



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

INFORME TÉCNICO

“RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE”

II SEMESTRE 2024”

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

ELABORADO POR:

- LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA DE FLORES
JEFA DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD
COORDINADORA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

YURIMAGUAS, LORETO-PERÚ / DICIEMBRE 2024

"INFORME TÉCNICO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – II SEMESTRE 2024"

I. ANTECEDENTES

El Ministerio de 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". Asimismo, 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.

El Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, a través de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad, conformó el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, aprobado mediante Resolución Directoral N° 010-2024-GRL-DRSL/30.37.03.01. Asimismo, cuenta con el Cronograma de Rondas de Seguridad, aprobado con R.D N° 011-2024-GRL-DRSL/30.37.03.01.

En este segundo semestre se realizaron las Rondas de Seguridad del Paciente, priorizando los servicios Críticos (Centro Obstétrico, UCI Neonatología, UCI Adulto, Emergencia y Centro Quirúrgico), los cuales recibieron una visita en cada semestre, a excepción de Centro Obstétrico.

II. OBJETIVOS:

General: Mantener una cultura de Seguridad del Paciente de Buenas Prácticas de Atención, en el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, a través de la ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente.

• **Específicos:**

- ❖ Identificar mediante la observación, la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios asistenciales, durante el II semestre 2024.
- ❖ Implementar proyectos de mejora, relacionados a las prácticas inseguras.
- ❖ Mejorar los procesos asistenciales en los servicios del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente, durante este II semestre 2024, se ejecuta en los servicios asistenciales del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, con énfasis en los Servicios Críticos.

IV. GENERALIDADES

- ❖ El Hospital II-2 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 81 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.

V. EJECUCIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – II SEMESTRE 2024

EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- ❖ El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, del presente año 2024, fue aprobado mediante Resolución Directoral N° 010-2024-GRL-DRSL/30.37.03.01.
- ❖ El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente año 2024, está conformado por los siguientes Integrantes:

Director Ejecutivo	M.C.E. Andrés Adolfo Álvarez Antonio
Director Administrativo	C.P.C. Darwil Pinedo Torres
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad	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 bancels Angulo
Jefe del Servicio de Farmacia	Q.F. Yoli Pinedo Pinedo
Jefe del Servicio de Medicina	M.C. José Luis Calle Jesús
Jefe del Servicio de Cirugía	M.C.E. Marco Antonio Oviedo Ortiz
Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia	M.C.E. Rosa Amelia Huarsaya Hanco
Jefe del Servicio de UCI Neonatología	M.C. Andrés Gavino Ruiz García
Jefe del Servicio de Emergencia	M.C.E. José Luis Millones Vásquez
Jefe del Servicio de UCI Adulto	M.C.E. Armando Sánchez Tuanama

N° 010 - 2024-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 10 de enero del 2024

Visto el Expediente N° 00433-2024, que contiene el Oficio N° 0010-2024-DRSL/GRSL/30.37.05, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de la resolución de conformación del "EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2024, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas;



CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el Artículo 2º de la Ley General de Salud, establece que toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Asimismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumpla con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y practicas institucionales y profesionales;





Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, se aprobó el "El Sistema de Gestión de la Calidad," el cual establece como uno de sus componentes a la Garantía y Mejoramiento de la Calidad, siendo uno de sus principales procesos la Seguridad del Paciente;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Aprueba el Documento Técnico de "Política de calidad en salud" con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención de directrices emanadas de las Autoridades Sanitarias Nacional, cuyo objetivo es establecer las pautas que orienten al desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de Atención de salud en el sistema de salud de nuestro país;



Que, mediante Resolución Jefatural N° 393-2016-IGSS de fecha 03 de junio del 2016, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01: Rondas de Seguridad y Gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente con la finalidad de "Implementar las Rondas de Seguridad del Paciente como herramientas de Gestión del riesgo en las instituciones Prestadoras de Servicio de Salud del Instituto de gestión de Servicios de Salud, a través de la implementación de prácticas seguras";

Que, el punto 4.3.13. de la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01: Rondas de Seguridad y gestión de Riesgo para la Seguridad del Paciente, define a las Rondas de Seguridad del Paciente como "Herramienta de Calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, consiste en una visita programada de un servicio seleccionado al azar en una determinada IPRESS (Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud), para identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva";

Que, con el Documento de Visto el Director Ejecutivo autoriza la proyección de la resolución mediante Memorando N° 0035-2024-GRL-GRSL/30.37 de conformación del "EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2024, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas;

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.

SE RESUELVE:



Artículo 1°.- Conformar, el **COMITÉ DE EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – 2024** del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, el mismo que está integrado por los siguientes profesionales:

- | | |
|--|--------------------|
| • DIRECTOR EJECUTIVO | LIDER |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD | SECRETARIO TECNICO |
| • DIRECTOR ADMINISTRATIVO | MIEMBRO |
| • JEFE DE LA UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL | MIEMBRO |
| • JEFATURA DEL SERVICIO DE MEDICINA | MIEMBRO |
| • JEFATURA DEL SERVICIO DE CIRUGIA | MIEMBRO |
| • JEFE DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTERICIA | MIEMBRO |
| • JEFATURA DEL SERVICIO DE PEDIATRIA / NEONATOLOGIA | MIEMBRO |
| • JEFATURA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA | MIEMBRO |
| • JEFATURA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA | MIEMBRO |
| • JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA | MIEMBRO |



Artículo 2°.- Transcribese la presente Resolución a los interesados para su conocimiento y desempeño de sus funciones.



Artículo 3°.- Publíquese en el Portal WEB Institucional y Portal de Transparencia estándar del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

Regístrese y Comuníquese;



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

CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

- El Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente año 2024, fue reconocido mediante Resolución Directoral N° 011-2024-GRL-DRSL/30.37.03.01, de fecha 11 de enero del 2024.

N° 011 - 2024-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 11 de enero del 2024

Visto el Expediente N° 00374-2024, que contiene el Oficio N° 009-2024-DRSL/GRSL/30.37.05, de fecha 10 de enero del 2024, emitido por la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de la resolución de "APROBACION DEL CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2024, DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS;



CONSIDERANDO:

Que, el numeral VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 519-2006-SA/DM, se aprobó el Documento Técnico "El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud", con el objetivo de establecer los principios, normas, metodologías y procesos para la implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud, orientado a obtener resultados para la mejora de la calidad de atención en los servicios de salud;



Que, mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, Aprueba el Documento Técnico de "Política de calidad en salud" con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención de direcciones emanadas de las Autoridades Sanitarias Nacionales, cuyo objetivo es establecer las pautas que orienten al desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de Atención de salud en el sistema de salud de nuestro país;



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

Que, el numeral 6.1.2 de las Funciones de los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente de la precitada de la Directiva, establece que el responsable de la Oficina de la Gestión de la Calidad o quien haga sus veces, en coordinación con todos los integrantes del equipo, elaboraran el Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente, el cual deberá ser aprobado por el Titular responsable de la IPRESS e incluirá la fecha, hora y día en que se ejecutara la ronda, sin especificar el servicio o U.P.S.S a visar,

Que, mediante Decreto Supremo N° 035-2020-SA, se establece los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2021, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el Artículo 15° del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que Regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado;

Que, con Resolución Directoral N° 010-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01, se Conformó EL EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024 - DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS;

Que, con el documento de Visto el Director Ejecutivo Autoriza mediante Memorando N° 0031-2024-GRL-GRSL/30.37, Autoriza la proyección del Acto Resolutivo de "APROBACION DEL CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2024", DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS;

Que, en ese contexto, mediante documento de visto la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, en el ámbito de sus funciones, remite el Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas 2024, para su aprobación mediante acto resolutivo;

Con la Visación de la Unidad de Recursos Humanos, Asesoría Legal, Oficina de Administración, con la aprobación de la Dirección Ejecutiva del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, y;

En uso de las atribuciones conferidas mediante Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA, de fecha 31 de octubre del 2017, y del Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, aprobada mediante Resolución Directoral N° 1899-2015-GRL-DRS-L/30.01 de fecha 16 de noviembre del 2015.



SE RESUELVE:

Artículo 1º.- APROBAR , A PARTIR DEL 11 DE ENERO DEL 2024, el CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2024 del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, documento que como Anexo forma parte integrante de la Presente Resolución Directoral.

Artículo 2º.- Publíquese en el Portal WEB Institucional y Portal de Transparencia estándar del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.



Regístrese y Comuníquese;



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCA
DIRECTOR EJECUTIVO
CNP 62751 ENC 040637

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2024

IPRESS : HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 RESPONSABLE IPRESS : M.C.E. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS



ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	31 / 01 / 2024	10 / 00

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	23 / 02 / 2024	10 / 00

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	27 / 03 / 2024	10 / 00

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	25 / 04 / 2024	10 / 00

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	24 / 05 / 2024	10 / 00

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	26 / 06 / 2024	10 / 00

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	25 / 07 / 2024	10 / 00

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	27 / 08 / 2024	10 / 00

SEPTIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	26 / 09 / 2024	10 / 00

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	25 / 10 / 2024	10 / 00

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	27 / 11 / 2024	10 / 00

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	16 / 12 / 2024	10 / 00



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
 HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS
 DIRECTOR EJECUTIVO
 C.M.P. 67751 - R.N.E. 049637

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
 HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 LIC. ENP. PATRICIA TEATEQUI DAVILA
 C.E.P. 24280
 JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
 HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 ING. GRETTE TORRES TELLO
 C.E.P. 34963 - R.N.E. 027563
 JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
 HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
 LIC. ENP. BONNIE YON BANCELCA ANGLU
 C.E.P. 34963 - R.N.E. 20023
 JEFATURA DE ENFERMERÍA

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 – SEGUNDO SEMESTRE 2024

Las UPSS visitadas fueron: Centro Obstétrico (25.07.24), Emergencia (27.08.2024), UCI Neonatología (26.09.24), UCI Adulto (25.10.24), Centro Quirúrgico (27.11.24) y Centro Obstétrico (16.12.24).

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

Fecha RSP	UPSS visitada	% Cumplimiento	Resultado Valoración de Riesgo
25/07/2024	Centro Obstétrico	71.00%	Importante
27/08/2024	Emergencia	83.00%	Moderado
26/09/2024	UCI Neonatología	78.00%	Importante
25/10/2024	UCI Adulto	90.00%	Moderado
27/11/2024	Centro Quirúrgico	83.00%	Moderado
16/12/2024	Centro Obstétrico	71.00%	Importante
Total		79.33%	Importante

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

- Observamos que el promedio general de cumplimiento de las buenas prácticas fue de **79.33%**, lo cual califica dentro de **Riesgo Importante**.
 - Respecto a la valoración de Riesgo, el 50% de servicios evaluados, se encuentran dentro de Riesgo Importante y el 50% en Riesgo Moderado.
 - Los servicios de UCI Neonatología y Centro Obstétrico, son los que tienen menos del 80% de cumplimiento de buenas prácticas (78% y 71%) - Riesgo Importante.
 - El servicio de UCI Adulto, tuvo el mayor porcentaje de cumplimiento de las B.P. que fue de 90%.
- #### 2. ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN LA APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS – II SEMESTRE AÑO 2024.

Mes	UPSS	% de Implementación
Julio	Centro Obstétrico	83%
Agosto	Emergencia	83%
Setiembre	UCI Neonatología	95%
Octubre	UCI Adulto	100%
Noviembre	Centro Quirúrgico	100%
Diciembre	Centro Obstétrico	83%
Total		90.7%

- En el segundo semestre del 2024, el promedio de cumplimiento de la implementación de las Acciones de Mejora fue de **90.7%**.
- Las UPSS UCI Adultos y Centro Quirúrgico, implementaron el 100% de sus acciones de mejora; UCI Neonatología implementó el 90% y las UPSS Centro Obstétrico y Emergencia implementaron el 83%.
- Los servicios vienen realizando trabajo en equipo a fin de levantar las observaciones de los verificadores inseguros: Las acciones implementadas están centradas en mejorar los procedimientos en cuanto al cumplimiento correcto de la higiene de manos y demás procesos.

B. INFORMACIÓN SOBRE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS O EN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN EN RELACIÓN A LOS VERIFICADORES INSEGUROS POR UPSS – II SEM. 2024.

1. **SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO:** Implementó el 83% de sus acciones de mejora, quedando por implementar tres acciones, las cuales están en proceso de implementación.

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN
36	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Implementar un registro digital de notificación de accidentes de trabajo del personal del servicio.	12/08/2024	16/08/2024	NO
36	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementar el uso del Formato de Consentimiento informado para las actividades de docencia de internos, y otros estudiantes.	6/08/2024	18/08/2024	NO
36	PREVENCIÓN DE CAÍDA 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 y socializar el Protocolo de Sujeción Mecánica.	26/08/2024	28/08/2024	NO

2. **SERVICIO DE EMERGENCIA:** Implementó el 83% de sus acciones de mejora, quedando en proceso de implementación tres acciones.

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN
12	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Se concientizará al personal para su registro en el brazalete de identificación sobre el riesgo de caídas del paciente.	4/10/2024	10/10/2024	NO
8	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Se dará a conocer o se efectivizará que los brazaletes de identificación son importantes a la hora de la admisión de pacientes durante su estancia en el servicio, y deberá ser hospitalizado con su respectiva identificación.	1/10/2024	15/10/2024	NO
8	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Se concientizará al personal para la verificación del paciente correcto antes de cualquier procedimiento a realizar.	10/10/2024	15/10/2024	NO

3. **SERVICIO DE UCI NEONATOLOGÍA:** Implementó el 95% de sus acciones de mejora, pendiente por implementar una acción de mejora.

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN	IMPLEMENTACIÓN
24	HISTORIA CLÍNICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	MEDICO JEFE DEL SERVICIO COORDINARÁ CON SUS COLEGAS PARA EL LLENADO CORRECTO DE LOS DIAGNOSTICOS EN CADA HISTORIA CLINICA, DANDO CUMPLIMIENTO A LA NORMA TÉCNICA DE GESTIÓN DE LA H.C.	MEDICO JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	15/10/2024	18/10/2024	NO

4. **SERVICIO DE UCI ADULTO:** Implementó el 100% de sus acciones de mejora.

5. **SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO:** Implementó el 100% de sus acciones de mejora.

6. SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO: Implementó el 83% de sus acciones de mejora, quedando en proceso cuatro acciones.

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	LA JEFATURA DEL SERVICIO REALIZARÁ LAS GESTIONES NECESARIAS A FIN DE SOLICITAR LA ADQUISICIÓN DE UN ECÓGRAFO PARA EL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO.	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA	18/12/2024	20/12/2024	NO
36	PREV. CAIDA DE PCTS. Y CONTENC. MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	ELABORAR Y SOCIALIZAR CON EL PERSONAL DEL SERVICIO, EL PROTOCOLO DE SUJECIÓN MECÁNICA.	JEFATURA DE OBSTETRICIA	27/12/2024	30/12/2024	NO
36	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 MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS IAAS, CON LA ASISTENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA.	JEFATURA DE OBSTETRICIA / EPIDEMIOLOGÍA	27/12/2024	30/12/2024	NO
18	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	ELABORAR Y SOCIALIZAR CON EL PERSONAL DEL SERVICIO, EL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DE PACIENTES.	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA	27/12/2024	30/12/2024	NO

C. EVALUACIÓN DE INDICADORES

EVALUACIÓN DE INDICADORES - SEGUNDO SEMESTRE 2024										
N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FUENTE AUDITABLE	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2024				
						I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad programadas}} \times 100$	PROCESO	Cronograma de Rondas, Hojas de resultados de evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	Trimestral	100%	100%	100%	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	77.7%	80.0%	77.3%	81.3%	79.1%
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	97.0%	85.0%	87.0%	94.3%	90.8%

- ❖ Se realizaron el 100% Rondas de Seguridad del Paciente, programadas para el II semestre 2024.
- ❖ El promedio de cumplimiento global de las Buenas Prácticas del II semestre, fue de 79.3%.
- ❖ En el III Trimestre el cumplimiento de las Buenas Prácticas fue de 77.3%.
- ❖ En el IV Trimestre el cumplimiento de las Buenas Prácticas fue de 81.3%.
- ❖ El promedio general de las acciones de Mejora implementadas en el II semestre, fue de 90.7%.
- ❖ En el III Trimestre se implementó el 87% de las acciones de Mejora, en el IV Trimestre se implementó el 94.3%; diez acciones de mejora se encuentran en proceso de ejecución.
- ❖ El cumplimiento anual de las **buenas prácticas** año 2024 fue de **79.1%**.
- ❖ Las **acciones de mejora** implementadas año 2024, fue de **90.8%**.

VII. CONCLUSIONES

- ❖ Se visitaron las UPSS priorizadas, que son los servicios críticos (Centro Obstétrico, Emergencia, UCI Neonatología, UCI Adulto y Centro Quirúrgico).
- ❖ La UPSS de Centro Obstétrico fue visitada dos veces, debido a que en el primer semestre no fue visitada, puesto que hubo conflictos entre profesionales (Enfermeros y Obstetrices por el Tema de la Atención Inmediata del Recién Nacido). P.D: el Equipo Evaluador de las RSP, está conformada en su mayoría por Licenciados en Enfermería.
- ❖ El Acta de cada RSP, fue remitida a la jefatura del servicio visitado a fin de implementar acciones de mejora, enmarcados dentro de planes de acción o proyectos de mejora continua de la calidad de atención, en función de las prácticas inseguras, priorizando la Higiene de Manos, Bioseguridad y otros.
- ❖ El Secretario Técnico ingresó la información recogida en la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente; presentó la hoja de resultados de la evaluación, y la ficha de Monitoreo, con la firma de todos los miembros del Equipo y jefatura de los servicios visitados.
- ❖ Se elaboró el Informe de la Rondas de Seguridad del Paciente, adjuntando la hoja de resultados de evaluación y la matriz de los planes de acción y ficha de monitoreo.
- ❖ El promedio de cumplimiento de las buenas prácticas de 79.3%, calificado como Riesgo Importante.
- ❖ Las UPSS de UCI Adulto, Emergencia y Centro Quirúrgico, tuvieron mejor cumplimiento de buenas prácticas con 90% y 83% respectivamente.
- ❖ La UPSS de Centro Obstétrico, en ambas visitas obtuvo el 71% de Cumplimiento de Buenas Prácticas.
- ❖ El 50% de los servicios evaluados se encuentran en Riesgo Importante y el 50% en Riesgo Moderado.
- ❖ En cuanto a las Acciones de Mejora implementadas, el promedio global fue de 90.7%.
- ❖ Las UPSS de UCI Adulto y Centro Quirúrgico, implementaron el 100% de sus acciones de mejora.
- ❖ Los servicios de Centro Obstétrico y Emergencia implementaron el 83% de las acciones de mejora.
- ❖ En cuanto al cumplimiento Anual de las buenas prácticas, esta fue de 79.1%.
- ❖ Las Acciones de Mejora Implementadas, año 2024 fue de 90.8%.
- ❖ Cabe indicar que, durante el año 2024 se tuvo dos Directores, de enero a agosto: Dr. Jorge Alberto Mercado Seancas y de setiembre a diciembre: Dr. Andrés Adolfo Álvarez Antonio.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Las jefaturas y coordinaciones de los servicios, deben realizar acciones de identificación de la ocurrencia de prácticas inseguras en la atención de los pacientes de los servicios de hospitalización, emergencia, centro obstétrico y cuidados críticos del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
2. Las jefaturas de los servicios, deben capacitar, monitorizar y/o reforzar conocimientos a su personal respecto al cumplimiento de los pasos correctos de la Higiene de Manos (alcohol gel y jabón líquido).
3. Las Jefaturas de los servicios visitados deben realizar reforzamiento en el personal de su servicio, respecto al cumplimiento de los Cinco Momentos de la Higiene de Manos durante la atención sanitaria.
4. Realizar comunicación recíproca entre el paciente y familiares, respecto a informarles sobre el estado de su salud, medicamentos, entre otras.

5. Recibir las sugerencias y/u observaciones de los pacientes y familia, a fin de identificar mejoras para el servicio visitado.
6. Comprometer a todo el personal del servicio visitado, en la implementación y ejecución de actividades de Mejora para su servicio.
7. Los servicios deben registrar y notificar de forma permanente el sistema de vigilancia, registro y notificación de Eventos Adversos, y realizar el análisis de la ocurrencia.
8. Las jefaturas deben realizar la socialización de las Normas Técnicas emanadas por el MINSA, e implementar su uso respectivo (Gestión de la Historia Clínica, Higiene de Manos, Vigilancia Epidemiología, Auditoría de la Calidad de Atención, entre otros).
9. La Unidad de Gestión de la Calidad debe Vigilar de forma permanente, el cumplimiento de la Norma Técnica de Gestión de la Historia Clínica.
10. Implementar procesos de Mejora, mediante la elaboración de Planes de Mejora de la Calidad de Atención en cada servicio de acuerdo a los verificadores inseguros.
11. El servicio de Farmacia, deberá realizar la supervisión y monitoreo permanente del adecuado uso, manejo, conservación de los medicamentos, así como también vigilar el Coche de Paro de los diferentes servicios hospitalarios, y mantener el abastecimiento con insumos y medicamentos necesarios.
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 lesiones por presión, prevención de fuga y caídas, suicidio, entre otras.
14. La Unidad de Gestión de la Calidad y Epidemiología, brindarán asistencia permanente a los servicios, en temas relacionados con la Adherencia de la Higiene de Manos, y Bioseguridad, realizarán Monitoreo y evaluación permanente del cumplimiento de los pasos correctos de la Higiene de Manos.
15. Las UPSS deben contar con el plan de mantenimiento de sus equipos biomédicos, y deben vigilar el cumplimiento del cronograma.
16. El servicio de vigilancia deberá implementar el Protocolo de Fuga de Pacientes.

Atentamente;

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAQUAS

LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DAVILA
C.E.P: 24260
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

IX. ANEXOS

1. HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN (anexo 03) SERVICIO/UPSS – II SEMESTRE 2024

1.1. SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO (25/07/2024)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA EJECUCIÓN:	25/07/2024 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	C.P.C. ISABEL ORTIZ RAMÍREZ	RESP. DE LA UPSS:	DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO		
RESP. DPTO./SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	OBST. FIORELLA I. RAMIREZ CISNEROS		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	84%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	67%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	43%
PREVENCIÓN DE FUGA	83%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	44%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%
SEGURIDAD SEXUAL	60%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	71%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	71%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO M.S.G.Y.
CMP: 28715 - RNE: 001603

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

MG. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 52366 - RNE: 827863
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

MC. ANDRÉS GABINO RUIZ GARCÍA
JEFE DEL SERV. DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA
CMP: 47550 - RNE: 001617

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. MARCO A. OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERV. DE CIRUGÍA Y SUS ESPECIALIDADES
CMP: 087128 - RNE: 039227

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES
C.A.D. N° 08880

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEP: 34868 - RNE: 20023
JEFATURA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. JOSÉ LUIS MILONES VÁSQUEZ
MÉDICO INTENSIVISTA
CMP: 00299 - RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JOSÉ LUIS CALLE JESÚS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUS ESPECIALIDADES
CMP: 70821 - RNE: 42461

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA
C.E.P: 24260
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. N° 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
CMP: 24962 - RNE: 15565
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.A. ARMANDO SANCHEZ YUANAMA
MÉDICO INTENSIVISTA
CEP: 34049 - RNE: 30274
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

1.2. SERVICIO EMERGENCIA (27/08/2024)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA EJECUCIÓN:	27/08/2024 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	C.P.C. ISABEL ORTIZ RAMÍREZ	RESP. DE LA UPSS:	M.C.E. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LJC. ENF. BONNIE VON BANCEL S ANGULO	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DENIZ ALBERTO ARÉVALO CASTRO		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	90%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	71%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	57%
PREVENCIÓN DE FUGA	83%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	60%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	71%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	88%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	83%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP: 24715 - RNE: 027493

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 52366 - RNE: 027583
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS GABINO RUIZ GARCÍA
JEFE DEL SERV. DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA
CMP: 74560 - RNE: 040615

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. MARCO A. OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERV. DE CIRUGÍA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 087326 - RNE: 039222

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD N° 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL S ANGULO
CEP: 34963 - RNE: 20023
JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MÉDICO INTENSIVISTA
CMP: 60299 - RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JOSÉ LUIS CALLE JESÚS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 79821 - RNE: 42461

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 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 II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.A.F. N° 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
CMP: 24862 - RNE: 15665
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. MARCO ANTONIO ANCHEL TUANAMA
MÉDICO INTENSIVISTA
CEP: 36089 - RNE: 30274
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

1.3. SERVICIO DE UCI NEONATOLOGÍA (26/09/2024)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA EJECUCIÓN:	26/09/2024	(DDMM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY F. TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ANDRÉS G. RUIZ GARCÍA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ALGULO	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JOHANA BARRÍA RAMÍREZ		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	94%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	71%
PREVENCIÓN DE FUGA	67%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	75%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	0%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	63%
BIOSEGURIDAD	88%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	78%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP: 24718 - RNE: 024593

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 32356 - RNE: 027563
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS GABINO RUIZ GARCÍA
JEFE DEL SERV. DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA
CEP: 74568 - RNE: 046315

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. MARCO A. OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERV. DE CIRUGÍA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 087326 - RNE: 039222

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD Nº 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEP: 34960 - RNE: 28023
JEFATURA DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MÉDICO INTENSIVISTA
CMP: 50280 - RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JOSÉ LUIS CALLE JESÚS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 70821 - RNE: 42461

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 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 II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. Nº 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
CMP: 24982 - RNE: 15368
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. GABRIEL SANCHEZ TUANAMA
MÉDICO INTENSIVISTA
CEP: 32049 - RNE: 30274
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

1.4. SERVICIO DE UCI ADULTO (25/10/2024)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA EJECUCIÓN:	25/10/2024 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY F. TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ARMANDO SÁNCHEZ TUANAMA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. NEFRYS M. VELA CORNE		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	79%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	92%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	71%
PREVENCIÓN DE FUGA	67%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	100%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	63%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	90%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP: 24715 - RNE: 022700

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD N° 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

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: 52366 - RNE: 027583
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEP: 34983 - RNE: 20023
JEFATURA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. N° 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS GABINO RUIZ GARCIA
JEFE DEL SERV. DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA
CMP: 74560 - RNE: 046815

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MEDICO INTENSIVISTA
CMP: 60289 - RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

DRA. ROSA AMELIA HUARAYANA HANCO
CMP: 24962 - RNE: 45666
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. MARCO A. OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERV. DE CIRUGIA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 007120 - RNE: 039222

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JOSE LUIS CALLE JESUS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 70821 - RNE: 42461

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ARMANDO SÁNCHEZ TUANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 36040 - RNE: 30274
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS

1.5. SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO (27/11/2024)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA EJECUCIÓN:	27/11/2024 (DDMM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. AD. DARWIL PINEDO TORRES	RESP. DE LA UPSS:	M.C.E. GUILLERMO OMAR ROLDÁN AGUILAR		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	95%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	83%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	0%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	86%
BIOSEGURIDAD	83%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	83%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP: 24718 - RNE: 027503

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD N° 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA
C.E.P: 24260
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

MR. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO
CEPI 02156 - RNE: 017383
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEPI 34963 - RNE: 20023
JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. N° 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS GABINO RUIZ GARCÍA
JEFE DEL SERV. DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA
CMP: 24559 - RNE: 040045

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MÉDICO INTENSIVISTA
CMP: 60289 - RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
CMP: 24952 - RNE: 15668
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. MARCO A. OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERV. DE CIRUGÍA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 007328 - RNE: 039223

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JOSÉ LUIS CALLE JESÚS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 70821 - RNE: 42461

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. ARMANDO SÁNCHEZ TUANAMA
MÉDICO INTENSIVISTA
CEPI 34049 - RNE: 30274
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

1.6. SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO (16/12/2024)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		16/12/2024	(dd/mm/aaaa)
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
TTULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ROSA AMELIA HUANSAYA HANCO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	OBST. FIORELLA INGRID RAMÍREZ CISNEROS		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	82%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	80%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	60%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	44%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%
SEGURIDAD SEXUAL	67%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	57%
BIOSEGURIDAD	57%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
	71%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP: 24715 - RNE: 027709

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 52358 - RNE: 027363
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

MC. ANDRÉS GABINO RUIZ GARCIA
JEFE DEL SERV. DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA
CMP: 74559 - RNE: 040015

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. MARCO A. OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERV. DE CIRUGÍA Y SUS ESPECIALIDADES
CMP: 087329 - RNE: 039222

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD N° 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEP: 34983 - RNE: 20023
JEFATURA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MÉDICO INTENSIVISTA
CMP: 50283 - RNE: 44570
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JOSÉ LUIS CALLE JESÚS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUS ESPECIALIDADES
CMP: 70821 - RNE: 42461

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA
C.E.P.: 24260
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. N° 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

DRA. ROSA AMELIA HUANSAYA HANCO
CMP: 24562 - RNE: 15565
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS SANCHEZ TUANAMA
MÉDICO INTENSIVISTA
CEP: 36049 - RNE: 00276
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

2. PLANES DE ACCIÓN (anexo 06). SERVICIO/UPSS

a. SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO (25/07/2024)

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		25/07/2024	(DOMINIAAAA)
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. DE LA UPSS:	DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ISABEL ORTIZ RAMÍREZ	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VOM BANCEL S ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	OBST. FIORELLA I. RAMÍREZ CISHNEROS		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO
105	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Monitorizar de forma permanente el cumplimiento de los pasos correctos de la higiene de manos al personal del servicio (obstetras, médicos y personal técnico).	Jefatura de Obstetricia	1/08/2024
105		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.	Realizar el reforzamiento del cumplimiento de la higiene de manos durante los 5 momentos de atención, al personal del servicio (obstetras, médicos y personal técnico).	Jefatura de Obstetricia	1/08/2024
84	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Aperturar un registro físico para el control de caducidad de los medicamentos y socializar con todo el personal.	Jefatura de Obstetricia	26/07/2024
84	IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Recordar al personal mediante memorandum el cumplimiento de la verificación de la identidad del paciente ante la realización de cualquier procedimiento con las pacientes del servicio.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	1/08/2024
84	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Recordar al personal mediante memorandum que deben rotular los medicamentos que se encuentran para ser usados en las pacientes del servicio.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	1/08/2024
84	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Emitir memorandum al personal médico y obstetricia que deben registrar el código CIE 10 en todos los diagnósticos registrados en la historia clínica.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	1/08/2024
63		Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	Recordar al personal que deben registrar el nombre de la paciente en todas las hojas de la historia clínica. Monitorizar y vigilar su cumplimiento.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	25/08/2024
48	PREV. DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Informar al personal médico y obstétrico que deben registrar la valoración del riesgo de caídas del paciente.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	1/08/2024
48	IDENTIFICACION CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Informar al personal que deben registrar la valoración del riesgo de caída en el brazalete de las pacientes del servicio.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	1/08/2024
48		Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Socializar a todo el personal de centro obstétrico, sobre el registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Jefatura de Obstetricia	12/08/2024
48		Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Colocar los brazaletes a todas las pacientes del servicio, con los datos requeridos.	Jefatura de Obstetricia	5/08/2024
48		Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	Implementar el uso del cartel visible que contenga los datos completos de las pacientes.	Jefatura de Obstetricia	26/07/2024
48	FUNCIONAMIENTO Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar a la jefatura de Ing. Hospitalaria, copia del Plan de Mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de Centro Obstétrico.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	5/08/2024
48	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Informar al personal del servicio (reunión) que deben informar a los pacientes sobre los efectos secundarios que pueden producir los medicamentos que reciben.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	5/08/2024
36	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Implementar un registro digital de notificación de accidentes de trabajo del personal del servicio.	Jefatura de Obstetricia	12/08/2024
36	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Implementar un registro físico de medicamentos controlados.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	12/08/2024
36	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Colocar información en lugares visibles, respecto a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Jefatura de Obstetricia	10/08/2024

36	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementar el uso del Formato de Consentimiento informado para las actividades de docencia de internos, y otros estudiantes.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	5/08/2024
36	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.	Informar al personal médico y de obstetricia, que deben evaluar los riesgos de agresiones sexuales de las pacientes y registrar en la Historia clínica.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	8/08/2024
36	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Comunicar al personal, que deben informar a las pacientes y su familia respecto a los medicamentos que recibe (nombre, hora).	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	8/08/2024
36	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Implementar el uso del Formato de Consentimiento Informado de los procedimientos que se realizan con las pacientes.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	5/08/2024
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.	Elaborar y socializar el Protocolo de Sujeción Mecánica.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	26/08/2024
36	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	El jefe de Obstetricia realizará el Plan de Intervención de los Incidentes y Eventos Adversos notificados según la ocurrencia.	Jefatura de Obstetricia	27/08/2024
18	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Coordinar con el responsable de Vigilancia para la implementación de un Protocolo de Fuga de Pacientes.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	15/08/2024
18	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Implementar el registro físico y/o virtual de la notificación de Incidentes y Eventos Adversos notificados por el servicio.	Jefatura de Obstetricia	12/08/2024

FIRMAS:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP: 24716 - RNE: 027383

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD N° 08895
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. FABRICIA REATEGUIDAVILA
C.E.P: 24260
JEFE UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. GRETE FIORELLA TORRES TELLO
C.E.P: 82376 - RNE: 027383
JEFE DE EMPEÑOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. BONNIE VON BANCALS ANGULO
CEP: 34962 - RNE: 20023
JEFATURA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. N° 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS GABINO RUIZ GARCIA
JEFE DEL SERV. DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA
CMP: 74559 - RNE: 045225

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MÉDICO INTENSIVISTA
CMP: 60299 - RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

DRA. ROSA AMELIA HUARSAJA HANCO
CMP: 24962 - RNE: 15065
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. MARCO A. OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERV. DE CIRUGIA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 087328 - RNE: 039222

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JOSÉ LUIS CALLE JESÚS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 70721 - RNE: 42461

