2023	31/05/2023	NO
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	EVALUACIÓN MENSUAL A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO SOBRE EL CORRECTO LAVADO DE MANOS	JEFE DE ENFERMERIA	DE 25/05/2023	31/05/2023	SI
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	SOLICITAR A EPIDEMIOLOGIA PROGRAMAR UNA CHARLA EDUCATIVA SOBRE LOS CINCO MOMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS	JEFE DE ENFERMERIA	DE 20/05/2023	31/05/2023	NO
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	SOLICITAR AL ÁREA DE SALUD OCUPACIONAL UNA CAPACITACIÓN SOBRE LA NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTES DE TRABAJO	JEFE DE ENFERMERIA	DE 20/05/2023	31/05/2023	SI
Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	RECALCAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE EL DEBER DE BRINDAR INFORMACIÓN A LOS PACIENTES SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACIÓN	JEFE DE ENFERMERIA	DE 15/04/2023	29/04/2023	SI
Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	INFORMAR A LOS PACIENTES QUE MEDICAMENTO SE LES ADMINISTRA Y QUE FUNCIÓN CUMPLE EN SU ORGANISMO CADA VEZ QUE SE ADMINISTRA EL TRATAMIENTO	JEFE DE ENFERMERIA	DE 15/04/2023	29/04/2023	SI
Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	VERIFICACIÓN DIARIA DE QUE TODOS LOS MEDICAMENTOS ESTEN ROTULADOS ADECUADAMENTE	JEFE DE ENFERMERIA	DE 25/04/2023	29/04/2023	SI
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	SOCIALIZACIÓN AL PERSONAL SOBRE LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DEL PACIENTE DE SER VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL	JEFE MEDICO	DE 28/05/2023	31/05/2023	NO
El botiquín / almacén de medicamentos del servicio permanece en todo momento cerrado bajo llave. La llave la custodiara el personal de enfermería.	REALIZAR LA VERIFICACIÓN DIARIA DE QUE EL ALMACEN DE MEDICAMENTOS DEL SERVICIO SE ENCUENTRE EN TODO MOMENTO CERRADO BAJO LLAVE	JEFE DE ENFERMERIA	DE 25/04/2023	29/04/2023	SI
Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	EXIGIR A LOS MÉDICOS DE LAS DIFERENTES ESPECIALIDADES TENER ACTUALIZADAS LAS HISTORIAS CLÍNICAS	JEFE MEDICO	DE 15/04/2023	29/04/2023	NO
Mensajes y dibujos que promueven la adherencia a la higiene de manos colocados en sitios estratégicos.	SOLICITAR AFICHES A JEFATURA DE EPIDEMIOLOGIA PARA SU DIFUSIÓN	JEFE DE ENFERMERIA	DE 20/04/2023	29/04/2023	SI
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	CONTAR CON PROTOCOLO PARA SU DIFUSIÓN PARA EL PERSONAL DEL SERVICIO	JEFE MEDICO Y JEFE NFERMIERO	DE 28/05/2023	31/05/2023	NO



d. NEUMOLOGÍA - HOSPITALIZACIÓN

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GERTRUDIS DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	20/05/2023 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	LIC. JORGE ALEJANDRO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	LIC. ANSELMO CLAUDIO CRUZ		
RESP. DPTO/SERVICIO EN UNIDAD:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL S ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. MERY GUTIERREZ CAMPOS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

