

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



# **“INFORME TÉCNICO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE II SEMESTRE 2023”**

YURIMAGUAS/PERÚ  
DICIEMBRE – 2023



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

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

M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS  
Director Ejecutivo

OBST. VICENTE VALENTÍN MARIANO  
Director Adjunto

C.P.C. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO  
Director Administrativo

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

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

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

LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO  
Jefe Unidad de Epidemiología

LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA  
Jefe Unidad de Gestión de la Calidad

Q.F. ALEXANDER TITO PACHECO ROJAS  
Jefe Servicio de Farmacia

OBST. JEAN NEIL HERNÁNDEZ ANGULO  
Jefe Unidad de Docencia e Investigación



---

Elaborado por:

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

YURIMAGUAS/PERÚ

DICIEMBRE - 2023



## "INFORME TÉCNICO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – II SEMESTRE 2023"

### I. ANTECEDENTES

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

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

El Ministerio de Salud, Mediante Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud", el mismo que establece realizar actividades en función de la prevención y/o disminución de estos eventos adversos; para lo cual implementa las "Rondas de Seguridad del Paciente", que constituye una herramienta de calidad, que permite evaluar la ejecución de buenas Prácticas de la Atención en Salud, y a su vez fortalece la cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud.

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

En ese contexto, la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad del Hospital Santa Gema, en este primer semestre 2022, viene realizando las Rondas de Seguridad del Paciente, actividad que consiste en realizar una visita a un servicio seleccionado al azar, a fin de identificar prácticas inseguras durante la atención de salud y establecer contacto directo con el paciente, familia y personal de salud, siempre con actitud educativa y no punitiva.

#### Base Legal:

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud.
- R.M. N° 519-2006-SA/MINSA, que aprueba el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud.
- R.M. N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico "Política Nacional de Gestión de la Calidad en Salud".
- R.M. N° 640-2006/MINSA, que aprueba el Manual para la Mejora Continua de la Calidad en Salud.
- R.M. N° 676-2006/MINSA. Que aprueba el Plan Nacional de Seguridad del Paciente 2006-2008.
- R.M. N° 533-2008/MINSA, que aprueba los criterios mínimos de la Lista de Chequeo de la Cirugía Segura.
- R.M. N° 1021-2010/MINSA, que aprueba la "Guía de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía".
- R.M. N° 255-2016/MINSA, que aprueba la "Guía Técnica para la Implementación del proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud".
- R.M. N° 163-2020-MINSA, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud".
- R.D. N° 040-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba el "Comité de Gestión de la Calidad en Salud 2023", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- R.D. N° 060-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba el "Plan Anual de Gestión de la Calidad en Salud – 2023", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
- R.D. N° 086-2022-GRL-DRSL/30.37.03.01., que aprueba el "Comité de Auditoría de la Calidad de Atención en Salud – 2022", del Hospital Santa Gema de Yurimaguas.



GERESA – LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

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

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



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

## II. OBJETIVOS

- **General:** Generar una cultura de Buenas Prácticas de Atención y proteger la Seguridad del Paciente, en el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, a través de la implementación y ejecución de las Rondas de Seguridad del Paciente.
- **Específicos**
  - ✓ Identificar mediante la observación, la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios asistenciales.
  - ✓ Implementar proyectos de mejora, en relación a las prácticas inseguras.
  - ✓ Mejorar los procesos asistenciales en los servicios del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

## III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

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

## IV. GENERALIDADES

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

### Oferta de Servicios:

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



**V. DESARROLLO DEL PROCESO DE EJECUCIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente:

- ✓ El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, fue aprobado mediante Resolución Directoral N° 036-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01.
- ✓ Está conformado por los siguientes Integrantes:

Director Ejecutivo	M.C.E. Jorge Alberto Mercado Seancas
Director Administrativo	C.P.C. Estefanía Tuesta Panduro
Jefe Unidad Gestión de Calidad - Secretario Técnico	Lic. Enf. Fabricia Reátegui Dávila
Jefe Unidad de Epidemiología	Lic. Enf. Gretty Fiorella Torres Tello
Jefe Dpto. Enfermería	Lic. En. Bonnie Von Bancel Angulo
Jefe Servicio de Farmacia	Q.F. Alexander Tito Pacheco Rojas
Jefe Servicio Emergencia y C.C.	M.C.E. José Luis Millones Vásquez
Jefe Servicio Medicina y sub espec.	M.C.E. José Luis Calle Jesús
Jefe Servicio Cirugía y sub esp.	M.C.E. Victor Hugo Lock Govea
Jefe Servicio Pediatría / Neonatología	M.C. Luz Angélica Leyva Velásquez
Jefe Servicio Gineco-Obstetricia	M.C.E. Ronal Mitsuo Y. Vela Ramírez
Jefe Servicio Anestesiología y Centro Qx.	M.C.E. Fernando Ramos Escalante

**Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente:**

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

**CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - AÑO 2023**

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

ENERO			FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	31/ 01 /2023	10:00 am.	RONDA 1	24/ 02 /2023	10:00 am.
MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	24/ 03 /2023	10:30 am.	RONDA 1	28/ 04 /2023	10:00 am.
MAYO			JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	26/ 05 /2023	10:00 am.	RONDA 1	26/ 06 /2023	10:00 am.
JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	21/ 07 /2023	10:00 am.	RONDA 1	25/ 08 /2023	10:00 am.
SEPTIEMBRE			OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	22/ 09 /2023	10:00 am.	RONDA 1	27/ 10 /2023	10:00 am.
NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	24/ 11 /2023	10:00 am.	RONDA 1	15/ 12 /2023	10:00 am.

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS  
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.  
C.M.P. 92751 R.N.E. 948837

Titular / Director de la Hospital

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA  
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE LA CALIDAD

Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO  
C.M.P. 34283 R.N.E. 927483

Jefe de la Unidad de Epidemiología

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL ANGULO  
C.M.P. 34283 R.N.E. 20023

Jefe del servicio de Enfermería



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

- ✓ La programación de las Rondas de Seguridad del Paciente, se encuentra inserto dentro del Cronograma del Plan Anual de Gestión de la Calidad 2023, el cual fue aprobado mediante Resolución Directoral N° 060-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01.
- ✓ Las Rondas de Seguridad del Paciente, es ejecutada por el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- ✓ Las RSP se ejecutan una vez por mes.
- ✓ Las actividades de las Rondas de Seguridad del paciente, se ejecuta de acuerdo a lo dispuesto en la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud".

## VI. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

### 6.1. RESULTADOS

#### A. CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS - II SEMESTRE 2023

Durante este II semestre año 2023, fueron evaluados las siguientes UPSS:

1. Servicio de Emergencia (21/07/2023).
2. Servicio Gineco - Obstetricia (25/08/2023).
3. Servicio de Pediatría (22/09/2023).
4. Servicio Consultorio Externo (27/10/2023).
5. Servicio Medicina (24/11/2023).
6. Servicio de Cirugía (15/12/2023).

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

Cumplimiento de las Buenas Prácticas en la Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente por UPSS - II Semestre 2023

Fecha	UPSS	% Cumplimiento de Buenas Prácticas	Resultado de valoración de Riesgo
21/07/2023	Emergencia	82.00%	Moderado
25/08/2023	Gineco - Obstetricia	72.00%	Importante
22/09/2023	Hospitalización - Pediatría	71.00%	Importante
27/10/2023	Consultorio Externo	71.00%	Importante
26/05/2023	Hospitalización - Medicina	83.00%	Moderado
26/06/2023	Hospitalización - Cirugía	85.00%	Moderado
Total		77.30%	Importante

### ANÁLISIS:

- En este II Semestre fueron evaluados los servicios de Emergencia, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Consulta Externa, Medicina y Cirugía.
- Observamos que el promedio de cumplimiento de las buenas prácticas fue de 77.3%, lo cual califica dentro de riesgo Importante.
- Así mismo, vemos que el 50% de servicios evaluados, se encuentran dentro de Riesgo Importante y el 50% como Riesgo Moderado.
- El servicio de Cirugía es el que tiene mejor porcentaje se ubica en Riesgo Moderado (85%).
- El servicio de Cirugía fue evaluado dos veces, debido al bajo cumplimiento que presentaba en la primera evaluación, lográndose una mejora de más del 30%.
- El promedio general respecto al primer trimestre (66.83%), subió más del 10%.
- Este II Semestre, se observa una notable mejora en los servicios evaluados, lo cual indica mayor compromiso sobre todo por parte de Enfermería.
- Las jefaturas de servicio, implementaron mejoras, lo cual les permitió levantar las observaciones de los verificadores inseguros.



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

**Acciones de Mejora Implementadas por las UPSS - II Semestre 2023**

Mes	UPSS	% Cumplimiento
Julio	Emergencia	100.00%
Agosto	Gineco - Obstetricia	100.00%
Setiembre	Hospitalización - Pediatría	100.00%
Octubre	Consultorio Externo	100.00%
Noviembre	Hospitalización - Medicina	100.00%
Diciembre	Hospitalización - Cirugía	100.00%
Total		100.00%

- En este II semestre del presente año 2023, todos los servicios evaluados, lograron implementar el 100% de las Acciones de Mejora.
- Los resultados de la implementación de las acciones de mejora, muestran el compromiso que vienen asumiendo las jefaturas de los servicios, que, mediante un trabajo en equipo, liderado por las coordinaciones de Enfermería, quienes vienen constituyendo una pieza fundamental en la mejora de los diferentes servicios.

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

**1. SERVICIO DE EMERGENCIA**

El servicio de Emergencia, ha implementado el 100% de las acciones correctivas.

**2. SERVICIO DE GINECO – OBSTETRICIA**

- El servicio de Gineco - Obstetricia, también implementó el 100% de sus acciones de mejora.

**3. PEDIATRÍA – HOSPITALIZACIÓN**

- El servicio de Pediatría – Hospitalización, implementó el 100% de sus acciones de mejora.

**4. NEUMOLOGÍA – CONSULTA EXTERNA**

- El servicio de Consulta Externa también implementó el 100% de sus acciones de mejora.

**5. SERVICIO DE MEDICINA HOSPITALIZACIÓN**

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

**6. SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITALIZACIÓN**

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

**VII. CONCLUSIONES**

- Las actividades de las Rondas de Seguridad del Paciente 2023, fueron ejecutadas teniendo en cuenta el Cronograma 2023 establecido, el cual fue aprobado con R.D. N° 037-2023-GRL-DRSL/30.37.03.01.
- Se realizó una Ronda de Seguridad por mes, en las distintas áreas asistenciales elegidas al azar con la presencia de los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente.
- El Líder del Equipo de Rondas de Seguridad del paciente, convoca al responsable de la UPSS a visitar, a fin de incorporarlo en la visita.
- Los servicios evaluados en este II semestre 2023 fueron: Emergencia, Gineco-Obstetricia, Pediatría, Consulta Externa, Medicina y Cirugía.
- Cada Ronda de Seguridad generó un reporte y un Acta que es presentada al Comité de Calidad, al Comité de Seguridad del Paciente y al área inspeccionada con el fin de definir acciones de mejora, enmarcado dentro de planes o proyectos de mejora continua, a fin de levantar las observaciones.
- El Secretario Técnico ingresa los datos e información recogida en la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente, y socializa los resultados obtenidos.
- Las visitas se realizaron entre las 10 am y 11 am; teniendo una duración promedio de 90 minutos a 2 horas. Las observaciones estuvieron centradas en la evaluación de prácticas inseguras en la atención al paciente y aspectos relacionados con la Calidad.



- El Secretario Técnico, presentó la hoja de resultados de la evaluación, con la firma de todos los miembros del Equipo.
- Se elaboró el Informe de la Rondas de Seguridad del Paciente, adjuntando la hoja de resultados de evaluación.
- Se elaboró el Informe de la Rondas de Seguridad del Paciente, adjuntando la hoja de resultados de evaluación.
- El porcentaje de acciones de Mejora implementadas fue de 100%.
- El porcentaje de cumplimiento de Buenas prácticas fue de 77.3%.
- Las Buenas Prácticas incluye:

➤ Registro en la Historia Clínica.	➤ Prevención y reducción de riesgo de úlceras por presión.
➤ Seguridad del paciente en la unidad productora de servicios de salud	➤ Prevención del suicidio y lesiones.
➤ Identificación correcta del paciente.	➤ Comunicación efectiva.
➤ Prevención de la fuga de pacientes.	➤ Higiene de Manos
➤ Seguridad den la medicación.	➤ Bioseguridad
➤ Prevención de la caída de pacientes y contención mecánica.	➤ Funcionamiento y manejo de equipos
➤ Seguridad sexual.	

## VIII. RECOMENDACIONES

### A los directivos del hospital:

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

### A los jefes de servicios:

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

### Al Comité de Rondas de Seguridad del Paciente:

16. Mejorar los procesos de atención de la salud de los usuarios externos, identificando la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios hospitalarios del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, durante el año 2023.
17. Desarrollar actividades de enseñanza aprendizaje con el personal profesional y no profesional, respecto a las prácticas seguras en la Seguridad del Paciente.
18. Comprometer a todo el personal del servicio visitado, en la implementación y ejecución de actividades de Mejora para su servicio.
19. Realizar reforzamiento y acompañamiento permanente en la elaboración de Proyectos de Mejora.
20. Realizar monitoreo permanente de la Buenas Prácticas de atención en los diferentes servicios.
21. Vigilar el cumplimiento de la Norma Técnica de Gestión de la Historia Clínica.



IX. ANEXOS

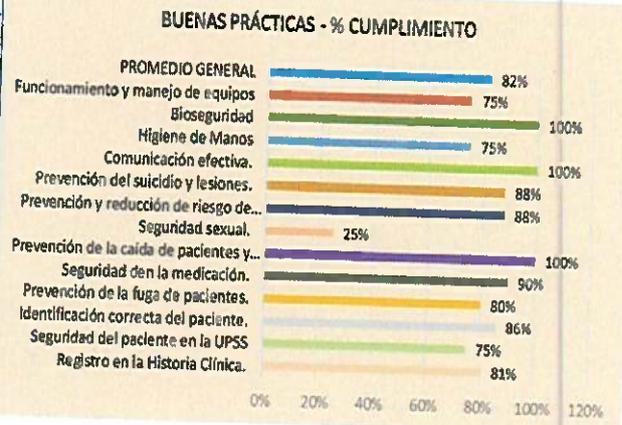
1. HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN (anexo 03) SERVICIO/UPSS

1.1. SERVICIO DE EMERGENCIA

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA EJECUCIÓN:	21/07/2023	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGULO	RESP. OFIC/UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DENIZ ALBERTO ARÉVALO CASTRO		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	81%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	75%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	80%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	25%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	88%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	88%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	75%
PROMEDIO	82%



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. 52751 - R.N.E. 040817

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

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO  
CEP: 82356 - RNE: 027683  
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

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

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ  
MEDICO INTENSIVISTA  
CEP: 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 JESUS  
JEFE DEL SERV. DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES  
C.M.P 07002 - R.N.E. 042461

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
DR. RONALD MANSO YURI VELA RAMIREZ  
C.M.P. 38245 - R.N.E. 244648  
JEFE DEL SERV. DE GINECO-OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. LUZ ANGELITA CAYLA VELÁSQUEZ  
JEFE DE DEPART. DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGIA  
CMP. 72104

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



1.2. SERVICIO DE GINECO - OBSTETRICIA

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	25/08/2023 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANIA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. RONALD YURI VELA RAMIREZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	OBST. ESTHER VILALOBOS LEIVA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	89%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	67%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCION MECANICA	91%
SEGURIDAD SEXUAL	17%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UP	0%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	63%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%
PROMEDIO	72%



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. 52750 - R.N.E. 040827

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
CPC, ESTEFANIA TUESTA PANDURO  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO  
MAT. 19-1283

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
MG. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO  
CEP: 52756 - RNE: 027583  
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
ALEXANDER TITO PACHECO ROJAS  
C.E.P.: 09472  
JEFE DE SERVICIO FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. JOSÉ LUIS MILLOS VASQUEZ  
MEDICO INTENSIVISTA  
CEP: 68287 - 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 JESUS  
JEFE DEL SERV. DE MEDICINA Y SUS ESPECIALIDADES  
C.M.P. 070821 - R.N.E. 042461

Dr. VICTOR HUGO LOCK GOVEA  
CMP. 28371  
Esp. MEDICINA INTEGRAL Y GESTION EN SALUD  
Esp. CIRUGIA GENERAL RNE: 15219  
SOCIEDAD PERUANA DE ECOGRAFIA Reg. 047

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
DR. RONALD MITSUO YURI VELA RAMIREZ  
C.M.P. 38245 - R.N.E. 244668  
JEFE DEL SERV. DE GINECO-OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. LUZ ANGEL LA LEVA VELASQUEZ  
JEFE DE DEPART. DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA  
CMP. 72104

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



### 1.3. SERVICIO DE PEDIATRÍA - HOSPITALIZACIÓN

#### RESULTADOS DE EVALUACION

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	22/09/2023 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANIA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUZ ANGELICA LEVA VELASQUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGLUO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DAVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. KAREN GUADALUPE PIZANGO		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	89%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	50%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECANICA	50%
SEGURIDAD SEXUAL	20%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPSS	0%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	71%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	71%



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. 52754 - R.N.E. 040837

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
CPC. ESTEFANIA TUESTA PANDURO  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO  
MAT. 19-1283

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL 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 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
MG. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO  
C.E.P.: 52357 - R.N.E.: 027583  
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGLUO  
C.E.P.: 34965 - R.N.E.: 20023  
JEFATURA DE ENFERMERIA

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. JOSE LUIS MILLONES VASQUEZ  
MEDICO INTENSIVISTA  
C.E.P.: 69289 - R.N.E.: 44876  
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. JOSE LUIS CALLE JESUS  
JEFE DEL SERV. DE MEDICINA I.S.U.P. ESPECIALIDADES  
C.M.P. 070821 - R.N.E. 042461

DR. VICTOR HUGO LOCK GOVEA  
C.M.P. 25371  
Esp. MEDICINA INTEGRAL Y GESTIÓN EN SALUD  
Esp. CIRUGIA GENERAL R.N.E.: 15219  
SOCIEDAD PERUANA DE ECOGRAFIA Pn. 887

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
DR. RONAL MITSUO YURI VELA RAMIREZ  
C.M.P. 38245 - R.N.E. 244668  
JEFE DEL SERV. DE GINECO-OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. LUZ ANGELICA LEVA VELASQUEZ  
JEFE DE DEPART. DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA  
C.M.P. 72104

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



### 1.4. SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA - HOSPITALIZACIÓN

#### RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA EJECUCIÓN:	27/10/2023 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	LIC. ENF. TEOLINDA ANNE DEL ÁGUILA RIVAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. KARIN HUACCHA ARAUJO		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	88%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	57%
SEGURIDAD SEXUAL	0%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPSS	0%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	71%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	71%



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. 52751 - R.N.E. 040037

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
C.P.C. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO  
MAT. 19-1283

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
MG. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO  
C.P.: 54136 - R.N.E. 027583  
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO  
C.E.P.: 34963 - R.N.E.: 20023  
JEFE TURNO DE ENFERMERÍA

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. JOSE LUIS MALLONES VASQUEZ  
MÉDICO INTENSIVISTA  
C.E.P.: 69257 - R.N.E.: 44870  
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. JOSE LUIS CALTE JESUS  
JEFE DEL SERV. DE MEDICINA Y SUS ESPECIALIDADES  
C.M.P. 070821 - R.N.E. 042461

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
DR. RONALD MITSUO YURI VELA RAMIREZ  
C.M.P. 38245 - R.N.E. 244668  
JEFE DEL SERV. DE GINECO-OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. LUZ ANGELITA BELVA VELASQUEZ  
JEFE DE DEPART. DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA  
C.M.P. 72104

Fernando Ramos Escalante  
MÉDICO ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 51517 R.N.E. 046749  
HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS  
JEFE TURNO CENTRO QUIRURGICO CEY

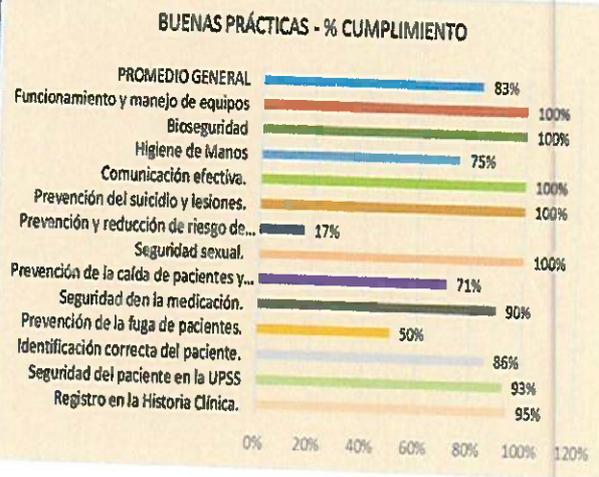


### 1.5. SERVICIO DE MEDICINA - HOSPITALIZACIÓN

#### RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	24/11/2023 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CALLE JESUS		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERME:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALI:	LIC. ENF. FABRICA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. LILIANA LÓPEZ GARCÍA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	93%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	50%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	90%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	17%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	83%



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. 5275 - R.N.E. 040837

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

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
MG. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO  
CEP: 52956 - RNE: 027583  
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

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

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. JOSÉ LUIS MILLONES VASQUEZ  
MEDICO INTENSIVISTA  
CEP: 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 JESUS  
JEFE DEL SERV. DE MEDICINA Y SUB-ESPECIALIDADES  
C.M.P. 070821 - R.N.E. 042461

Dr. VICTOR HUGO LOCK GOVEA  
C.M.P. 28371  
ENF. MEDICINA INTEGRAL Y GESTIÓN EN SALUD  
ENF. CIRUGÍA GENERAL RNE: 18719  
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
DR. RONALD MITSUO YURI VELA RAMIREZ  
C.M.P. 38245 - R.N.E. 244668  
JEFE DEL SERV. DE GINECO-OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. LUZ ANGÉLICA LEIVA VELÁSQUEZ  
JEFE DE DEPART. DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA  
C.M.P. 72104

Fernando Ramos Escalante  
MÉDICO ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 51517 RNE 046749  
HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS  
JEFE TURNO QUIRURGICO Cey

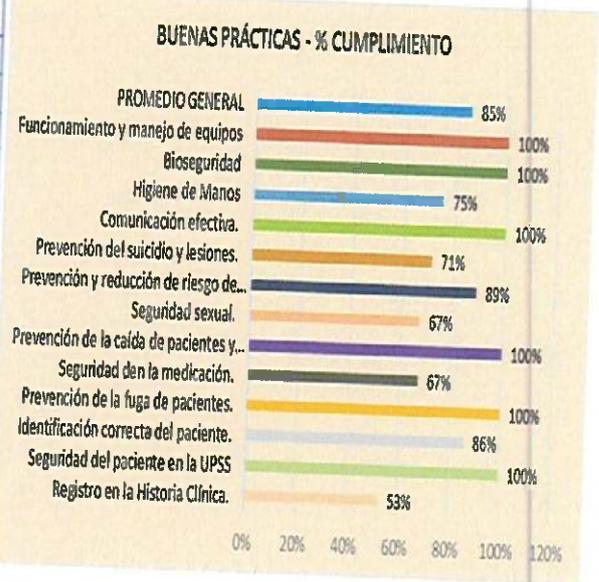


### 1.6. SERVICIO DE CIRUGÍA HOSPITALIZACIÓN

#### RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	15/12/2023 (dd/mm/aaaa)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. VÍCTOR HUGO LOCK GOVEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. ABRAHAM CAMPOS VILLALOBOS		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	53%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FLUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	67%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCION MECANICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	67%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UP	89%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	71%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
<b>PROMEDIO</b>	<b>85%</b>



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. 5725 - R.N.E. 040837

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
CPC. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO  
DIRECTOR ADMINISTRATIVO  
MAT. 19.1283

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
MG. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO  
CEP: 82286 - RNE: 027583  
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

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

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. JOSE LUIS MILLONES VASQUEZ  
MEDICO INTENSIVISTA  
CEP: 40239 - 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. JOSE LUIS CALLO JESUS  
JEFE DEL SERV. DE MEDICINA Y SUS ESPECIALIDADES  
C.M.P. 070821 - R.N.E. 842461

Dr. VÍCTOR HUGO LOCK GOVEA  
C.M.P. 25371  
Esp. MEDICINA INTEGRAL Y GESTIÓN EN SALUD  
Esp. CIRUGÍA GENERAL RNE: 15219  
SOCIEDAD PERUANA DE ECOGRAFÍA Reg. 042

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
DR. RONAL MITSUO YURI VELA RAMIREZ  
C.M.P. 38245 - R.N.E. 244668  
JEFE DEL SERV. DE GINECO-OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO  
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS  
M.C. LUZ ANGELICA LEVA VELASQUEZ  
JEFE DE DEPART. DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGIA  
C.M.P. 72104

Fernando Ramos Escalante  
MEDICO ANESTESIOLOGO  
C.M.P. 51517 RNE 040749  
HOSPITAL SANTA GEMA YURIMAGUAS  
JEFATURA CENTRO QUIRURGICO GEY



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

a. EMERGENCIA

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA EJECUCIÓN:	21/07/2023 (DDMMIAAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIDRELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGILO	RESP. OFIC. UNIDAD CALID/	LIC. ENF. FABRICA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DENIZ ALBERTO ARÉVALO CASTRO		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD/IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	81%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	NO	5	2	10
	81%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	5	1	5
	81%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	NO	3	1	3
	81%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	5	1	5
SEGURIDAD EN LA UPSS	75%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	5	4	20
	75%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	5	2	10
	75%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	5	4	20
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	86%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	1	1	1
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	80%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO	5	2	10
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	5	1	5
SEGURIDAD SEXUAL	25%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	5	2	10
	25%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	5	1	5
	25%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO	5	1	5
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	88%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	5	2	10
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	88%	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes	NO	5	1	5
HIGIENE DE MANOS	75%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	NO	5	2	10
	75%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	5	4	20
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	75%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	5	1	5



b. GÍNECO - OBSTETRICIA

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:		25/06/2023	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. RONALD YURI VELA RAMÍREZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	OBST. ESTHER VILLALOBOS LEIVA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	4	7	28
	89%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	67%	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	NO	2	7	14
	67%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO	5	7	35
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	5	7	35
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	91%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	2	7	14
SEGURIDAD SEXUAL	17%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	5	4	20
	17%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	2	1	2
	17%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO	1	1	1
	17%	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	NO	1	1	1
	17%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	NO	1	1	1
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	5	7	35
	0%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	63%	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolésiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	NO	1	1	1
	63%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	NO	1	1	1
	63%	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	NO	5	7	35
HIGIENE DE MANOS	75%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	2	2	4
HIGIENE DE MANOS	75%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	2	1	2
	40%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	5	7	35
	40%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	2	2	4



**C. PEDIATRÍA – HOSPITALIZACIÓN**

**MATRIZ DE RIESGOS**

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	22/09/2023 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUZ ANGELICA LEVA VELASQUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELAS ANGULO	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. KAREN GUADALUPE PIZANGO		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	5	2	10
	88%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	NO	5	2	10
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	86%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	3	4	12
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	NO	5	2	10
	50%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO	5	7	35
	50%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	4	4	16
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	4	4	16
SEGURIDAD SEXUAL	20%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales:	NO	5	4	20
	20%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	4	4	16
	20%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO	4	7	28
	20%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	NO	1	7	7
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	NO	2	7	14
	0%	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	NO	2	7	14
	0%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	2	7	14
	0%	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	NO	2	7	14
	0%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	4	4	16
	0%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	NO	2	7	14
	0%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	NO	4	7	28
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	71%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	NO	3	7	21
	71%	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	NO	4	7	28
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	2	4	8
	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	2	4	8



d. CONSULTA EXTERNA

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA EJECUCIÓN:	27/10/2023 (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. ESTEFANIA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	LIC. ENF. TEOLINDA ANNIE DEL ÁGUILA RIVAS		
RESP.DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. KARIN HUACCHA ARAUJO		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	88%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	NO	5	7	35
	88%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	NO	5	4	20
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	57%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	NO	1	7	7
	57%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	NO	1	7	7
	57%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	NO	1	4	4
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	2	7	14
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	1	4	4
	0%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	1	4	4
	0%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	NO	1	4	4
	0%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	NO	1	4	4
	71%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	3	7	21
HIGIENE DE MANOS	71%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	3	7	21
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	3	7	21
	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	3	7	21



e. MEDICINA - HOSPITALIZACIÓN

MATRIZ DE RIESGOS

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	24/11/2023 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CALLE JESUS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. LILIANA LÓPEZ GARCÍA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	PROBABILIDAD	GRAVEDAD / IMPACTO	VALORACIÓN DEL RIESGO
HISTORIA CLINICA	95%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCI, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	NO	4	1	4
SEGURIDAD EN LA UPSS	93%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	NO	4	4	16
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	86%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	2	2	4
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	NO	3	4	12
	50%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO	2	2	4
	50%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	4	7	28
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	3	1	3
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	71%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	2	2	4
	71%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	4	7	28
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	17%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	NO	2	2	4
	17%	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	NO	2	2	4
	17%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	4	7	28
	17%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	NO	5	7	35
	17%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	NO	4	7	28
HIGIENE DE MANOS	75%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	2	7	14
	75%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	2	7	14



f. CIRUGÍA - HOSPITALIZACIÓN

MATRIZ DE RIESGOS

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

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



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

#### a. EMERGENCIA

#### PRIORIDAD DE INTERVENCION

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA EJECUCIÓN:		21/07/2023	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGULO	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC.ENF. DENIZ ALBERTO ARÉVALO CASTRO		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	81%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	NO	10	3	30
	81%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	5	3	15
	81%	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCI.	NO	3	3	9
	81%	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	NO	5	3	15
SEGURIDAD EN LA UPSS	75%	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	NO	20	2	40
	75%	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	NO	10	3	30
	75%	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO	20	3	60
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	86%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	1	3	3
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	80%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO	10	3	30
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	5	3	15
SEGURIDAD SEXUAL	25%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	10	2	20
	25%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	5	3	15
SEGURIDAD SEXUAL	25%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO	5	2	10
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	88%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	10	3	30
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	88%	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	NO	5	2	10
HIGIENE DE MANOS	75%	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	NO	10	3	30
	75%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	20	3	60
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	75%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	5	2	10



b. GÍNECO - OBSTETRICIA

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:		25/08/2023	(DD/MM/AAAA)
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIGRELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANOURD	RESP. DE LA UPSS:	M.C. RONALD YURI VELA RAMIREZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGLIO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIFICADA:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUN DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	OBST. ESTHER VILLALDOBOS LEIVA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	NO	28	3	84
	89%	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	67%	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	NO	14	3	42
	67%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO	35	2	70
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	35	2	70
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	91%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	14	2	28
SEGURIDAD SEXUAL	17%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	20	2	40
SEGURIDAD SEXUAL	17%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	2	2	4
	17%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO	1	1	1
	17%	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	NO	1	3	3
	17%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	NO	1	2	2
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	35	2	70
	0%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	NO	28	2	56
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	63%	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	NO	1	1	1
	63%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	NO	1	2	2
	63%	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	NO	35	2	70
HIGIENE DE MANOS	75%	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	NO	4	3	12
	75%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	28	3	84
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	NO	2	3	6
	40%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	35	2	70
	40%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	4	2	8



**c. PEDIATRÍA – HOSPITALIZACIÓN**

**PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN**

		TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023	
IPRESS:		HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:	22/09/2023	(DD/MM/AAAA)	
UPSS:		HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:		M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUZ ANGELICA LEIVA VELASQUEZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:		CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP.OFIC/UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:		LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. KAREN GUADALUPE PIZANGO		
BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLINICA	89%	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	NO	10	2	20
	89%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCI, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Cív, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	NO	10	2	20
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	86%	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	NO	12	3	36
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	NO	10	3	30
	50%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO	35	2	70
	50%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	16	3	48
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	16	3	48
SEGURIDAD SEXUAL	20%	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	NO	20	3	60
	20%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	NO	16	3	48
	20%	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO	28	3	84
	20%	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	NO	7	3	21
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización.	NO	14	3	42
	0%	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	NO	14	3	42
	0%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	14	3	42
	0%	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	NO	14	3	42
	0%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	NO	16	3	48
	0%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	NO	14	3	42
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	71%	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	NO	21	3	63
	71%	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	NO	28	3	84
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	NO	8	2	16
	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	NO	8	2	16



d. CONSULTA EXTERNA

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

BUENAS PRÁCTICAS		%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
IPRESS:		HOSPITAL SANTA GEOMA DE YURIMAGUAS		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:		CONSULTA EXTERNA		FECHA EJECUCIÓN:		27/10/2023	(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. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO		RESP. DE LA UPSS:	LIC. ENF. TEOLINDA ANNIE DEL ÁGUILA RIVAS		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:		LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO		RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
				OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. KARIN HUACCHA ARAUJO		
HISTORIA CLINICA	88%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCI, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.		NO	35	3	105
	88%	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.		NO	20	2	40
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	57%	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.		NO	7	2	14
	57%	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.		NO	7	3	21
	57%	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.		NO	4	3	12
SEGURIDAD SEXUAL	0%	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.		NO	14	3	42
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	0%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.		NO	4	2	8
	0%	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.		NO	4	2	8
	0%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.		NO	4	2	8
	0%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio		NO	4	2	8
HIGIENE DE MANOS	71%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).		NO	21	2	42
	71%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.		NO	21	2	42
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).		NO	21	3	63
	60%	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.		NO	21	2	42



e. MEDICINA - HOSPITALIZACIÓN  
PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:		24/11/2023	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CALLE JESÚS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. LILIANA LÓPEZ GARCÍA		

BUENAS PRÁCTICAS	%	VERIFICADOR	CUMPLIMIENTO	VALORACIÓN DEL RIESGO	FACTIBILIDAD DE INTERVENCIÓN	PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN
HISTORIA CLÍNICA	95%	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCI, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	NO	4	2	8
SEGURIDAD EN LA UPSS	93%	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	NO	16	2	32
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	86%	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NO	4	3	12
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	50%	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	NO	12	2	24
	50%	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	NO	4	3	12
	50%	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	NO	28	2	56
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	90%	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	NO	3	3	9
PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	71%	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	NO	4	3	12
	71%	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	NO	28	2	56
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	17%	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	NO	4	3	12
	17%	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	NO	4	3	12
	17%	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	NO	28	2	56
	17%	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	NO	35	2	70
	17%	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	NO	28	2	56
HIGIENE DE MANOS	75%	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	NO	14	3	42
	75%	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	NO	14	3	42



f. CIRUGÍA - HOSPITALIZACIÓN

PRIORIDAD DE INTERVENCIÓN

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

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



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

##### a. EMERGENCIA

##### PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA EJECUCIÓN:	21/07/2023 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGULO	RESP. DPTO. CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DENZ ALBERTO ARÉVALO CASTRO		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
60	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.	Reunión con personal para retroalimentación y sensibilización para la adherencia a la higiene de manos. Supervisión diaria al personal.	Coordinador de enfermería del servicio	26/07/2023
60	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Solicitud de mantenimiento correctivo del sistema de llamado a la enfermera	Médico jefe del servicio	05/08/2023
40	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Realización de análisis de los incidentes y eventos adversos que se presentan en el servicio	Coord. de enfermería del servicio	31/07/2023
30	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.	Enviar memorandum de comunicación a médicos asistentes, para registro de funciones biológicas.	Médico jefe del servicio	31/08/2023
30	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Coordinación con jefatura de enfermería y coordinadores de los servicios para la elaboración del protocolo.	Coord. de enfermería del servicio	30/06/2020
30	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Implementación con frascos de alcohol gel en cabecera del paciente	Coord. de enfermería del servicio	25/07/2023
30	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementación del formato de consentimiento informado para las actividades de docencia, en conjunto con unidad de capacitación.	Coord. de enfermería del servicio	31/07/2023
30	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.	Implementación del registro en conjunto con la jefatura de psicología y personal de seguridad	Médico jefe del servicio	05/08/2023
20	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.	Comunicar y capacitar al personal médico asistente del servicio, para la realización de la evaluación del paciente.	Médico jefe del servicio	26/07/2023
15	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Memorándum reiterativo a los médicos asistentes del servicio para el registro y codificación de los diagnósticos de paciente.	Médico jefe del servicio	25/07/2023
15	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	memorándum reiterativo a los médicos asistentes del servicio para el registro completo del consentimiento informado.	Médico jefe del servicio	25/07/2023
15	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Imprimir mensajes de información acerca de consecuencias penales de agresiones sexuales y publicar en salas de afluencia de pacientes y personal	Coord. de enfermería del servicio	25/07/2023
15	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Implementación del registro de medicamentos controlados	Coord. de enfermería del servicio	25/07/2023
10	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.	Aplicar el protocolo de Riesgo de suicidio	Coord. de enfermería del servicio	05/08/2023
10	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Aplicar el protocolo de seguridad sexual	Coord. de enfermería del servicio	25/07/2023
10	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).	Solicitud reiterada de Plan de mantenimiento del equipamiento del servicio	Coord. de enfermería del servicio	26/07/2023
9	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	Supervisión diaria de las historias clínicas	Coord. de enfermería del servicio	25/07/2023
3	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazailete del paciente como en el cartel visible.	Implementación de señalización según protocolo establecido para el servicio	Coord. de enfermería del servicio	25/07/2023



b. GÍNECO - OBSTETRICIA

PLAN DE ACCION

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURUAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:		25/09/2023	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEACAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. RONALD YURI VELA RAMIREZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VOIBANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	OBST. ESTHER VILLALOBOS LEIVA		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aa)
84	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	implementar un registro de los dx principales en el servicio / socializar con el personal medico y demas personal (obstetras, enfermeros, internos)	Jefe del Depart. Gineco-Obstetricia/ jefe de obstetricia/Coord. Enf.	30/09/2023
84	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras y Enfermeros) atravez de una reunion de todo el departamento de Gineco-Obstetricia.	Jefe del Depart. Gineco-Obstetricia/ jefe de obstetricia/ Coord. Enfermeria.	20/10/2023
70	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.	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras y Enfermeros) atravez de una reunion de todo el departamento de Gineco-Obstetricia.	Jefe del Depart. Gineco-Obstetricia/ jefe de obstetricia/ Coord. Enf.	20/10/2023
70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Elaboracion de un cuaderno para registrar los medicamentos controlados	Coordinadora de Enfermeria	30/09/2023
70	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Elaboración de protocolo en coordinación con la Unidad de Docencia e Investigación	Coordinadora de Enfermeria	30/06/2020
70	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Solicitar mediante documento protocolo al Servicio de Psicología	Jefe del departamento de Gineco-Obstetricia	30/09/2023
70	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).	Pedir un cronograma de mantenimiento de los equipos biomedicos a Ingeniería hospitalaria	Jefe del departamento de Gineco-Obstetricia	30/09/2023
56	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras , Enfermeros y tec. En Enfermeria) atravez de una reunion de todo el departamento de Gineco-Obstetricia.	Jefe del Departamento de Gineco- Obstetricia/ jefe de obstetricia/ coordinadora de enfermeria.	20/10/2023
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	coordinar con jefe de Epidemiologia para elaborar protocolo	Coordinadora de Enfermeria	30/09/2023
42	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras , Enfermeros y tec. En Enfermeria) atravez de una reunion de todo el departamento de Gineco-Obstetricia.	Jefe del Depart. Gineco-Obstetricia/ jefe de obstetricia/Coord. Enf.	20/10/2023



40	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.	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras , Enfermeros y tec. En Enfermeria) a través de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	Jefe de Departamento de Gineco Obstetricia	20/10/2023
28	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Socializar y consentizar al personal de Salud y usuario, a través de consejerías preventivas y afiches ilustrativos .	Jefe del Departamento de Gineco- Obstetricia/ jefe de obstetricia/ coordinadora de enfermeria.	20/10/2023
12	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras , Enfermeros y tec. En Enfermeria) a través de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	Jefe del Departamento de Gineco- Obstetricia/ jefe de obstetricia/ coordinadora de enfermeria.	20/10/2023
8	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (Inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Solicitar a mantenimiento, su cronograma de mantenimiento de los equipos durante el año 2023.	Jefe de Departamento de Gineco Obstetricia	30/09/2023
6		Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Pedir cronograma de mantenimiento anual de los equipos medicos a Ingeniería Hospitalaria	Jefe de Departamento de Gineco Obstetricia	20/10/2023
4	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Solicitar mediante documento protocolo al Servicio de Psicología	Jefe de Departamento de Gineco Obstetricia	30/09/2023
3		Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras , Enfermeros y tec. En Enfermeria) a través de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	Jefe del Departamento de Gineco- Obstetricia/ jefe de obstetricia/ coordinadora de enfermeria.	20/10/2023
2	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras , Enfermeros y tec. En Enfermeria) a través de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	Jefe del Departamento de Gineco- Obstetricia/ jefe de obstetricia/ coordinadora de enfermeria.	20/10/2023
2	SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Solicitar mediante documento protocolo al Servicio de Psicología	Jefe de Departamento de Gineco Obstetricia	30/09/2023
1	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.	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras , Enfermeros y tec. En Enfermeria) a través de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	Jefe del Departamento de Gineco- Obstetricia/ jefe de obstetricia/ coordinadora de enfermeria.	20/10/2023
1	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Solicitar mediante documento protocolo al Servicio de Psicología	Jefe de Departamento de Gineco Obstetricia	30/09/2023



**C. PEDIATRÍA - HOSPITALIZACIÓN**

**PLAN DE ACCION**

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	22/09/2023 (DDMM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEARICAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUZ ANGELICA LEIVA VELASQUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. KAREN GUADALUPE PIZANGO		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaa)
84	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Solicitar protocolo a Psicología	Coordinadora del servicio Pediatría	15/10/2023
84	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	Coordinar con la jefa del departamento de enfermería y las coordinadoras de cada servicio para la elaboración de los protocolos.	Coordinadora del servicio Pediatría	14/10/2023
84	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Solicitar protocolo al Departamento de Psicología. Colocar afiches y/o anuncios en el servicio sobre la prohibición de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Coordinadora del servicio Pediatría	15/10/2023
70	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.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	Coordinadora del servicio Pediatría	30/10/2023
63	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Sociabilizar a todo el personal de pediatría sobre la identificación del paciente en riesgo de suicidio.	Jefe del servicio de Pediatría/ Coordinadora de enfermería	30/10/2023
60	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones manfacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	Jefe del servicio de Pediatría/ Coordinadora de enfermería	30/10/2023
48	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría acerca de la valoración del riesgo de caída del paciente.	Jefe del servicio de Pediatría/ Coordinadora de enfermería	30/10/2023
48	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	Jefe del servicio de Pediatría/ Coordinadora de enfermería	30/10/2023
48	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	Coordinadora del servicio Pediatría	30/10/2023
48	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Coordinar con la jefa de departamento de enfermería y las coordinadoras de cada servicio para la elaboración de los protocolos.	Jefe del servicio de Pediatría/ Coordinadora de enfermería	14/10/2023



42	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Coordinar con la jefa de departamento de enfermería y las coordinadoras de cada servicio para la elaboración de los protocolos.	Coordinadora del servicio de Pediatría	04/11/2023
42		Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	Coordinadora del servicio de Pediatría	04/11/2023
42		Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Coordinar con la jefa de departamento de enfermería y las coordinadoras de cada servicio para la elaboración de los protocolos.	Coordinadora del servicio de Pediatría	04/11/2023
42		Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	Coordinadora del servicio de Pediatría	20/11/2023
42		Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	Coordinadora del servicio de Pediatría	11/11/2023
36	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Socializar a todo el personal de pediatría para la correcta identificación del riesgo de caída del paciente en el cartel visible.	Jefe del servicio de Pediatría/ Coordinadora de enfermería	30/10/2023
30	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, sobre la valoración del riesgo potencial de fuga del paciente, a través de una reunión.	Jefe del servicio de Pediatría/ Coordinadora de enfermería	30/10/2023
21	SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	Jefe del servicio de Pediatría/ Coordinadora de enfermería	20/11/2023
20	HISTORIA CLINICA	Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	Sociabilizar a todo el personal Médico de Pediatría, a través de una reunión.	Jefe del servicio de Pediatría	17/11/2023
20		Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCI, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría (Licenciados, Técnicos y Médicos) a través de una reunión.	Jefe del servicio de Pediatría/ Coordinadora de enfermería	17/11/2023
16	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Solicitar a ingeniería hospitalaria el informe de ejecución de su plan anual de mantenimiento de equipo médico del servicio de pediatría	Jefe del servicio de Pediatría	15/10/2023
16		Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	solicitar a ingeniería hospitalaria el plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	Jefe del servicio de Pediatría	15/10/2023



d. CONSULTORIO EXTERNO

PLAN DE ACCION

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA EJECUCIÓN:	27/10/2023 (00/NN/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	C.P.C. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	LIC. ENF. TEOLINDA ANNE DEL ÁGUILA RIVAS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCALS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGU DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. KARIN HUACCHA ARAUJO		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
105	HISTORIA CLINICA	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	COORDINAR CON JEFATURA DE ESTADÍSTICA (ADMISIÓN) PARA EL LLENADO COMPLETO DE LOS DATOS DE FILIACIÓN DEN LA H. CLINICA.	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	10/11/2023
63	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).	COORDINAR CON LA JEFATURA DE INGENIERIA HOSPITALARIA PARA SOLICITAR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE TODOS LOS EQUIPOS BIOMEDICOS.	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	13/11/2023
42	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	REALIZAR UN PEQUEÑO TALLER PARA RECORDAR LOS 11 PASOS DEL LAVADO DE MANOS.	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	13/11/2023
42		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 UN PEQUEÑO TALLER PARA RECORDAR LOS 11 PASOS DEL LAVADO DE MANOS Y LOS 5 MOMENTOS.	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	13/11/2023
42	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.	COORDINAR CON LA JEFATURA DE INGENIERIA HOSPITALARIA PARA SOLICITAR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE TODOS LOS EQUIPOS BIOMEDICOS.	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	30/09/2020
42	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	COLOCAR LA INFORMACION CORRESPONDIENTE EN EL PERIODICO MURAL DEL SERVICIO Y EN UN LUGAR VISIBLE PARA LOS PACIENTES DE CADA CONSULTORIO.	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	14/11/2023
40	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.	COORDINAR CON LAS JEFATURAS DE TODOS LOS SERVICIOS RELACIONADOS EL REGISTRO DE LAS FUNCIONES BIOLÓGICAS A CADA PACIENTE	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	14/11/2023
21	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	COORDINAR CON LA JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA PARA UNA CAPACITACION EN ALMACENAMIENTO ORDENADO DE LOS MEDICAMENTOS PARA EVITAR SU CONFUSION POR SU SIMILITUD DE NOMBRES O DE PRESENTACION	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	15/11/2023
14		Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	COORDINAR CON DIRECCION EJECUTIVA Y ADMINISTRACION PARA LA COMPRA DE UN COCHE DE PARO IMPLEMENTADO Y EQUIPADO.	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	16/11/2023
12		Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	COORDINAR CON LA JEFATURA DEL SERVICIO DE FARMACIA PARA UNA CAPACITACION EN MECANISMO EFECTIVO DE CONTROL DE VENCIMIENTO/CADUCIDAD DE MEDICAMENTOS	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	15/11/2023
8	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	BRINDAR UNA EXPOSICION DIRIGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA SOBRE LA EDUCACION AL PACIENTE PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LAS ÚLCERAS POR PRESION	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	17/11/2023
8		Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	SOCIALIZAR A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA LA APLICACIÓN DE LA GUIA DE PREVENCIÓN Y REDUCCION DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESION	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	17/11/2023
8		Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	SOCIALIZAR A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA LA GUIA DE PREVENCIÓN Y REDUCCION DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESION PARA EL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE DICHO PACIENTES.	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	17/11/2023
8		Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	COORDINAR CON EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA Y EL AREA DE INVESTIGACION PARA LA ELABORACION DEL PROTOCOLO SOBRE PREVENCIÓN Y REDUCCION DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESION DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	JEFATURA DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.	17/11/2023



e. MEDICINA - HOSPITALIZACIÓN

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	24/11/2023 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CALLE JESUS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL S ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. LILIANA LÓPEZ GARCÍA		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
70	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estándares.	Socializar al personal del servicio para la aplicación de Guía nacional de úlceras por presión.	Jefe del Servicio de Medicina Y sub especialidades	15/12/2023
56		Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Socializar al personal el seguimiento de la Evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados.		15/12/2023
58		Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Coordinar y continuar con asesoría técnica con la Unidad de Docencia para la Protocolización de la Guía de Atención y Control de Úlceras por Presión.		15/12/2023
56	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.	Coordinar y continuar con asesoría técnica con la Unidad de Docencia para la elaboración del protocolo de Sujeción mecánica.	Coordinadora de Enfermería del Servicio de Medicina y Sub especialidades	15/12/2023
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Coordinar y continuar la asesoría técnica con la Unidad de Docencia para la Elaboración de protocolo de Fuga de paciente.		15/12/2023
42	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 la evaluación de adherencia de manos en cada turno a todo el personal asistencial del servicio.		
42		Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Se realizará el monitoreo del cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos semanalmente.	04/12/2023	
32	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 emitirá un informe a la unidad de docencia, solicitando la presencia del tutor durante la formación del estudiante.	Jefe del Servicio de Medicina Y sub especialidades	15/12/2023
24	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Socializar al personal de realizar la Valoración en caso potencial de fuga	Coordinadora de Enfermería del Servicio de Medicina y Sub especialidades	15/12/2023
12	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Socializar a todo el personal la valoración de riesgo de caídas de paciente que ingresa a su hospitalización		04/12/2023
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.	Socializar al personal médico la Implementación de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga de paciente y la activación de medidas de supervisión oportuna	Jefe del Servicio de Medicina Y sub especialidades	15/12/2023
12	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 a todo el personal sobre la reevaluación periódica del riesgo de úlceras por presión siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Coordinadora de Enfermería del Servicio de Medicina y Sub especialidades	04/12/2023
12	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Se socializará la Implementación del brazalete de identificación a todos los pacientes que ingresen a su hospitalización.		04/12/2023
12	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Se socializará a todo el personal de enfermería la implementación de la Valoración de Braden a todos los pacientes que ingresen a hospitalización		04/12/2023
9	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Se creará un cuaderno de registro de medicamentos controlados.		04/12/2023
8	HISTORIA CLÍNICA	Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	Se coordinará a través de documento con la Jefatura de Estadísticas para la implementación de los datos completos de Filiación del paciente al momento de la admisión y hospitalización.	Jefe del Servicio de Medicina Y sub especialidades	15/12/2023



f. CIRUGÍA - HOSPITALIZACIÓN

PLAN DE ACCIÓN

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

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



## 5. MONITOREO DE LAS ACCIONES

### a. EMERGENCIA

#### FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA EJECUCIÓN:	21/07/2023 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGULO	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DENIZ ALBERTO AREVALO CASTRO		

#### PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

100%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	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.	Reunión con personal para retroalimentación y sensibilización para la adherencia a la higiene de manos. Supervisión diaria al personal.	26/07/2023	10/08/2023	SI
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Solicitud de mantenimiento correctivo del sistema de llamado a la enfermera	05/08/2023	10/08/2023	SI
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Realización de análisis de los incidentes y eventos adversos que se presentan en el servicio	31/07/2023	10/08/2023	SI
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de ánimo.	Emitir memorandum de comunicación a médicos asistentes, para registro de funciones biológicas.	31/08/2023	07/08/2023	SI
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Coordinación con Jefatura de enfermería y coordinadores de los servicios para la elaboración del protocolo.	30/06/2020	15/08/2023	SI
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	Implementación con frascos de alcohol gel en cabecera del paciente	25/07/2023	07/08/2023	SI
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementación del formato de consentimiento informado para las actividades de docencia, en conjunto con unidad de capacitación.	31/07/2023	07/08/2023	SI
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Implementación del registro en conjunto con la jefatura de psicología y personal de seguridad	05/08/2023	15/08/2023	SI
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Comunicar y capacitar al personal médico asistente del servicio, para la realización de la evaluación del paciente.	28/07/2023	07/08/2023	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Memorándum reiterativo a los médicos asistentes del servicio para el registro y codificación de los diagnósticos de paciente.	25/07/2023	07/08/2023	SI
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	memorándum reiterativo a los médicos asistentes del servicio para el registro completo del consentimiento informado.	25/07/2023	07/08/2023	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Imprimir mensajes de información acerca de consecuencias penales de agresiones sexuales y publicar en salas de afluencia de pacientes y personal	25/07/2023	07/08/2023	SI
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Implementación del registro de medicamentos controlados	25/07/2023	07/08/2023	SI
Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Aplicar el protocolo de Riesgo de suicidio	05/08/2023	15/08/2023	SI
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Aplicar el protocolo de seguridad sexual	25/07/2023	07/08/2023	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitud reiterada de Plan de mantenimiento del equipamiento del servicio	26/07/2023	07/08/2023	SI
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	Supervisión diaria de las historias clínicas	25/07/2023	07/08/2023	SI
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Implementación de señalización según protocolo establecido para el servicio	25/07/2023	07/08/2023	SI



b. GÍNECO - OBSTETRICIA

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	25/10/2023 (DOMINIAAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTE FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. RONALD YURI VELA RAMIREZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VONBANCELS ANGULO	RESP. OFC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	OBST. ESTHER VILLALOBOS LEVA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

100%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM. IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Implementar un registro de los dx principales en el servicio / socializar con el personal medico y demas personal (obstetras, enfermeros, internos)	30/09/2023	05/10/2023	SI
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Sociabilizar a todo el personal (Ginecologos, Obstetras y Enfermeros) atravez de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	20/10/2023	25/10/2023	SI
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Sociabilizar a todo el personal (Ginecologos, Obstetras y Enfermeros) atravez de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	20/10/2023	25/10/2023	SI
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Elaboracion de un cuaderno para registrar los medicamentos controlados	30/09/2023	05/10/2023	SI
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Elaboración de protocolo en coordinación con la Unidad de Docencia e Investigación	30/06/2020	25/10/2023	SI
El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Solicitar mediante documento protocolo al Servicio de Psicología	30/09/2023	05/10/2023	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Pedir un cronograma de mantenimiento de los equipos biomédicos a Ingeniería hospitalaria	30/09/2023	05/10/2023	SI
En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	Sociabilizar a todo el personal (Ginecologos, Obstetras, Enfermeros y tec. En Enfermería) atravez de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	20/10/2023	25/10/2023	SI
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	coordinar con jefe de Epidemiología para elaborar protocolo	30/09/2023	05/10/2023	SI
Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Sociabilizar a todo el personal (Ginecologos, Obstetras, Enfermeros y tec. En Enfermería) atravez de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	20/10/2023	25/10/2023	SI



GERESA - LORETO  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL "REINA SANTA GEMA DE CÁNOVAS"  
UNIDAD ESPECIALIZADA DE GESTIÓN DEL CUIDADO

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



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.	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras , Enfermeros y tec. En Enfermeria) atravez de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	20/10/2023	25/10/2023	SI
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Socializar y consientizar al personal de Salud y usuario, atravez de consegerias preventivas y afichez ilustrativos .	20/10/2023	25/10/2023	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras , Enfermeros y tec. En Enfermeria) atravez de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	20/10/2023	25/10/2023	SI
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Solicitar a mantenimiento, su cronograma de mantenimiento de los equipos durante el año 2023.	30/09/2023	05/10/2023	SI
Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Pedir cronograma de mantenimiento anual de los equipos medicos a Ingenieria Hospitalaria	20/10/2023	25/10/2023	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Solicitar mediante documento protocolo al Servicio de Psicologia	30/09/2023	05/10/2023	SI
Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras , Enfermeros y tec. En Enfermeria) atravez de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	20/10/2023	25/10/2023	SI
Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras , Enfermeros y tec. En Enfermeria) atravez de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	20/10/2023	25/10/2023	SI
Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Solicitar mediante documento protocolo al Servicio de Psicologia	30/09/2023	05/10/2023	SI
Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Sociabilizar a todo el personal ( Ginecologos, Obstetras , Enfermeros y tec. En Enfermeria) atravez de una reunion de todo el departamento de Gineco Obstetricia.	20/10/2023	25/10/2023	SI
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Solicitar mediante documento protocolo al Servicio de Psicologia	30/09/2023	05/10/2023	SI



**c. PEDIATRÍA – HOSPITALIZACIÓN**

**FICHA DE MONITOREO**

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	22/09/2023 (DDMM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. LUZ ANGELICA LEIVA VELASQUEZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. KAREN GUADALUPE PIZANGO		

**PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN**

100%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Solicitar protocolo a Psicología	15/10/2023	20/10/2023	SI
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Coordinar con la jefa del departamento de enfermería y las coordinadoras de cada servicio para la elaboración de los protocolos.	14/10/2023	20/10/2023	SI
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Solicitar protocolo al Departamento de Psicología. Colocar afiches y/o anuncios en el servicio sobre la prohibición de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	15/10/2023	20/10/2023	SI
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	30/10/2023	06/11/2023	SI
Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Sociabilizar a todo el personal de pediatría sobre la identificación del paciente en riesgo de suicidio.	30/10/2023	06/11/2023	SI
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	30/10/2023	06/11/2023	SI
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría acerca de la valoración del riesgo de caída del paciente.	30/10/2023	06/11/2023	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	30/10/2023	06/11/2023	SI
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	30/10/2023	06/11/2023	SI



Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Coordinar con la jefa de departamento de enfermería y las coordinadoras de cada servicio para la elaboración de los protocolos.	14/10/2023	20/10/2023	SI
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Coordinar con la jefa de departamento de enfermería y las coordinadoras de cada servicio para la elaboración de los protocolos.	04/11/2023	10/11/2023	SI
Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	04/11/2023	10/11/2023	SI
Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Coordinar con la jefa de departamento de enfermería y las coordinadoras de cada servicio para la elaboración de los protocolos.	04/11/2023	10/11/2023	SI
Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	20/11/2023	24/11/2023	SI
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	11/11/2023	20/11/2023	SI
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Socializar a todo el personal de pediatría para la correcta identificación del riesgo de caída del paciente en el cartel visible.	30/10/2023	06/11/2023	SI
Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, sobre la valoración del riesgo potencial de fuga del paciente, a través de una reunión.	30/10/2023	06/11/2023	SI
Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría, a través de una reunión.	20/11/2023	24/11/2023	SI
Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	Sociabilizar a todo el personal Médico de Pediatría, a través de una reunión.	17/11/2023	24/11/2023	SI
Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCI, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	Sociabilizar a todo el personal de Pediatría (Licenciados, Técnicos y Médicos) a través de una reunión.	17/11/2023	24/11/2023	SI
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Solicitar a ingeniería hospitalaria el informe de ejecución de su plan anual de mantenimiento de equipo médico del servicio de pediatría	15/10/2023	20/10/2023	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipos biomédicos (inclusive los nuevos).	solicitar a ingeniería hospitalaria el plan anual de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.	15/10/2023	20/10/2023	SI



d. CONSULTA EXTERNA

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	CONSULTA EXTERNA	FECHA EJECUCIÓN:	27/10/2023 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	C.P.C. ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	LIC. ENF. TEOLINDA ANNIE DEL ÁGUILA RIVAS		
RESP. OPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCEL S ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDA:	LIC. ENF. FABRICA REATEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. KARIN HUACCHA ARAUJO		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

100%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	PLAZO (dd/mm/aaa)	MONITOREO (dd/mm/aaa)	IMPLEMENTACIÓN
Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	COORDINAR CON JEFAURA DE ESTADÍSTICA (ADMISIÓN) PARA EL LLENADO COMPLETO DE LOS DATOS DE FILIACIÓN EN LA H. CLINICA.	10/11/2023	15/11/2023	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	COORDINAR CON LA JEFAURA DE INGENIERIA HOSPITALARIA PARA SOLICITAR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE TODOS LOS EQUIPOS BIOMEDICOS.	13/11/2023	15/11/2023	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	REALIZAR UN PEQUEÑO TALLER PARA RECORDAR LOS 11 PASOS DEL LAVADO DE MANOS.	13/11/2023	30/11/2023	SI
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	REALIZAR UN PEQUEÑO TALLER PARA RECORDAR LOS 11 PASOS DEL LAVADO DE MANOS Y LOS 5 MOMENTOS.	13/11/2023	30/11/2023	SI
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	COORDINAR CON LA JEFAURA DE INGENIERIA HOSPITALARIA PARA SOLICITAR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE TODOS LOS EQUIPOS BIOMEDICOS.	30/08/2020	15/11/2023	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	COLOCAR LA INFORMACION CORRESPONDIENTE EN EL PERIODICO MURAL DEL SERVICIO Y EN UN LUGAR VISIBLE PARA LOS PACIENTES DE CADA CONSULTORIO.	14/11/2023	15/11/2023	SI
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	COORDINAR CON LAS JEFATURAS DE TODOS LOS SERVICIOS RELACIONADOS EL REGISTRO DE LAS FUNCIONES BIOLÓGICAS A CADA PACIENTE	14/11/2023	30/11/2023	SI
Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	COORDINAR CON LA JEFAURA DEL SERVICIO DE FARMACIA PARA UNA CAPACITACION EN ALMACENAMIENTO ORDENADO DE LOS MEDICAMENTOS PARA EVITAR SU CONFUSION POR SU SIMILITUD DE NOMBRES O DE PRESENTACION.	15/11/2023	30/11/2023	SI
Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	COORDINAR CON DIRECCIÓN EJECUTIVA Y ADMINISTRACION PARA LA COMPRA DE UN COCHE DE PARO IMPLEMENTADO Y EQUIPADO.	16/11/2023	30/11/2023	SI
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	COORDINAR CON LA JEFAURA DEL SERVICIO DE FARMACIA PARA UNA CAPACITACION EN MECANISMO EFECTIVO DE CONTROL DE VENCIMIENTO/CADUCIDAD DE MEDICAMENTOS	15/11/2023	30/11/2023	SI
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	BRINDAR UNA EXPOSICION DIRIGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA SOBRE LA EDUCACION AL PACIENTE PARA LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DE LAS ULCERAS POR PRESION	17/11/2023	30/11/2023	SI
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	SOCIALIZAR A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA LA APLICACIÓN DE LA GUIA DE PREVENCIÓN Y REDUCCION DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESION	17/11/2023	30/11/2023	SI
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	SOCIALIZAR A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA LA GUIA DE PREVENCIÓN Y REDUCCION DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESION PARA EL SEGUIMIENTO Y MONITOREO DE DICHS PACIENTES.	17/11/2023	30/11/2023	SI
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	COORDINAR CON EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA Y EL AREA DE INVESTIGACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO SOBRE PREVENCIÓN Y REDUCCION DEL RIESGO DE ULCERAS POR PRESION DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA	17/11/2023	30/11/2023	SI



e. MEDICINA HOSPITALIZACIÓN

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	24/11/2023	(DDMMAAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTEY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSÉ CALLE JESÚS		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BAUCELS ANGULO	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JULIANA LÓPEZ GARCÍA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

100%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	Socializar al personal del servicio para la aplicación de Guía nacional de úlceras por presión.	15/12/2023	18/12/2023	SI
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Socializar al personal el seguimiento de la Evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados.	15/12/2023	18/12/2023	SI
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Coordinar y continuar con asesoría técnica con la Unidad de Docencia para la Protocolización de la Guía de Atención y Control de UPP.	15/12/2023	18/12/2023	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Coordinar y continuar con asesoría técnica con la Unidad de Docencia para la elaboración del protocolo de Sujeción mecánica.	15/12/2023	18/12/2023	SI
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Coordinar y continuar la asesoría técnica con la Unidad de Docencia para la Elaboración de protocolo de Fuga de paciente.	15/12/2023	18/12/2023	SI
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de	Se realizará la evaluación de adherencia de manos en cada turno a todo el personal asistencial del servicio.	04/12/2023	18/12/2023	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Se realizará el monitoreo del cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos semanalmente.	04/12/2023	18/12/2023	SI
Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Se emitirá un informe a la unidad de docencia, solicitando la presencia del tutor durante la formación del estudiante.	15/12/2023	18/12/2023	SI
Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Socializar al personal de realizar la Valoración en caso potencial de fuga	15/12/2023	18/12/2023	SI
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Socializar a todo el personal la valoración de riesgo de caídas de paciente que ingresa a su hospitalización.	04/12/2023	18/12/2023	SI
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Socializar al personal médico la implementación de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga de paciente y la activación de medidas de supervisión oportuna	15/12/2023	20/12/2023	SI
Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Se socializará a todo el personal sobre la reevaluación periódica del riesgo de úlceras por presión siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	04/12/2023	20/12/2023	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Se socializará la implementación del brazalete de identificación a todos los pacientes que ingresen a su hospitalización.	04/12/2023	20/12/2023	SI
Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Se socializará a todo el personal de enfermería la implementación de la Valoración de Braden a todos los pacientes que ingresen a hospitalización.	04/12/2023	20/12/2023	SI
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Se creará un cuaderno de registro de medicamentos controlados.	04/12/2023	20/12/2023	SI
Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCl, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	Se coordinará a través de documento con la Jefatura de Estadísticas para la implementación de los datos completos de Filiación del paciente al momento de la admisión y hospitalización.	15/12/2023	20/12/2023	SI



f. CIRUGÍA HOSPITALIZACIÓN

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2023
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	FECHA EJECUCIÓN:	15/12/2023 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. JORGE ALBERTO MERCADO SEANCAS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	CPC ESTEFANÍA TUESTA PANDURO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. VÍCTOR HUGO LOGK GOVEA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BAUCÉLS ÁNGULO	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. ABRAHAM CAMPOS VILLALOBOS		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

100%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
Registro de los antecedentes del paciente.	Socializar con el equipo médico del servicio sobre las observaciones en el no cumplimiento del llenado completo de las historias clínicas.	22/12/2023	26/12/2023	SI
Registro de la enfermedad actual.	socializar con el equipo medico sobre el llenado completo de cada hoja de las CHL del paciente.	22/12/2023	26/12/2023	SI
Notificación de úlceras por presión (Incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	implementación de registro para pacientes con lesiones por presión.	16/12/2023	20/12/2023	SI
Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	socializar al personal de enfermería para transmitir información sobre las prohibiciones de introducir elementos que puedan suponer un riesgo de auto o hetero agresividad, implementar con afiches informativos en cada ambiente.	18/12/2023	20/12/2023	SI
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	socializar al personal de salud del servicio para identificar y registrar en HCL del paciente los riesgos de ser víctima o de cometer agresiones sexuales.	22/12/2023	26/12/2023	SI
Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	socializar al personal de salud del servicio, de transmitir información al paciente y/o familiar sobre los efectos secundarios que pueden producir los medicamentos utilizados en su farmacoterapia.	18/12/2023	20/12/2023	SI
Registro de evolución del paciente: Fecha y hora de atención, Apreciación Subjetiva, Apreciación Objetiva, Tratamiento, Dieta, Interpretación de exámenes y comentario, terapéutica y Plan de trabajo, firma, sello y colegiatura del médico responsable.	socializar con el equipo médico sobre el llenado correcto y completo de cada ítems de los formatos que conforman la HCL del paciente.	22/12/2023	26/12/2023	SI
Registro completo del examen físico clínico general y regional de corresponder.	socializar con el equipo médico sobre el llenado correcto y completo de cada ítems de los formatos que conforman la HCL del paciente.	22/12/2023	26/12/2023	SI
Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autlesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	socializar al personal de salud del servicio para realizar la evaluación y registro en HCL conductas violentas o de suicidio del paciente.	18/01/1900	20/12/2023	SI
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	concientizar al personal de salud sobre la importancia de realizar la higiene de manos durante las actividades a realizar con el paciente	18/12/2023	20/12/2023	SI
Registro completo de la filiación del paciente: Datos del EESS, N° de HCL, Nombres y Apellidos del Paciente, Lugar y fecha de nacimiento, Edad, Sexo, Domicilio, Procedencia, Teléfono, DNI, Seguro, Estado Civil, Instrucción, Ocupación, Religión, Acompañante o Responsable de ser el caso.	socializar con el equipo médico sobre el llenado correcto y completo de cada ítems de los formatos que conforman la HCL del paciente.	22/12/2023	26/12/2023	SI



Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	socializar e implementar registro o base de datos con las codificaciones del CIE-10 ó DSM IV para el llenado correcto de las HCL.	22/12/2023	26/12/2023	SI
Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	socializar al personal de enfermería para brindar información al paciente sobre medicamentos que esta recibiendo y la frecuencia de administración.	18/12/2023	20/12/2023	SI
Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	recaltar al personal de enfermería a realizar la rotulación correspondiente de cada solución endovenosa que se este perfundiendo al paciente.	18/12/2022	20/12/2023	SI
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	socialización con el personal de salud para la apertura y verificación del llenado correcto del registro de consentimiento informado en caso sea necesario .	18/12/2023	20/12/2023	SI
Disponibilidad de dispensadores con preparados de base alcohólica para manos.	solicitar a la unidad de epidemiología el abastecimiento de dispensadores de alcohol gel para la implementación de cada ambiente.	19/12/2023	20/12/2023	SI
Registro de la fecha y hora de atención en la Historia Clínica y/o Registros Médicos.	socializar con el equipo médico sobre el llenado correcto y completo de cada ítems de los formatos que conforman la HCL del paciente.	22/12/2023	26/12/2023	SI
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	socializar con el equipo médico sobre el llenado correcto y completo de cada ítems de los formatos que conforman la HCL del paciente.	22/12/2023	26/12/2023	SI
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	realizar la colocación de brazaletes de identificación ( nombre completo y numero de cama )a cada pacientes que ingresen al servicio , agregar nombre completo y dx medico en el cartel de identificación de cada paciente.	19/12/2023	20/12/2023	SI

## 6. ANÁLISIS DE INDICADORES (anexo 08)

### EVALUACIÓN DE INDICADORES - II SEMESTRE 2023

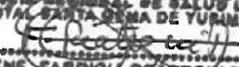
N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FUENTE AUDITABLE	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2023				
						I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N}^\circ \text{ de Rondas de Seguridad programadas}} \times 100$	PROCESO	Cronograma de Rondas, Hojas de resultados de evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	Trimestral	100%	100%	100%	100%	100%
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de verificadores conformes}}{\text{N}^\circ \text{ de verificadores evaluados}} \times 100$	RESULTADO	Listado de Criterios de evaluación, Hojas de resultados de evaluación de Rondas de Seguridad del paciente aplicadas	Trimestral	57%	77%	75%	80%	72%
3	% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora implementadas}}{\text{N}^\circ \text{ de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	PROCESO Y RESULTADO	Plan de acción, Informe de implementación de acciones de mejora, fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas	Trimestral	85%	89%	100%	100%	94%



### ANÁLISIS:

1. Se realizaron las seis (06) 100% Rondas de Seguridad del Paciente, programadas para el II semestre 2023.
2. El promedio anual de cumplimiento de las Buenas Prácticas, fue de 94%.
3. En el I Trimestre el promedio de cumplimiento de las Buenas Prácticas fue de 67.2%.
4. En el II Trimestre el promedio de cumplimiento de las Buenas Prácticas fue de 77.5%, notándose una mejora considerable (poco más de 10%) en relación al I trimestre.
5. El promedio anual de las acciones de Mejora implementadas, fue de 94%.
6. Durante el I Trimestre el promedio de implementación de las acciones de Mejora fue de 87%.
7. En el II Trimestre se implementó el 100% de las acciones de Mejora, también hubo incremento del promedio en relación al I semestre (13%).
8. Los resultados obtenidos en el I semestre, indica que el personal de salud del Hospital II-2 Santa Germa de Yurimaguas, viene tomando mayor importancia respecto a los aspectos a tener en cuenta para mejorar la seguridad de los pacientes en los servicios asistenciales.
9. Las acciones de Mejora implementadas, están direccionadas por los coordinadores de Enfermería, quienes vienen tomando el Liderazgo de las acciones, de la mano con la Jefatura del departamento de Enfermería.

Atentamente;

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