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ARMANDO SANCHEZ HUANCATA
MÉDICO INTENSIVISTA
CEP: 24047 - RNE: 30274
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS

b. SERVICIO DE EMERGENCIA (27/08/2024)

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA EJECUCIÓN:		27/08/2024	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ISABEL ORTIZ RAMÍREZ	RESP. DE LA UPSS:	M.C.E. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DENIZ ALBERTO ARÉVALO CASTRO		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO
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.	Realizar reforzamiento sobre el cumplimiento de los cinco Momentos de la Higiene de Manos, en todo el personal del servicio de Emergencia.	Coordinador de Enfermería	10/09/2024
48	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la H.CI.	Emitir memorandun de cumplimiento para el correcto llenado del nombre del paciente en todas las hojas de la H:C del paciente	Jefatura de Servicio	2/09/2024
48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Se retomarán de forma inmediata las acciones en que cada notificación emitida por el personal deberá ser analizado con su respectivo plan de intervención y que deberá ser emitida al área respectiva para su archivo posterior.	Coordinador de Enfermería	28/08/2024
36	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar Monitoreo permanente del cumplimiento correcto de la higiene de manos con alcohol gel, en todo el personal del servicio de Emergencia.	Coordinador de Enfermería	6/09/2024
18	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	Emitir memorandum al personal médico, indicando que deben cumplir con el correcto llenado de las funciones biológicas en las historias clínicas y demás datos.	Jefe del Servicio	2/09/2024
18	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Se emitirá una solicitud al área de Ingeniería Hospitalaria para la operatividad de los equipos de llamado de enfermera.	Jefe del Servicio	2/09/2024
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Mediante memorandum, se dará a conocer que deben cumplir con la utilización del formato de consentimiento informado y llenado correcto, en la Historia Clínica.	Jefe del Servicio	2/09/2024
12	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Se concientizará al personal que debe informar al paciente o familiar responsable sobre la prohibición de mantener sexuales durante la hospitalización.	Jefe del Servicio	6/09/2024
12	IDENTIF. CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Se concientizará al personal para su registro en el brazalete de identificación sobre el riesgo de caídas del paciente.	Coordinador de Enfermería	06/09/224
12	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Mediante Memorandun, se dará a conocer al profesional médico, que deben evaluar y registrar en la H.C. si hay o no riesgo de fuga del paciente.	Jefe del Servicio	2/09/2024
12	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 Ingeniería Hospitalaria para dar cumplimiento del plan de mantenimiento de los equipos biomédicos que cuenta el Servicio de Emergencia.	Jefe del Servicio	5/09/2024
8	IDENTIF. CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Se dará a conocer o se efectivizará que los brazaletes de identificación son importantes a la hora de la admisión de pacientes durante su estancia en el servicio, y deberá ser hospitalizado con su respectiva identificación.	Coordinador de Enfermería	5/09/2024
8	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Se coordinará con los diferentes coordinadores de Internos para un mayor control y monitoreo de los mismos	Jefe del Servicio	5/09/2024

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

8	IDENTIF. CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Se concientizará al personal para la verificación del paciente correcto antes de cualquier procedimiento a realizar.	Jefe del Servicio	5/09/2024
8	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Se colocará afiches de información referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales en las diferentes áreas del servicio.	Coordinador de Enfermería	5/09/2024
8	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.	Se implementará un cuaderno de registro de los pacientes que presentan lesiones por presión	Coordinador de Enfermería	2/09/2024
6	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	Elaborar Protocolo de seguimiento de la LPP.	Coordinador de Enfermería	20/09/2024
3	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 la socialización del Protocolo de prevención de suicidios, y su cumplimiento por parte del personal médico a tener en cuenta en la evaluación de antecedentes del paciente y registra en la H.CI.	Coordinador de Enfermería	25/09/2024

FIRMAS:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP: 24715 - RNE: 024593

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD N° 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DAVILA
C.E.P: 24260
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. GRETTE FLORELLA TORRES TELLO
CEP: 34386 - RNE: 027583
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEP: 34963 - RNE: 20023
JEFATURA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. N° 18808
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS GABINO RUIZ GARCIA
JEFE DEL SERV. DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA
CMP: 74559 - RNE: 046815

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MEDICO INTENSIVISTA
CMP: 64289 - RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
CMP: 24962 - RNE: 15565
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. MARGO A. OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERV. DE CIRUGIA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 87328 - RNE: 039222

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JOSÉ LUIS GALLE JESUS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 70821 - RNE: 42461

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 34047 - RNE: 30274
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS

c. SERVICIO DE UCI NEONATOLOGÍA (26/09/2024)

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA EJECUCIÓN:	26/09/2024 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY F. TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARVIL PINEDO TORRES	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ANDRÉS G. RUIZ GARCÍA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL S ALGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JOHANA BARRÍA RAMIREZ		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO
84	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	SE IMPLEMENTARÁ UN CUADERNO PARA EL REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS CONTROLADOS Y SE SOCIALIZARÁ CON TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO.	COORD. ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	30/09/2024
63	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	MONITORIZAR DE FORMA DIARIA EN CADA TURNO DEL PERSONAL, EL CUMPLIMIENTO DE LOS PASOS CORRECTOS DE LA HIGIENE DE MANOS CON ALCOHOL GEL Y RECALCAR LA IMPORTANCIA DE SU CUMPLIMIENTO.	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	30/09/2024
63	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	MONITORIZAR DE FORMA DIARIA EN CADA TURNO, EL CUMPLIMIENTO DE LOS PASOS CORRECTOS DE LA HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN Y RECALCAR LA IMPORTANCIA DE SU CUMPLIMIENTO.	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	30/09/2024
63	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.	SE REALIZARÁ REFORZAMIENTO Y MONITOREO PERMANENTE, A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS DURANTES LOS 5 MOMENTOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE.	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/10/2024
42	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	SE IMPLEMENTARÁ EL USO DE GAVETAS PARA ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS POR CADA PACIENTE.	COORD. DE ENFERM. DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	15/10/2024
42	IDENTIFIC. CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	SE ELABORARÁ UN INFORME TECNICO DIRIGIDO AL AREA DE CALIDAD SUSTENTANDO EL NO USO DE BRAZALETES EN EL AREA DE UCI Y SE OPTO POR EL USO DE CARTEL CON TODO LOS DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE.	COORD. DE ENFERM. DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/10/2024
24	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	MEDICO JEFE DEL SERVICIO COORDINARÁ CON SUS COLEGAS PARA EL LLENADO CORRECTO DE LOS DIAGNOSTICOS EN CADA HISTORIA CLINICA, DANDO CUMPLIMIENTO A LA NORMA TÉCNICA DE GESTIÓN DE LA H.C.	MEDICO JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	15/10/2024
24	BIOSEGURIDAD	Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	SE REALIZARÁ UNA REUNION INFORMATIVA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO SEGÚN INDICACIÓN MEDICA EN EL AREA CORRESPONDIENTE.	MEDICO JEFE DEL SERVICIO DE NEON. COORD. ENFERM.	15/10/2024
21	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	SE COORDINARÁ CON EL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA EL LLENADO CORRECTO DEL KARDEX DE CADA PACIENTE RESALTANDO LA VALORACION DEL RIESGO DE LESIONES POR PRESION	COORD. ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/10/2024
21		Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	SE SOCIALIZARÁ CON TODO EL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE EL PROTOCOLO DE LESIONES POR PRESION PARA EDUCAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LA PREVENCION Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESION.	MEDICO JEFE DEL SERVICIO, COORDINADORA DE ENFERMERIA	25/10/2024
21		Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	SE IMPLEMENTARÁ UN FORMATO DONDE SE REGISTRARÁ LA INFORMACIÓN RELACIONADO A LA PREVENCION DEL RIESGO DE LESIONES POR PRESION		4/10/2024
21	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	SE SOCIALIZARÁ CON TODO EL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA LA VALORACION PERIODICA DEL RIESGO DE LESIONES POR PRESION EN NEONATOS.	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	25/10/2024
21		Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	SE VERIFICARÁ DE MANERA DIARIA EL CUMPLIMIENTO DEL LLENADO DE LOS INDICADORES DE CUIDADO DE ENFERMERIA RELACIONADOS AL RIESGO DE LESIONES POR PRESION.		10/10/2024
21		Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	SE ADOPTARÁ E IMPLEMENTARÁ UNA GUIA DE CURACION DE LESIONES POR PRESION SEGÚN ESTADIOS.	MEDICO JEFE DEL SERVICIO, COORDINADORA DE ENFERMERIA	30/10/2024

14	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 VERIFICARÁ EL CUMPLIMIENTO DE LA EVOLUCION EN LAS NOTAS DE ENFERMERIA SOBRE EL SEGUIMIENTO Y VALORACION DIARIA DE LAS LESIONES POR PRESION EN LOS NEONATOS HOSPITALIZADOS.	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/10/2024
14	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	SE ADOPTARÁ E IMPLEMENTARÁ UNA GUIA DE CURACION DE LESIONES POR PRESION SEGÚN ESTADIOS.	MEDICO JEFE DEL SERVICIO, COORDINADORA DE ENFERMERIA	25/10/2024
12		Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	SE IMPLEMENTARÁ LA EVALUACION DIARIA DE LAS LPP EN LAS NOTAS DE ENFERMERIA DESDE EL INGRESO DEL NEONATO Y DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA.	COORD. ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA.	10/10/2024
12	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 SOLICITARÁ A LA UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO DE PREVENTIVOS DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	4/10/2024
6	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 VERIFICARÁ EL LLENADO DEL FORMATO DE LA HOJA DE MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMÉDICOS	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/10/2024
3	IDENTIFICACIÓN DE LA PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	SE ELABORARÁ UN INFORME TECNICO DIRIGIDO AL AREA DE CALIDAD SUSTENTANDO EL NO USO DE BRAZALETES EN EL AREA DE UCI Y SE OPTO POR EL USO DE CARTEL CON TODO LOS DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE.	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/10/2024
2	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	SE IMPLEMENTARÁ UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE FUGA DE PACIENTE ADAPTADO AL SERVICIO DE NEONATOLOGIA.	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	15/10/2024

FIRMAS:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP: 24715 - RNE: 024553

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD N° 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

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

MS. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 32856 - RNE: 027563
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. BONNEVON RANGELS ANGULO
CEP: 34963 - RNE: 20023
JEFATURA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.C.F.P. N° 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

MC. ANDRES GABINO RUIZ GARCIA
JEFE DEL SERV. DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA
CMP: 74559 - RNE: 046845

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MÉDICO INTENSIVISTA
CMP: 82289 - RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
CMP: 24962 - RNE: 15565
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. MARCO A. OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERV. DE CIRUGIA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 87732 - RNE: 039222

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JOSÉ LUIS CALLE JESÚS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 70821 - RNE: 42461

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.L. ANDRÉS PATACHEZ TUANAMA
MÉDICO INTENSIVISTA
CEP: 34889 - RNE: 30274
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

d. SERVICIO UCI ADULTO (25/10/2024)

PLAN DE ACCIÓN

	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:	25/10/2024	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY F. TORRES TELLO	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ARMANDO SÁNCHEZ TUANAMA	
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA	
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ALGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. NEFRYS N. VELA CORNE	

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO	MONITOREO
36	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.	Realizar Capacitación inicial y periódica sobre el cumplimiento de la higiene de manos durante la actividad asistencial, durante los cinco momentos de la atención.	Coordinadora de enfermería.	15/11/2024	20/11/2024
36	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar Capacitación y monitoreo permanente y periódica, sobre los 8 pasos de la desinfección de manos, en cada turno.	Coordinadora de enfermería.	15/11/2024	20/11/2024
36	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Realizar Capacitación y monitoreo permanente y periódica, sobre la importancia del cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos, en cada turno.	Coordinadora de enfermería.	15/11/2024	20/11/2024
24	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Envío de memorandun reiterativo a los medicos para la codificación de los diagnóstico con el CIE -10.	Jefe del servicio	28/10/2024	12/11/2024
24	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Establecer reuniones para trabajar en equipo con el personal que labora en cuidados críticos. y poder notificar los incidente y eventos adversos, y realizar el análisis respectivo de la ocurrencia de los mismos.	Jefe de servicio / coordinador de Enfermería	28/10/2024	12/11/2024
12	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	Envío de memorandun para el registro de las Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo, según corresponda.	Jefe de servicio	28/10/2024	12/11/2024
12	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la H.CI.	Envío de memorandun reiterativo a los medicos y todo el personal para el registro del nombre del paciente en todas las hojas de la H. C.	Jefe del servicio	28/10/2024	12/11/2024
8	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Se vigilará el cumplimiento de la verificación de la identidad del paciente, en el cartel, historia clinica, kardex. El uso de brazalete en pacientes críticos es considerado un riesgo potencial para el incremento de la carga bacteriana, por tanto su uso debe ser cuidadosamente.	Jefe de servicio / coordinador de Enfermería	28/10/2024	12/11/2024

8	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Envío de memorandun al personal para llenar correctamente el consentimiento informado y la firma del familiar .	Jefe del servicio	28/10/2024
8	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Actualmente existe el protocolo de fuga de paciente en el servicio de cuidados críticos tenemos el anexo 2 para el procedimiento de activacion en caso de fuga de paciente y en el anexo 03 registro de	Coordinadora de enfermería.	20/11/2024
4	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	El uso del brazalete en pacientes críticos debe considerarse cuidadosamente, por el riesgo potencial de aumento de la carga bacteriana. Por tanto el servicio de UCI puede optar por alternativas que minimicen el riesgo, mientras mantienen altos estándares de seguridad y prevención.	Jefe de servicio / coordinador de Enfermería	28/10/2024

FIRMAS:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP: 24716 - RNE: 024593

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

MO. GRETT FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 52396 - RNE: 027583
JEFE DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

MC. ANDRES GABINO RUIZ GARCIA
JEFE DEL SERV. DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA
CMP: 74559 - RNE: 046815

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. MARCO A. GONLEDO ORTIZ
JEFE DEL SERV. DE CIRUGIA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 067328 - RNE: 030222

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD N° 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEP: 34963 - RNE: 20023
JEFATURA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MEDICO INTENSIVISTA
CMP: 60289 - RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JOSÉ LUIS CALLE JESÚS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 70821 - RNE: 42461

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DAVILA
C.E.P: 24260
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.O.R.P. N° 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

DRA. ROSA AMELIA HUARSAKI HANCO
CMP: 24962 - RNE: 15568
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 36099 - RNE: 30274
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS

e. SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO (27/11/2024)

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA EJECUCIÓN:	27/11/2024 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP. DE LA UPSS:	M.C.E. GUILLERMO OMAR ROLDÁN AGUILAR		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA DE FLORES		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA		

PRJORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO
84	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 coordinara con jefatura de ingeniería hospitalaria para el cumplimiento del cronograma del plan de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de Centro Quirúrgico.	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	2/12/2024
63		Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Se solicitará una copia del Plan a ingeniería hospitalaria.	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	2/12/2024
12	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar reforzamiento y monitoreo del personal para mejorar las buenas practicas y cumplir con los pasos correctos de la higiene de manos con alcohol gel.	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	16/12/2024
6	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Se implementará el cuaderno de registro de medicamentos controlados.	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	16/12/2024
3	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	En coordinación con salud Ambiental, realizar reforzamiento al personal asistencial de centro quirurgic sobre la forma correcta de la disposición final de residuos sólidos.	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	16/12/2024
3	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Se brindara información actualizada sobre las consecuencias penales en caso de abuso sexual, se colocará afiches en el mural del servicio.	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	16/12/2024
3	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Se implementará el uso del formato de consentimiento informado para actividades de docencia en el servicio	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	16/12/2024

FIRMAS:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
C.M.P.: 24718 R.N.S.: 024593

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD N° 08895
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

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 II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS


M^{CS}. GRETTY ELORELA TORRES TELLO
CEP: 52386 - RNE: 027543
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL ANGULO
CEP: 34983 - RNE: 20023
JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERIA


GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.O.F.P. N° 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

MC. ANDRES GABINO RUIZ GARCIA
JEFE DEL SERV. DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA
CMP: 74859 - RNE: 046815

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MEDICO INTENSIVISTA
CMP: 60289 - RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA


GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA MANCO
CMP: 24962 - RNE: 15582
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. MARCO A. OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERV. DE CIRUGIA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 087328 - RNE: 039222

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JOSÉ LUIS CALLE JESÚS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 70821 - RNE: 42461

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

GUILLERMO OMAJ ROLDAN AGUILAR
MEDICO ANESTESIOLOGO
JEFE DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA Y C.E.Y.E.
CMP: 77166 - RNE: 48799

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 34049 - RNE: 30274
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS

f. SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO (16/12/2024)

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GERTRUDIS DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA EJECUCIÓN:		16/12/2024	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BAINCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA DE FLORES		
		OTROS RESPONSABLES:	OBST. FIORELLA INGRID RAMÍREZ CISNEROS		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO
120	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	MEDIANTE MEMORÁNDUM DESIGNAR RESPONSABLES PARA EL CONTROL DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS DEL COCHE DE PARO (MANTENER ABASTECIDO Y EVITAR CADUCIDAD DE FECHA DE VENCIMIENTO).	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA JEFATURA DE OBST.	17/12/2024
84	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	ACONDICIONAR LOS MEDICAMENTOS, INSTRUMENTAL Y OTROS INSUMOS Y MATERIALES, DE ACUERDO A CADA PACIENTE (DOSIS UNITARIA), DAR A CONOCER SU CUMPLIMIENTO MEDIANTE UN MEMORANDUM AL PERSONAL DEL SERVICIO DE C.O.	JEFATURA DE OBSTETRICIA	17/12/2024
84	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	MEDIANTE MEMORANDUM RECORDAR AL PERSONAL QUE DEBEN ROTULAR LOS MEDICAMENTOS SEGÚN CORRESPONDA.	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA	17/12/2024
84	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	REALIZAR MONITOREO PERMANENTE DEL PERSONAL DEL SERVICIO, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS 8 PASOS DE LA DESINFECCIÓN DE MANOS CON ALCOHOL GEL.	JEFATURA DE OBSTETRICIA	18/12/2024
84	BIOSEGURIDAD	Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	REALIZAR REFORZAMIENTO RESPECTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.	JEFATURA DE OBSTETRICIA / EPIDEMIOLOGIA	18/12/2024
84	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	REALIZAR MONITOREO Y SUPERVISIÓN (EN CADA TURNO) PERMANENTE DEL PERSONAL DEL SERVICIO, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS 11 PASOS DE LA HIGIENE DE MANOS.	JEF. DE OBSTETRICIA / GESTIÓN DE LA CALIDAD	17/12/2024
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.	REFORZAR CONOCIMIENTOS EN TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO SOBRE LA ADHERENCIA DE LA HIGIENE DE MANOS, MONITORIZAR Y VERIFICAR SU CUMPLIMIENTO EN COORDINACIÓN CON GESTIÓN DE LA CALIDAD Y EPIDEMIOLOGIA.	JEFATURA DE OBSTETRICIA / GESTIÓN DE LA CALIDAD	19/12/2024
84	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	SE SOLICITARÁ EL APOYO DEL PERSONAL DE FARMACIA A FIN DE REFORZAR CONOCIMIENTOS EN EL PERSONAL DE C.O. RESPECTO AL ALMACENAMIENTO ADECUADA LOS MEDICAMENTOS.	JEFATURA DE OBSTETRICIA	17/12/2024
84	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	IMPLEMENTAR EL CHECK LIST DIARIO DE CONTROL DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS, Y DEFINIR RESPONSABLES PARA SU EJECUCIÓN.	JEF. DE GINECO OBSTETRICIA / FARMACIA	17/12/2024
84	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	IMPLEMENTAR EL REGISTRO FÍSICO O DIGITAL DE LA OCURRENCIA Y NOTIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES LABORALES QUE OCURREN EN EL SERVICIO	JEFATURA DE OBSTETRICIA	18/12/2024
84	BIOSEGURIDAD	Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	MONITORIZAR DE FORMA PERMANENTE LA ADECUADA DISPOSICIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS.	JEFATURA DE OBSTETRICIA / EPIDEMIOLOGIA	17/12/2024
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	LA JEFATURA DEL SERVICIO REALIZARÁ LAS GESTIONES NECESARIAS A FIN DE SOLICITAR LA ADQUISICIÓN DE UN ECÓGRAFO PARA EL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO.	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA	18/12/2024
60	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	GESTIONAR CON LA ADMINISTRACIÓN DEL HOSPITAL, LA CONFECCIÓN DE LA ROPA DE HOSPITAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS PACIENTES Y EVITAR LA FUGA DE LAS MISMAS.	JEFATURA DE GINECO OBSTETRICIA, Y DE OBSTETRICIA	18/12/2024
48	PREV. CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	EMITIR MEMORANDUMS AL PERSONAL MÉDICO, DANDO A CONOCER QUE DEBEN EVALUAR EL RIESGO DE CAIDAS EN TODAS LAS PACIENTES Y REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA.	JEFATURA DE GINECO OBSTETRICIA	18/12/2024
48	HISTORIA CLÍNICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	SE EMITIRÁ MEMORÁNDUM, REITERANDO AL PERSONAL MÉDICO Y DE OBSTETRICIA, QUE DEBEN REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA EL CÓDIGO CIE-10 DE LOS DIAGNÓSTICOS DE LAS PACIENTES.	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA	18/12/2024

48	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	SE EMITIRÁ MEMORÁNDUM, REITERANDO AL PERSONAL MÉDICO Y DE OBSTETRICIA, QUE DEBEN REGISTRAR EN LA HISTORIA CLINICA EL CÓDIGO CIE-10 DE LOS DIAGNÓSTICOS DE LAS PACIENTES.	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA	18/12/2024
48	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	COORDINAR CON EL RESPONSABLE DE SEGURIDAD, A FIN DE IMPLEMENTAR Y SOCIALIZAR EL PROTOCOLO DE FUGA DE PACIENTES.	JEFATURA DE OBSTETRICIA	17/12/2024
48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	REITERAR MEDIANTE DOCUMENTO, EL USO OBLIGATORIO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE DOCENCIA.	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA	18/12/2024
48	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	REGISTRAR EN EL BRAZALETE DE LAS PACIENTES, EL RIESGO DE CAÍDAS, RAM U OTRO DATO ADICIONAL IMPORTANTE PARA LA PACIENTE.	JEFATURA DE OBSTETRICIA	17/12/2024
36	PREV. CAIDA DE PCTS. Y CONTENC. MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	ELABORAR Y SOCIALIZAR CON EL PERSONAL DEL SERVICIO, EL PROTOCOLO DE SUJECIÓN MECÁNICA.	JEFATURA DE OBSTETRICIA	27/12/2024
36	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 MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS IAAS, CON LA ASISTENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA.	JEFATURA DE OBSTETRICIA / EPIDEMIOLOGÍA	27/12/2024
18	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	REITERAR MEDIANTE MEMORANDUM AL PERSONAL MEDICO Y DE OBSTETRICIA, QUE DEBEN REGISTRAR LA FECHA Y HORA DE ATENCIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA.	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA	18/12/2024
18	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	RECORDAR AL PERSONAL MEDICO Y DE OBSTETRICIA QUE DEBEN REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS FUNCIONES BIOLÓGICAS DE LAS PACIENTES.	JEF. GINECO OSBT. Y OBSTETRICIA	18/12/2024
18	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	ELABORAR Y SOCIALIZAR CON EL PERSONAL DEL SERVICIO, EL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DE PACIENTES.	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA	27/12/2024

FIRMAS:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.V.
C.M.P.: 77778 - R.N.E.: 024550

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. GRETTY FLORES TORRES TELLO
C.E.P.: 52306 - R.N.E.: 097583
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. ANDRÉS GABINO RUIZ GARCIA
JEFE DEL SERV. DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA
C.M.P.: 74669 - R.N.E.: 010115

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. MARCO A. OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERV. DE CIRUGIA Y SUB ESPECIALIDADES
C.M.P.: 087328 - R.N.E.: 039222

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD Nº 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
C.E.P.: 34963 - R.N.E.: 20023
JEFATURA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. JOSÉ LUIS MALLONES VÁSQUEZ
MÉDICO INTENSIVISTA
C.M.P.: 60209 - R.N.E.: 44970
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.C. JOSÉ LUIS CALLE JESÚS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
C.M.P.: 70921 - R.N.E.: 42661

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DAVILA
C.E.P.: 24260
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. Nº 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
C.M.P.: 24962 - R.N.E.: 18568
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

M.I. ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
MÉDICO INTENSIVISTA
C.E.P.: 34048 - R.N.E.: 30374
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

3. MONITOREO DE LAS ACCIONES (anexo 07). SERVICIO/UPSS

a. SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO (25/07/2024)

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	FECHA EJECUCIÓN:		25/07/2024	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	DR. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ISABEL ORTIZ RAMÍREZ	RESP. DE LA UPSS:	DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL S ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	OBST. FIORELLA I. RAMÍREZ CISNEROS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

83%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Monitorizar de forma permanente el cumplimiento de los pasos correctos de la higiene de manos al personal del servicio (obstetras, médicos y personal técnico).	Jefatura de Obstetricia	1/08/2024	16/08/2024	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.	Realizar el reforzamiento del cumplimiento de la higiene de manos durante los 5 momentos de atención, al personal del servicio (obstetras, médicos y personal técnico).	Jefatura de Obstetricia	1/08/2024	16/08/2024	SI
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Aperturar un registro físico para el control de caducidad de los medicamentos y socializar con todo el personal.	Jefatura de Obstetricia	26/07/2024	31/07/2024	SI
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Recordar al personal mediante memorandum el cumplimiento de la verificación de la identidad del paciente ante la realización de cualquier procedimiento con las pacientes del servicio.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	1/08/2024	16/08/2024	SI
Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Recordar al personal mediante memorandum que deben rotular los medicamentos que se encuentran para ser usados en las pacientes del servicio.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	1/08/2024	16/08/2024	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE 10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Emitir memorandum al personal médico y obstetricia que deben registrar el código CIE 10 en todos los diagnósticos registrados en la historia clínica.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	1/08/2024	16/08/2024	SI
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	Recordar al personal que deben registrar el nombre de la paciente en todas las hojas de la historia clínica. Monitorizar y vigilar su cumplimiento.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	25/08/2024	28/08/2024	SI
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Informar al personal médico y obstétrico que deben registrar la valoración del riesgo de caídas del paciente.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	1/08/2024	16/08/2024	SI
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Informar al personal que deben registrar la valoración del riesgo de caída en el brazalete de las pacientes del servicio.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	1/08/2024	16/08/2024	SI
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Socializar a todo el personal de centro obstétrico, sobre el registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Jefatura de Obstetricia	12/08/2024	16/08/2024	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Colocar los brazaletes a todas las pacientes del servicio, con los datos requeridos.	Jefatura de Obstetricia	5/08/2024	16/08/2024	SI
Cartel visible que tenga registrado el nombre completo del paciente.	Implementar el uso del cartel visible que contenga los datos completos de las pacientes.	Jefatura de Obstetricia	26/07/2024	31/07/2024	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar a la jefatura de Ing. Hospitalaria, copia del Plan de Mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de Centro Obstétrico.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	5/08/2024	16/08/2024	SI
Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Informar al personal del servicio (reunión) que deben informar a los pacientes sobre los efectos secundarios que pueden producir los medicamentos que reciben.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	5/08/2024	16/08/2024	SI
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Implementar un registro digital de notificación de accidentes de trabajo del personal del servicio.	Jefatura de Obstetricia	12/08/2024	16/08/2024	NO



Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Implementar un registro físico de medicamentos controlados.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	12/08/2024	16/08/2024	NO APLICA
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Colocar información en lugares visibles, respecto a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Jefatura de Obstetricia	10/08/2024	16/08/2024	SI
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementar el uso del Formato de Consentimiento informado para las actividades de docencia de internos, y otros estudiantes.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	5/08/2024	16/08/2024	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.	Informar al personal médico y de obstetricia, que deben evaluar los riesgos de agresiones sexuales de las pacientes y registrar en la Historia clínica.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	8/08/2024	16/08/2024	SI
Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Comunicar al personal, que deben informar a las pacientes y su familia respecto a los medicamentos que recibe (nombre, hora).	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	8/08/2024	16/08/2024	SI
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Implementar el uso del Formato de Consentimiento Informado de los procedimientos que se realizan con las pacientes.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	5/08/2024	16/08/2024	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Elaborar y socializar el Protocolo de Sujeción Mecánica.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	26/08/2024	28/08/2024	NO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	El jefe de Obstetricia realizará el Plan de intervención de los Incidentes y Eventos Adversos q notificad ^o s según la ocurrencia.	Jefatura de Obstetricia	27/08/2024	28/08/2024	SI
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Coordinar con el responsable de Vigilancia para la implementación de un Protocolo de Fuga de Pacientes.	Jefe del Servicio / Jefe Obstetricia	15/08/2024	16/08/2024	SI
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Implementar el registro físico y/o virtual de la notificación de Incidentes y Eventos Adversos notificados por el servicio.	Jefatura de Obstetricia	12/08/2024	16/08/2024	SI

b. SERVICIO DE EMERGENCIA (27/08/2024)

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA EJECUCIÓN:	27/08/2024 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	C.P.C. ISABEL ORTIZ RAMÍREZ	RESP. DE LA UPSS:	M.C.E. JOSÉ LUIS MILLONES YÁSQUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ÁNGULO	RESP. OFC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DENIZ ALBERTO ARÉVALO CASTRO		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

83%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN
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.	Realizar reforzamiento sobre el cumplimiento de los cinco Momentos de la Higiene de Manos, en todo el personal del servicio de Emergencia.	Coordinador de Enfermería	10/09/2024	20/09/2024	SI
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	Emitir memorandun de cumplimiento para el correcto llenado del nombre del paciente en todas las hojas de la H:C del paciente	Jefatura de Servicio	2/09/2024	10/09/2024	SI
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Se retomarán de forma inmediata las acciones en que cada notificación emitida por el personal deberá ser analizado con su respectivo plan de intervención y que deberá ser emitida al área respectiva para su archivo posterior.	Coordinador de Enfermería	28/08/2024	10/09/2024	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar Monitoreo permanente del cumplimiento correcto de la higiene de manos con alcohol gel, en todo el personal del servicio de Emergencia.	Coordinador de Enfermería	6/09/2024	10/09/2024	SI
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	Emitir memorandun al personal médico, indicando que deben cumplir con el correcto llenado de las funciones biológicas en las historias clínicas y demás datos.	Jefe del Servicio	2/09/2024	10/09/2024	SI
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Se emitirá una solicitud al área de Ingeniería Hospitalaria para la operatividad de los equipos de llamado de enfermera.	Jefe del Servicio	2/09/2024	10/09/2024	SI
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Mediante memorandun, se dará a conocer que deben cumplir con la utilización del formato de consentimiento informado y llenado correcto, en la Historia Clínica.	Jefe del Servicio	2/09/2024	10/09/2024	SI
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Se concientizará al personal que debe informar al paciente o familiar responsable sobre la prohibición de mantener sexuales durante la hospitalización.	Jefe del Servicio	6/09/2024	10/09/2024	SI
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Se concientizará al personal para su registro en el brazalete de identificación sobre el riesgo de caídas del paciente.	Coordinador de Enfermería	06/09/2024	10/09/2024	NO
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Mediante Memorandun, se dará a conocer al profesional médico, que deben evaluar y registrar en la H.C. si hay o no riesgo de fuga del paciente.	Jefe del Servicio	2/09/2024	10/09/2024	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 Ingeniería Hospitalaria para dar cumplimiento del plan de mantenimiento de los equipos biomédicos que cuenta el Servicio de Emergencia.	Jefe del Servicio	5/09/2024	10/09/2024	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Se dará a conocer o se efectivizará que los brazaletes de identificación son importantes a la hora de la admisión de pacientes durante su estancia en el servicio, y deberá ser hospitalizado con su respectiva identificación.	Coordinador de Enfermería	5/09/2024	10/09/2024	NO

Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Se coordinará con los diferentes coordinadores de internos para un mayor control y monitoreo de los mismos	Jefe del Servicio	5/09/2024	10/09/2024	SI
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Se concientizará al personal para la verificación del paciente correcto antes de cualquier procedimiento a realizar.	Jefe del Servicio	5/09/2024	10/09/2024	NO
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Se colocará afiches de información referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales en las diferentes áreas del servicio.	Coordinador de Enfermería	5/09/2024	10/09/2024	SI
Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Se implementará un cuaderno de registro de los pacientes que presentan lesiones por presión	Coordinador de Enfermería	2/09/2024	10/09/2024	SI
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Elaborar Protocolo de seguimiento de la LPP.	Coordinador de Enfermería	20/09/2024	27/09/2024	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.	Realizar la socialización del Protocolo de prevención de suicidios, y su cumplimiento por parte del personal médico a tener en cuenta en la evaluación de antecedentes del paciente y registra en la H.CI.	Coordinador de Enfermería	25/09/2024	27/09/2024	SI

c. SERVICIO DE UCI NEONATOLOGÍA (26/09/2024)

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA EJECUCIÓN:	26/09/2024	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY F. TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. DARVIL PINEDO TORRES	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ANDRÉS G. RUIZ GARCÍA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ALGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JOHANA BARRÍA RAMÍREZ		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

95%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	SE IMPLEMENTARÁ UN CUADERNO PARA EL REGISTRO DE LOS MEDICAMENTOS CONTROLADOS Y SE SOCIALIZARÁ CON TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO.	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	30/09/2024	10/10/2024	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	MONITORIZAR DE FORMA DIARIA EN CADA TURNO DEL PERSONAL, EL CUMPLIMIENTO DE LOS PASOS CORRECTOS DE LA HIGIENE DE MANOS CON ALCOHOL GEL Y RECALAR LA IMPORTANCIA DE SU CUMPLIMIENTO.	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	30/09/2024	10/10/2024	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	MONITORIZAR DE FORMA DIARIA EN CADA TURNO, EL CUMPLIMIENTO DE LOS PASOS CORRECTOS DE LA HIGIENE DE MANOS CON AGUA Y JABÓN Y RECALAR LA IMPORTANCIA DE SU CUMPLIMIENTO.	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	30/09/2024	10/10/2024	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.	SE REALIZARÁ REFORZAMIENTO Y MONITOREO PERMANENTE, A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS DURANTES LOS 5 MOMENTOS EN LA ATENCION DEL PACIENTE	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/10/2024	16/10/2024	SI
Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	SE IMPLEMENTARÁ EL USO DE GAVETAS PARA ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS POR CADA PACIENTE.	COORD. DE ENFERM. DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	15/10/2024	16/10/2024	SI



Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	SE ELABORARÁ UN INFORME TÉCNICO DIRIGIDO AL ÁREA DE CALIDAD SUSTENTANDO EL NO USO DE BRAZALETES EN EL ÁREA DE UCI Y SE OPTO POR EL USO DE CARTEL CON TODO LOS DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE	COORD. ENFERM. DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/10/2024	16/10/2024	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	MEDICO JEFE DEL SERVICIO COORDINARÁ CON SUS COLEGAS PARA EL LLENADO CORRECTO DE LOS DIAGNOSTICOS EN CADA HISTORIA CLINICA, DANDOCUMPLIMIENTO A LA NORMA TÉCNICA DE GESTIÓN DE LA H.C.	MEDICO JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	15/10/2024	16/10/2024	NO
Cumplimiento de las medidas de aislamiento.	SE REALIZARÁ UNA REUNION INFORMATIVA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE AISLAMIENTO SEGUN INDICACION MEDICA EN EL AREA CORRESPONDIENTE	MEDICO JEFE DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA, COORD. ENFERM.	15/10/2024	16/10/2024	SI
Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	SE COORDINARÁ CON EL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA EL LLENADO CORRECTO DEL KARDEX DE CADA PACIENTE RESALTANDO LA VALORACION DEL RIESGO DE LESIONES POR PRESION	COORD. ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/10/2024	16/10/2024	SI
Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	SE SOCIALIZARÁ CON TODO EL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE EL PROTOCOLO DE LESIONES POR PRESION PARA EDUCAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA SOBRE LA PREVENCION Y CUIDADOS DE LAS LESIONES POR PRESION.	MEDICO JEFE DEL SERVICIO, COORDINADORA DE ENFERMERIA	25/10/2024	31/10/2024	SI
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	SE IMPLEMENTARÁ UN FORMATO DONDE SE REGISTRARÁ LA INFORMACION RELACIONADO A LA PREVENCION DEL RIESGO DE LESIONES POR PRESION		4/10/2024	10/10/2024	SI
Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	SE SOCIALIZARÁ CON TODO EL PERSONAL DE ENFERMERIA PARA LA VALORACION PERIODICA DEL RIESGO DE LESIONES POR PRESION EN NEONATOS.	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	25/10/2024	31/10/2024	SI
Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	SE VERIFICARÁ DE MANERA DIARIA EL CUMPLIMIENTO DEL LLENADO DE LOS INDICADORES DE CUIDADO DE ENFERMERIA RELACIONADOS AL RIESGO DE LESIONES POR PRESION.		10/10/2024	16/10/2024	SI
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	SE ADOPTARÁ E IMPLEMENTARÁ UNA GUIA DE CURACION DE LESIONES POR PRESION SEGUN ESTADIOS.	MEDICO JEFE DEL SERVICIO, COORDINADORA DE ENFERMERIA	30/10/2024	31/10/2024	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 VERIFICARÁ EL CUMPLIMIENTO DE LA EVOLUCION EN LAS NOTAS DE ENFERMERIA SOBRE EL SEGUIMIENTO Y VALORACION DIARIA DE LAS LESIONES POR PRESION EN LOS NEONATOS HOSPITALIZADOS.	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/10/2024	16/10/2024	SI
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	SE ADOPTARÁ E IMPLEMENTARÁ UNA GUIA DE CURACION DE LESIONES POR PRESION SEGUN ESTADIOS.	MEDICO JEFE DEL SERVICIO, COORDINADORA DE ENFERMERIA	25/10/2024	31/10/2024	SI
Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	SE IMPLEMENTARÁ LA EVALUACION DIARIA DE LAS LPP EN LAS NOTAS DE ENFERMERIA DESDE EL INGRESO DEL NEONATO Y DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA.	COORD. ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA.	10/10/2024	16/10/2024	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	SE SOLICITARÁ A LA UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO DE PREVENTIVOS DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	4/10/2024	10/10/2024	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 VERIFICARÁ EL LLENADO DEL FORMATO DE LA HOJA DE MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS BIOMEDICOS	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/10/2024	16/10/2024	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	SE ELABORARÁ UN INFORME TECNICO DIRIGIDO AL AREA DE CALIDAD SUSTENTANDO EL NO USO DE BRAZALETES EN EL AREA DE UCI Y SE OPTO POR EL USO DE CARTEL CON TODO LOS DATOS DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/10/2024	16/10/2024	SI
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	SE IMPLEMENTARÁ UN PROTOCOLO DE PREVENCION DE FUGA DE PACIENTE ADAPTADO AL SERVICIO DE NEONATOLOGIA.	COORDINADORA DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	15/10/2024	16/10/2024	SI

d. SERVICIO DE UCI ADULTO (25/10/2024)

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA EJECUCIÓN:		25/10/2024	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTF. TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. DARWIN PINEDO TORRES	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ARMANDO SÁNCHEZ TUANAMA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ALGILO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. NEFRYS H. VEJA CORNE		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

100%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN
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	Realizar Capacitación inicial y periódica sobre el cumplimiento de la higiene de manos durante la actividad asistencial, durante los cinco momentos de la atención.	Coordinadora de enfermería.	15/11/2024	20/11/2024	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar Capacitación y monitoreo permanente y periódica, sobre los 8 pasos de la desinfección de manos, en cada turno.	Coordinadora de enfermería.	15/11/2024	20/11/2024	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Realizar Capacitación y monitoreo permanente y periódica, sobre la importancia del cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos, en cada turno.	Coordinadora de enfermería.	15/11/2024	20/11/2024	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Envío de memorandun reiterativo a los medicos para la codificación de los diagnóstico con el CIE-10.	Jefe del servicio	28/10/2024	12/11/2024	SI
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Establecer reuniones para trabajar en equipo con el personal que labora en cuidados críticos. y poder notificar los incidente y eventos adversos, y realizar el análisis respectivo de la ocurrencia de los mismos.	Jefe de servicio / coord. de Enfermería	28/10/2024	12/11/2024	SI
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	Envío de memorandun para el registro de las Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo, según corresponda.	Jefe de servicio	28/10/2024	12/11/2024	SI
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	Envío de memorandun reiterativo a los medicos y todo el personal para el registro del nombre del paciente en todas las hojas de la H. C.	Jefe del servicio	28/10/2024	12/11/2024	SI
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Se vigilará el cumplimiento de la verificación de la identidad del paciente, en el cartel, en la historia clínica, kardex. El uso de brazalete en pacientes críticos es considerado un riesgo potencial para el incremento de la carga bacteriana, por tanto su uso debe ser cuidadosamente.	Jefe de servicio / coordinador de Enfermería	28/10/2024	12/11/2024	SI
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Envío de memorandun al personal para llenar correctamente el consentimiento informado y la firma del familiar.	Jefe del servicio	28/10/2024	12/11/2024	SI
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Actualmente existe el protocolo de fuga de paciente en el servicio de cuidados críticos tenemos el anexo 2 para el procedimiento de activación en caso de fuga de paciente y en el anexo 03 registro de notificación de fuga.	Coordinadora de enfermería.	20/11/2024	25/11/2024	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	El uso del brazalete en pacientes críticos debe considerarse cuidadosamente, por el riesgo potencial de aumento de la carga bacteriana. Por tanto el servicio de UCI puede optar por alternativas que minimicen el riesgo, mientras mantienen altos estándares de seguridad y prevención.	Jefe de servicio / coordinador de Enfermería	28/10/2024	12/11/2024	SI

e. SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO (27/11/2024)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		27/11/2024	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIDRELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C.E. GUILLERMO OMAR ROLDÁN AGUILAR		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. AD. DARWIL PINEDO TORRES	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

100%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN
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 coordinara con jefatura de ingenieria hospitalaria para el cumplimiento del cronograma del plan de mantenimiento preventivo de los equipos biomédicos de Centro Quirúrgico.	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	2/12/2024	10/12/2024	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Se solicitará una copia del Plan a ingenieria hospitalaria.	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	2/12/2024	10/12/2024	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar reforzamiento y monitoreo del personal para mejorar las buenas practicas y cumplir con los pasos correctos de la higiene de manos con alcohol gel.	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	16/12/2024	20/12/2024	SI
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Se implementará el cuaderno de registro de medicamentos controlados.	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	16/12/2024	20/12/2024	SI
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	En coordinación con salud Ambiental, realizar reforzamiento al personal asistencial de centro quirurgic sobre la forma correcta de la disposición final de residuos sólidos.	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	16/12/2024	20/12/2024	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Se brindara información actualizada sobre las consecuencias penales en caso de abuso sexual, se colocará afiches en el mural del servicio.	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	16/12/2024	20/12/2024	SI
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Se implementará el uso del formato de consentimiento informado para actividades de docencia en el servicio	JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADOR DE ENFERMERIA.	16/12/2024	20/12/2024	SI

f. SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO (16/12/2024)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		16/12/2024	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL S ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	OBST. FIORELLA INGRID RAMÍREZ CISNEROS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

83%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN
Cochete de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	MEDIANTE MEMORÁNDUM DESIGNAR RESPONSABLES PARA EL CONTROL DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS DEL COCHE DE PARO (MANTENER ABASTECIDO Y EVITAR CADUCIDAD DE FECHA DE VENCIMIENTO).	JEFATURA DE GINECO OBSTETRICIA JEFATURA DE OBST.	17/12/2024	20/12/2024	SI
Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	ACONDICIONAR LOS MEDICAMENTOS, INSTRUMENTAL Y OTROS INSUMOS Y MATERIALES, DE ACUERDO A CADA PACIENTE (DOSIS UNITARIA), DAR A CONOCER SU CUMPLIMIENTO MEDIANTE UN MEMORANDUM AL PERSONAL DEL SERVICIO DE C.O.	JEFATURA DE OBSTETRICIA	17/12/2024	20/12/2024	SI
Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	MEDIANTE MEMORÁNDUM RECORDAR AL PERSONAL QUE DEBEN ROTULAR LOS MEDICAMENTOS SEGÚN CORRESPONDA.	JEFATURA DE GINECO OBSTETRICIA	17/12/2024	20/12/2024	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	REALIZAR MONITOREO PERMANENTE DEL PERSONAL DEL SERVICIO, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS 8 PASOS DE LA DESINFECCIÓN DE MANOS CON ALCOHOL GEL.	JEFATURA DE OBSTETRICIA	18/12/2024	20/12/2024	SI
Cuidado y manejo de los catéteres se realiza de acuerdo a normas.	REALIZAR REFORZAMIENTO RESPECTO AL CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.	JEFATURA DE OBSTETRICIA / EPIDEMIOLOGIA	18/12/2024	20/12/2024	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	REALIZAR MONITOREO Y SUPERVISIÓN (EN CADA TURNO) PERMANENTE DEL PERSONAL DEL SERVICIO, VERIFICANDO EL CUMPLIMIENTO DE LOS 11 PASOS DE LA HIGIENE DE MANOS.	JEF. DE OBSTETRICIA / GESTIÓN DE LA CALIDAD	17/12/2024	20/12/2024	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.	REFORZAR CONOCIMIENTOS EN TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO SOBRE LA ADHERENCIA DE LA HIGIENE DE MANOS, MONITORIZAR Y VERIFICAR SU CUMPLIMIENTO EN COORDINACIÓN CON GESTIÓN DE LA CALIDAD Y EPIDEMIOLOGIA.	JEFATURA DE OBSTETRICIA / GESTIÓN DE LA CALIDAD	19/12/2024	20/12/2024	SI
Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	SE SOLICITARÁ EL APOYO DEL PERSONAL DE FARMACIA A FIN DE REFORZAR CONOCIMIENTOS EN EL PERSONAL DE C.O. RESPECTO AL ALMACENAMIENTO ADECUADA LOS MEDICAMENTOS.	JEFATURA DE OBSTETRICIA	17/12/2024	20/12/2024	SI
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	IMPLEMENTAR EL CHECK LIST DIARIO DE CONTROL DE VENCIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS, Y DEFINIR RESPONSABLES PARA SU EJECUCIÓN.	JEF. DE GINECO OBSTETRICIA / FARMACIA	17/12/2024	20/12/2024	SI
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	IMPLEMENTAR EL REGISTRO FÍSICO O DIGITAL DE LA OCURRENCIA Y NOTIFICACIÓN DE LOS ACCIDENTES LABORALES QUE OCURREN EN EL SERVICIO	JEFATURA DE OBSTETRICIA	18/12/2024	20/12/2024	SI
Disposición de residuos sólidos de acuerdo a las normas.	MONITORIZAR DE FORMA PERMANENTE LA ADECUADA DISPOSICIÓN DE RESIDUOS SÓLIDOS.	JEFATURA DE OBSTETRICIA / EPIDEMIOLOGIA	17/12/2024	20/12/2024	SI
En Centro Obstétrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	LA JEFATURA DEL SERVICIO REALIZARÁ LAS GESTIONES NECESARIAS A FIN DE SOLICITAR LA ADQUISICIÓN DE UN ECOGRAFO PARA EL SERVICIO DE CENTRO OBSTÉTRICO.	JEFATURA DE GINECO OBSTETRICIA	18/12/2024	20/12/2024	NO

Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	GESTIONAR CON LA ADMINISTRACIÓN DEL HOSPITAL, LA CONFECCIÓN DE LA ROPA DE HOSPITAL PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LAS PACIENTES Y EVITAR LA FUGA DE LAS MISMAS.	JEFATURA DE GINECO OBSTETRICIA, y DE OBSTETRICIA	18/12/2024	20/12/2024	SI
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	EMITIR MEMORANDUMS AL PERSONAL MÉDICO, DANDO A CONOCER QUE DEBEN EVALUAR EL RIESGO DE CAÍDAS EN TODAS LAS PACIENTES Y REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA.	JEFATURA DE GINECO OBSTETRICIA	18/12/2024	20/12/2024	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	SE EMITIRÁ MEMORÁNDUM, REITERANDO AL PERSONAL MÉDICO Y DE OBSTETRICIA, QUE DEBEN REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA EL CÓDIGO CIE-10 DE LOS DIAGNÓSTICOS DE LAS PACIENTES.	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA	18/12/2024	20/12/2024	SI
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	COORDINAR CON EL RESPONSABLE DE SEGURIDAD, A FIN DE IMPLEMENTAR Y SOCIALIZAR EL PROTOCOLO DE FUGA DE PACIENTES.	JEFATURA DE OBSTETRICIA	17/12/2024	20/12/2024	SI
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	REITERAR MEDIANTE DOCUMENTO, EL USO OBLIGATORIO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ACTIVIDADES DE DOCENCIA.	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA	18/12/2024	20/12/2024	SI
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	REGISTRAR EN EL BRAZALETE DE LAS PACIENTES, EL RIESGO DE CAÍDAS, RAM U OTRO DATO ADICIONAL IMPORTANTE PARA LA PACIENTE.	JEFATURA DE OBSTETRICIA	17/12/2024	20/12/2024	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	ELABORAR Y SOCIALIZAR CON EL PERSONAL DEL SERVICIO, EL PROTOCOLO DE SUJECIÓN MECÁNICA.	JEFATURA DE OBSTETRICIA	27/12/2024	30/12/2024	NO
El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	IMPLEMENTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LAS IAAS, CON LA ASISTENCIA DE EPIDEMIOLOGÍA.	JEFATURA DE OBSTETRICIA / EPIDEMIOLOGIA	27/12/2024	30/12/2024	NO
Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	REITERAR MEDIANTE MEMORANDUM AL PERSONAL MÉDICO Y DE OBSTETRICIA, QUE DEBEN REGISTRAR LA FECHA Y HORA DE ATENCIÓN EN LA HISTORIA CLÍNICA.	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA	18/12/2024	20/12/2024	SI
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.	RECORDAR AL PERSONAL MÉDICO Y DE OBSTETRICIA QUE DEBEN REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA LAS FUNCIONES BIOLÓGICAS DE LAS PACIENTES.	JEF. GINECO OSBT. Y OBSTETRICIA	18/12/2024	20/12/2024	SI
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	ELABORAR Y SOCIALIZAR CON EL PERSONAL DEL SERVICIO, EL PROTOCOLO DE RECEPCIÓN DE PACIENTES.	JEFATURA DE GINECO OSBTETRCIA	27/12/2024	30/12/2024	NO



IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DE LA ADHERENCIA DE LA HIGIENE DE MANOS

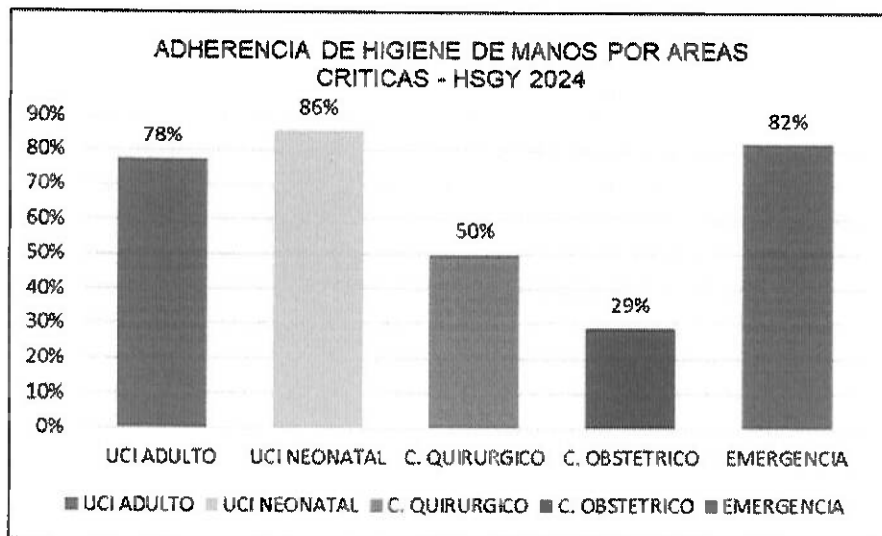
I. ANTECEDENTES

- 1.1. El Decreto Supremo N° 036-2023-SA, define los Indicadores de Desempeño, Compromisos de Mejora de los servicios, a cumplir en el año 2024 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado
- 1.2. Mediante Resolución Directoral N°110-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01, se aprueba el "PLAN DE SUPERVISIÓN DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN ÁREAS CRÍTICAS AÑO – 2024", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- 1.3. Mediante Resolución Directoral N°137-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01, se aprueba el "PLAN DE ACTIVIDADES POR EL DIA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS – 5 DE MAYO 2024", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

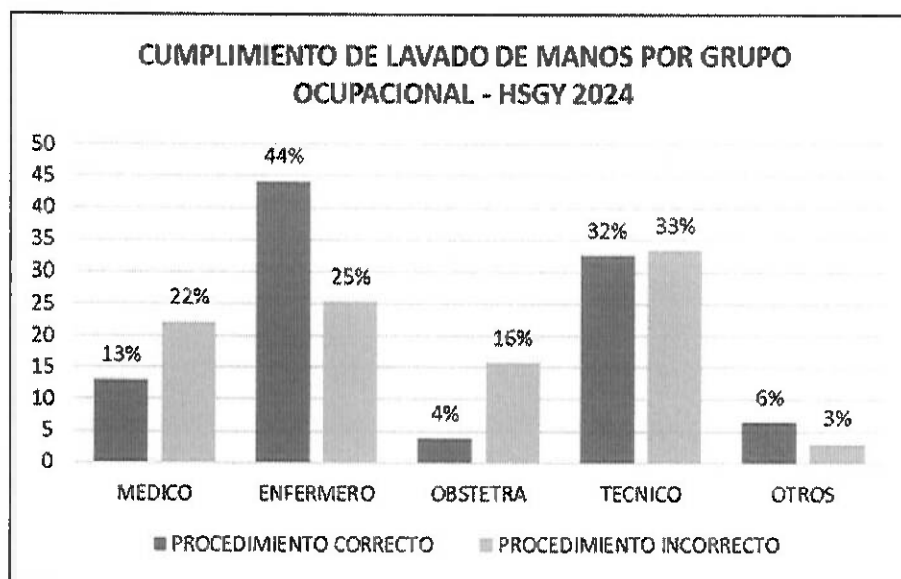
II. ANÁLISIS

Con el propósito de cumplir con el criterio 2 del Compromiso de Mejora N°43: "Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de rondas de seguridad del paciente", se informa lo siguiente:

- 2.1. Dentro de las acciones para la mejora de la adherencia a los 5 momentos de la higiene de manos establecido por la OMS y a la técnica de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS durante el II Semestre 2024, se realizó la capacitación y la demostración de la técnica correcta de higiene de manos en todas las áreas asistenciales y administrativas del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- 2.2. Asimismo, para este II Semestre 2024, de acuerdo al "PLAN DE SUPERVISIÓN DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN ÁREAS CRÍTICAS", durante el mes de setiembre se realizó la evaluación de la Adherencia de Higiene de Manos a los Servicios de Emergencia, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, UCI Adulto y UCI Neonatal, evidenciándose que el Servicio de UCI Neonatal tiene el mayor porcentaje de adherencia de higiene de manos con 86%, en comparación con el resto de áreas críticas seguido del Servicio de Emergencia (82%) y UCI Adulto (78%).



Al evaluar el cumplimiento de lavado de manos por grupo ocupacional, se tiene como resultado que el grupo de Licenciados en Enfermería son quienes cumplen en su mayoría con una correcta técnica de higiene de manos a comparación del resto de profesionales que trabajan en áreas críticas.



Dentro del Plan de Acción de los Servicios evaluados durante las Rondas de Seguridad para el presente año, se han implementado capacitaciones y fichas de monitoreo permanente a todo el personal que labora en dichas áreas, encontrándose un porcentaje de cumplimiento de Buenas Prácticas de cumplimiento de la Higiene de Manos, según detalle:

Mes evaluado	Servicio	Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Higiene de Manos
Julio	Centro Obstétrico	71%
Agosto	Emergencia	75%
Septiembre	UCI Neonatología	63%
Octubre	UCI Adulto	63%
Noviembre	Centro Quirúrgico	86%
Diciembre	Centro Obstétrico	57%

Fuente: Informe de Rondas de Seguridad II Semestre 2024.

El servicio de Gineco Obstetricia, durante la segunda evaluación, obtuvo el menor porcentaje (57%) de cumplimiento buenas prácticas de Higiene de Manos. El servicio de Centro Quirúrgico logró el mayor porcentaje de cumplimiento (86%).