78%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	SEGUIMIENTO AL PERSONAL MEDICO PARA VIGILAR EL LLENADO DE FECHA Y HORA DE ATENCION EN LA HISTORIA CLINICA	MÉDICOS	12/05/2023	20/05/2023	SI
Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	SEGUIMIENTO AL PERSONAL MEDICO PARA VIGILAR EL LLENADO CORRECTO DEL EXAMEN FISICO	MÉDICOS	12/05/2023	20/05/2023	SI
Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	SEGUIMIENTO AL PERSONAL MEDICO PARA VIGILAR EL LLENADO DE EVOLUCION DEL PACIENTE, APRECIACION OBJETIVA, TRATAMIENTO, DIETA, ETC	MÉDICOS	12/05/2023	20/05/2023	SI
Registro actualizado del Plan de Trabajo: Exámenes de Ayuda Diagnóstica, Procedimientos Médico-Quirúrgicos e Interconsultas.	SEGUIMIENTO AL PERSONAL MEDICO PARA VIGILAR EL REGISTRO ACTUALIZADO DEL PLAN DE TRABAJO	MÉDICOS	12/05/2023	20/05/2023	SI
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	MONITORIZAR EL REGISTRO DEL NOMBRE DEL PACIENTE EN TODAS LAS HOJAS DE HCL	TECNICO EN ENFERMERIA	15/05/2023	20/05/2023	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	VERIFICACION QUE TODO PACIENTE HOSPITALIZADO CUENTE CON BRAZALETE DE IDENTIFICACION	TECNICO EN ENFERMERIA	15/05/2023	20/05/2023	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	VERIFICACION PARA QUE LOS DIAGNOSTICOS MEDICOS CUENTEN CON CIE-10	MÉDICOS	15/05/2023	25/05/2023	SI
Correspondencia entre el plan de trabajo y los exámenes de apoyo al diagnóstico solicitados en la última atención o evaluación realizada.	SEGUIMIENTO A LAS HCL PARA VIGILAR CORRESPONDENCIA ENTRE EL PLAN DE TRABAJO Y EXAMENES DE APOYO AL DIAGNOSTICO	MÉDICOS	18/05/2023	25/05/2023	SI
Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	SEGUIMIENTO PARA VIGILAR QUE LAS HCL ESTEN ACTUALIZADAS	MÉDICOS Y LIC. ENFERMERIA	18/05/2023	25/05/2023	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	SEGUIMIENTO AL PERSONAL DE SALUD PARA QUE CUMPLAN LOS 08 PASOS DE DESINFECCION DE LAVADO DE MANOS	TODO PERSONAL	15/05/2023	20/05/2023	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	SEGUIMIENTO AL PERSONAL DE SALUD PARA QUE CUMPLAN LOS 11 PASOS DE LAVADO DE MANOS	TODO PERSONAL	15/05/2023	20/05/2023	SI
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	SEGUIMIENTO PARA QUE EL PERSONAL DE SALUD CUMPLAN CON MAS DEL 80% DEL REQUISITO PARA REALIZAR LA HIGIENE DE MANOS DURANTE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL	MÉDICOS, LIC. ENFERMERIA, TÉCNICOS ENFERMERIA	15/05/2023	20/05/2023	NO
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	SE IMPLEMENTARA LA IDENTIFICACION DE RIESGO DE CAIDAS DEL PACIENTE	LICENCIADO EN ENFERMERIA	18/05/2023	01/06/2023	SI
Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	SE SUPERVISARA QUE EL LIC. ENFERMERIA INFORME AL PACIENTE SOBRE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA MEDICACION	LICENCIADO EN ENFERMERIA	26/05/2023	25/05/2023	SI



Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	SE SUPERVISARA QUE EL LIC. ENFERMERIA REALICE LA VALORACION DEL RIESGO DE CAIDA A TODO PACIENTE HOSPITALIZADO	LICENCIADO EN ENFERMERIA	26/05/2023	01/06/2023	SI
Evaluación Inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	SE SUPERVISARA QUE EL LIC. ENFERMERIA REALICE LA EVALUACION INICIAL DEL RIESGO DE UPP A TODOS LOS PACIENTES AL INGRESO	LICENCIADO EN ENFERMERIA	26/05/2023	01/06/2023	SI
Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	SE SUPERVISARA QUE EL LIC. ENFERMERIA REALICE LA REEVALUACION PERIODICA DEL RIESGO	LICENCIADO EN ENFERMERIA	26/05/2023	01/06/2023	SI
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	SE REVISARA GUIAS DE ATENCION PARA PREVENCIÓN Y CONTROL DE UPP Y SE IMPLEMENTARA EN EL SERVICIO	LICENCIADO EN ENFERMERIA	31/05/2023	10/06/2023	NO
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	SE SOLICITARA A LA UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS BIOMEDICOS	INGENIERIA HOSPITALARIA	26/05/2023	01/06/2023	SI
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	SE REALIZARA EL SEGUIMIENTO PARA VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO DEL PLAN ANUAL DE MANTENIMETO PREVENTIVO DE QUIPOS BIOMEDICOS	INGENIERIA HOSPITALARIA	26/05/2023	01/06/2023	NO
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	SE IMPLEMENTARA LA FECHA DE VENCIMIENTO DE MEDICAMENTOS DEL COCHE DE PARO PARA MEJOR CONTROL	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023	10/06/2023	SI
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	SE COORDINARA PARA EL ABASTECIMIENTO DE DISPENSADORES EN LA UNIDAD	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023	10/06/2023	SI
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	SE COORDINARA REUNION CON EL PERSONAL DE SLAUD DE LA UNIDAD PARA REALIZAR EL ANALISIS Y PLAN DE INTERVENCION SOBRE INCIDENTES Y EVENTOS ADVERSOS	TODOS EL PERSONAL	15/06/2023	01/06/2023	SI
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	SE VERIFICARA EL SEGUIMIENTO DE LA EVOLUCION DE PACIENTES CON ULCERAS POR PRESION	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023	10/06/2023	SI
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	IMPLEMENTAR EL CARE BUNDLE	EPIDEMIOLOGIA	15/06/2023		SI
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	SE HARA LA GESTION PARA IMPLEMENTAR PROTOCOLO EN CASO FUGA DE PACIENTE	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023	10/06/2023	SI
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	SE HARA SEGUIMIENTO PARA QUE SE REALICE LA RECEPCION DE UN PACIENTE EXPLICANDO LA PROHIBICION DE MANTENER RELACIONES SEXUALES DURANTE LA HOSPITALIZACION	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023	10/06/2023	NO
Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	SE HARA SEGUIMIENTO PARA QUE EL PERSONAL REALICE IDENTIFICACION DE PACIENTE EN RIESGO DE SUICIDIO	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023	10/06/2023	NO
El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	SE HARA SEGUIMIENTO PARA CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE PREVENCION DE CONDUCTAS SUICIDAS	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023	10/06/2023	NO
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	SE HARA SEGUIMIENTO PARA CUMPLIR CON LA EVALUACION DEL PACIENTE SOBRE LOS RIESGOS DE SER VICTIMAS O COMETER AGRESIONES SEXUALES	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023	10/06/2023	SI
Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	SE HARA SEGUIMIENTO PARA QUE EL PERSONAL IDENTIFIQUE EL RIESGO DE SUICIDIOS, ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL Y /O ABUSO DE SUSTANCIAS	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023	10/06/2023	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	SE IMPLEMENTARA EN LA UNIDAD INFORMACION SOBRE CONSECUENCIAS PENALES DE LAS AGRESIONES SEXUALES	LICENCIADO EN ENFERMERIA	01/06/2023	10/06/2023	NO



e. CENTRO QUIRÚRGICO

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GENA DE YANAMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		26/05/2023	(COMBINAAA)
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. DE LA UPSS:	LIC. E. FERNANDO RAMOS ESCALANTE		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. OFC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORE		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. DOMINI VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

100%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con coche de intubación difícil operativo.	COORDINACION CON EL JEFE DE FARMACIA	JEFE MEDICO DEL SERVICIO	10/06/2023	12/06/2023	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	COORDINACION DEL JEFE MEDICO DEL SERVICIO	JEFE MEDICO DEL SERVICIO	15/06/2023	20/06/2023	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	COORDINACION CON EL AREA DE PSICOLOGIA	JEFE MEDICO DEL SERVICIO	15/06/2023	30/06/2023	SI
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	REUNION CON PERSONAL DEL SERVICIO	JEFE MEDICO DEL SERVICIO	10/06/2023	15/06/2023	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	REUNION DE COORDINACION CON LOS MEDICOS, LICENCIADOS EN ENFERMERIA Y TECNICOS EN ENFERMERIA PARA ELABORACION DE PROTOCOLO.	JEFE MEDICO DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/07/2023	15/08/2023	NO APLICA
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	COORDINACION CON EL JEFE MEDICO Y CORRINADOR DE ENFERMERIA	COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/07/2023	15/07/2023	NO APLICA
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	COORDINACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA	JEFE MEDICO DEL SERVICIO	15/07/2023	17/06/2023	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	REUNION CON MEDICOS, LICENCIADOS EN NEFERMERIA Y TECNICOS EN ENFERMERIA	JEFE MEDICO Y CORRINADOR DE ENFERMERIA	05/06/2023	06/06/2023	SI
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	REUNION CON EL JEFE MEDICO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA	JEFE MEDICO Y CORRINADOR DE ENFERMERIA	05/06/2023	06/06/2023	SI



f. CUIDADOS CRÍTICOS

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GENA DE YUMANGAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2022
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA EJECUCIÓN:	26/06/2023 (00/00/0000)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	M.C. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ARMANDO SÁNCHEZ TUANAMA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. ROCIO FABIOLA CERVANTES GARNICA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

88%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Capacitación y seguimiento de los eventos adversos que se suscitan en el servicio	Cordinadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	28/06/2023	03/06/2023	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Selección de códigos mas utilizados e implemetación en las notas de ingreso y evolución del paciente de ser el caso	Jefe del Servicio de Cuidados Críticos	30/06/2023	03/07/2023	SI
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Implementación de la escala de valoración del riesgo de suicidio en coordinación con el Servicio de Psicología , además de la solicitud de capacitación	Coodlnadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	07/07/2023	10/07/2023	NO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Implementacion de un cronograma de mantenimiento por equipos, del propio servicio	Coodlnadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	30/06/2023	03/07/2023	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar el Plan de Mantenimiento Anual a la unidad de Ingeniería hospitalaria . Realizar cronograma de mantenimineto de los equipos del servicio de cuidados críticos	Coodlnadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	30/06/2020	03/07/2023	SI
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Implementación del sistema de registro de Sujeción mecánica	Coodlnadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	28/06/2023	30/06/2023	SI
Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Implementación del Registro de UPP diario	Coodlnadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	28/06/2023	30/06/2023	SI
El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Implementación del protocolo de prevención del suicidio en coordinación con el servicio de psicología	Coodlnadora de Enfermería del Servicio de Cuidados Críticos	30/06/2023	03/07/2023	SI



6. ANÁLISIS DE INDICADORES (anexo 08)

EVALUACIÓN DE INDICADORES - I TRIMESTRE 2023

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FUENTE AUDITABLE	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2023				
						I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad programadas}} \times 100$	PROCESO	Cronograma de Rondas, Hojas de resultados de evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	Trimestral	100%	100%			100%
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de verificadores conformes}}{\text{N}^\circ \text{ de verificadores evaluados}} \times 100$	RESULTADO	Listado de Criterios de evaluación, Hojas de resultados de evaluación de Rondas de Seguridad del paciente aplicadas	Trimestral	57%	77%			67%
3	% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora implementadas}}{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	PROCESO Y RESULTADO	Plan de acción, Informe de implementación de acciones de mejora, fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas	Trimestral	85%	89%			87%

ANÁLISIS:

1. Se realizaron las seis (06) 100% Rondas de Seguridad del Paciente, programadas para el I semestre 2023.
2. En el cumplimiento de las Buenas Prácticas, se obtuvo el 67% en promedio general.
3. En el I Trimestre el cumplimiento de las Buenas Prácticas fue de 57%.
4. En el II Trimestre el cumplimiento de las Buenas Prácticas fue de 77%.
5. Las acciones de Mejora implementadas, fue de 87%.
6. Durante el I Trimestre se implementó el 85% de acciones de Mejora.
7. En el II Trimestre se implementó el 89% de las acciones de Mejora.

Atentamente;

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA CECILIA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. FABRICA REATEGUI DÁVILA
C.E.P: 24200
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD