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

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

INFORME TÉCNICO

"RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE"

PRIMER SEMESTRE 2025"

ELABORADO POR:

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

YURIMAGUAS, LORETO-PERÚ / JULIO 2025

"INFORME TÉCNICO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – PRIMER SEMESTRE 2025"

A : M.C. Andrés Adolfo ÁLVAREZ ANTONIO
Director Ejecutivo del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas

DE : Lic. Enf. Fabricia REÁTEGUI DÁVILA
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad – HSGY.

I. ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Seguridad del Paciente, como la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la reducción del riesgo de daños innecesarios asociados a la atención en salud. La Seguridad del Paciente es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la Condición previa para la realización de cualquier actividad clínica; está encaminada a reducir la probabilidad de la aparición de fallos en el sistema, evitar errores humanos y mitigar sus consecuencias.

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 de la Institución, errores que pueden evitarse y/o reducirse, adoptando medidas simples y de bajo costo.
El Ministerio de Salud, ha situado la Seguridad del Paciente en el centro de las políticas sanitarias como uno de los elementos clave de la mejora de la calidad en salud, reflejada en la octava Política Nacional de Calidad en Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que menciona como estrategia la "Implementación de Mecanismos de Información sobre la ocurrencia de Incidentes y Eventos Adversos". Asimismo, mediante Resolución Ministerial N° 163-2020-MINSA, aprobó la Directiva Sanitaria N° 92-MINSA/2020/DGAIN: **"Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud"**, el mismo que establece realizar actividades en función de la prevención y/o disminución de estos eventos adversos; para lo cual implementa las **"Rondas de Seguridad del Paciente"**, que constituye una herramienta de calidad, que permite evaluar la ejecución de buenas Prácticas de la Atención en Salud, y a su vez fortalece la cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud.

El Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, a través de la Unidad de Gestión de la Calidad, en este primer semestre 2025, ha ejecutado las **Rondas de Seguridad del Paciente** teniendo en cuenta el Cronograma actual aprobado con R.D. N° 007-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01, se realizaron seis (06) Rondas de Seguridad, teniendo como prioridad visitar los servicios críticos que son: Emergencia, UCI (adulto y neonatal), Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico. La RSP, es una actividad educativa de enseñanza aprendizaje, que permite identificar los errores y corregirlos en el proceso, no tiene carácter punitivo.

II. OBJETIVOS:

General: Mantener una cultura de Seguridad del Paciente mediante las Buenas Prácticas de Atención, en el Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, y prevenir y/o disminuir la ocurrencia de daños en la atención sanitaria durante el primer semestre del año 2025.

- **Específicos:**
  - Identificar 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.
  - Instituir una Cultura de Seguridad del Paciente, de manera permanente.

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, específicamente los servicios Críticos: Emergencia, UCI Adulto, UCI Neonatal, Centro Quirúrgico y Centro Obstétrico.

IV. GENERALIDADES

- El Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, se encuentra en la ciudad de Yurimaguas capital de la Provincia de Alto Amazonas de la Región Loreto; cuya dirección actual es calle Ucayali Mza. G – Lote 07.
- Es una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Nivel II-2; Unidad Ejecutora 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 GERESA Loreto.
- Funciona como Hospital desde el año 1943, es decir hace 82 años.
- Su nueva infraestructura empezó a funcionar desde el mes de mayo del año 2021. Durante la Pandemia (2020-2021) funcionó como hospital COVID.

V. DESARROLLO DEL PROCESO DE APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

✓ El **Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente**, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, del presente año 2025, fue aprobado mediante **Resolución Directoral N°007-2025-GRL-DRSL/30.37.03.01.**

✓ El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del año 2025, está conformado por los siguientes Integrantes:

EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE 2025

Director Ejecutivo	M.C. Andrés Adolfo Álvarez Antonio
Jefe de la Unidad de Gestión de la Calidad	Lic. Enf. Fabricia Reátegui Dávila
Director Administrativo	Lic. Adm. Darwil Pinedo Torres
efe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental	Lic. Enf. Gretty Fiorella Torres Tello
Jefe del Servicio de Medicina	M.C. José Luid Calle Jesús
Jefe del Servicio de Cirugía	M.C. Marco Antonio Oviedo Ortiz
Jefe del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico	M.C. Guillermo Omar Roldán Aguilar
Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia	M.C. Rosa Amelia Huarsaya Hanco
Jefe del Servicio de Emergencia	M.C. Armando sánchez Tuanama
Jefe del Servicio de Cuidados Críticos	M.C. José Luis Millones Vásquez
Jefe del Servicio de Farmacia	Q.F. Yoly Pinedo Pinedo
Jefe del Servicio de Enfermería	Lic. Enf. Bonnie Von Bancels Angulo

N° 007- 2025-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 07 de enero del 2025

Visto el Expediente N° 00268-2025, que contiene el Oficio N° 0002-2025-GRL/GRSL/30.37.05, emitido por la Jefatura de la Unidad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de la resolución de conformación del **"EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2025,** del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas;

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

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

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

Que, con el Documento de Visto el Director Ejecutivo autoriza la proyección de la resolución mediante Memorando N° 0070-2025-GRL-GRSL/30.37 de conformación del **"EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - 2025,** del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas;

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

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

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Dejar sin efecto la Resolución N°010-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01, de fecha 10 de enero de 2024.

Artículo 2°.- Conformar, el "**EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – 2025**", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, el mismo que está integrado por los siguientes profesionales:

• Director Ejecutivo	Líder del Equipo
• Jefe de la Unidad Funcional de Gestión de la Calidad	Secretario Técnico
• Director Administrativo	Miembro
• Jefe de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental	Miembro
• Jefe del Servicio de Medicina	Miembro
• Jefe del Servicio de Cirugía	Miembro
• Jefe del Servicio de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Miembro
• Jefe del Servicio Gineceo-Obstetricia	Miembro
• Jefe del Servicio de Pediatría	Miembro
• Jefe del Servicio de Neonatología	Miembro
• Jefe del Servicio de Emergencia	Miembro
• Jefe del Servicio de Unidad de Cuidados Críticos	Miembro
• Jefe del Servicio de Farmacia	Miembro
• jefatura del Servicio de Enfermería	Miembro

Artículo 3°.- Transcríbase la presente Resolución a los interesados para su conocimiento y desempeño de sus funciones.

Artículo 4°.- Publíquese en el Portal WEB Institucional y Portal de Transparencia estándar del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

Regístrese y Comuníquese:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP: 24716 RNE: [illegible]

CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2025:

✓ El **Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente** del presente año 2025, fue aprobado mediante **Resolución Directoral N° 008-2025-GRL-DRSL/30.37.03.01**, de fecha 07 de enero del año 2025.

Nº 008 - 2025-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 07 de enero del 2025

Visto el Expediente N° 00269 2025, que contiene el Oficio Nº 0003-2024-GRL/GRSL/30.37.05, de fecha 07 de enero del 2025, emitido por la Jefatura de la Unadad de Gestión de la Calidad, solicitando la emisión de la resolución de **"APROBACION DEL CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – AÑO 2025, DEL HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS;**

CONSIDERANDO:

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

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

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

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

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

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

Que, con el documento de Visto el Director Ejecutivo Autoriza mediante Memorando N° 0071-2025-GRL-GRSL/30.37, Autoriza la proyección del Acto Resolutivo de **"APROBACION DEL CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – 2025"**, del hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas;

Que, en ese contexto, mediante documento de visto la Jefa de la Unidad de Gestión de la Calidad, en el ámbito de sus funciones, remite el **Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente - año 2025**, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, para su aprobacion mediante acto resolutivo;

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

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

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Dejar sin efecto la Resolución Directoral N°011-2024-GRL-GRSL/30.37.03.0, de fecha 11 de enero del 2024.

Artículo 2°.- **APROBAR , a partir del 07 de enero del 2025**, el **CRONOGRAMA DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – 2025**, del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas, documento que contiene Seis (06) folios, que como Anexo forma parte integrante de la Presente Resolucion Directoral.

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

Regístrese y Comuníquese;

JEFATURA V°B°

DIRECCIÓN EJECUTIVA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.
CMP: 74745 RNE: 047761

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

PERÚ Ministerio de Salud | GERESA – LORETO | GERENCIA REGIONAL DE SALUD | HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS | UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2025

IPRESS : **HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS**

RESPONSABLE IPRESS : **M.C.E. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO**

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	24 / 01 /2025	10 / 00

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	21 / 02 /2025	10 / 00

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	21 / 03 /2025	10 / 00

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	21 / 04 /2025	10 / 00

JEFATURA V°B°

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	16 / 05 /2025	10 / 00

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	20 / 06 /2025	10 / 00

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	18 / 07 /2025	10 / 00

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	15 / 08 /2025	10 / 00

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	19 / 09 /2024	10 / 00

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	17 / 10 /2025	10 / 00

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	14 / 11 /2025	10 / 00

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	05 / 12 /2025	10 / 00

ASESORÍA LEGAL

OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO H.S.G.Y.

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 II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEP: 34963 - RNE: 20023
JEFATURA DEL SERVICIO DE ENFERMERIA

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 año 2025, el cual fue aprobado mediante Resolución Directoral N° 048-2025-GRL-DRSL/30.37.03.01.
- ✓ Las Rondas de Seguridad del Paciente, se ejecutan una vez por mes por el Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente, teniendo en cuenta las consideraciones descritas en la Ficha Técnica N° 45: "Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente" – Convenios de Gestión 2025.
- ✓ Las acciones de las Rondas de Seguridad del Paciente, se encuentran enmarcados 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", de acuerdo a la cual se da cumplimiento.

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 – PRIMER SEMESTRE 2025

Durante el Primer semestre 2025, fueron visitados las siguientes UPSS:

1	UCI Neonatología	(24.01.2025)	**4**	Centro Obstétrico	(21.04.2025)
2	Emergencia	(21.02.2025)	**5**	UCI Adulto	(16.04.2025)
3	Centro Quirúrgico	(21.03.2025)	**6**	Servicio de Cirugía	(20.06.2025)

1. CUMPLIMIENTO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS – PRIMER SEMESTRE 2025.

Cumplimiento de las Buenas Prácticas en la Aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente - Primer Semestre 2025

Fecha	UPSS visitada	% cumplimiento	Valoración de Riesgo
24/01/2025	UCI Neonatología	91%	Moderado
21/02/2025	Emergencia	71%	Importante
21/04/2025	Centro Quirúrgico	86%	Moderado
21/04/2025	Centro Obstétrico	75%	Importante
16/04/2025	UCI Adulto	98%	Muy Bajo
20/06/2025	Servicio de Cirugía	72%	Importante
Total		**82.20%**	**Moderado**

ANÁLISIS:

- Durante este primer Semestre del año 2025, fueron evaluados las UPSS: UCI Neonatologia, Emergencia, Centro Quirúrgico; Centro Obstétrico, UCI Adulto y Cirugía.
- Observamos que el promedio global de cumplimiento de las buenas prácticas fue de **82.20%,** lo cual califica dentro de **riesgo Moderado**.
- Así mismo, vemos que el 50% de UPSS evaluadas, se encuentran dentro de Riesgo Importante, el 33.3% en Riesgo Moderado.
- Las UPSS de Emergencia y Cirugía, son los que tienen menor porcentaje de cumplimiento de buenas prácticas, calificando como Riesgo Importante.
- La UPSS de UCI Adulto, obtuvo la mayor calificación de 98%, lo que lo cual lo califica como Riesgo Muy Bajo.

2. ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN LA APLICACIÓN DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS – PRIMER SEMESTRE 2025

Acciones de Mejora implementadas por la UPSS
Primer Semestre 2025

Mes	UPSS visitada	% cumplimiento
Enero	UCI Neonatología	100%
Febrero	Emergencia	93%
Marzo	Centro Quirúrgico	91%
Abril	Centro Obstétrico	87%
Mayo	UCI Adulto	100%
Junio	UPSS Cirugía	78%
Total		**91.50%**

- El promedio de cumplimiento de la implementación de las Acciones de Mejora en el primer semestre del presente año 2025, fue de **91.50%.**
- Los servicios de UCI Neonatología y UCI Adulto implementaron el 100% de sus acciones de mejora. Las UPSS de Emergencia y Centro Quirúrgico, implementaron el 93%, y 91% respectivamente, Centro Obstétrico implementó el 87%.
- La UPSS de Cirugía tiene el menor porcentaje de cumplimiento (78%), toda vez que fue el último servicio en ser evaluado, por lo que tiene más acciones pendientes de implementar.
- El compromiso que vienen asumiendo las jefaturas de los servicios, en la implementación de las acciones de mejora, es un trabajo en equipo, liderado por las coordinaciones de Enfermería, quienes constituyen una pieza fundamental en la mejora de los diferentes servicios.

B. ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS O EN PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN EN RELACIÓN A LOS VERIFICADORES INSEGUROS POR UPSS – PRIMER SEMESTRE 2025

1. **UPSS UCI NEONATOLOGÍA:** Implementó el **100%** de las acciones de mejora.
2. **UPSS EMERGENCIA:** Iimplementó el **93%** de sus acciones de mejora, pendiente implementar dos acciones.

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Se socializará con el personal del servicio la importancia de la identificación del riesgo de caidas del paciente, asegurando que esta información se registre de manera clara tanto en el brazalete del paciente como en un cartel visible en su unidad.facilitando la identificación rápida del riesgo y la implementación de estrategias de prevención para reducir incidentes dentro del servicio.
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	Se emitirá un memorándum al personal de salud para realizar la revaloración diaraia de pacientes ancianos sometidos polifarmacia y personas drogodependientes y con déficit neurológico y cognitivo, garantizando una adecuada atención de los mismos.

3. **UPSS CENTRO QUIRÚRGICO:** Implementó el **91%** de sus acciones de mejora, quedando por implementar una acción de mejora.

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	REGISTRAR DATOS CORRECTOS DEL PACIENTE Y VERIFICAR EN EL BRAZALETE

4. **UPSS CENTRO OBSTÉTRICO:** Implementó el **87%** de sus acciones de mejora, quedando dos acciones en proceso de implementación.

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Conformar un equipo de trabajo para la elaboración de la guía de procedimientos en caso de fuga de pacientes.
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecanica.	Conformar un equipo de trabajo para la elaboración de una guía o protocolo que establezca loa diversos mecanismos de sujeción mecánica

5. **UPSS UCI ADULTO:** Implementó el **100%** de sus acciones de mejora.

6. **UPSS CIRUGÍA:** Implementó el **78%** de sus acciones de mejora, quedando 6 acciones de mejora en proceso de implementación.

HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Socializar con el personal médico, la importancia del correcto llenado de la historia clinica, la cual incluye la codificación CIE-10 de los diagnósticos.
SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Informar al personal médico la obligatoriedad de realizar la valorización de antecedentes psicosociales (desinhibiciones maniacas, transtornos de la personalidad y otros) y registrar en la historia clínica, a fin de descartar en el paciente el riesgo de cometer o ser víctima de agresiones sexuales..
PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Incluir dentro del Protocolo de prevcención de suicidio, la evaluación, monitorización y tratamiento específico en relación a riesgo de suicidio en todo paciente que se hospitaliza.

COMUNICACIÓN EFECTIVA	El resumen de la información del traslado de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.	Socializar con el personal, sobre el correcto llenado del traslado del paciente al momento de la transferencia (motivo de admisión, hallazgos relevantes, diagnósticos, procedimientos realizados, procedimientos realizados, medicamentos y demás tratamientos administrados)
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecanica.	Implementar el protocolo de sujecion mecánica (población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, responsables de la indicación y dupervisión).
SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Implementar el Protocolo de atención en caso de relaciones sexuales consumadas en el servicio hospitalario y el flujo de atención a seguir.

VII. CONCLUSIONES

- El Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente del año 2025, fue aprobado con R.D. N° 007-2025-GRL-DRSL/30.37.03.01. El Cronograma anual de la Rondas de Seguridad del Paciente año 2025, fue aprobado con R.D. N° 008-2025-GRL-DRSL/30.37.03.01.
- Las Rondas de Seguridad del presente año 2025, fueron priorizados los servicios críticos, y se realizaron una ronda por mes.
- Las UPSS evaluadas en este primer semestre año 2025 fueron: UCI Neonatología, Emergencia, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, UCI Adulto y Cirugía.
- Cada Ronda de Seguridad, generó un Acta de Compromiso y remitida a la jefatura del servicio.
- Las observaciones estuvieron centradas en la evaluación de prácticas inseguras en la atención al paciente en los servicios críticos y en aspectos relacionados con la Calidad.
- El Secretario Técnico ingresó la información recogida en la herramienta informática de Rondas de Seguridad del Paciente; presentó la hoja de resultados de la evaluación, con la firma de todos los miembros del Equipo.
- En el Informe de la Rondas de Seguridad del Paciente, se adjunta la hoja de resultados de evaluación, la matriz de los planes de acción y ficha de monitoreo.
- El promedio general de cumplimiento de las buenas prácticas de 82.20%.
- Los servicios con mejor cumplimiento de buenas prácticas fueron: UCI Adulto (98%) y UCI Neonatología (91%). La UPS Emergencia y Cirugía, tuvieron el menor porcentaje de cumplimiento (71% y 72%).
- El promedio general de las acciones de mejora implementadas fue de 91.5%.
- El 50% de los servicios evaluados se encuentran en Riesgo Importante, el 33.3% en Riesgo Moderado y el 16.7% riego Muy Bajo.
- Las UPSS UCI Adulto y UCI Neonatología implementaron el 100% de sus acciones de mejora.
- La UPSS Cirugía implementó el 78% de sus acciones de mejora, fue el último servicio en ser visitado (20/06/2025).

VIII. RECOMENDACIONES

1. Mejorar los procesos de atención de la salud de los usuarios externos, identificando la ocurrencia de prácticas inseguras en los servicios hospitalarios del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.
2. Las UPSS visitadas, a través de los jefes de servicio, deben implementar acciones para la mejora de la atención, teniendo en cuenta como prioridad, acciones que promuevan el correcto cumplimiento de la Higiene de Manos en todo el personal a su cargo.
3. Desarrollar actividades de enseñanza aprendizaje con el personal profesional y no profesional, respecto a las prácticas seguras en la atención del paciente.
4. Realizar comunicación recíproca entre el paciente y familiares, respecto a informarles sobre el estado de su salud, medicamentos, entre otros.
5. Recibir las sugerencias y/u observaciones de los pacientes y familia, a fin de identificar mejoras para el servicio visitado.
6. Los servicios deben implementar de forma permanente el sistema de vigilancia, registro y notificación de Eventos Adversos.
7. Las jefaturas de los servicios, deben capacitar y monitorizar a su personal respecto al cumplimiento de los pasos correctos de la Higiene de Manos (alcohol gel y jabón líquido) de forma permanente, así como también vigilar el cumplimiento de la H.M. durante los Cinco Momentos.
8. Las jefaturas deben realizar la socialización de las Normas Técnicas emanadas por el MINSA, e implementar su uso respectivo (Norma Técnica de Gestión de la Historia Clínica y otras) y vigilar el cumplimiento de la los mismos.
9. Implementar procesos de Mejora, mediante la elaboración de Planes de Mejora de la Calidad de Atención en cada servicio de acuerdo a los verificadores inseguros.
10. El servicio de Farmacia, deberá realizar la supervisión y monitoreo permanente del adecuado uso, manejo, conservación y almacenamiento de los medicamentos.
11. Las UPSS deben contar con el plan de mantenimiento de sus equipos biomédicos y monitorizar el cumplimiento del cronograma respectivo.
12. Mantener una adecuada comunicación, personal de salud – paciente y familia, respecto a los aspectos relacionados a su enfermedad.
13. Implementar protocolos, guías de procedimientos asistenciales que se realizan en los servicios como, por ejemplo: prevención y manejo de lesiones por presión, prevención de fuga y caídas, suicidio, entre otras.
14. El servicio de vigilancia deberá implementar el Protocolo de Fuga de paciente.

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

LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA
CEP: 24280 / REE EPIDEMIOLOGIA: 027470
JEFE UNIDAD GESTION CALIDAD

IX. ANEXOS

1. HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN (anexo 03) SERVICIO/UPSS – PRIMER SEMESTRE 2025

1.1. UPSS UCI NEONATOLOGÍA (24/01/2025)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		24/01/2025	(dd/mm/aaaa)
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY F. TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS	M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ANDRÉS G. RUIZ GARCÍA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC./UNIDAD CALID	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERME	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ALGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JOHANA BARRÍA RAMIREZ		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	89%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	71%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	88%
PREVENCION DE CAIDAS Y CONTENCION MECANICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	100%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	50%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	80%
PROMEDIO	91%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSGY
CMP: 27716 - RNE: 024893

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA
CEP: 24260 / REE EPIDEMIOLOGIA: 027479
JEFE UNIDAD GESTION CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD Nº 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
CMP: 24962 - RNE: 15565
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 52356 - RNE: 027533
JEFE DE EPIDEMIOLOGIA 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 II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. Nº 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 36049 - RNE: 30226
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. MARCO ANTONIO OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA Y SUBESPECIALIDADES
CMP: 067326 - RNE: 039232
ECOGRAFIA INTEGRAL Y DOPPLER
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JOSE LUIS CALLE JESUS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 70821 - RNE: 42651

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. JOSE LUIS MILLONES VASQUEZ
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 46209 RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
GUILLERMO OMAR ROLDAN AGUILAR
MEDICO ANESTESIOLOGO
JEFATURA ANESTESIOLOGIA CENTRO QUIRURGICO Y CEyE
CMP: 77166 - RNE: 48795

1.2. UPSS EMERGENCIA (21/02/2026)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		21/02/2025	(dd/mm/aaaa)
UPSS:	EMERGENCIA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ARMANDO SÁNCHEZ TUANAMA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DENIZ ALBERTO ARÉVALO CASTRO		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	71%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	57%
PREVENCIÓN DE FUGA	83%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	40%
PREVENCION DE CAIDAS Y CONTENCION MECANICA	75%
SEGURIDAD SEXUAL	40%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	60%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	86%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	67%
HIGIENE DE MANOS	50%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	71%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MC. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSGY
CMP: 27715 - RNE: 024593

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA
CEP: 24260 / REE EPIDEMIOLOGIA: 027470
JEFE UNIDAD GESTIÓN CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD Nº 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
CMP: 24962 - RNE: 15565
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 52358 - RNE: 027583
JEFE DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEP: 34963 - RNE: 20023
JEFATURA DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. Nº 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 36049 - RNE: 30276
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MC. MARCO ANTONIO OVIEDO ORTÍZ
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA Y SUBESPECIALIDADES
CMP: 087328 - RNE: 031222
ECOGRAFÍA INTEGRAL Y DOPPLER
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JOSE LUIS CALLE JESUS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 76821 - RNE: 42451

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. JOSE LUIS MILLONES VASQUEZ
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 80289 RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
GUILLERMO OMAR ROLDAN AGUILAR
MÉDICO ANESTESIÓLOGO
JEFATURA ANESTESIOLOGIA CENTRO QUIRURGICO Y CEyE
CMP: 77166 - RNE: 48799

1.3. UPSS CENTRO QUIRÚRGICO (21/03/2025)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		21/03/2025	(dd/mm/aaaa)
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C.E. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	GUILLERMO OMAR ROLDÁN AGUILAR		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWILL PINEDO TORRES	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA (COORD. ENF		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	94%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	95%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	50%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	88%
PREVENCION DE CAIDAS Y CONTENCION MECANICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	57%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	86%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MC. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSGY
CMP: 27715 - RNE: 024593

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DAVILA
CEP: 24260 / REE EPIDEMIOLOGIA: 027470
JEFE UNIDAD GESTION CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD Nº 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
CMP: 24962 - RNE: 15565
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRIC

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 62358 - RNE: 027583
JEFE DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO
CEP: 34963 - RNE: 20023
JEFATURA DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. Nº 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 36049 - RNE: 30276
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MC. MARCO ANTONIO OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA Y SUBESPECIALIDADES
CMP: 087320 - RNE: 035222
ECOGRAFÍA INTEGRAL Y DOPPLER
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JOSE LUIS CALLE JESUS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 70921 - RNE: 42151

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. JOSÉ LUIS MILLONES VASQUEZ
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 60289 RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
GUILLERMO OMAR ROLDAN AGUILAR
MEDICO ANESTESIOLOGO
JEFATURA ANESTESIOLOGIA CENTRO QUIRURGICO Y CEyE
CMP: 77166 - RNE: 48795

1.4. UPS CENTRO OBSTÉTRICO (21/04/2025)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		21/04/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CENTRO OBSTETRICO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO A. ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C.MG.O. ROSA AMELIA HAURSAYA HANCO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	OBST. VICENTE VALENTÍN MARIANO		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	89%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	87%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	75%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	67%
PREVENCION DE CAIDAS Y CONTENCION MECANICA	33%
SEGURIDAD SEXUAL	50%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	86%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%
PROMEDIO	75%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MC. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSGY
CMP: 27715 - RNE: 024593

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DAVILA
CEP: 24260 / REE EPIDEMIOLOGIA: 027470
JEFE UNIDAD GESTION CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD Nº 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
CMP: 24962 - RNE: 15565
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 52366 - RNE: 027583
JEFE DE EPIDEMIOLOGIA 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 II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. Nº 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 36049 - RNE: 30276
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MC. MARCO ANTONIO OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA Y SUBESPECIALIDADES
CMP: 067328 - RNE: 031222
ECOGRAFÍA INTEGRAL Y DOPPLER
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JOSE LONGALLE JESUS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 72621 - RNE: 42464

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. JOSE LUIS MILLONES VASQUEZ
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 60269 RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
GUILLERMO OMAR ROLDAN AGUILAR
MEDICO ANESTESIOLOGO
JEFATURA ANESTESIOLOGIA CENTRO QUIRURGICO Y CEyE
CMP: 77166 - RNE: 48799

1.5. UPSS UCI ADULTO (16/05/2025)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		16/05/2025	(dd/mm/aaaa)
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C.E. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSE LUIS MILLONES VÁSQUEZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWILL PINEDO TORRES	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. LUZ ELENA SAAVEDRA CORDOVA (COORD. EN		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	75%
PREVENCION DE CAIDAS Y CONTENCION MECANICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	100%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	98%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MC. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSGY
CMP: 27715 - RNE: 024593

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA
CEP: 24260 / REE EPIDEMIOLOGIA: 027470
JEFE UNIDAD GESTIÓN CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD Nº 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
CMP: 24962 - RNE: 15565
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 52066 - RNE: 027563
JEFE DE EPIDEMIOLOGIA 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 II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. Nº 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 36049 - RNE: 30276
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MC. MARCO ANTONIO OVIEDO ORTÍZ
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA Y SUBESPECIALIDADES
CMP: 087326 - RNE: 039222
ECOGRAFÍA INTEGRAL Y DOPPLER
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JOSE LUIS CALLE JESUS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 70831 - RNE: 32461

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. JOSE LUIS MILLONES VASQUEZ
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 60289 RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
GUILLERMO OMAR ROLDAN AGUILAR
MEDICO ANESTESIOLOGO
JEFATURA ANESTESIOLOGIA CENTRO QUIRURGICO Y CEyE
CMP: 77166 - RNE: 48799

1.6. UPSS CIRUGÍA Y SUB ESPECIALIDADES (20/06/2025)

RESULTADOS DE EVALUACION

		TRIMESTRE: II TRIMESTRE	AÑO: 2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:	20/06/2025 (dd/mm/aaaa)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C.E. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C.E. MARCO ANTONIO OVIEDO ORTIZ
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DIVANNY NIKOL ANTICONA CHOMBA

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	71%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	83%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	89%
PREVENCION DE CAIDAS Y CONTENCION MECANICA	90%
SEGURIDAD SEXUAL	20%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	89%
PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	29%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	80%
HIGIENE DE MANOS	50%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	72%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MC. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSGY
CMP: 27715 - RNE: 024593

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA
CEP: 24260 / REE EPIDEMIOLOGIA: 027470
JEFE UNIDAD GESTION CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD Nº 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
CMP: 24962 - RNE: 15665
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 52366 - RNE: 017563
JEFE DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. ARMANDO SANCHEZ TOANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 36048 - RNE: 30276
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. JOSE LUIS MILLONES VASQUEZ
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 60280 RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS

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 II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MC. MARCO ANTONIO OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA Y SUBESPECIALIDADES
CMP: 087323 - RNE: 039222
ECOGRAFIA INTEGRAL Y DOPPLER
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
GUILLERMO OMAR ROLDAN AGUILAR
MEDICO ANESTESIOLOGO
JEFATURA ANESTESIOLOGIA CENTRO QUIRURGICO Y CEyE
CMP: 77166 - RNE: 48799

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. Nº 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JOSE LUIS CALLE JESÚS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 70631 - RNE: 42151

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

2.1. UPSS UCI NEONATOLOGÍA (24/01/2025)

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		24/01/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY F. TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ANDRES G. RUIZ GARCIA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ALGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JOHANA BARRIA RAMIREZ		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	Realizar inspecciones periódicas a todo el personal para asegurar el cumplimiento de la higiene de manos por paciente.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Capacitar al personal en la técnica adecuada del lavado de manos y verificar el cumplimiento correcto de los 11 pasos.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	6/02/2025
70	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Realizar el monitoreo y supervisión permanente de la adherencia a la Higiene de manos durante los 5 momentos, utilizando la lista de verificación de cumplimiento, y realizar retroalimentación inmediata.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Reforzar mediante capacitación, la correcta desinfección de manos. Implementar recordatorios visuales en áreas clave y realizar evaluaciones periódicas y retroalimentación individual.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025
20	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Implementación de un botiquín de emergencia con stock limitado y registro de control diario de dichos medicamentos por parte de farmacia y enfermería.	MEDICO JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADORA DE ENFERMERIA	5/02/2025
20	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Capacitar al personal en la correcta identificación del paciente e implementar doble verificación en la colocación del brazalete.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025
20	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Emitir memorando a todo el personal del servicio de neonatología sobre el uso obligatorio del brazalete de identificación en la área de UTIN ante cualquier procedimiento a realizar.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025
14	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Implementar y socializar el consentimiento informado sobre los procedimientos de enfermería y vigilancia continua del cumplimiento.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025
12	HISTORIA CLINICA	Registro de la enfermedad actual.	Emitir memorando de cumplimiento al personal Médico del servicio de neonatología sobre el llenado correcto de la historia clínica.	JEFE MEDICO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/02/2025
6	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Regularizar el mantenimiento de equipos biomédicos en caso de incumplimiento. Verificar de manera mensual el cumplimiento del cronograma mediante la revisión de tarjetas de mantenimiento e informes del área de ingeniería biomédica.	JEFE MEDICO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA Y COORDINADORA DE ENFERMERIA	10/02/2025

FIRMA:

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

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

2.2. UPSS EMERGENCIA (21/02.2025)

PLAN DE ACCION

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		21/02/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	EMERGENCIA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ARMANDO SÁNCHEZ TUANAMA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DENIZ ALBERTO ARÉVALO CASTRO		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aa
120	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Se emitirá un memorándum para garantizar el control y verificación de insumos y medicamentos del coche de paro, a fin de asegur su disponibilidad, vigencia y adecuado almacenamiento. Se designará responsables para supervisión y reposición inmediata de medicamentos faltantes y así evitar su vencimiento.	Coordinador de Enfermería	25/02/2025
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Se emitirá memorándum reiterando la obligatoriedad del uso del brazalete de identificación en cada paciente, enfatizando la importancia de registrar datos correctos y completos para una identificación segura. Se reforzará la supervisión para garantizar su cumplimiento.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	28/02/2025
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Se emitirá un memorándum reiterando la obligatoriedad de verificar la identidad del paciente en e brazalete antes de realizar cualquier procedimiento. Se monitorizará su cumplimiento.	Coordinador de Enfermería	4/03/2025
63	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Se implementará el registro de control de medicamentos controlados, mediante memorandum, asimismo, se asignará responsables por cada turno, y se supervisará su cumplimiento.	Coordinador de Enfermería	4/03/2025
60	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Se emitirá un memorándum para garantizar el control y verificación de insumos y medicamentos del coche de paro, asegurando la disponibilidad de los mismos. Se asignarán responsables para supervisión y reposición inmediata ante faltantes o vencimientos.	Coordinador de Enfermería	4/03/2025
60	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	Se realizará un taller sobre las buenas prácticas de la higiene manos, resaltando la importancia del cumplimiento de los estándares establecidos. Se abordará la relación lavamanos/paciente-cama (1:10), enfatizando el cumplimiento de los cinco momentos de la H. M. durante la atención del paciente, a fin de mejorar la adherencia en el personal.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	10/03/2025
60	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Se socializará con el personal del servicio la importancia de la identificación del riesgo de caidas del paciente, asegurando que esta información se registre de manera clara tanto en el brazalete del paciente como en un cartel visible en su unidad facilitando la identificación rápida del riesgo y la implementación de estrategias de prevención para reducir incidentes dentro del servicio.	Coordinador de Enfermería	7/03/2025
56	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 un taller sobre la importancia del cumplimiento de la Higiene de manos durante los cinco Momentos para mejorar la adherencia.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	10/03/2025
48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Se realizará el análisis y la notificación de la ocurrencia de los incidentes y eventos adversos, así mismo el plan de intervención según sea el caso, lo cual permitirá identificar riesgos y mejorar la calidad del servicio.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	17/03/2025

48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Se socializará con el personal la importancia del uso del formato de consentimiento informado para actividades de docencia, el cual debe formar parte de la historia clínica del paciente. Esta medida garantiza el respeto a los derechos del paciente, la transparencia en los procesos de enseñanza y el cumplimiento de la normativa vigente en la atención en salud.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	14/03/2025
42	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Se emitirá un memorándum para garantizar el control y verificación de insumos y medicamentos del coche de paro. Esto asegurará su disponibilidad, vigencia y adecuado almacenamiento para emergencias críticas. Se asignarán responsables para supervisión y reposición inmediata ante faltantes o vencimientos.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	14/03/2025
42	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Se realizará un taller sobre el cumplimiento de la Guía Técnica para la implementación del proceso de Higiene de Manos, recalcando laimportancia de la correcta aplicación y cumplimiento de la misma, enfatizando el cumplimiento de los 8 pasos de la desinfección de manos (con alcohol gel).	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	14/03/2025
42	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Se realizará un taller sobre el cumplimiento de la Guía Técnica para la implementación del proceso de Higiene de Manos, recalcando laimportancia de la correcta aplicación y cumplimiento de la misma, enfatizando el cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (con jabón líquido).	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	14/03/2025
42	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Se socializará con el personal de enfermería la importancia de la administración de la dosis unitaria, y su adecuada clasificación y almacenamiento, asegurando que cada paciente reciba su medicación de manera individualizada y segura en su unidad.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	10/03/2025
36	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Se implementará un registro de los accidentes laborales y su seguimiento respectivo. Se socializará con el personal y se monitorizará su cumplimiento.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	10/03/2025
24	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Se socializará con el personal de enfermería la importancia de informar al paciente sobre los efectos secundarios que pueden ocurrir en la administración de medicamentos. Proceso que garantizará una atención más segura y centrada en el paciente, permitiéndole conocer las posibles reacciones adversas que pudiera presentar.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	6/03/2025
24	PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Se informará a los pacientes y familiares, además de colocar avisos, respecto a la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad (arma de fuego, cuchillos, tijeras, y ootros objetos punzo cortantes).	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	10/03/2025
24	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	Se emitirá un memorándum dirigido al personal médico y de enfermería del servicio, recordándoles la importancia del registro de las funciones biológicas en la historia clínica del paciente (apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y estado de ánimo) con el objetivo de mejorar la valoración detallada del paciente y garantizar el correcto diagnóstico y tratamiento del mismo.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	10/03/2025
18	SEGURIDAD EN LA UPSS	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Se emitirá un memorándum en estricto cumplimiento del Reglamento Interno de Servicios (RIS), estableciendo la obligación del personal de permanecer en su área de trabajo asignada durante toda su jornada laboral.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	10/03/2025
18	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	Se emitirá un memorándum al personal de salud para realizar la revaloración diaraia de pacientes ancianos sometidos polifarmacia y personas drogodependientes y con déficit neurológico y cognitivo, garantizando una adecuada atención de los mismos.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	7/03/2025

18	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Se emitirá un memorándum al personal médico para reforzar el registro adecuado de la evaluación en la historia clínica desde el ingreso del paciente. Esto debe incluir la identificación de riesgos de ser víctima o cometer agresiones sexuales, considerando factores como desinhibición maniaca, trastornos de personalidad, aislamiento y poca aceptación social.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	7/03/2025
12	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Se socializará con el personal de enfermería la importancia de informar al paciente sobre los efectos secundarios de los medicamentos que se le administrarán, que incluso pueden afectar la orientación y el sensorio, a fin de que pueda comunicar oportunamente si el caso se diera.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	7/03/2025
12	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Se coordinará con el área de Psicología para la entrega de stickers informativos sobre seguridad sexual, con el objetivo de colocarlos en diversas áreas del servicio de emergencia.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	28/02/2025
12	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	El servicio de Emergencia cuenta con un protocolo de seguridad sexual que establece normativas para garantizar un entorno seguro y respetuoso. Se informará a los pacientes de forma permanente la prohibición de mantener RR.SS. en los ambientes hospitalarios, incluso se colocará avisos en los ambientes (incluyendo servicios higiénicos).	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	7/03/2025
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 emitirá un memorándum al personal de salud para reforzar el registro correcto de la evaluación inicial de riesgo de lesiones por presión a todo paciente que ingresa al servicio (observación). Incando el registro obligatorio en la historia clínica.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	14/03/2025
12		Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Se emitirá un memorándum al personal de salud para realizar la valoración del estado de la piel a fin de detectar LPP en todo paciente que ingresa al servicio (observación), indicando la obligatoriedad de documentar con precisión los hallazgos en la historia clínica.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	14/03/2025
12	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	Se convocará a una reunión con PAUS y Vigilancia para solicitar apoyo en la difusión de los horarios de información médica a familiares. Se reforzará la importancia de una comunicación clara y comprensible.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	18/03/2025
12	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	Se coordinará con el personal de la PAUS y Vigilancia para solicitar apoyo en la difusión de la información respecto al flujo de atención en las diferentes áreas de atención, y los procesos para acceder a los mismos y mejorar la experiencia de los pacientes y familiares.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	18/03/2025
12	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	Los pacientes y familiares son informados de manera clara y sencilla respecto a sus dudas e inquietudes, respetando la interculturalidad.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	7/03/2025
3	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital facilmente identificable.	Se emitirá un informe dirigido a la Dirección para dar a conocer el desabastecimiento de ropa (bata) para pacientes, se solicitará reiteradamente la adquisición urgente de la misma, poniendo a responsabilidad del administrador el abastecimiento.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	15/03/2025

FIRMA:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 36049 - RNE: 30276
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

2.3. UPSS CENTRO QUIRÚRGICO (21/03/2025)

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		21/03/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR RESPONSABLE IPRESS:	M.C.E. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	GUILLERMO OMAR ROLDÁN AGUILAR		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ADM. DARWILL PINEDO TORRES	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA (COORD. ENF.)		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaa
100	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	REALIZAR REFORZAMIENTO Y MONITOREO DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	11/04/2025
84	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	SOLICITAL EL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS A LA UNIDAD DE INGENIERÍA HOSPITALARIA Y SE MONITORIZARÁ SU CUMPLIMIENTO.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	11/04/2025
84	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 COPIA DEL PLAN DE MANTENIMIENTO A LA UNIDAD DE INGENIERÍA HOSPITALARIA.	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025
84	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	IMPLEMENTAR UN REGISTRO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS EN COORDINACIÓN CON EL SERVICIO DE FARMACIA.	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025
84	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	SUPERVISAR DE MANERA PERMANENTE EL CUMPLIMIENTO CORRECTO DE LOS PASOS DE LA DESINFECCIÓN DE LAS MANOS CON ALCOHOL GEL	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025
84	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	REALIZAR EL MONITOREO Y SUPERVISIÓN DEL LAVADO DE MANOS.	COORD. ENFERMERIA - JEFE MÉDICO	9/04/2025
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	COORDINAR CON LOS RESPONSABLES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN PARA CUMPLIR CON COLOCASR EL BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN DE TODO PACIENTE A SER INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	11/04/2025
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	VERIFICAR LOS DATOS CORRECTOS DEL PACIENTE EN LOS BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN.	COORD. ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	9/04/2025
32		Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	REGISTRAR DATOS CORRECTOS DEL PACIENTE Y VERIFICAR EN EL BRAZALETE	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025
24	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	IMPLEMENTAR UN REGISTRO DIGITAL DE LOS ACCIDENTES LABORALES	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025
12	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Se coordinara con las jefaturas medicas de cada servicio anexo al servicio de centro quirurgico para enfatizar la importancia de colocar el CIE-10 en la historia clinica.	JEFATURA MEDICA	11/04/2025

FIRMA:

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

GUILLERMO OMAR ROLDAN AGUILAR
MÉDICO ANESTESIÓLOGO
JEFATURA ANESTESIOLOGIA CENTRO QUIRURGICO Y CEyE
CMP: 77166 - RNE: 48799

2.4. UPSS CENTRO OBSTÉTRICO (21/04/2025)

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		21/04/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO A. ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C.MG.O. ROSA AMELIA HAURSAYA HANCO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	OBST. VICENTE VALENTÍN MARIANO		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Implementación de los medicamentos e insumos faltantes del coche de paro. Asimismo, asignar un personal para su monitoreo permanente.	Jefatura del Servicio de Obstetras	2/05/2025
84	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Asignar un responsable para la verificación e identifcación de la fecha de caducidad de medicamentos	Jefatura del Servicio de Obstetras	2/05/2025
56	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 la Unidad de Ing. Hospitalaria una copia del formato de registro donde se detalla el mantenimiento preventivo/recuperativo realizado a los equipos biomédicos	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025
56	SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Conformación de un equipo de trabajo para la elaboracion de una guía de porcedimientos que deben ser aplicados ante la sospecha de relaciones seuxales consumadas	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025
56	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Realizar supervisiones periodicas del lavado de manos a todos los profesionales del servicio	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar a la Unidad de Ing. Hospitalaria una copia del plan de mantenimiento preventivo de equipos biomedicos del presente año	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025
42	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	Realizar una supervisión periódica para la verificación correcta y completa del nombre del paciente en todas las hojas de la H.Cl.	Jefatura de obsteras y Coordinadora de PP Materno Neonatal	2/05/2025
42	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Implementar un cuaderno para el registro y notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025
32	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Conformar un equipo de trabajo para la elaboración de la guía de procedimientos en caso de fuga de pacientes	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025

30	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Emitir memorándum a todo el personal médico indicando el cumplimiento del registro de diagnósticos con letra legible incluyendo su codificacion con CIE 10	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025
28	SEGURIDAD EN LA UPSS	En Centro Obstetrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Elaborar un documento solicitando la adquisición de un nuevo ecógrafo	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025
24	PREV.DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecanica.	Conformar un equipo de trabajo para la elaboración de una guía o protocolo que establezca loa diversos mecanismos de sujeción mecánica	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025
24	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Socializar a todo el personal que dentro del paquete de información que se le brinda al paciente y/o familar se incluya la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante su estadía en el servicio.	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025
16	PREV.DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Valoración del riesgo de caida de todo paciente que se hospitaliza.	Socializar con el personal médico sobre el registro en la HCI de la valoración del riesgo de caida de pacientes	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025
16	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Solicitar mediante documento el requerimiento de equipos biomedicos que se necesitan en el Servicio de Centro Obstétrico	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025

FIRMA:

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO
CMP: 24962 - RNE: 15565
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECO - OBSTETRICIA

2.5. UPSS UCI ADULTO (16/05/2025)

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		16/05/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C.E. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSE LUIS MILLONES VÁSQUEZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWILL PINEDO TORRES	RESP.OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. LUZ ELENA SAAVEDRA CORDOVA (COORD. ENF.)		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
42	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Solicitar la asignación de un químico farmacéutico responsable en la UCI, quien supervisará el manejo, almacenamiento y reposición de medicamentos, en coordinación con el Servicio de Farmacia.	Jefe del Servicio	29/05/2025
24	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Emitir un memorando recordatorio que reitere la importancia del registro adecuado de los diagnósticos utilizando la codificación CIE-10 en cada historia clínica	Jefe del Servicio	29/05/2025
8	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Se propone implementar un control de stock en la UCI con formatos para registrar ingreso y salida de medicamentos.Permitirá monitorear existencias, vencimientos y uso. Busca garantizar la seguridad del paciente y minimizar errores y sobre estock.	Jefe del Servicio	29/05/2025

FIRMA:

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

Dr. JOSE LUIS MILLONES VASQUEZ
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 60289 RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS

2.6. UPSS CIRUGÍA (20/06/2025)

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		20/06/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C.E. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C.E. MARCO ANTONIO OVIEDO ORTIZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI ÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DIVANNY NIKOL ANTICONA CHOMBA		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
36	HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Mantener la disponibilidad de papel toalla en los ambientes destinados para el lavado de manos.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	20/06/2025
24	PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas.	Se incluirá dentro del protocolo de prevención del suicidio lo relacionado a la ubicación del paciente en habitaciones vigiladas, supervisión ajustada al nivel de riesgo y el acompañamiento obligatorio si el paciente aún tiene riesgo activo.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	30/06/2025
20	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Solicitar mediante documento (Oficio) a la Unidad de Mantenimiento, la revisión y/o reparación del sistema de llamado (timbres) de enfermería.	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio.	25/06/2025
18	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Socializar con el personal médico, la importancia del correcto llenado de la historia clinica, la cual incluye la codificación CIE-10 de los diagnósticos.	Jefe del Servicio	30/06/2025
12	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Reforzar al personal de Enfermería sobre el cumplimiento de los 5 correctos en la administración de medicamentos.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	1/07/2025
12	PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	Vigilar de forma permanente, que el personal de Nutrición haga el conteo de los utensilios brindados en los horarios de la alimentación de los pacientes.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	21/06/2025
8	PREVENCIÓN DEL SUICIDO 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.	Socializar y recordar al personal médico, la importancia de la valorización de riesgo de suicidio en todo paciente que se hospitaliza.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	26/06/2025
8	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Informar a los pacientes sobre la prohibición de mantener relaciones sexuales en los servicios hospitalarios.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	20/06/2025
8	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	Incluir en el Protocolo de UPP, aspectos sobre el seguimiento de los pacientes con lesiones por presión.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	27/06/2025

8	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Informar al personal médico la obligatoriedad de realizar la valorización de antecedentes psicosociales (desinhibiciones maniacas, transtornos de la personalidad y otros) y registrar en la historia clínica, a fin de descartar en el paciente el riesgo de cometer o ser víctima de agresiones sexuales..	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio.	10/07/2025
8	PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Incluir dentro del Protocolo de prevcención de suicidio, la evaluación, monitorización y tratamiento especifico en relación a riesgo de suicidio en todo paciente que se hospitaliza.	Jefe del Servicio	15/07/2025
8	COMUNICACIÓN EFECTIVA	El resumen de la información del traslado de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.	Socializar con el personal, sobre el correcto llenado del traslado del paciente al momento de la transferencia (motivo de admisión, hallazgos relevantes, diagnósticos, procedimientos realizados, procedimientos realizados, medicamentos y demás tratamientos administrados)	Jefe del Servicio	10/07/2025
6	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	implementar el plan de intervencion sobre la informacion de los incidentes y eventos adversos	Coordinadora de Enfermería del servicio.	27/06/2025
6	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementar el actual formato de consentimiento informado para las actividades de Docencia.en todo paciente del servicio.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	21/06/2025
6	IDENTIFICACIÓN CORRECTA	Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Incluir en el brazalete del paciente la identificacion de riesgo de caidas	Coordinadora de Enfermería del servicio.	21/06/2025
6	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	El servicio cuenta con afiches informativos referente a las consecuencias de las agresiones sexuales.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	20/06/2025
6	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecanica.	Implementar el protocolo de sujecion mecánica (población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, responsables de la indicación y dupervisión).	Coordinadora de Enfermería del servicio.	22/06/2025
6	SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Implementar el Protocolo de atención en caso de relaciones sexuales consumadas en el servicio hospitalario y el flujo de atención a seguir.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	22/06/2025
6	PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Mediante oficio se recuerda al personal de vigilancia, que deben vigilar que los familiares o pacientes, no hagan ingresar objetos peligrosos; del mismo modo el personal de salud deberá hacer de conocimiento a los pacientes y familiares de estas prohibiciones..	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio.	25/06/2025
6	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	Socializar al personal de salud, sobre el cumplimiento del llenado correcto de las historias clinicas (Norma Técnica Gestión de la Historia Clínica).	Jefe del Servicio	26/06/2025
6	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar la socializacion de las practicas correctas del cumplimiento de la higiene de manos con alcohol gel, y monitorizar su cumplimiento.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	26/06/2025

6	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Realizar la socializacion de las practicas correctas del cumplimiento del lavado de manos con agua y jabón, y monitorizar su cumplimiento.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	26/06/2025
6	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Supervisar de forma permanente al personal del servicio, respecto del cumplimiento de la Higiene de Manos durante los 5 momentos (antes y después de un procedimiento y/o acción).	Coordinadora de Enfermería del servicio.	26/06/2025
4	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Mediante oficio se hace recordar al personal de vigilancia, que deben realizar el control de las pertenencias de los familiares y pacientes para evitar el uso inadecuado de objetos peligrosos.	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio.	25/06/2025
4	SEGURIDAD EN LA UPSS	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Socializar con el personal de salud, que las barandas de las camas deben mantenerse levantadas, a fin de mantener la seguridad del paciente ante el riesgo de caidas.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	23/06/2025
4	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).	Mediante oficio se solicita a la Unidad de Ingeniería hospitalaria, el plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los equipos biomedicos.	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio.	25/06/2025
4		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.	Mediante oficio se solicita a la Unidad de Ingeniería hospitalaria, el cumplimiento del plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los equipos biomedicos.	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio.	25/06/2025

FIRMA:

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

M.C. MARCO A. OVIEDO ORTIZ
JEFE DEL SERV. DE CIRUGIA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 087328 - RNE: 039122

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

3.1. UPSS UCI NEONATOLOGÍA (21/01/2025)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		24/01/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY F. TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ALVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ANDRÉS G. RUIZ GARCÍA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ALGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JOHANA BARRÍA RAMIREZ		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN: 100%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	Realizar inspecciones periódicas a todo el personal para asegurar el cumplimiento de la higiene de manos por paciente.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025	14/03/2025	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Capacitar al personal en la técnica adecuada del lavado de manos y verificar el cumplimiento correcto de los 11 pasos.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	6/02/2025	14/03/2025	SI
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Realizar el monitoreo y supervisión permanente de la adherencia a la Higiene de manos durante los 5 momentos, utilizando la lista de verificación de cumplimiento, y realizar retroalimentación inmediata.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025	14/03/2025	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Reforzar mediante capacitación, la correcta desinfección de manos. Implementar recordatorios visuales en áreas clave y realizar evaluaciones periódicas y retroalimentación individual.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025	14/03/2025	SI
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Implementación de un botiquín de emergencia con stock limitado y registro de control diario de dichos medicamentos por parte de farmacia y enfermería.	MEDICO JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADORA DE ENFERMERIA	5/02/2025	10/03/2025	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Capacitar al personal en la correcta identificación del paciente e implementar doble verificación en la colocación del brazalete.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025	10/03/2025	SI
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Emitir memorando a todo el personal del servicio de neonatología sobre el uso obligatorio del brazalete de identificación en la área de UTIN ante cualquier procedimiento a realizar.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025	14/02/2025	SI
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Implementar y socializar el consentimiento informado sobre los procedimientos de enfermería y vigilancia continua del cumplimiento.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025	10/03/2025	SI
Registro de la enfermedad actual.	Emitir memorando de cumplimiento al personal Médico del servicio de neonatología sobre el llenado correcto de la historia clinica.	JEFE MEDICO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/02/2025	14/02/2025	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.	Regularizar el mantenimiento de equipos biomédicos en caso de incumplimiento. Verificar de manera mensual el cumplimiento del cronograma mediante la revisión de tarjetas de mantenimiento e informes del área de ingeniería biomédica.	JEFE MEDICO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA Y COORDINADORA DE ENFERMERIA	10/02/2025	10/03/2025	SI

3.2. UPSS EMERGENCIA (21/02/2025)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		21/02/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	EMERGENCIA	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ARMANDO SÁNCHEZ TUANAMA		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DENIZ ALBERTO ARÉVALO CASTRO		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN 93%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aa	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓ
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Se emitirá un memorándum para garantizar el control y verificación de insumos y medicamentos del coche de paro, a fin de asegur su disponibilidad, vigencia y adecuado almacenamiento. Se designará responsables para supervisión y reposición inmediata de medicamentos faltantes y así evitar su vencimiento.	Coordinador de Enfermería	25/02/2025	8/03/2025	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Se emitirá memorándum reiterando la obligatoriedad del uso del brazalete de identificación en cada paciente, enfatizando la importancia de registrar datos correctos y completos para una identificación segura. Se reforzará la supervisión para garantizar su cumplimiento.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	28/02/2025	8/03/2025	SI
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Se emitirá un memorándum reiterando la obligatoriedad de verificar la identidad del paciente en e brazalete antes de realizar cualquier procedimiento. Se monitorizará su cumplimiento.	Coordinador de Enfermería	4/03/2025	8/03/2025	SI
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Se implementará el registro de control de medicamentos controlados, mediante memorandum, asimismo, se asignará responsables por cada turno, y se supervisará su cumplimiento.	Coordinador de Enfermería	4/03/2025	8/03/2025	SI
Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Se emitirá un memorándum para garantizar el control y verificación de insumos y medicamentos del coche de paro, asegurando la disponibilidad de los mismos. Se asignarán responsables para supervisión y reposición inmediata ante faltantes o vencimientos.	Coordinador de Enfermería	4/03/2025	8/03/2025	SI
Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	Se realizará un taller sobre las buenas prácticas de la higiene manos, resaltando la importancia del cumplimiento de los estándares establecidos. Se abordará la relación lavamanos/paciente-cama (1:10), enfatizando el cumplimiento de los cinco momentos de la H. M durante la atención del paciente, a fin de mejorar la adherencia en el personal.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	10/03/2025	20/03/2025	SI
Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Se socializará con el personal del servicio la importancia de la identificación del riesgo de caídas del paciente, asegurando que esta información se registre de manera clara tanto en el brazalete del paciente como en un cartel visible en su unidad.facilitando la identificación rápida del riesgo y la implementación de estrategias de prevención para reducir incidentes dentro del servicio.	Coordinador de Enfermería	7/03/2025	8/03/2025	NO
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Se realizará un taller sobre la importancia del cumplimiento de la Higiene de manos durante los cinco Momentos para mejorar la adherencia.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	10/03/2025	20/03/2025	SI

Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Se realizará el análisis y la notificación de la ocurrencia de los incidentes y eventos adversos, así mismo el plan de intervención según sea el caso, lo cual permitirá identificar riesgos y mejorar la calidad del servicio.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	17/03/2025	20/03/2025	SI
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Se socializará con el personal la importancia del uso del formato de consentimiento informado para actividades de docencia, el cual debe formar parte de la historia clínica del paciente. Esta medida garantiza el respeto a los derechos del paciente, la transparencia en los procesos de enseñanza y el cumplimiento de la normativa vigente en la atención en salud.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	14/03/2025	20/03/2025	SI
Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Se emitirá un memorándum para garantizar el control y verificación de insumos y medicamentos del coche de paro. Esto asegurará su disponibilidad, vigencia y adecuado almacenamiento para emergencias críticas. Se asignarán responsables para supervisión y reposición inmediata ante faltantes o vencimientos.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	14/03/2025	20/03/2025	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Se realizará un taller sobre el cumplimiento de la Guia Técnica para la implementación del proceso de Higiene de Manos, recalcando laimportancia de la correcta aplicación y cumplimiento de la misma, enfatizando el cumplimiento de los 8 pasos de la desinfección de manos (con alcohol gel).	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	14/03/2025	20/03/2025	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Se realizará un taller sobre el cumplimiento de la Guia Técnica para la implementación del proceso de Higiene de Manos, recalcando laimportancia de la correcta aplicación y cumplimiento de la misma, enfatizando el cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (con jabón líquido).	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	14/03/2025	20/03/2025	SI
Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Se socializará con el personal de enfermería la importancia de la administración de la dosis unitaria, y su adecuada clasificación y almacenamiento, asegurando que cada paciente reciba su medicación de manera individualizada y segura en su unidad.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	10/03/2025	20/03/2025	SI
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Se implementará un registro de los accidentes laborales y su seguimiento respectivo. Se socializará con el personal y se monitorizará su cumplimiento.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	10/03/2025	20/03/2025	SI
Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Se socializará con el personal de enfermería la importancia de informar al paciente sobre los efectos secundarios que pueden ocurrir en la administración de medicamentos. Proceso que garantizará una atención más segura y centrada en el paciente, permitiéndole conocer las posibles reacciones adversas que pudiera presentar.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	6/03/2025	8/03/2025	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.	Se informará a los pacientes y familiares, además de colocar avisos, respecto a la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad (arma de fuego, cuchillos, tijeras, y ootros objetos punzo cortantes).	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	10/03/2025	20/03/2025	SI
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	Se emitirá un memorándum dirigido al personal médico y de enfermería del servicio, recordándoles la importancia del registro de las funciones biológicas en la historia clinica del paciente (apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y estado de ánimo) con el objetivo de mejorar la valoración detallada del paciente y garantizar el correcto diagnóstico y tratamiento del mismo.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	10/03/2025	20/03/2025	SI
Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Se emitirá un memorándum en estricto cumplimiento del Reglamento Interno de Servicios (RIS), estableciendo la obligación del personal de permanecer en su área de trabajo asignada durante toda su jornada laboral.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	10/03/2025	20/03/2025	SI

Revaloración diaria de pacientes: ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con déficits neurológicos - cognitivos.	Se emitirá un memorándum al personal de salud para realizar la revaloración diaraia de pacientes ancianos sometidos polifarmacia y personas drogodependientes y con déficit neurológico y cognitivo, garantizando una adecuada atención de los mismos.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	7/03/2025	8/03/2025	NO
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Se emitirá un memorándum al personal médico para reforzar el registro adecuado de la evaluación en la historia clínica desde el ingreso del paciente. Esto debe incluir la identificación de riesgos de ser víctima o cometer agresiones sexuales, considerando factores como desinhibición maníaca, trastornos de personalidad, aislamiento y poca aceptación social.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	7/03/2025	8/03/2025	SI
Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio.	Se socializará con el personal de enfermería la importancia de informar al paciente sobre los efectos secundarios de los medicamentos que se le administrarán, que incluso pueden afectar la orientación y el sensorio, a fin de que pueda comunicar oportunamente si el caso se diera.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	7/03/2025	8/03/2025	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Se coordinará con el área de Psicología para la entrega de stickers informativos sobre seguridad sexual, con el objetivo de colocarlos en diversas áreas del servicio de emergencia.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	28/02/2025	8/03/2025	SI
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	El servicio de Emergencia cuenta con un protocolo de seguridad sexual que establece normativas para garantizar un entorno seguro y respetuoso. Se informará a los pacientes de forma permanente la prohibición de mantener RR.SS. en los ambientes hospitalarios, incluso se colocará avisos en los ambientes (incluyendo servicios higiénicos).	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	7/03/2025	8/03/2025	SI
Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Se emitirá un memorándum al personal de salud para reforzar el registro correcto de la evaluación inicial de riesgo de lesiones por presión a todo paciente que ingresa al servicio (observación). Incando el registro obligatorio en la historia clínica.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	14/03/2025	20/03/2025	SI
Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Se emitirá un memorándum al personal de salud para realizar la valoración del estado de la piel a fin de detectar LPP en todo paciente que ingresa al servicio (observación), indicando la obligatoriedad de documentar con precisión los hallazgos en la historia clínica.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	14/03/2025	20/03/2025	SI
La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención.	Se convocará a una reunión con PAUS y Vigilancia para solicitar apoyo en la difusión de los horarios de información médica a familiares. Se reforzará la importancia de una comunicación clara y comprensible.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	18/03/2025	20/03/2025	SI
Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS.	Se coordinará con el personal de la PAUS y Vigilancia para solicitar apoyo en la difusión de la información respecto al flujo de atención en las diferentes áreas de atención, y los procesos para acceder a los mismos y mejorar la experiencia de los pacientes y familiares.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	18/03/2025	20/03/2025	SI
La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común.	Los pacientes y familiares son informados de manera clara y sencilla respecto a sus dudas e inquietudes, respetando la interculturalidad.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	7/03/2025	8/03/2025	SI
Paciente cuenta con ropa de hospital facilmente identificable.	Se emitirá un informe dirigido a la Dirección para dar a conocer el desabastecimiento de ropa (bata) para pacientes, se solicitará reiterativamente la adquisición urgente de la misma, poniendo a responsabilidad del administrador el abastecimiento.	Jefe del Servicio y Coordinador de Enfermería	15/03/2025	20/03/2025	SI

3.3. UPSS CENTRO QUIRÚRGICO (21/03/2025)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		21/03/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C.E. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	GUILLERMO OMAR ROLDÁN AGUILAR		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWILL PINEDO TORRES	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JORGE ELÍAS GUEVARA GARCÍA (COORD. ENF.)		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN 91%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaa	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACI
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	REALIZAR REFORZAMIENTO Y MONITOREO DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	11/04/2025	15/05/2025	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.	SOLICITAL EL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS A LA UNIDAD DE INGENIERÍA HOSPITALARIA Y SE MONITORIZARÁ SU CUMPLIMIENTO.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	11/04/2025	15/05/2025	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	SOLICITAR COPIA DEL PLAN DE MANTENIMIENTO A LA UNIDAD DE INGENIERÍA HOSPITALARIA.	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025	15/05/2025	SI
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	IMPLEMENTAR UN REGISTRO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS EN COORDINACIÓN CON EL SERVICIO DE FARMACIA.	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025	15/05/2025	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	SUPERVISAR DE MANERA PERMANENTE EL CUMPLIMIENTO CORRECTO DE LOS PASOS DE LA DESINFECCIÓN DE LAS MANOS CON ALCOHOL GEL.	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025	15/05/2025	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	REALIZAR EL MONITOREO Y SUPERVISIÓN DEL LAVADO DE MANOS.	COORD. ENFERMERIA - JEFE MÉDICO	9/04/2025	15/05/2025	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	COORDINAR CON LOS RESPONSABLES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN PARA CUMPLIR CON COLOCASR EL BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN DE TODO PACIENTE A SER INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	11/04/2025	15/05/2025	SI
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	VERIFICAR LOS DATOS CORRECTOS DEL PACIENTE EN LOS BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN.	COORD. ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	9/04/2025	15/05/2025	SI
Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	REGISTRAR DATOS CORRECTOS DEL PACIENTE Y VERIFICAR EN EL BRAZALETE	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025	15/05/2025	NO
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	IMPLEMENTAR UN REGISTRO DIGITAL DE LOS ACCIDENTES LABORALES	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025	15/05/2025	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Se coordinara con las jefaturas medicas de cada servicio anexo al servicio de centro quirurgico para enfatizar la importancia de colocar el CIE-10 en la historia clinica.	JEFATURA MEDICA	11/04/2025	15/05/2025	SI

3.4. UPSS CENTRO OBSTÉTRICO (21/04/2025)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		21/04/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CENTRO OBSTÉTRICO	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRÉS ADOLFO A. ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C.MG.O. ROSA AMELIA HAURSAYA HANCO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	OBST. VICENTE VALENTÍN MARIANO		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN 87%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Implementación de los medicamentos e insumos faltantes del coche de paro. Asimismo, asignar un personal para su monitoreo permanente.	Jefatura del Servicio de Obstetras	2/05/2025	23/05/2025	SI
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Asignar un responsable para la verificación e identifcación de la fecha de caducidad de medicamentos	Jefatura del Servicio de Obstetras	2/05/2025	23/05/2025	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 la Unidad de Ing. Hospitalaria una copia del formato de registro donde se detalla el mantenimiento preventivo/recuperativo realizado a los equipos biomédicos	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	SI
Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Conformación de un equipo de trabajo para la elaboracion de una guia de porcedimientos que deben ser aplicados ante la sospecha de relaciones seuxales consumadas	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	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 supervisiones periodicas del lavado de manos a todos los profesionales del servicio	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar a la Unidad de Ing. Hospitalaria una copia del plan de mantenimiento preventivo de equipos biomedicos del presente año	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	SI
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	Realizar una supervisión periódica para la verificación correcta y completa del nombre del paciente en todas las hojas de la H.Cl.	Jefatura de obstetras y Coordinadora de PP Materno Neonatal	2/05/2025	23/05/2025	SI
Registro fisico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Implementar un cuaderno para el registro y notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	SI

Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Conformar un equipo de trabajo para la elaboración de la guía de procedimientos en caso de fuga de pacientes	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	NO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Emitir memorándum a todo el personal médico indicando el cumplimiento del registro de diagnósticos con letra legible incluyendo su codificacion con CIE 10	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	SI
En Centro Obstetrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Elaborar un documento solicitando la adquisición de un nuevo ecógrafo	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecanica.	Conformar un equipo de trabajo para la elaboración de una guía o protocolo que establezca loa diversos mecanismos de sujeción mecánica	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	NO
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Socializar a todo el personal que dentro del paquete de información que se le brinda al paciente y/o familar se incluya la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante su estadía en el servicio.	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	SI
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Socializar con el personal médico sobre el registro en la HCI de la valoración del riesgo de caida de pacientes	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	SI
Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Solicitar mediante documento el requerimiento de equipos biomedicos que se necesitan en el Servicio de Centro Obstétrico	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	SI

3.5. UPSS UCI ADULTO (16/05/2025)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		16/05/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C.E. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. JOSE LUIS MILLONES VÁSQUEZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWILL PINEDO TORRES	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. LUZ ELENA SAAVEDRA CORDOVA (COORD. ENF.)		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN 100%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
42	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Solicitar la asignación de un químico farmacéutico responsable en la UCI, quien supervisará el manejo, almacenamiento y reposición de medicamentos, en coordinación con el Servicio de Farmacia.	Jefe del Servicio	29/05/2025	16/06/2025	SI
24	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Emitir un memorando recordatorio que reitere la importancia del registro adecuado de los diagnósticos utilizando la codificación CIE-10 en cada historia clínica	Jefe del Servicio	29/05/2025	16/06/2025	SI
8	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Se propone implementar un control de stock en la UCI con formatos para registrar ingreso y salida de medicamentos.Permitirá monitorear existencias, vencimientos y uso. Busca garantizar la seguridad del paciente y minimizar errores y sobre estock.	Jefe del Servicio	29/05/2025	16/06/2025	SI

3.6. UPSS CIRUGÍA (20/06/2025)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		20/06/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C.E. ANDRÉS ADOLFO ÁLVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C.E. MARCO ANTONIO OVIEDO ORTIZ		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DIVANY NIKOL ANTICONA CHOMBA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN 78%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Mantener la disponibilidad de papel toalla en los ambientes destinados para el lavado de manos.	Coord. Enfermería	20/06/2025	30/06/2025	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.	Se incluirá dentro del protocolo de prevención del suicidio lo relacionado a la ubicación del paciente en habitaciones vigiladas, supervisión ajustada al nivel de riesgo y el acompañamiento obligatorio si el paciente aún tiene riesgo activo.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	30/06/2025	7/07/2025	SI
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	Solicitar mediante documento (Oficio) a la Unidad de Mantenimiento, la revisión y/o reparación del sistema de llamado (timbres) de enfermería.	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio.	25/06/2025	30/06/2025	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Socializar con el personal médico, la importancia del correcto llenado de la historia clínica, la cual incluye la codificación CIE-10 de los diagnósticos.	Jefe del Servicio	30/06/2025	7/07/2025	NO
Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos.	Reforzar al personal de Enfermería sobre el cumplimiento de los 5 correctos en la administración de medicamentos.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	1/07/2025	7/07/2025	SI
La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	Vigilar de forma permanente, que el personal de Nutrición haga el conteo de los utensilios brindados en los horarios de la alimentación de los pacientes.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	21/06/2025	30/06/2025	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.	Socializar y recordar al personal médico, la importancia de la valorización de riesgo de suicidio en todo paciente que se hospitaliza.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	26/06/2025	30/06/2025	SI
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Informar a los pacientes sobre la prohibición de mantener relaciones sexuales en los servicios hospitalarios.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	20/06/2025	30/06/2025	SI

Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	Incluir en el Protocolo de UPP, aspectos sobre el seguimiento de los pacientes con lesiones por presión.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	27/06/2025	30/06/2025	SI
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser victimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastomos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Informar al personal médico la obligatoriedad de realizar la valorización de antecedentes psicosociales (desinhibiciones maniacas, transtornos de la personalidad y otros) y registrar en la historia clínica, a fin de descartar en el paciente el riesgo de cometer o ser victima de agresiones sexuales..	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio.	10/07/2025	11/07/2025	NO
Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias especificas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Incluir dentro del Protocolo de prevcención de suicidio, la evaluación, monitorización y tratamiento especifico en relación a riesgo de suicidio en todo paciente que se hospitaliza.	Jefe del Servicio	15/07/2025	20/07/2025	NO
El resumen de la información del traslado de un paciente incluye: el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia.	Socializar con el personal, sobre el correcto llenado del traslado del paciente al momento de la transferencia (motivo de admisión, hallazgos relevantes, diagnósticos, procedimientos realizados, procedimientos realizados, medicamentos y demás tratamientos administrados)	Jefe del Servicio	10/07/2025	11/07/2025	NO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	implementar el plan de intervencion sobre la informacion de los incidentes y eventos adversos	Coord.Enfermería del servicio.	27/06/2025	30/06/2025	SI
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Implementar el actual formato de consentimiento informado para las actividades de Docencia.en todo paciente del servicio.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	21/06/2025	30/06/2025	SI
Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Incluir en el brazalete del paciente la identificacion de riesgo de caidas	Coordinadora de Enfermería del servicio.	21/06/2025	30/06/2025	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	El servicio cuenta con afiches informativos referente a las consecuencias de las agresiones sexuales.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	20/06/2025	30/06/2025	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecanica.	Implementar el protocolo de sujecion mecánica (población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, responsables de la indicación y dupervisión).	Coordinadora de Enfermería del servicio.	22/06/2025	30/06/2025	NO
Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Implementar el Protocolo de atención en caso de relaciones sexuales consumadas en el servicio hospitalario y el flujo de atención a seguir.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	22/06/2025	30/06/2025	NO
Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Mediante oficio se recuerda al personal de vigilancia, que deben vigilar que los familiares o pacientes, no hagan ingresar objetos peligrosos; del mismo modo el personal de salud deberá hacer de conocimiento a los pacientes y familiares de estas prohibiciones..	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio.	25/06/2025	30/06/2025	SI

Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	Socializar al personal de salud, sobre el cumplimiento del llenado correcto de las historias clinicas (Norma Técnica Gestión de la Historia Clínica).	Jefe del Servicio	26/06/2025	30/06/2025	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar la socializacion de las practicas correctas del cumplimiento de la higiene de manos con alcohol gel, y monitorizar su cumplimiento.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	26/06/2025	30/06/2025	SI
Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo).	Realizar la socializacion de las practicas correctas del cumplimiento del lavado de manos con agua y jabón, y monitorizar su cumplimiento.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	26/06/2025	30/06/2025	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.	Supervisar de forma permanente al personal del servicio, respecto del cumplimiento de la Higiene de Manos durante los 5 momentos (antes y después de un procedimiento y/o acción).	Coordinadora de Enfermería del servicio.	26/06/2025	30/06/2025	SI
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Mediante oficio se hace recordar al personal de vigilancia, que deben realizar el control de las pertenencias de los familiares y pacientes para evitar el uso inadecuado de objetos peligrosos.	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio.	25/06/2025	30/06/2025	SI
Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente.	Socializar con el personal de salud, que las barandas de las camas deben mantenerse levantadas, a fin de mantener la seguridad del paciente ante el riesgo de caídas.	Coordinadora de Enfermería del servicio.	23/06/2025	30/06/2025	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Mediante oficio se solicita a la Unidad de Ingeniería hospitalaria, el plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los equipos biomedicos.	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio.	25/06/2025	30/06/2025	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.	Mediante oficio se solicita a la Unidad de Ingeniería hospitalaria, el cumplimiento del plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los equipos biomedicos.	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio.	25/06/2025	30/06/0202 5	SI

4. ANÁLISIS DE INDICADORES (anexo 08)

EVALUACIÓN DE INDICADORES - PRIMER SEMESTRE 2025

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FUENTE AUDITABLE	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES POR TRIMESTRE				
						I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	N° de Rondas de Seguridad del Paceinte aplicadas / N° de Rondas de Seguridad programadas x 100	PROCESO	Cronograma de Rondas, hojas de resultados de evaluación de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	Trimestral	100%	100%			100%
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	N° de Verificadores conformes / N° de Rondas de Seguridad programadas x 100	RESULTADO	Listado de criterios de evaluación, Hoja de resultados de evaluación de la Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas	Trimestral	82.70%	81.70%			82.20%
3	% de Acciones de Mejora Implementadas en la IPRESS	N° de Acciones de Mejora implementadas / N° de Rondas de Seguridad programadas x 100	PROCESO Y RESULTADO	Plan de Acción, Informe de Implementación de Acciones, fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas.	Trimestral	94.70%	88.30%			91.50%

1. Se realizaron las seis (06) 100% Rondas de Seguridad del Paciente, programadas para el I semestre 2025.
2. El promedio de cumplimiento de las Buenas Prácticas en el I Semestre 2025, fue de 82.2%.
3. En el I Trimestre 2025 el cumplimiento de las Buenas Prácticas fue de 82.7%.
4. En el II Trimestre 2025 el cumplimiento de las Buenas Prácticas fue de 81.7%.
5. El promedio general de las acciones de Mejora implementadas, fue de 91.5%.
6. Durante el I Trimestre 2025, se implementó el 94.7% de acciones de Mejora.
7. En el II Trimestre se implementó el 88.3% de las acciones de Mejora, encontrándose algunas en proceso, siendo menor que el I trimestre debido a que último servicio visitado requiere de mayor tiempo para implementar todas sus acciones.

IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA PARA LA REDUCCIÓN DE LAS IAAS - I SEMESTRE 2025

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

I. ANTECEDENTES

1.1. Mediante Decreto Supremo N° 036-2023-SA, se define los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los servicios a cumplir en el año 2024 y los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado

1.2. Mediante Resolución Directoral N°110-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01, se aprueba el "PLAN DE SUPERVISIÓN DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN ÁREAS CRÍTICAS AÑO – 2024", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

1.3. Mediante Resolución Directoral N°137-2024-GRL-GRSL/30.37.03.01, se aprueba el "PLAN DE ACTIVIDADES POR EL DIA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS – 5 DE MAYO 2024", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

II. DESARROLLO DE LAS ACCIONES - ANÁLISIS

Con el propósito de cumplir con el criterio 2 del Compromiso de Mejora N°45: "Fortalecimiento de la gestión de riesgos en la atención de salud y la mejora continua de la calidad mediante la aplicación de rondas de seguridad del paciente", se informa lo siguiente:

2.1. Dentro de las acciones para la mejora de la adherencia a los 5 momentos de la higiene de manos establecido por la OMS y a la técnica de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de IAAS durante el I Semestre 2024, se realizó la capacitación y la demostración de la técnica correcta de higiene de manos en todas las áreas asistenciales y administrativas del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas. Dicha actividad se realizó aprovechando el lanzamiento por el "DÍA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS – 05 DE MAYO 2024".

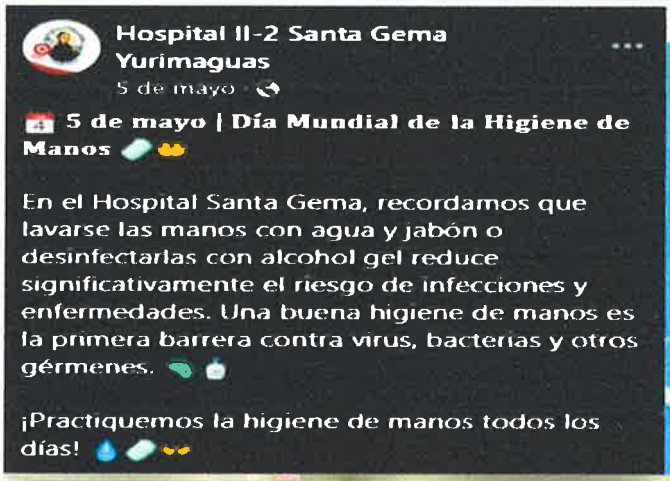
2.2. Asimismo, se realizó la evaluación de la Adherencia a la Higiene de Manos durante los 5 Momentos en los servicios críticos del Hospital II-2 santa Gema de Yurimaguas. También se evaluó el cumplimiento de los pasos correctos de la Higiene de manos tanto con Alcohol gel (8 pasos) y con jabón líquido (11 pasos).

2.3. Siendo los resultados nada satisfactorios en la evaluación general del cumplimiento de los pasos correctos. Solo el 24 % se lava correctamente las manos, cumpliendo los pasos tanto del lavado con agua y jabón y de la desinfección con alcohol gel.

2.4. Respecto al cumplimiento de la Adherencia en los 5 Momentos; el servicio de Emergencia tiene el mayor porcentaje con 87% y Centro Obstétrico el menor porcentaje 60%. Asimismo, respecto al cumplimiento de los 5 Momentos por grupo ocupacional, las Enfermeras tiene el mayor cumplimiento con 88% y el personal Médico el menor porcentaje de cumplimiento 58%.

2.5. También se realizó el monitoreo de las acciones del Plan de Acción, planteadas en las Rondas de seguridad del Paciente, donde se evaluó las acciones referentes a la Higiene de Manos (práctica de los

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DÍA MUNDIAL DE LA HIGIENE DE MANOS – 5 DE MAYO 2025



GUANTES A VECES
HIGIENE DE
SIEMPRE

HIGIENE DE

GUANTES A

HIGIENE DE

VECES
MANOS
HIGIENE DE

DIA MUNDIAL
HIGIENE DE

DIA MUNDIAL
HIGIENE DE

DIA MUNDIAL
HIGIENE DE
DIA MUNDIAL
HIGIENE DE

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA DE LA HIGIENE DE MANOS EN ÁREAS CRÍTICAS AÑO 2025

UPS UCI Neonatal

UPS Emergencia

UPS Centro Quirúrgico

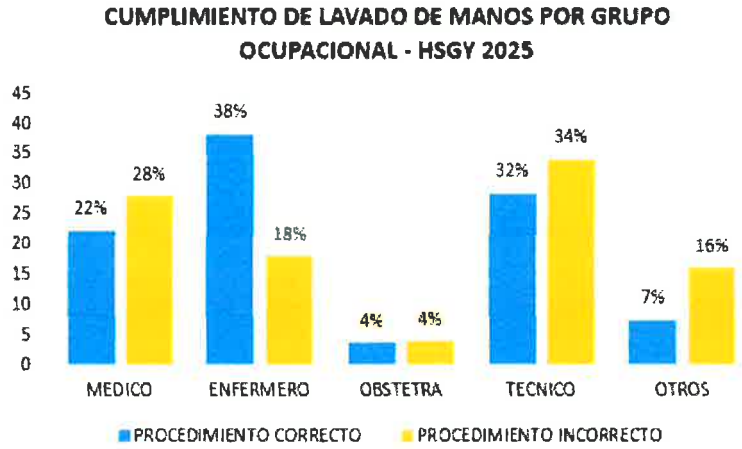
UPS Centro Obstétrico

UPS Centro Obstétrico

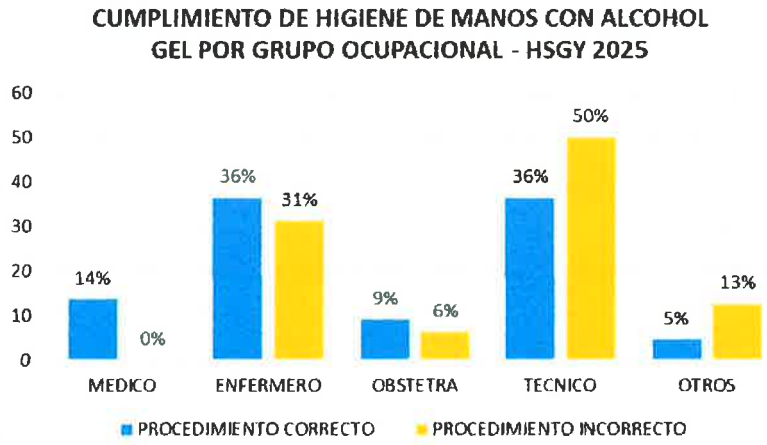
UPSS UCI Adulto

Resultados de la Evaluacción del cumplimiento de los pasos correctos de la Higiene de Manos – mayo 2025

Resultados por grupo ocupacional



El profesional de Enfermería es el que tiene mejor cumplimiento del lavado de manos (38%), y el personal Técnico de Enfermería es que tiene mayor incumplimiento (34%).



El profesional de Enfermería y Técnicos de Enfermería, son el grupo ocupacional que tiene mejor cumplimiento de la HM. con alcohol gel.

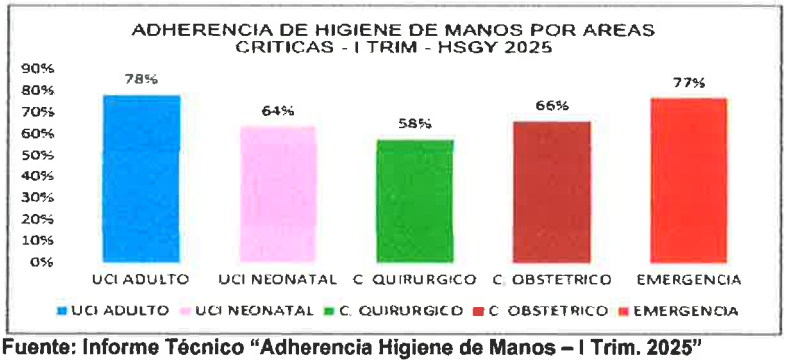
El profesional de Obstetricia es el que tiene menor cumplimiento.

Fuente: Informe Técnico "Adherencia Higiene de Manos – I Trim. 2025"

Solo el 41 % del personal en general se lava correctamente las manos y el 59% lo hace de forma incorrecta.

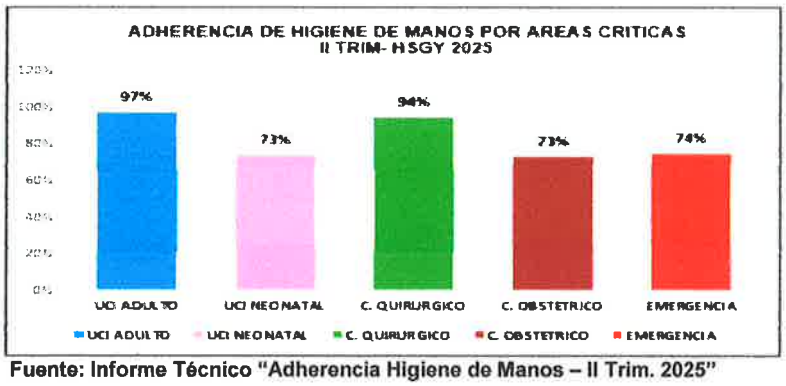
Fuente: Informe Técnico "Día mundial de la Higiene de manos – 5 mayo 2025

Resultados de la Evaluacción de la Adherencia de la Higiene de Manos durante los 5 Momentos – primer y segundo trimestre 2025



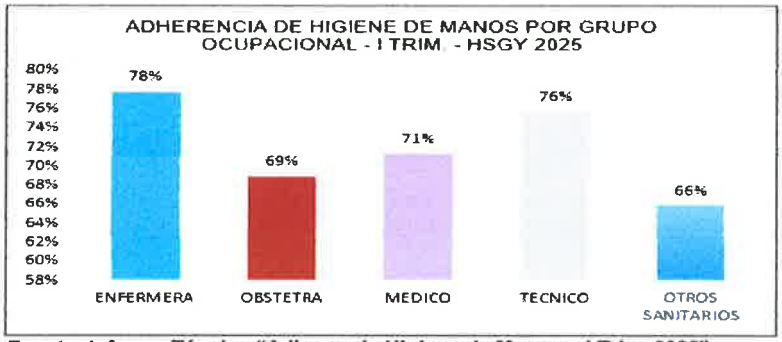
Fuente: Informe Técnico "Adherencia Higiene de Manos – I Trim. 2025"

En el I trimestre las UPSS de UCI Adulto y Emergencia tuvieron mejor adherencia a la higiene de manos durante los 5 momentos, siendo la UPSS de Centro Quirúrgico el de menor cumplimiento.



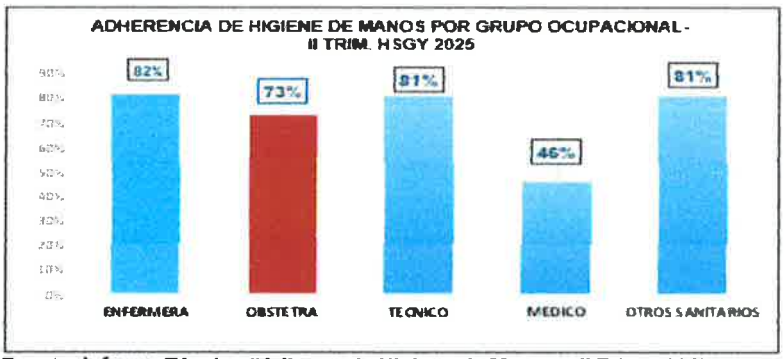
Fuente: Informe Técnico "Adherencia Higiene de Manos – II Trim. 2025"

En el II Trimestre, la UPSS UCI Adulto fue el que mejor Adherencia tuvo (97%), seguido de Centro Qx. Con 94%, las demás UPSS tienen un promedio de 73% de Adherencia.



Fuente: Informe Técnico "Adherencia Higiene de Manos – I Trim. 2025"

En el I trimestre, el profesional de Enfermería y personal Técnico de Enfermería, tienen la mejor adherencia a la H.M, siendo el grupo de los profesionales de Obstetricia, los que menor adherencia muestran. Siendo la adherencia general 72%.



Fuente: Informe Técnico "Adherencia Higiene de Manos – II Trim. 2025"

En el II trimestre, la adherencia general fue de 73%; los enfermeros y técnicos tienen mejor adherencia a la H.M. el profesional de Obstetricia mejoró bastante en relación al I trimestre y el grupo de médicos el que menor adherencia demuestra.

EVIDENCIAS DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS POR CADA UPSS VISITADA

UPSS UCI NEONATOLOGÍA

ACCIONES CORRECTIVAS
Realizar inspecciones periódicas a todo el personal para asegurar el cumplimiento de la higiene de manos por paciente.
Capacitar al personal en la técnica adecuada del lavado de manos y verificar el cumplimiento correcto de los 11 pasos.
Realizar el monitoreo y supervisión permanente de la adherencia a la Higiene de manos durante los 5 momentos, utilizando la lista de verificación de cumplimiento, y realizar retroalimentación inmediata.
Reforzar mediante capacitación, la correcta desinfección de manos. Implementar recordatorios visuales en áreas clave y realizar evaluaciones periódicas y retroalimentación individual.
Implementación de un botiquín de emergencia con stock limitado y registro de control diario de dichos medicamentos por parte de farmacia y enfermería.
Capacitar al personal en la correcta identificación del paciente e implementar doble verificación en la colocación del brazalete.
Emitir memorando a todo el personal del servicio de neonatología sobre el uso obligatorio del brazalete de identificación en la área de UTIN ante cualquier procedimiento a realizar.
Implementar y socializar el consentimiento informado sobre los procedimientos de enfermería y vigilancia continua del cumplimiento.
Emitir memorando de cumplimiento al personal Médico del servicio de neonatología sobre el llenado correcto de la historia clínica.
Regularizar el mantenimiento de equipos biomédicos en caso de incumplimiento. Verificar de manera mensual el cumplimiento del cronograma mediante la revisión de tarjetas de mantenimiento e informes del área de ingeniería biomédica.

Reunión con los médicos de Pediatría y Neonatología

Siendo las 12:30 am se da inicio a la reunión con todos los presentes el día 24-01-25 en las instalaciones de la biblioteca de la institución.

Acuerdos:

- El dr. Gálvez comenta q los licenciados y técnicos no q reportan las medidas q no se están reportando en el grupo quienes saben q están en turno.
- Las medidas q están en emergencia los médicos no deben a completar las historias clínicas, el cual deberían las tardes antes el pase no están saliendo.
- En piso pediatría se deberán informar sobre los pacientes q salen de hospitalización.
- Preguntar antes de pasar al piso en hospitalización antes de subir al paciente.
- El tema de canalización en cuestión de pediatría serán del mismo servicio y neonatología igualmente y cada licenciado(a) a determinar cuál es el mejor flujo.
- El dr. [illegible] comenta sobre el dr. Córdova q se quedó 24 12 hr. y se hace responsable de observación pediatría y traumashock (emergencia).
- Si llega un paciente de referencia primero pasa a topico pediatría y de allí pasa a observación pediatría.
- Sobre las evaluaciones (todo paciente q ingresa a observación)

Nota de ingreso: } Se hacen a los pacientes q se van a hospitalizar.
Evolución:

- Dr. Gálvez comenta q los reportes se debe hacer personal y llegar temprano.
- Si se va a hospitalizar es previa coordinación.
- Si puede adicionar una alta cuando es atendido por emergencia.
- Si se considera dar de alta antes de las 12hr del día se da alta.
- Que todo el reporte sea diurno o nocturno sea virtual powerpoint por paciente.
- Todo paciente q debe a hospitalización se [illegible]
- Cambio (llenado correcto de las historias clínicas por el personal médico.

Siendo las 12:45 pm se da por terminado la reunión el día 24-01-25 para dar la conformidad todos los presentes proceden a firmar el acta.

Lo Shay recepción, 12:50 pasado asume el siguiente turno.

- Cambio de turno internamente se debe asumir.

Reunión con el personal del Servicio de Atención Inmediata, Alojamiento Conjunto y UCI NEO

Siendo las 11:00 am del día 20 de marzo del 2025, se da por inicio a la reunión en la biblioteca del HSGY. A continuación se da los acuerdos siguientes:

- Se debe llenar el cuaderno de reporte.
- Organizar de cada turno y mirar q falta en el área al inicio de cada turno.
- Obligatorio sobre la higiene de manos.
- Mandar un documento solicitando limpieza semanal (programar ya sea sábado o domingo).
- Todos los pacientes q ingresan al día siguiente traerán q solicite su acta de nacimiento.
- Si se va hacer un procedimientos, se deja el celular afuera.
- No se debe ingerir alimentos en la UCI.
- El lavado de manos es para todos.
- La limpieza de las incubadoras es obligatorio.

Siendo las 12:30 pm se da por terminado la reunión, quedando en actas todos los acuerdos que se tomaron y para la conformidad los participantes proceden a firmar.

Reunión con los Licenciados de Neonatología

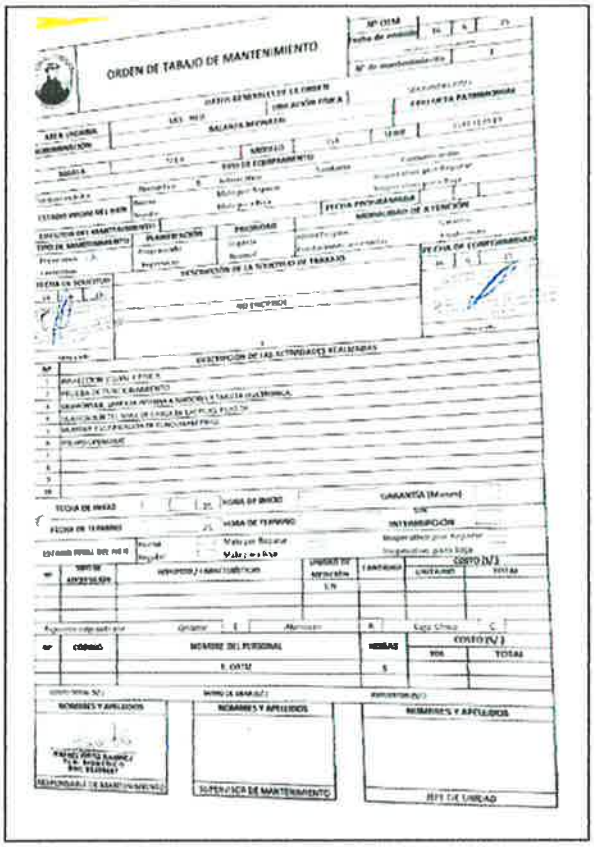
Siendo las 10:20 am del 17 de febrero del 2025, se da por inicio la reunión con el personal Licenciados de área de Neonatología en los ambientes de la biblioteca de la institución.

A continuación los acuerdos son los siguientes:

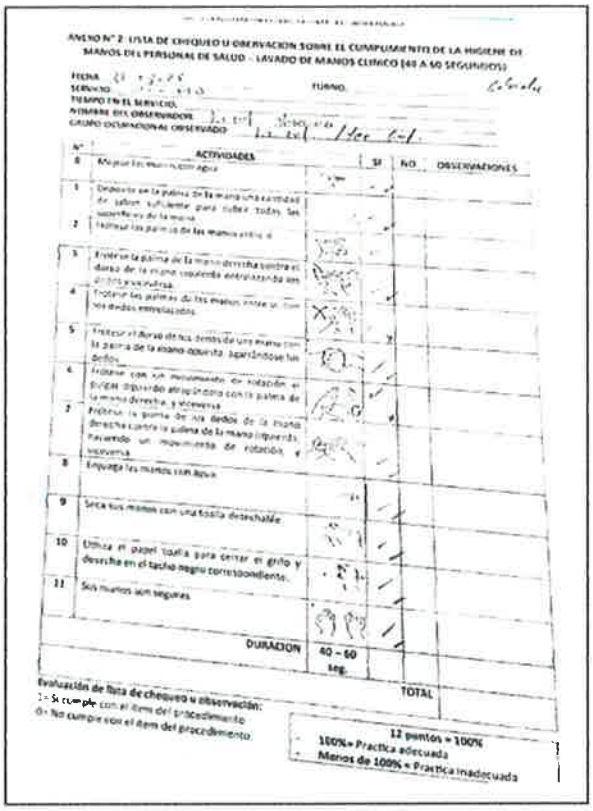
- La lic. Johanna les pide al personal de llenar el formato de eventos adversos por cualquier situación que pueda suceder.
- No olvidar el reporte de enfermería.
- En tema netamente de enfermería se debe hablar entre ustedes ni comentar ante los médicos.
- Se habló sobre el área crítica (pago) está en conversación.
- Que los pacientes UCI = Que los papeles se puede esperar.
- UCIN = todos los papeles deben tener o estar completos.
- Siempre en contacto y coordinar siempre.
- Que se debe coordinar área Atención Inmediata con los de UCPA.

Siendo las 12:00 am se da por culminado la reunión quedando los acuerdos establecidos en el cuaderno de actas firmados por todo el personal asistidos en la reunión.

- A.I = Todos los bebitos deben ir con su carnet de vacunación y su brazalete (en su tobillo).
- Se impleto el botiquín de emergencia en uci y ucin.
- Cumplir con los pasos del lavado de manos y es obligatorio para todo el personal en general.



ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO

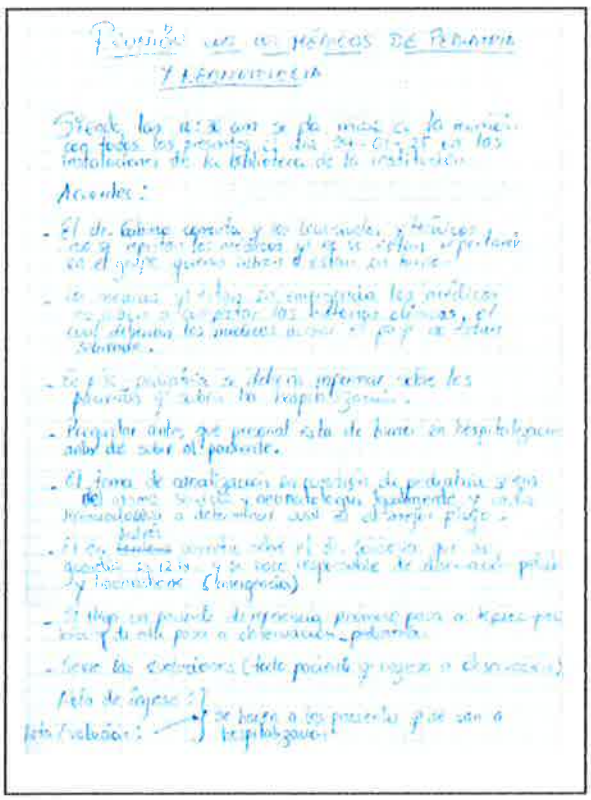


ANEXO N° 2: LISTA DE CHEQUEO U OBSERVACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL DE SALUD – LAVADO DE MANOS CLINICO (40 A 60 SEGUNDOS)

N°	ACTIVIDADES	SI	NO	OBSERVACIONES
0	Mojar las manos con agua			
1	Depositar en la palma de la mano una cantidad de jabon suficiente para cubrir todas las superficies de la mano			
2	Frotar las palmas de las manos entre si			
3	Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa			
4	Frotar las palmas de las manos entre si con los dedos entrelazados			
5	Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta agarrándose los dedos			
6	Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa			
7	Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa			
8	Enjuague las manos con agua			
9	Seca tus manos con una toalla desechable			
10	Utilice el papel toalla para cerrar el grifo y desechar en el tacho negro correspondiente.			
11	Sus manos son seguras			
	DURACION	40 – 60 seg.		
	TOTAL			

Evaluación de lista de chequeo u observacion:
1= Si cumple con el item del procedimiento
0= No cumple con el item del procedimiento

- 12 puntos = 100%
- 100%= Practica adecuada
- Menos de 100% = Practica inadecuada

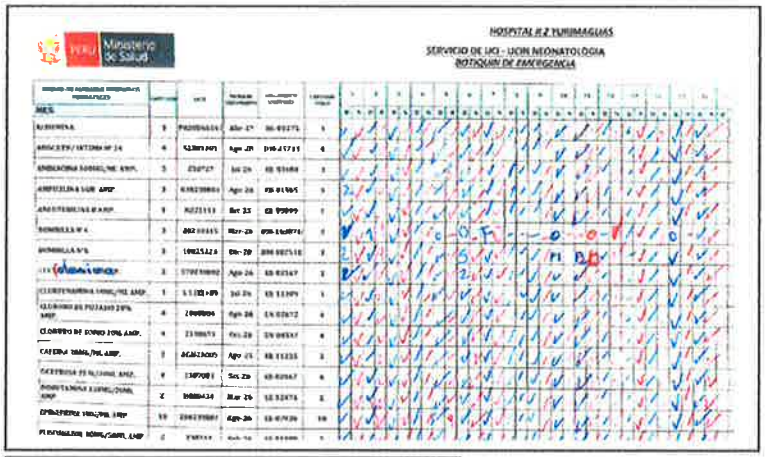


Reunión con el personal de pediatría y neonatología

Siendo las 11:30 am se da inicio a la reunión con todos los presentes el día 24-01-25 en las instalaciones de la biblioteca de la institución

Acuerdos:

- El Dr. Gabino aprueba y se levantan [illegible] se aprueban los acuerdos y se retiran [illegible] en el grupo quien asiste a estas reuniones.
- [illegible] se informa la importancia los protocolos [illegible] a la hora de las [illegible] el cual dispone los acuerdos según el [illegible] de estar [illegible]
- En [illegible] pediatría se deben informar sobre los pacientes y sobre su hospitalización.
- Preguntar antes que personal esta de turno en hospitalización antes de salir el paciente.
- El [illegible] de anestesiología en [illegible] de pediatría y [illegible] [illegible] y neonatología [illegible] y esta [illegible] a debe [illegible] con el [illegible] plazo.
- El [illegible] [illegible] [illegible] el [illegible] [illegible] [illegible]



HOSPITAL II-2 YURIMAGUAS

SERVICIO DE UCI - UCIN NEONATOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TAMIZAJE NEONATAL

II. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de ser informado sobre tamizaje en hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria, hiperplasia suprarrenal y fibrosis quística certifico que se me brindó la oportunidad de preguntar sobre este procedimiento, que me respondieron todas las preguntas que realice y que entiendo lo que estas enfermedades significan y la repercusión que las mismas pueden generar sobre todo en el sistema nervioso como retardo mental entre otras.

Por ello, eximo de toda responsabilidad a esta institución y a sus miembros ante cualquier tipo de reclamo o denuncia que yo, mis herederos, ejecutores o administradores tengan o puedan tener en contra de cualquiera de ellos, en caso de negarme a realizar el tamizaje neonatal y luego se diagnosticará algunas enfermedades en mi menor hijo.

Firma del padre o apoderado

DNI:

"Año de la Recuperación y la Consolidación de la Economía Peruana"

Yurimaguas, 07 de febrero del 2025

Memorándum Múltiple N° 010-2025-GRL-GRSL/SERVNEO

DE : NC. ANDRES GABINO RUIZ GARCIA
Jefe del Servicio de Neonatología

PARA : Médicos del Servicio de Pediatría y Neonatología

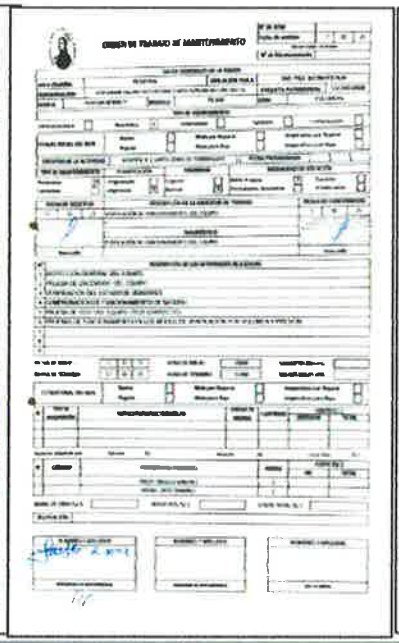
ASUNTO : Dar cumplimiento

Mediante la presente se hace de conocimiento a todo el personal médico del Servicio de pediatría y Neonatología lo siguiente:

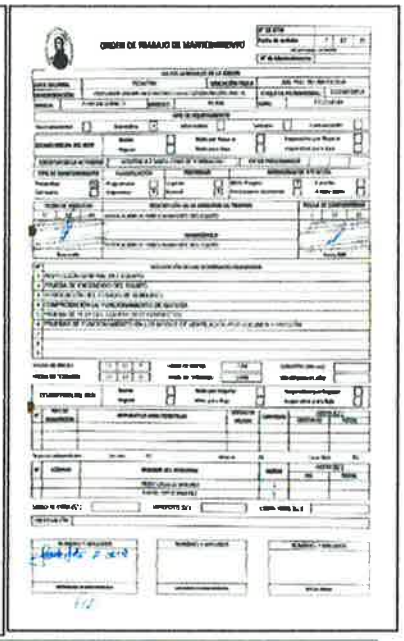
- UCI NEO: Que todos los pacientes que ingresan a la UCI NEO, el personal médico debe registrar el llenado correcto en el Sistema y en la Historia Clínica (papeleta de ingreso, evolución, notas de ingresos y enfermedad actual) todos los diagnósticos, tanto presuntivos como definitivos, así mismo al momento de dar de alta al paciente se debe de registrar todos los códigos CIE- 10 en el Sistema, evolución y egresos.
- ATENCION INMEDIATA-ALOJAMIENTO CONJUNTO: Todo paciente que nace se debe registrar sus diagnósticos y CIE- 10 en la Historia Clínica. Se debe agregar a las evoluciones y al Sistema los diagnósticos nutricionales de cada paciente.
Todo paciente que ingresa con diagnóstico presuntivo se debe confirmar y colocar en el diagnóstico de egreso.

Se recomienda responsabilidad y cumplimiento en bien del Servicio y de la institución

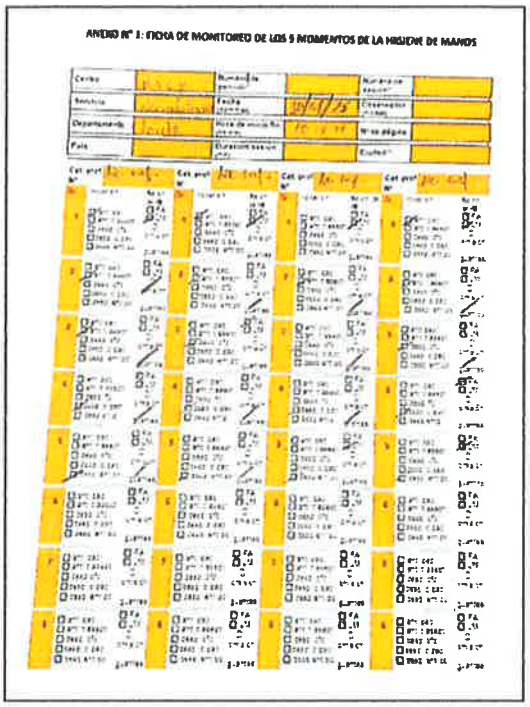
ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO



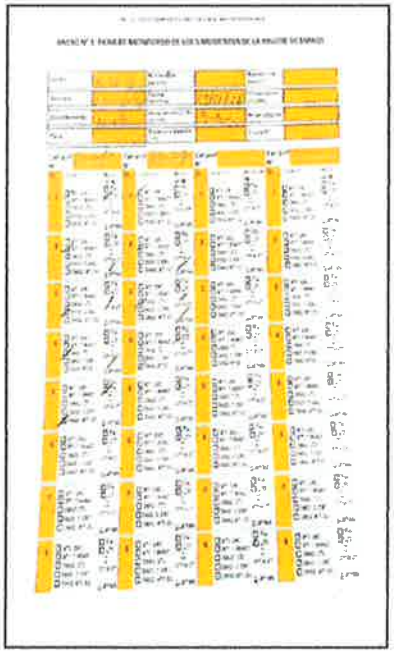
ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO



ORDEN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO


ANEXO N° 1: FICHA DE MONITOREO DE LOS 5 MOMENTOS DE LA HIGIENE DE MANOS

ANEXO N° 2: LISTA DE CHEQUEO U OBSERVACIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL DE SALUD – LAVADO DE MANOS CLÍNICO (40 A 60 SEGUNDOS)

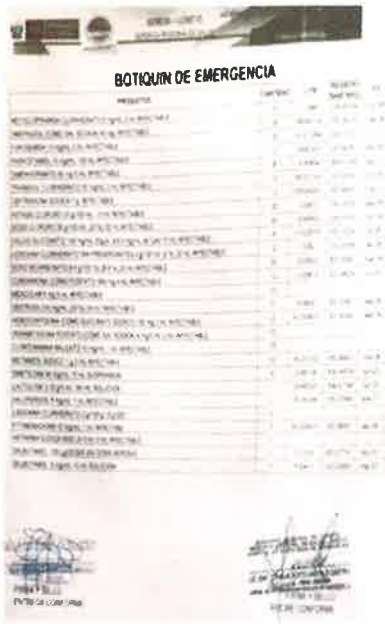


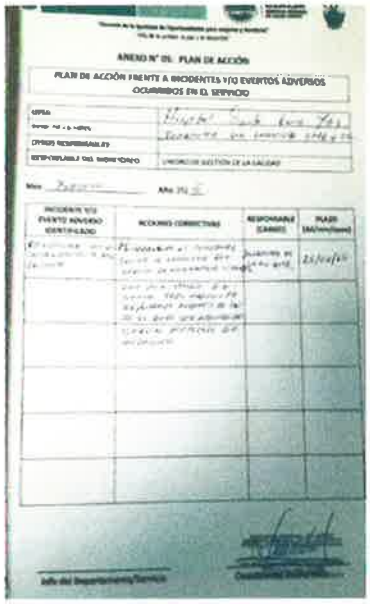
ANEXO N° 3: LISTA DE CHEQUEO U OBSERVACIÓN SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL DE SALUD – HIGIENE DE MANOS CON ALCOHOL GEL (20 – 30 SEGUNDOS)

UPSS EMERGENCIA

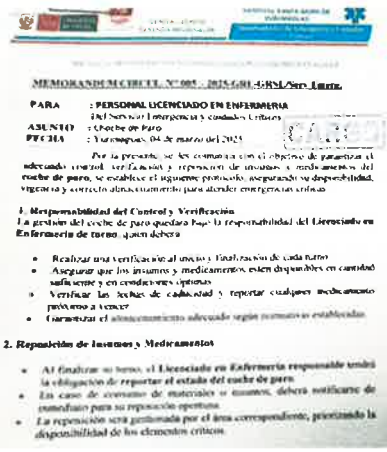
ACCIONES CORRECTIVAS
Se emitirá un memorándum para garantizar el control y verificación de insumos y medicamentos del coche de paro, a fin de asegur su disponibilidad, vigencia y adecuado almacenamiento. Se designará responsables para supervisión y reposición inmediata de medicamentos faltantes y así evitar su vencimiento.
Se emitirá memorándum reiterando la obligatoriedad del uso del brazalete de identificación en cada paciente, enfatizando la importancia de registrar datos correctos y completos para una identificación segura. Se reforzará la supervisión para garantizar su cumplimiento.
Se emitirá un memorándum reiterando la obligatoriedad de verificar la identidad del paciente en e brazalete antes de realizar cualquier procedimiento. Se monitorizará su cumplimiento.
Se implementará el registro de control de medicamentos controlados, mediante memorandum, asimismo, se asignará responsables por cada turno, y se supervisará su cumplimiento.
Se emitirá un memorándum para garantizar el control y verificación de insumos y medicamentos del coche de paro, asegurando la disponibilidad de los mismos. Se asignarán responsables para supervisión y reposición inmediata ante faltantes o vencimientos.
Se realizará un taller sobre las buenas prácticas de la higiene manos, resaltando la importancia del cumplimiento de los estándares establecidos. Se abordará la relación lavamanos/paciente-cama (1:10), enfatizando el cumplimiento de los cinco momentos de la H. M. durante la atención del paciente, a fin de mejorar la adherencia en el personal.
Se socializará con el personal del servicio la importancia de la identificación del riesgo de caídas del paciente, asegurando que esta información se registre de manera clara tanto en el brazalete del paciente como en un cartel visible en su unidad.facilitando la identificación rápida del riesgo y la implementación de estrategias de prevención para reducir incidentes dentro del servicio.
Se realizará un taller sobre la importancia del cumplimiento de la Higiene de manos durante los cinco Momentos para mejorar la adherencia.
Se realizará el análisis y la notificación de la ocurrencia de los incidentes y eventos adversos, así mismo el plan de intervención según sea el caso, lo cual permitirá identificar riesgos y mejorar la calidad del servicio.
Se socializará con el personal la importancia del uso del formato de consentimiento informado para actividades de docencia, el cual debe formar parte de la historia clínica del paciente. Esta medida garantiza el respeto a los derechos del paciente, la transparencia en los procesos de enseñanza y el cumplimiento de la normativa vigente en la atención en salud.
Se emitirá un memorándum para garantizar el control y verificación de insumos y medicamentos del coche de paro. Esto asegurará su disponibilidad, vigencia y adecuado almacenamiento para emergencias críticas. Se asignarán responsables para supervisión y reposición inmediata ante faltantes o vencimientos.
Se realizará un taller sobre el cumplimiento de la Guía Técnica para la implementación del proceso de Higiene de Manos, recalcando laimportancia de la correcta aplicación y cumplimiento de la misma, enfatizando el cumplimiento de los 8 pasos de la desinfección de manos (con alcohol gel).
Se realizará un taller sobre el cumplimiento de la Guía Técnica para la implementación del proceso de Higiene de Manos, recalcando laimportancia de la correcta aplicación y cumplimiento de la misma, enfatizando el cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (con jabón liquido).
Se socializará con el personal de enfermería la importancia de la administración de la dosis unitaria, y su adecuada clasificación y almacenamiento, asegurando que cada paciente reciba su medicación de manera individualizada y segura en su unidad.

Se implementará un registro de los accidentes laborales y su seguimiento respectivo. Se socializará con el personal y se monitorizará su cumplimiento.
Se socializará con el personal de enfermería la importancia de informar al paciente sobre los efectos secundarios que pueden ocurrir en la administración de medicamentos. Proceso que garantizará una atención más segura y centrada en el paciente, permitiéndole conocer las posibles reacciones adversas que pudiera presentar.
Se informará a los pacientes y familiares, además de colocar avisos, respecto a la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad (arma de fuego, cuchillos, lijeras, y ootros objetos punzo cortantes).
Se emitirá un memorándum dirigido al personal médico y de enfermería del servicio, recordándoles la importancia del registro de las funciones biológicas en la historia clínica del paciente (apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y estado de ánimo) con el objetivo de mejorar la valoración detallada del paciente y garantizar el correcto diagnóstico y tratamiento del mismo.
Se emitirá un memorándum en estricto cumplimiento del Reglamento Interno de Servicios (RIS), estableciendo la obligación del personal de permanecer en su área de trabajo asignada durante toda su jornada laboral.
Se emitirá un memorándum al personal de salud para realizar la revaloración diarala de pacientes ancianos sometidos polifarmacia y personas drogodependientes y con déficit neurológico y cognitivo, garantizando una adecuada atención de los mismos.
Se emitirá un memorándum al personal médico para reforzar el registro adecuado de la evaluación en la historia clínica desde el ingreso del paciente. Esto debe incluir la identificación de riesgos de ser victima o cometer agresiones sexuales, considerando factores como desinhibición maniaca, trastornos de personalidad, aislamiento y poca aceptación social.
Se socializará con el personal de enfermería la importancia de informar al paciente sobre los efectos secundarios de los medicamentos que se le administrarán, que incluso pueden afectar la orientación y el sensorio, a fin de que pueda comunicar oportunamente si el caso se diera.
Se coordinará con el área de Psicología para la entrega de stickers informativos sobre seguridad sexual, con el objetivo de colocarlos en diversas áreas del servicio de emergencia.
El servicio de Emergencia cuenta con un protocolo de seguridad sexual que establece normativas para garantizar un entorno seguro y respetuoso. Se informará a los pacientes de forma permanente la prohibición de mantener RR.SS. en los ambientes hospitalarios, incluso se colocará avisos en los ambientes (incluyendo servicios higiénicos).
Se emitirá un memorándum al personal de salud para reforzar el registro correcto de la evaluación inicial de riesgo de lesiones por presión a todo paciente que ingresa al servicio (observación). incando el registro obligatorio en la historia clinica.
Se emitirá un memorándum al personal de salud para realizar la valoración del estado de la piel a fin de detectar LPP en todo paciente que ingresa al servicio (observación), indicando la obligatoriedad de documentar con precisión los hallazgos en la historia clinica.
Se convocará a una reunión con PAUS y Vigilancia para solicitar apoyo en la difusión de los horarios de información médica a familiares. Se reforzará la importancia de una comunicación clara y comprensible.
Se coordinará con el personal de la PAUS y Vigilancia para solicitar apoyo en la difusión de la información respecto al flujo de atención en las diferentes áreas de atención, y los procesos para acceder a los mismos y mejorar la experiencia de los pacientes y familiares.
Los pacientes y familiares son informados de manera clara y sencilla respecto a sus dudas e inquietudes, respetando la interculturalidad.
Se emitirá un Informe dirigido a la Dirección para dar a conocer el desabastecimiento de ropa (bata) para pacientes, se solicitará reiterativamente la adquisición urgente de la misma, poniendo a responsabilidad del administrador el abastecimiento.


BOTIQUIN DE EMERGENCIA


ANEXO N° 01: PLAN DE ACCIÓN

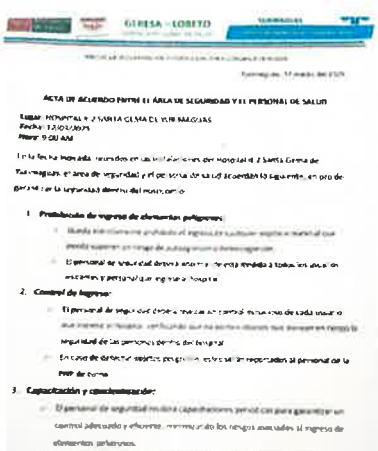
PLAN DE ACCIÓN FRENTE A INCIDENTES Y/O EVENTOS ADVERSOS OCURRIDOS EN EL SERVICIO


MEMORANDUM CIRCULAR N° 005 - 2025-GOL-GRSL/Hosp. Yuri.

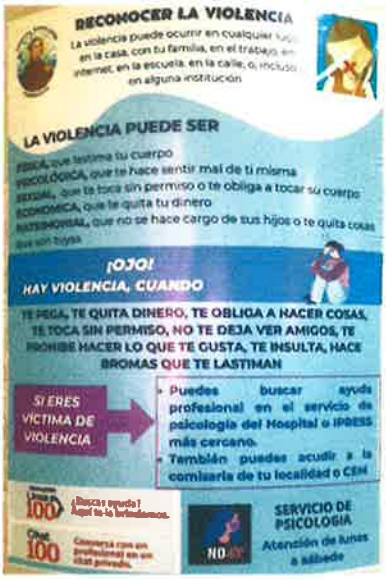
PARA : PERSONAL LICENCIADO EN ENFERMERIA
ASUNTO : Coche de Paro
FECHA : Yurimaguas, 04 de marzo del 2025

3. Supervisión y Cumplimiento

MEMORANDUM CIRCULAR N° 004 - 2025-GOL-GRSL/Hosp. Yuri.


GERESA – LORETO

ACTA DE ACUERDO ENTRE EL ÁREA DE SEGURIDAD Y EL PERSONAL DE SALUD



GERESA – LORETO

Yurimaguas 07 marzo 2025

INFORME Nº 026 -2025-OAAGIHSGY

ASUNTO : TALLER DE LA HIGIENE DE MANO

ATENCION : JEFATURA DE EMERGENCIA

I. INTRODUCCIÓN

El lavado de manos es considerado la piedra angular de la prevención de infecciones intrahospitalarias y una práctica esencial para garantizar la seguridad del paciente, del personal de salud y del entorno hospitalario en general. En concordancia con las políticas de bioseguridad y el fortalecimiento continuo de capacidades del equipo de salud, se llevó a cabo un taller de sensibilización y capacitación sobre el correcto lavado de manos, dirigido al personal del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos.

II. OBJETIVO DEL TALLER

Objetivo general:
Promover y reforzar el cumplimiento de las buenas prácticas en higiene de manos, según los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), destacando los cinco momentos y los ocho pasos para un lavado efectivo.

Objetivos específicos:

- Fomentar la cultura de seguridad del paciente.
- Disminuir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
- Capacitar al personal en los estándares establecidos para el lavado de manos.
- Promover la vigilancia activa del cumplimiento de esta práctica en el servicio.

III. DESARROLLO DEL TALLER

El taller fue impartido por el equipo de control de infecciones del hospital y contó con la participación activa del personal médico, de enfermería, técnicos en enfermería y personal de apoyo del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos.

GERESA – LORETO

a) Importancia del lavado de manos

Se explicó la relación directa entre una correcta higiene de manos y la prevención de infecciones nosocomiales. Se compartieron datos estadísticos y casos clínicos reales, lo cual generó reflexión y compromiso entre los asistentes.

b) Los cinco momentos para la higiene de manos

Se detallaron y discutieron los cinco momentos clave definidos por la OMS:

1. Antes del contacto con el paciente
2. Antes de realizar una tarea aséptica
3. Después de la exposición a fluidos corporales
4. Después del contacto con el paciente
5. Después del contacto con el entorno del paciente

Se realizaron dinámicas grupales con ejemplos reales del servicio para facilitar su aplicación práctica.

c) Los ocho pasos del lavado correcto de manos

Se realizó una demostración práctica de la técnica adecuada, utilizando los ocho pasos recomendados:

1. Mojarse las manos con agua
2. Aplicar suficiente jabón
3. Frotar las palmas entre sí
4. Frotar la palma derecha sobre el dorso de la mano izquierda y viceversa
5. Frotar entre los dedos
6. Frotar el dorso de los dedos
7. Frotar los pulgares
8. Frotar las yemas de los dedos y uñas sobre la palma contraria

Cada participante replicó la técnica guiado por el facilitador, corrigiendo posturas y asegurando la comprensión completa del procedimiento.

IV. CONCLUSIONES

- El taller generó un espacio de reflexión crítica sobre la responsabilidad individual y colectiva en la prevención de infecciones.
- El nivel de participación fue alto, demostrando el compromiso del personal en fortalecer las buenas prácticas.
- Se evidenció la necesidad de continuar reforzando periódicamente estas capacitaciones como parte del plan de mejora continua del servicio.

V. RECOMENDACIONES

GERESA - LORETO

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

- Incorporar auditorías internas periódicas del cumplimiento del lavado de manos.
- Colocar señalética visible en cada estación de lavado con los cinco momentos y los ocho pasos.
- Garantizar reposición constante de insumos: jabón, papel toalla, alcohol gel.
- Realizar talleres de refuerzo trimestrales para asegurar la sostenibilidad del aprendizaje.

GERESA – LORETO

Yurimaguas 07 marzo 2025

INFORME N° 018 -2025-DAAC/HSGY

ASUNTO : Socialización Sobre los Efectos Secundarios de los Medicamentos
SERVICIO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS

ATENCION : JEFATURA DE EMERGENCIA

RECIBIDO

Grato es dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo en el marco de las políticas de seguridad del paciente y para promover una atención más segura y centrada en el paciente, se llevo a cabo una sesion de socialización dirigida al personal de enfermeria, con el objetivo de resaltar la importancia de informar a los pacientes sobre los posibles efectos secundarios de los medicamentos que se les administran. Esta acción busca garantizar que los pacientes estén debidamente informados y puedan tomar decisiones informadas sobre su tratamiento, contribuyendo a una atención más segura y de calidad.

Objetivo de la socialización

El objetivo principal de esta socialización fue enfatizar la necesidad de que el personal de enfermería proporcione a los pacientes información clara y precisa sobre los efectos secundarios de los medicamentos. De esta forma, se pretende mejorar la comunicación entre el personal de salud y los pacientes, permitiendo a estos últimos conocer las posibles reacciones adversas y tener la capacidad de tomar decisiones informadas acerca de su tratamiento.

Desarrollo de la actividad

La socialización se llevó a cabo en sesiones programadas con el personal de enfermería, durante las cuales se abordaron los siguientes temas:

1. **Importancia de informar al paciente sobre los efectos secundarios**: Se destacó que informar adecuadamente a los pacientes sobre los efectos secundarios no solo es un derecho de los pacientes, sino también una medida clave para evitar reacciones adversas graves y mejorar el cumplimiento del tratamiento.
2. **Reacciones adversas comunes y graves**: Se presentó un listado de los efectos secundarios más comunes y peligrosos de los medicamentos administrados en la institución, con el fin de que el personal de enfermería pueda transmitir esta información de manera efectiva.
3. **Estrategias de comunicación efectiva**: Se proporcionaron pautas sobre cómo comunicar la información de forma clara y comprensible, tomando en cuenta el nivel de conocimiento del paciente y su capacidad para asimilar la información.
4. **Empoderamiento del paciente**: Se enfatizó la importancia de involucrar al paciente en las decisiones relacionadas con su tratamiento, asegurando que tengan el conocimiento necesario para tomar decisiones informadas sobre su salud.

Resultados esperados

Se espera que, con esta socialización, el personal de enfermería sea más consciente de su rol en la educación del paciente sobre los efectos secundarios de los medicamentos. Esto contribuirá a mejorar la seguridad del paciente, reducir riesgos y complicaciones derivadas de reacciones adversas y aumentar la satisfacción y confianza de los pacientes en su proceso de atención.

Conclusión

La socialización realizada con el personal de enfermería sobre la importancia de informar a los pacientes sobre los efectos secundarios de los medicamentos es un paso fundamental para garantizar una atención más segura, centrada en el paciente y de alta calidad. Se continuará con el monitoreo de la implementación de estas prácticas para asegurar su efectividad y el cumplimiento de los estándares de seguridad establecidos.

Recomendaciones

Se recomienda que el personal de enfermería mantenga una comunicación constante y abierta con los pacientes, y que se refuercen estas prácticas en futuras capacitaciones para seguir promoviendo la seguridad y el bienestar de los pacientes.

Atentamente,

MEMORANDUM CIRCUL. N° 007 – 2025-GRL-GRSL/Serv.Emerg.

PARA : **PERSONAL ASISTENCIAL DEL SERVCIO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRITICOS.**

ASUNTO : Cumplimiento del Reglamento Interno de Servicios (RIS)

FECHA : Yurimaguas, 10 de marzo del 2025.

Por la presente, en cumplimiento del Reglamento Interno de Servicios (RIS) y con el propósito de garantizar la continuidad y eficiencia en la atención de los pacientes, se establece la obligación de que todo el personal permanezca en su área de trabajo asignada durante toda su jornada laboral.

Es responsabilidad de cada colaborador acatar esta disposición, asegurando así el correcto funcionamiento de los servicios y la adecuada atención a los pacientes. Asimismo, los responsables de cada servicio deberán supervisar y reportar cualquier incumplimiento de esta normativa, tomando las medidas correspondientes según lo establecido en el RIS.

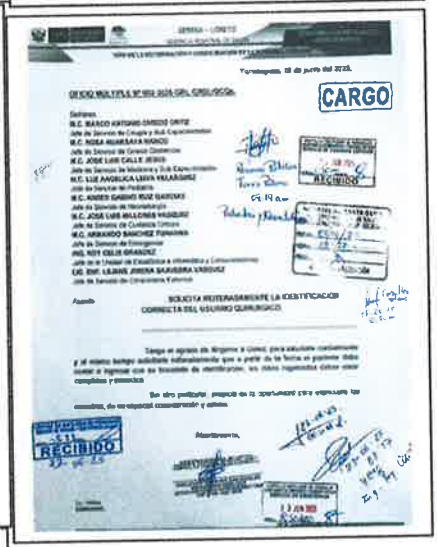
Agradecemos su compromiso y colaboración para el cumplimiento de esta disposición, en beneficio de la eficiencia operativa y la calidad en la atención brindada.

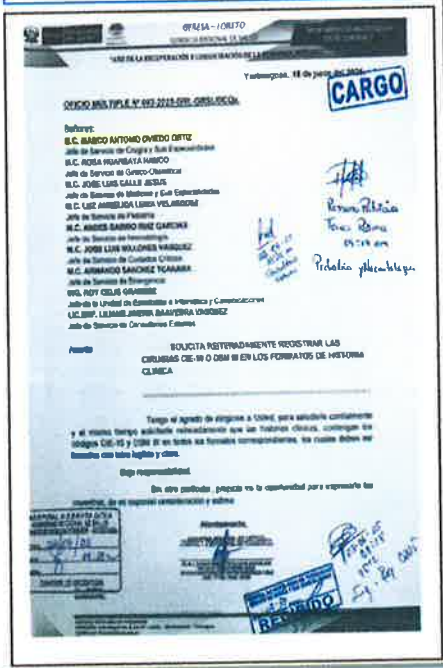
Atentamente,

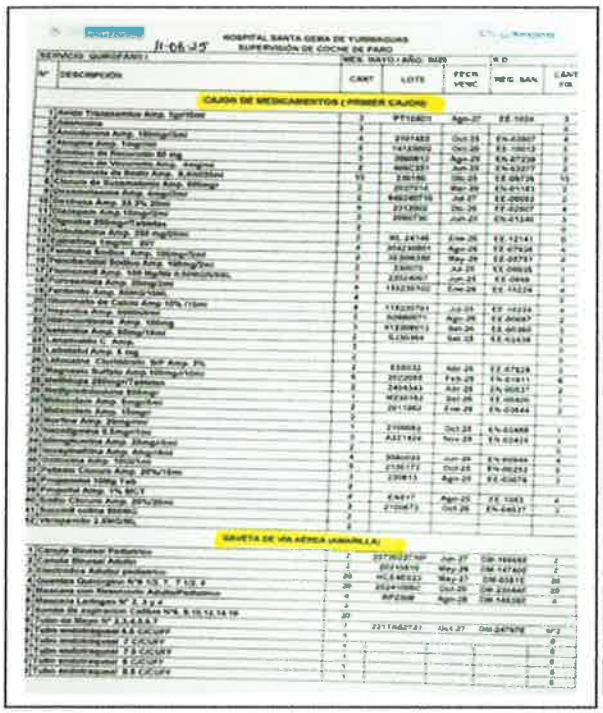
ACCIDENTE LABORAL		
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE ACIDENTE	FECHA

UPSS CENTRO QUIRÚRGICO

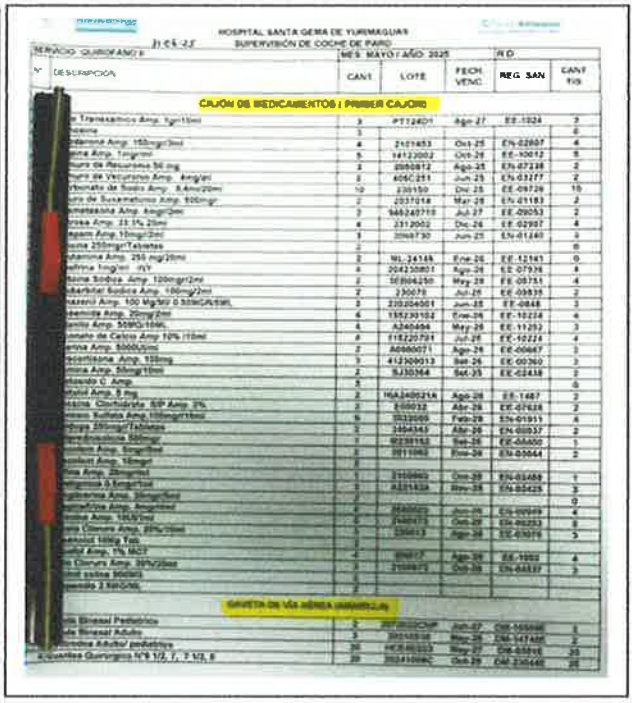
ACCIONES CORRECTIVAS
SOLICITAL EL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS A LA UNIDAD DE INGENIERÍA HOSPITALARIA Y SE MONITORIZARÁ SU CUMPLIMIENTO.
SOLICITAR COPIA DEL PLAN DE MANTENIMIENTO A LA UNIDAD DE INGENIERÍA HOSPITALARIA.
IMPLEMENTAR UN REGISTRO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS EN COORDINACIÓN CON EL SERVICIO DE FARMACIA.
SUPERVISAR DE MANERA PERMANENTE EL CUMPLIMIENTO CORRECTO DE LOS PASOS DE LA DESINFECCIÓN DE LAS MANOS CON ALCOHOL GEL.
REALIZAR EL MONITOREO Y SUPERVISIÓN DEL LAVADO DE MANOS.
COORDINAR CON LOS RESPONSABLES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN PARA CUMPLIR CON COLOCASR EL BRAZALETE DE IDENTIFICACIÓN DE TODO PACIENTE A SER INTERVENIDO QUIRÚRGICAMENTE.
VERIFICAR LOS DATOS CORRECTOS DEL PACIENTE EN LOS BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN.
REGISTRAR DATOS CORRECTOS DEL PACIENTE Y VERIFICAR EN EL BRAZALETE
IMPLEMENTAR UN REGISTRO DIGITAL DE LOS ACCIDENTES LABORALES
Se coordinara con las jefaturas medicas de cada servicio anexo al servicio de centro quirurgico para enfatizar la importancia de colocar el CIE-10 en la historia clinica.






HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
SUPERVISIÓN DE COCHE DE PARO

N°	DESCRIPCION	CANT	LOTE	FECH VENC	REG SAN	CANT FIS
	CAJÓN DE MEDICAMENTOS (PRIMER CAJON)					
	GAVETA DE VÍA AÉREA (AMARILLA)					


HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
SUPERVISIÓN DE COCHE DE PARO

N°	DESCRIPCION	CANT	LOTE	FECH VENC	REG SAN	CANT FIS
	CAJÓN DE MEDICAMENTOS I PRIMER CAJON					
	GAVETA DE VÍA AÉREA (AMARILLA)					

UPSS CENTRO OBSTÉTRICO

ACCIONES CORRECTIVAS
Implementación de los medicamentos e insumos faltantes del coche de paro. Asimismo, asignar un personal para su monitoreo permanente.
Asignar un responsable para la verificación e identifcación de la fecha de caducidad de medicamentos
Solicitar a la Unidad de Ing. Hospitalaria una copia del formato de registro donde se detalla el mantenimiento preventivo/recuperativo realizado a los equipos biomédicos
Conformación de un equipo de trabajo para la elaboracion de una guía de porcedimientos que deben ser aplicados ante la sospecha de relaciones seuxales consumadas
Realizar supervisiones periodicas del lavado de manos a todos los profesionales del servicio
Solicitar a la Unidad de Ing. Hospitalaria una copia del plan de mantenimiento preventivo de equipos biomedicos del presente año
Realizar una supervisión periódica para la verificación correcta y completa del nombre del paciente en todas las hojas de la H.Cl.
Implementar un cuaderno para el registro y notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial
Emitir memorándum a todo el personal médico indicando el cumplimiento del registro de diagnósticos con letra legible incluyendo su codificacion con CIE 10
Elaborar un documento solicitando la adquisición de un nuevo ecógrafo
Socializar a todo el personal que dentro del paquete de información que se le brinda al paciente y/o familar se incluya la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante su estadía en el servicio.
Socializar con el personal médico sobre el registro en la HCI de la valoración del riesgo de caida de pacientes
Solicitar mediante documento el requerimiento de equipos biomedicos que se necesitan en el Servicio de Centro Obstétrico

Yurimaguas, 27 de abril 2025

Memorando N° 003-2025- GRL-GRSL-HSGY/C.O

Para : Ofelia Carranco Aparicio

Asunto : Se cita a una reunión técnica.

Esta Jefatura designa a usted, Obstetra Ofelia Carranco Aparicio, la responsabilidad de implementar, monitorizar y verificar el IAT DE CLAVES OBSTÉTRICAS en los UPSS de Hospitalización de Ginecología y Obstetricia, UPSS de Centro Obstétrico, y el de Trauma Shock de emergencia; así mismo la implementación monitorización y verificación de COCHE DE PARO de UPSS Hospitalización y Centro Obstétrico.

Atentamente,

Yurimaguas, 28 de abril 2025

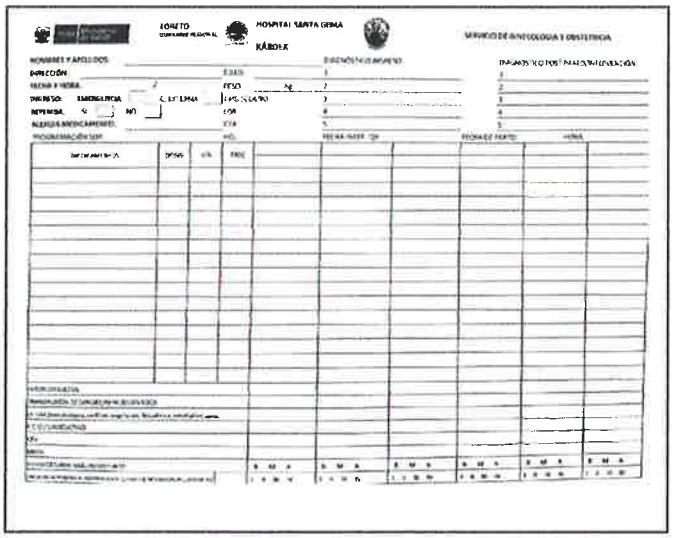
Memorando N° 004-2025- GRL-GRSL-HSGY/C.O

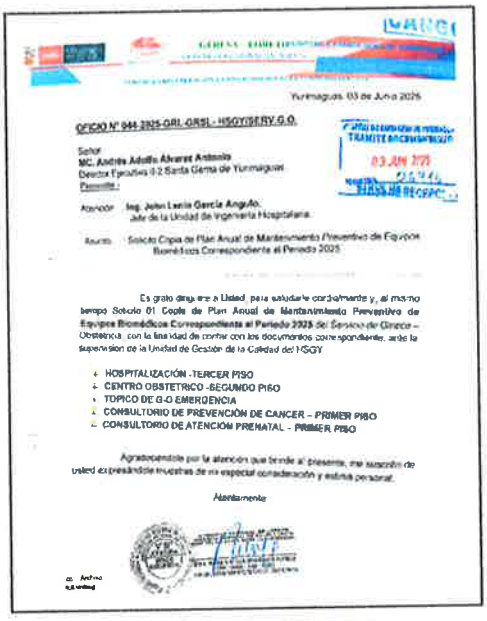
Para : MEDICOS
: OBSTETRAS
: LIC.ENF
: TEC.ENF.

Asunto : Designa a todo el personal.

Esta Jefatura designa a todo el personal del servicio de Ginecología y Obstetricia, a cumplir con la codificación de todos los diagnósticos según CIE 10; al mismo tiempo completar los nombres y apellidos del paciente y demás datos que están contemplados en todos los formatos de la historia clínica.

Atentamente,





Yurimaguas, 03 de Junio 2025

OFICIO N° 044-2025-GRL-GRSL - HSGY/SERV.G.O.

Señor
MC. Andrés Adolfo Alvarez Antonio
Director Ejecutivo II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Presente:

Atención: Ing. Juan Lenin García Angulo.
Jefe de la Unidad de Ingeniería Hospitalaria

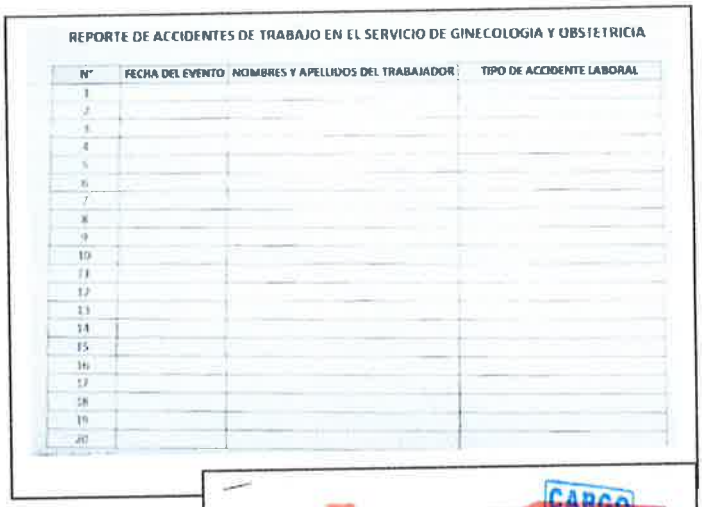
Asunto: Solicito Copia de Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de Equipos Biomédicos Correspondiente al Periodo 2025

Es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y, al mismo tiempo Solicito 01 Copia de Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de Equipos Biomédicos Correspondiente al Periodo 2025 del Servicio de Ginecología – Obstetricia, con la finalidad de contar con los documentos correspondientes, ante la supervisión de la Unidad de Gestión de la Calidad del HSGY

- HOSPITALIZACIÓN -TERCER PISO
- CENTRO OBSTETRICO -SEGUNDO PISO
- TOPICO DE G-O EMERGENCIA
- CONSULTORIO DE PREVENCIÓN DE CANCER – PRIMER PISO
- CONSULTORIO DE ATENCIÓN PRENATAL - PRIMER PISO

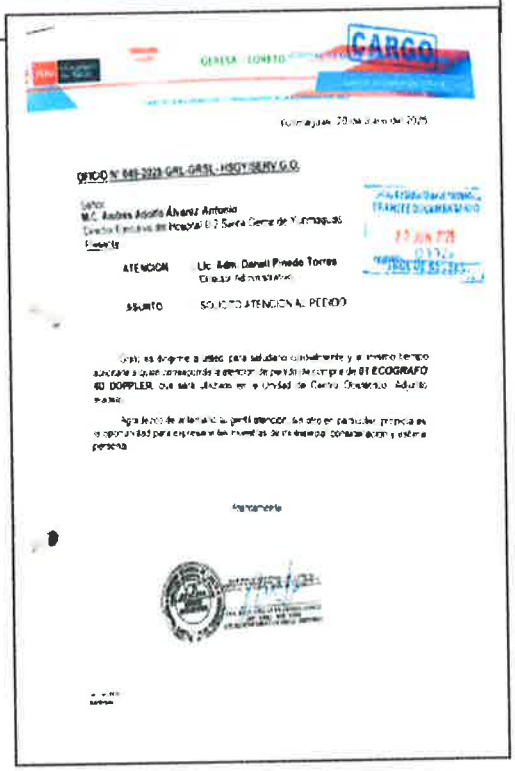
Agradeciendole por la atención que brinde al presente, me suscribo de usted expresándole muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente



REPORTE DE ACCIDENTES DE TRABAJO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

N°	FECHA DEL EVENTO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL TRABAJADOR	TIPO DE ACCIDENTE LABORAL
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			



GERESA - LORETO

CARGO

Yurimaguas, 20 de Junio del 2025

OFICIO N° 048-2025-GRL-GRSL - HSGY/SERV.G.O.

Señor
MC. Andres Adolfo Alvarez Antonio
Director Ejecutivo del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas
Presente

ATENCION: Lic. Adm. Daniel Pinedo Torres
Cargo: Administrador

ASUNTO: SOLICITO ATENCION AL PEDIDO

Grato, es dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo autorizarle a quien corresponda la atención de pedido de compra de 01 ECOGRAFO 4D DOPPLER, que será ubicado en la Unidad de Centro Obstetrico Adulto mujer.

Agradezco de antemano la gentil atención, la cual es propicia para reiterarle mi especial consideración y estima personal.

Atentamente

Yurimaguas, 02 de mayo 2025

Memorando N° 006-2025- GRL-GRSL-HSCV/SERV. G-O

Para : OBSTETRAS
: LIC.ENF
: TEC.ENF.

Asunto : Socialización sobre la información que se brinda al paciente y/o Familiar.

Esta Jefatura comunica a todo el personal, que a partir de la fecha se deberá informar a todo paciente y/o familiar la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales, durante su estadía en el servicio.

Atentamente,

Yurimaguas, 02 de mayo 2025

Memorando N° 006-2025- GRL-GRSL-HSCV/SERV. G-O

Para : Dr. Ronald Milsu Yuri Vela Ramirez
: Dr. Yul Eric Gerad Ojeda Porros
: Dr. Ramses Perea Perea
: Dra. Betty Medina Sevillano
: Dr. Gustavo Sotelo Alvarado
: Dr. Alan Cusacani Marca

Asunto : Socialización sobre el correcto llenado de HC

Esta Jefatura comunica a todo el personal médico, que a partir de la fecha se deberá registrar en la historia clínica la valorización del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.

Atentamente,

ANEXO N° 2: LISTA DE CHEQUEO U OBSERVACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL DE SALUD – LAVADO DE MANOS CLINICO (40 A 60 SEGUNDOS)

FECHA: 02/05/25 TURNO: M
SERVICIO: Cirugía
TIEMPO EN EL SERVICIO: 1 año 6 meses
NOMBRE DEL OBSERVADOR: Ronald Valeria Ramirez
GRUPO OCUPACIONAL OBSERVADO: Enfermera

N°	ACTIVIDADES	SI	NO	OBSERVACIONES
0	Mójese las manos con agua	X		
1	Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de la mano	X		
2	Frótese las palmas de las manos entre sí	X		
3	Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa	X		
4	Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados	X		
5	Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.	X		
6	Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa	X		
7	Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa	X		
8	Enjuaga las manos con agua	X		
9	Seca sus manos con una toalla desechable.	X		
10	Utiliza el papel toalla para cerrar el grifo y deseche en el tacho negro correspondiente	X		
11	Sus manos son seguras.	X		
	DURACION 40 – 60 seg.			
		TOTAL		100%

Evaluación de lista de chequeo u observación:
1= Si cumple con el ítem del procedimiento
0= No cumple con el ítem del procedimiento

12 puntos = 100%
100%= Practica adecuada
Menos de 100% = Practica inadecuada

MANOS DEL PERSONAL DE SALUD – LAVADO DE MANOS CLINICO (40 A 60 SEGUNDOS)

FECHA: 02/05/25 TURNO: M
SERVICIO: Cirugía
TIEMPO EN EL SERVICIO: 1 año 6 meses
NOMBRE DEL OBSERVADOR: Ronald Valeria Ramirez
GRUPO OCUPACIONAL OBSERVADO: Enfermera

N°	ACTIVIDADES	SI	NO	OBSERVACIONES
0	Mójese las manos con agua	X		
1	Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de la mano	X		
2	Frótese las palmas de las manos entre sí	X		
3	Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa	X		
4	Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados	X		
5	Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos	X		
6	Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa	X		
7	Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa	X		
8	Enjuaga las manos con agua	X		
9	Seca sus manos con una toalla desechable	X		
10	Utiliza el papel toalla para cerrar el grifo y deseche en el tacho negro correspondiente	X		
11	Sus manos son seguras	X		
	DURACION 40 – 60 seg.			
		TOTAL		100%

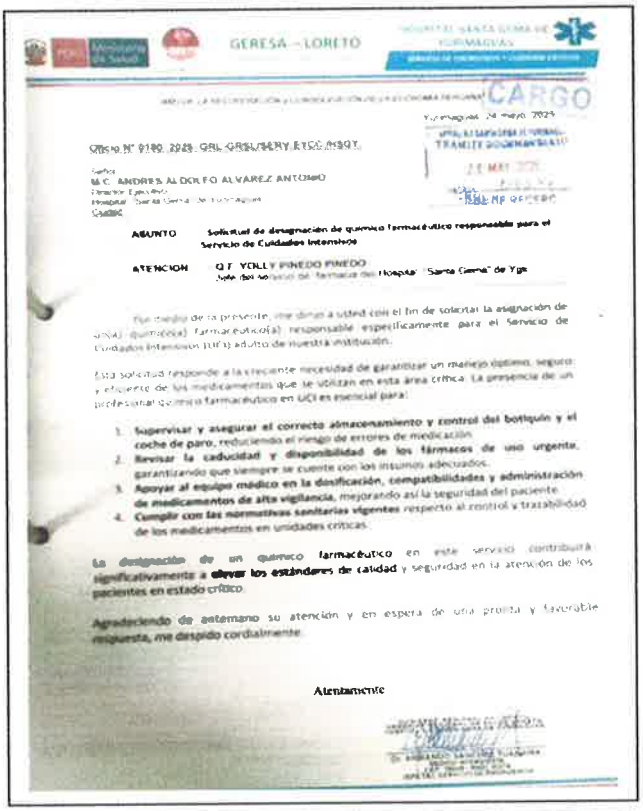
ANEXO N° 2: LISTA DE CHEQUEO U OBSERVACION SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA HIGIENE DE MANOS DEL PERSONAL DE SALUD – LAVADO DE MANOS CLINICO (40 A 60 SEGUNDOS)

FECHA: 02/05/25 TURNO: M
SERVICIO: Cirugía
TIEMPO EN EL SERVICIO: 1 año 6 meses
NOMBRE DEL OBSERVADOR: Ronald Valeria Ramirez
GRUPO OCUPACIONAL OBSERVADO: Enfermera

N°	ACTIVIDADES	SI	NO	OBSERVACIONES
0	Mójese las manos con agua	X		
1	Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de la mano.	X		
2	Frótese las palmas de las manos entre sí	X		
3	Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.	X		
4	Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados	X		
5	Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.	X		
6	Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa	X		
7	Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa	X		
8	Enjuaga las manos con agua	X		
9	Seca sus manos con una toalla desechable.	X		
10	Utiliza el papel toalla para cerrar el grifo y deseche en el tacho negro correspondiente	X		
11	Sus manos son seguras.	X		
	DURACION 40 – 60 seg.			
		TOTAL		100%

UPSS UCI ADULTO

ACCIONES CORRECTIVAS
Solicitar la asignación de un químico farmacéutico responsable en la UCI, quien supervisará el manejo, almacenamiento y reposición de medicamentos, en coordinación con el Servicio de Farmacia.
Emitir un memorando recordatorio que reitere la importancia del registro adecuado de los diagnósticos utilizando la codificación CIE-10 en cada historia clínica
Se propone implementar un control de stock en la UCI con formatos para registrar ingreso y salida de medicamentos.Permitirá monitorear existencias, vencimientos y uso. Busca garantizar la seguridad del paciente y minimizar errores y sobre estock.



GERESA – LORETO

CARGO

ASUNTO: Solicitud de designación de químico farmacéutico responsable para el Servicio de Cuidados Intensivos

ATENCION: Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO

Agradeciendo de antemano su atención y en espera de una pronta y favorable respuesta, me despido cordialmente.

Atentamente

MEMORANDUM CIRC. N° 008 – 2025-GRL-GRSL/S.E.Y.C.C.

PARA : MEDICOS DE UCI

ASUNTO : DAR CONOCIMIENTO Y CUMPLIMIENTO

FECHA : Yurimaguas, 26 DE MAYO 2025

En seguimiento a las evaluaciones periódicas realizadas sobre el adecuado diligenciamiento de las historias clínicas en el Servicio de Unidad de Cuidados Críticos, se ha evidenciado de forma reiterada el uso inadecuado o incompleto de los códigos del Clasificador Internacional de Enfermedades CIE-10 en los diagnósticos médicos. Por tal motivo, se recuerda a todo el personal médico que, a partir de la fecha, es de carácter obligatorio registrar los diagnósticos utilizando el código correspondiente del CIE-10 en cada historia clínica, tanto en su ingreso como en la evolución diaria y egreso del paciente. Esta medida tiene como finalidad:

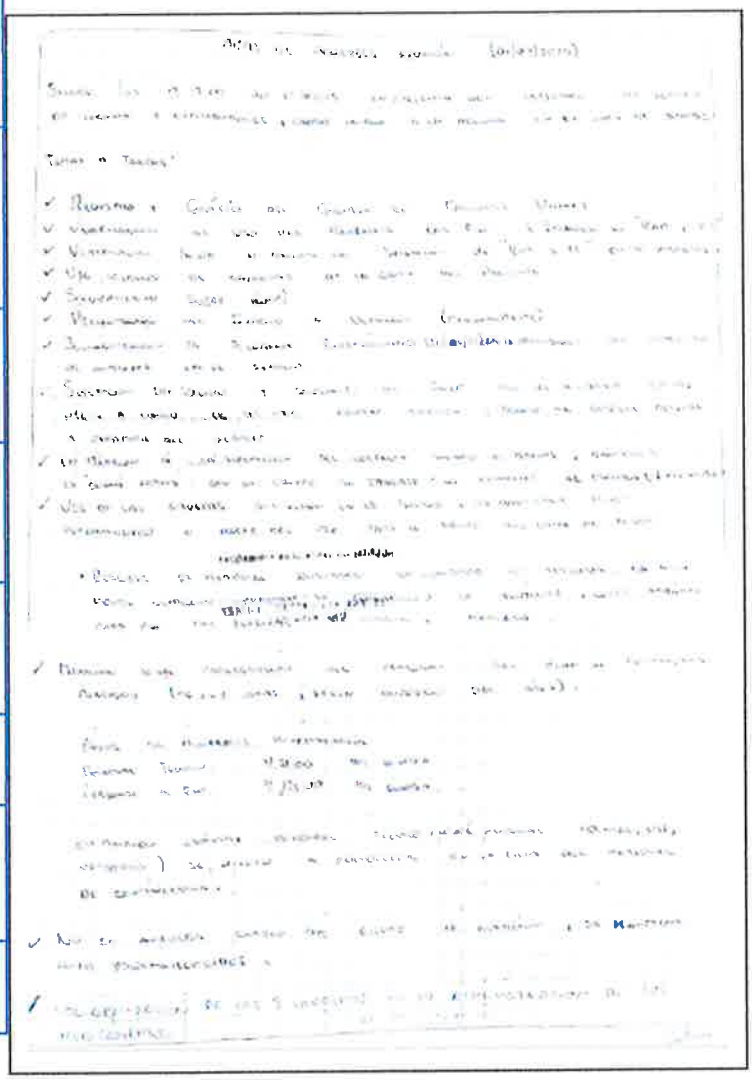
1. Estandarizar la información clínica y epidemiológica
2. Facilitar la auditoría médica y administrativa
3. Cumplir con los requerimientos normativos establecidos por las autoridades sanitarias.
4. Mejorar la calidad y precisión en la atención al paciente crítico

Agradezco su comprensión y compromiso con la mejora continua de la calidad asistencial.

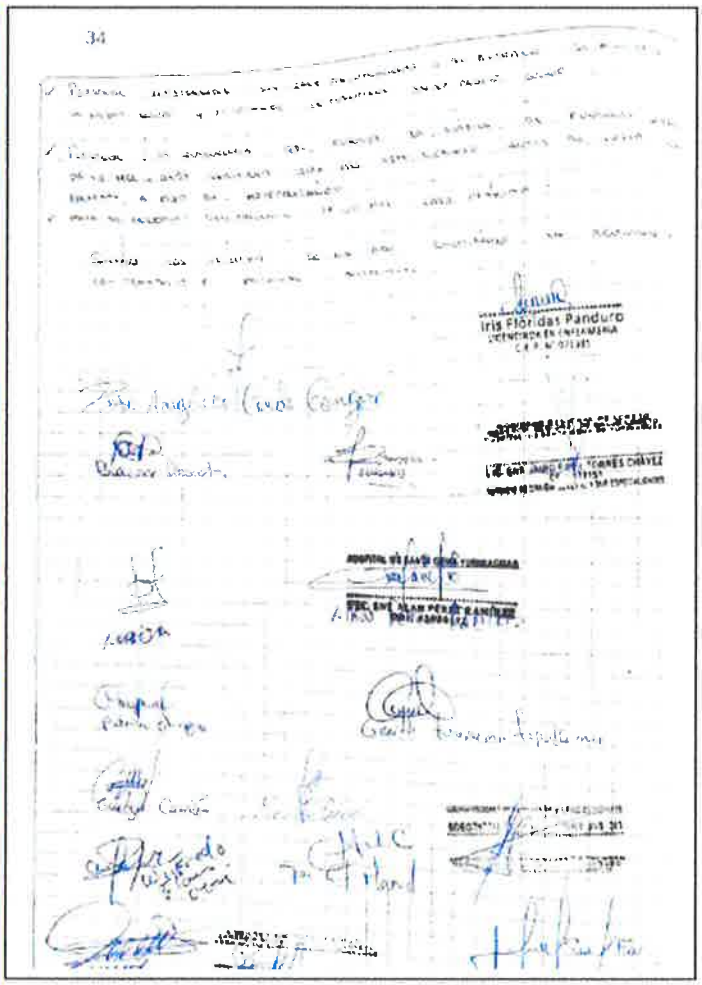
Atentamente,

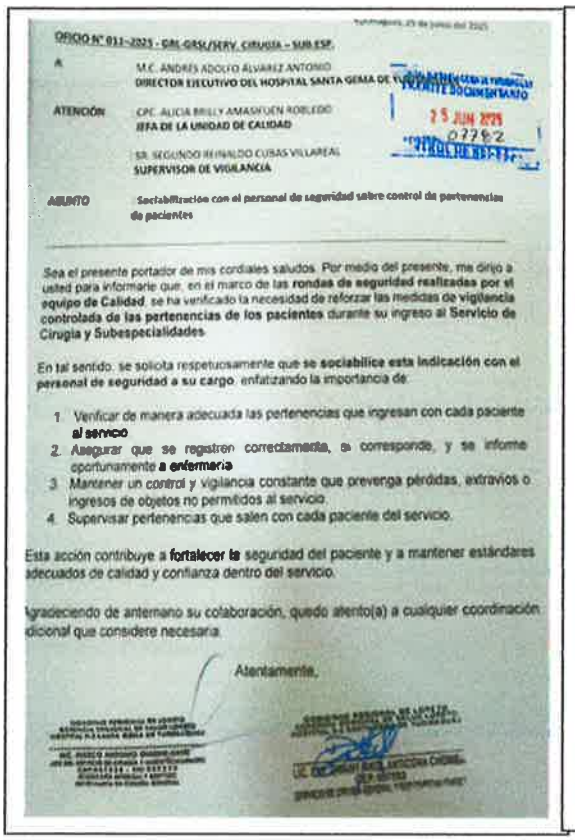
UPSS CIRUGÍA

ACCIONES CORRECTIVAS
Mantener la disponibilidad de papel toalla en los ambientes destinados para el lavado de manos.
Se incluirá dentro del protocolo de prevención del suicidio lo relacionado a la ubicación del paciente en habitaciones vigiladas, supervisión ajustada al nivel de riesgo y el acompañamiento obligatorio si el paciente aún tiene riesgo activo.
Solicitar mediante documento (Oficio) a la Unidad de Mantenimiento, la revisión y/o reparación del sistema de llamado (timbres) de
Reforzar al personal de Enfermería sobre el cumplimiento de los 5 correctos en la administración de medicamentos.
Vigilar de forma permanente, que el personal de Nutrición haga el conteo de los utensilios brindados en los horarios de la alimentación de los pacientes.
Socializar y recordar al personal médico, la importancia de la valorización de riesgo de suicidio en todo paciente que se hospitaliza.
Informar a los pacientes sobre la prohibición de mantener relaciones sexuales en los servicios hospitalarios.
Incluir en el Protocolo de UPP, aspectos sobre el seguimiento de los pacientes con lesiones por presión.
implementar el plan de intervencion sobre la informacion de los incidentes y eventos adversos
Implementar el actual formato de consentimiento informado para las actividades de Docencia.en todo paciente del servicio.
Incluir en el brazalete del paciente la identificacion de riesgo de caidas



El servicio cuenta con afiches informativos referente a las consecuencias de las agresiones sexuales.
Mediante oficio se recuerda al personal de vigilancia, que deben vigilar que los familiares o pacientes, no hagan ingresar objetos peligrosos; del mismo modo el personal de salud deberá hacer de conocimiento a los pacientes y familiares de estas prohibiciones.
Socializar al personal de salud, sobre el cumplimiento del llenado correcto de las historias clinicas (Norma Técnica Gestión de la H. Cl).
Realizar la socializacion de las practicas correctas del cumplimiento de la higiene de manos con alcohol gel, y monitorizar su cumplimiento.
Realizar la socializacion de las practicas correctas del cumplimiento del lavado de manos con agua y jabón, y monitorizar su cumplimiento.
Supervisar de forma permanente al personal del servicio, respecto del cumplimiento de la Higiene de Manos durante los 5 momentos (antes y después de un procedimiento y/o acción).
Mediante oficio se hace recordar al personal de vigilancia, que deben realizar el control de las pertenencias de los familiares y pacientes para evitar el uso inadecuado de objetos peligrosos.
Socializar con el personal de salud, que las barandas de las camas deben mantenerse levantadas, a fin de mantener la seguridad del paciente ante el riesgo de caídas.
Mediante oficio se solicita a la Unidad de Ingeniería hospitalaria, el plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los equipos biomedicos.
Mediante oficio se solicita a la Unidad de Ingeniería hospitalaria, el cumplimiento del plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los equipos biomedicos.





OFICIO N° 011-2025 - GRL-GRSL/SERV. CIRUGIA – SUB ESP.

A: M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

ATENCIÓN: CPC. ALICIA BRILLY AMASIFUEN ROBLEDO
JEFA DE LA UNIDAD DE CALIDAD

SR. SEGUNDO REINALDO CUBAS VILLAREAL
SUPERVISOR DE VIGILANCIA

ASUNTO: Sociabilizacion con el personal de seguridad sobre control de pertenencias de pacientes

Sea el presente portador de mis cordiales saludos. Por medio del presente, me dirijo a usted para informarle que, en el marco de las **rondas de seguridad realizadas por el equipo de Calidad**, se ha verificado la necesidad de reforzar las medidas de vigilancia controlada de las pertenencias de los pacientes durante su ingreso al Servicio de Cirugia y Subespecialidades.

En tal sentido, se solicita respetuosamente que **se sociabilice esta indicación con el personal de seguridad a su cargo**, enfatizando la importancia de:

1. Verificar de manera adecuada las pertenencias que ingresan con cada paciente **al servicio**
2. Asegurar que se registren correctamente, si corresponde, y se informe oportunamente **a enfermeria**
3. Mantener un control y vigilancia constante que prevenga pérdidas, extravíos o ingresos de objetos no permitidos al servicio.
4. Supervisar pertenencias que salen con cada paciente del servicio.

Esta acción contribuye a **fortalecer la** seguridad del paciente y a mantener estándares adecuados de calidad y confianza dentro del servicio.

Agradeciendo de antemano su colaboración, quedo atento(a) a cualquier coordinación dicional que considere necesaria.

Atentamente,

CARGO

GERESA – LORETO

OFICIO N° 010-2025 - GRL-GRSL/SERV. CIRUGIA – SUB ESP.

A: M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

ATENCIÓN: Ing. Biom. Lenin Garcia Angulo
JEFE DE LA UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA

Lic. Enf. Fabiola Rodriguez Davila
JEFA DE LA UNIDAD GESTION DE LA CALIDAD

ASUNTO: REVISION Y ESTADO SITUACIONAL DEL SISTEMA DE LLAMADO DE ENFERMERIA

Sea el presente portador de mis cordiales saludos. Por medio del presente, me dirijo a usted con el fin de solicitar una revisión tecnica detallada del estado actual del sistema de llamado de enfermeria instalado en las areas de **Hospitalización Cirugia y Subespecialidades** en mi calidad de Coordinadora de Enfermeria, designada mediante Memorandum N°069-2025.

Esta solicitud surge ante la necesidad de asegurar la correcta operatividad del sistema, dado que este constituye un componente fundamental para garantizar la comunicación oportuna entre el personal de enfermeria y los pacientes, así como para mantener la calidad y seguridad en la atención.

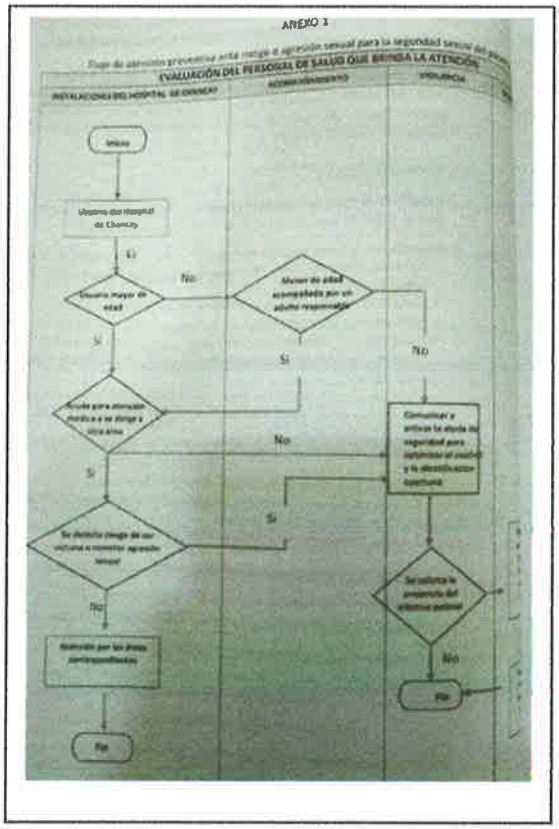
Se agradeceria informar:

1. Estado funcional de los sistemas instalados (por habitación / cama si es posible).
2. Identificación de fallas o deficiencias técnicas.
3. Requerimientos de mantenimiento, reparación o reposición.
4. Propuesta de solución o cronograma de intervención (si corresponde).

Agradeciendo de antemano su atención y pronta respuesta, quedo atento(a) a cualquier información adicional que se requiera para facilitar esta evaluación.

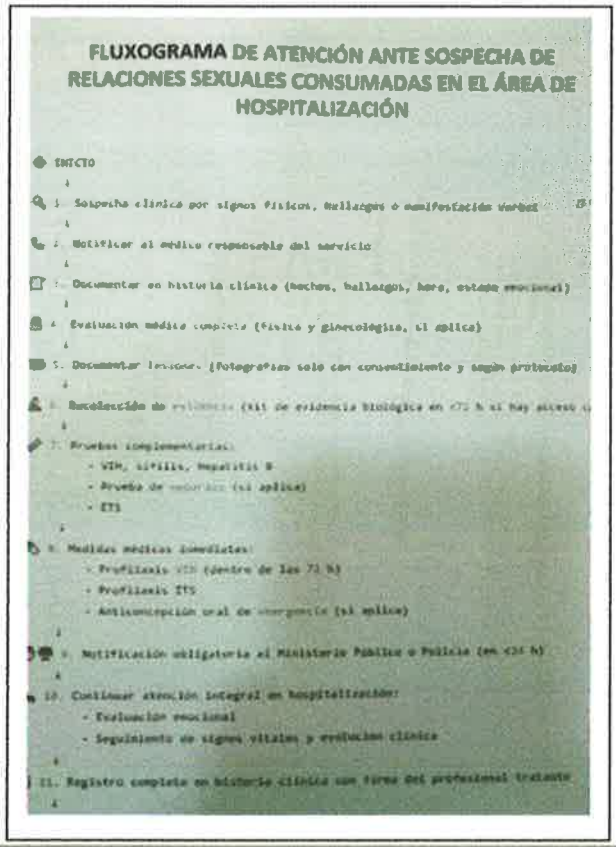
Sin otro particular, le saluda atentamente.

Atentamente,



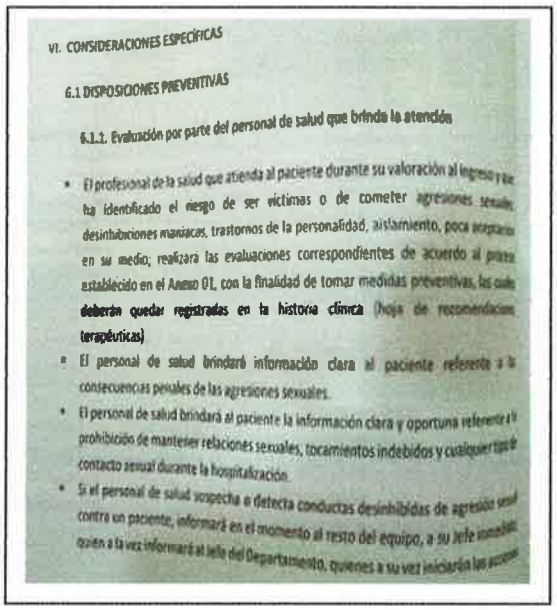
ANEXO 1

EVALUACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD QUE BRINDA LA ATENCIÓN



FLUXOGRAMA DE ATENCIÓN ANTE SOSPECHA DE RELACIONES SEXUALES CONSUMADAS EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

- INICIO
- 1. Sospecha clínica por signos físicos, hallazgos o manifestación verbal
- 2. Notificar al médico responsable del servicio
- 3. Documentar en historia clínica (hechos, hallazgos, hora, estado emocional)
- 4. Evaluación médica completa (física y ginecológica, si aplica)
- 5. Documentar lesiones. (Fotografías solo con consentimiento y según protocolo)
- 6. Recolección de evidencias (kit de evidencia biológica en <72 h si hay acceso a
- 7. Pruebas complementarias:
  - VIH, sífilis, Hepatitis B
  - Prueba de embarazo (si aplica)
  - ETS
- 8. Medidas médicas inmediatas:
  - Profilaxis VIH (dentro de las 72 h)
  - Profilaxis ITS
  - Anticoncepción oral de emergencia (si aplica)
- 9. Notificación obligatoria al Ministerio Público o Policía (en <24 h)
- 10. Continuar atención integral en hospitalización:
  - Evaluación emocional
  - Seguimiento de signos vitales y evolución clínica
- 11. Registro completo en historia clínica con firma del profesional tratante

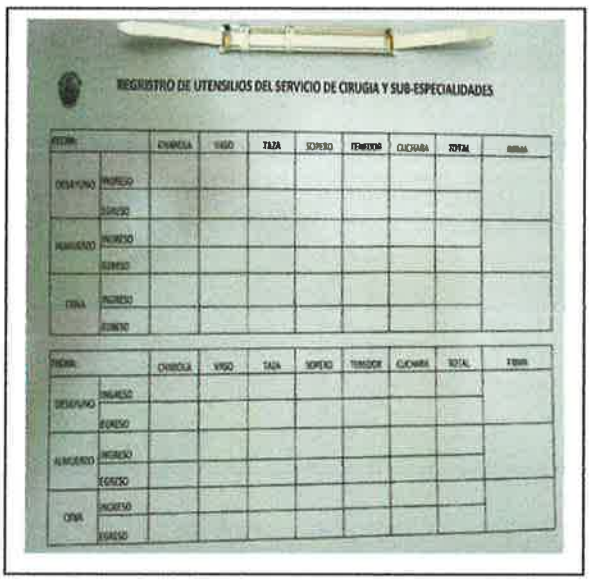


VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 DISPOSICIONES PREVENTIVAS

6.1.1. Evaluación por parte del personal de salud que brinda la atención

- El profesional de la salud que atienda al paciente durante su valoración al ingreso y de ha identificado el riesgo de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales, desinhibiciones maniacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio; realizara las evaluaciones correspondientes de acuerdo al protoc establecido en el Anexo 01, con la finalidad de tomar medidas preventivas, las cuale **deberán quedar registradas en la historia clínica** (hoja de recomendacione **terapéuticas**)
- El personal de salud brindará información clara al paciente referente a la consecuencias penales de las agresiones sexuales.
- El personal de salud brindará al paciente la información clara y oportuna referente a la prohibición de mantener relaciones sexuales, tocamientos indebidos y cualquier tipo de contacto sexual durante la hospitalización.
- Si el personal de salud sospecha o detecta conductas desinhibidas de agresión sexual contra un paciente, informará en el momento al resto del equipo, a su Jefe inmediato quien a la vez informará al Jefe del Departamento, quienes a su vez iniciarán las accione



REGISTRO DE UTENSILIOS DEL SERVICIO DE CIRUGIA Y SUB-ESPECIALIDADES

FECHA		CHUCHILLA	VASO	TAZA	SOPERO	TENEDOR	CUCHARA	TOTAL	FIRMA
DESAYUNO	INGRESO								
	EGRESO								
ALMUERZO	INGRESO								
	EGRESO								
CENA	INGRESO								
	EGRESO								

FECHA		CHUCHILLA	VASO	TAZA	SOPERO	TENEDOR	CUCHARA	TOTAL	FIRMA
DESAYUNO	INGRESO								
	EGRESO								
ALMUERZO	INGRESO								
	EGRESO								
CENA	INGRESO								
	EGRESO								

CONSENTIMIENTO O DESAUTORIZADO PARA LAS ACTIVIDADES DE DOCENCIA DURANTE LA ATENCIÓN DE SALUD

Estimado usuario(a):

Estas actividades docentes se realizarán respetando sus derechos establecidos en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, y su reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 027-2015-SA, sobre el cual aclaramos toda duda e inquietud que usted pueda tener al respecto. Tenga la plena seguridad que al amparo de la Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2013-JUS, resguardaremos, en todo momento su intimidad, confidencialidad de sus datos personales, información sobre su enfermedad, creencias, orientación sexual, religión, hábitos o costumbres culturales, en cumplimiento de las Leyes y Reglamentos en mención.

Considerando que el Reglamento de la Ley N° 29414, señala que toda persona tiene derecho a otorgar o negar su consentimiento de forma libre y voluntaria, para la exploración, tratamiento o exhibición de imágenes con fines docentes, luego de la información brindada, le solicitamos su **CONSENTIMIENTO** si así usted lo considera, para que los estudiantes de las ciencias de la salud participen en su atención. Su autorización contribuye a que en un futuro cercano, ya profesionales, ellos también puedan atender adecuadamente a otras personas.

Si posteriormente decidiera no continuar con la participación de alumnos, hable con su médico tratante para **REVOCAR** o **DESAUTORIZAR** en cualquier momento el consentimiento que usted brindó anteriormente. Cualquiera fuera su decisión, ésta no afectará la calidad de atención a la que usted tiene derecho.

EXPRESIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha 30 de Junio del 2025 Hora 10:50 Soles

Yo Jose Torres Muñoz con DNI N° 48743186 e Historia Clínica N° 48743186 declaro haber sido informado(a) de las actividades de docencia que se realizarán durante mi atención en el establecimiento de salud y resueltas todas mis inquietudes y preguntas al respecto, conozco de mis derechos y en forma voluntaria, en cumplimiento del artículo N° 119 del Decreto Supremo 013-2006-SA, Sí ( ) No ( ) doy mi consentimiento para que dos estudiantes (02) de las ciencias de la salud participen durante mi atención. Bajo la supervisión y observación del profesional de salud docente. Si se requiere la grabación de un video o audio o toma fotográfica u otro medio de registro y únicamente como parte de material de enseñanza o docencia, no seré identificado identificada (o).

Si consiento que sea grabado. Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )
NO consiento que sea grabado. Video ( ) Audio ( ) Toma fotográfica ( )

Firma o huella digital del paciente o representante legal
D.N.I. 48743186

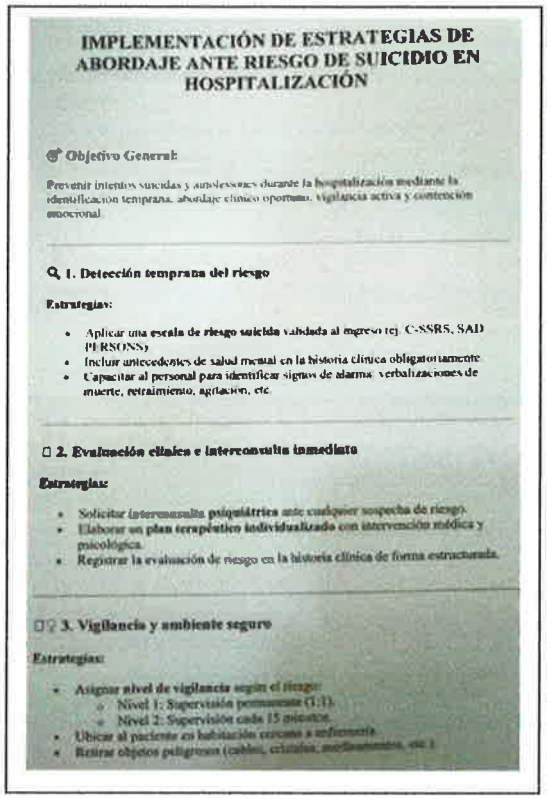
Firma y sello del profesional de la salud docente que informa y toma el consentimiento
D.N.I.

REVOCATORIA/ DESAUTORIZACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Fecha ... de ... del 201...

Firma o huella digital del paciente o representante legal
D.N.I.

Firma y sello del profesional de la salud que recibe la revocatoria
D.N.I.
Nota: Cualquier profesional de la salud



IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE ABORDAJE ANTE RIESGO DE SUICIDIO EN HOSPITALIZACIÓN

Objetivo General:

Prevenir intentos suicidas y autolesiones durante la hospitalización mediante la identificación temprana, abordaje clínico oportuno, vigilancia activa y contención emocional.

1. Detección temprana del riesgo

Estrategias:

- Aplicar una **escala de riesgo suicida** validada al ingreso (ej. C-SSRS, SAD PERSONS)
- Incluir antecedentes de salud mental en la historia clínica obligatoriamente
- Capacitar al personal para identificar signos de alarma: verbalizaciones de muerte, retraimiento, agitación, etc.

2. Evaluación clínica e interconsulta inmediata

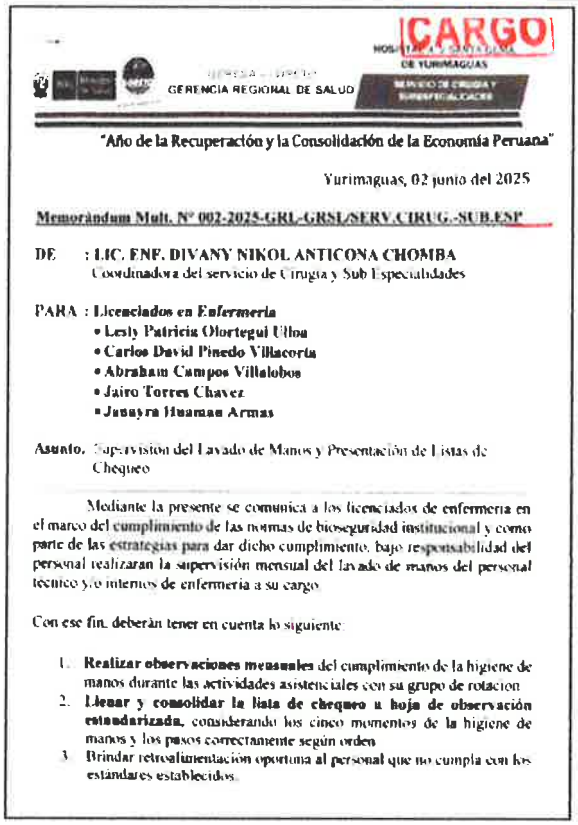
Estrategias:

- Solicitar **interconsulta psiquiátrica** ante cualquier sospecha de riesgo.
- Elaborar un **plan terapéutico individualizado** con intervención médica y psicológica.
- Registrar la evaluación de riesgo en la historia clínica de forma estructurada.

3. Vigilancia y ambiente seguro

Estrategias:

- **Asignar nivel de vigilancia** según el riesgo:
  - Nivel 1: Supervisión permanente (1:1).
  - Nivel 2: Supervisión cada 15 minutos.
- Ubicar al paciente en habitación cercana a enfermería.
- Retirar objetos peligrosos (cables, cuchillas, medicamentos, etc.)



CARGO

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

GERENCIA REGIONAL DE SALUD | SERVICIO DE CIRUGÍA Y SUBESPECIALIDADES

"Año de la Recuperación y la Consolidación de la Economía Peruana"

Yurimaguas, 02 junio del 2025

Memorándum Mult. N° 002-2025-GRL-GRSL/SERV.CIRUG.-SUB.ESP

DE : **LIC. ENF. DIVANY NIKOL ANTICONA CHOMBA**
Coordinadora del servicio de Cirugía y Sub Especialidades

PARA : **Licenciados en Enfermería**
- **Lesly Patricia Olortegui Ulloa**
- **Carlos David Pinedo Villacorta**
- **Abraham Campos Villalobos**
- **Jairo Torres Chavez**
- **Junayra Huaman Armas**

Asunto. Supervisión del Lavado de Manos y Presentación de Listas de Chequeo

Mediante la presente se comunica a los licenciados de enfermería en el marco del cumplimiento de las normas de bioseguridad institucional y como parte de las estrategias para dar dicho cumplimiento, bajo responsabilidad del personal realizaran la supervisión mensual del lavado de manos del personal técnico y/o internos de enfermería a su cargo.

Con ese fin, deberán tener en cuenta lo siguiente:

1. **Realizar observaciones mensuales** del cumplimiento de la higiene de manos durante las actividades asistenciales con su grupo de rotacion
2. **Llenar y consolidar la lista de chequeo u hoja de observación estandarizada**, considerando los cinco momentos de la higiene de manos y los pasos correctamente según orden
3. Brindar retroalimentación oportuna al personal que no cumpla con los estándares establecidos.

DE YURIMAGUAS

GERENCIA REGIONAL DE SALUD | SERVICIO DE CIRUGÍA Y SUBESPECIALIDADES

"Año de la Recuperación y la Consolidación de la Economía Peruana"

El cumplimiento de esta actividad será monitoreado como parte del sistema de mejora continua de la calidad y seguridad del paciente.

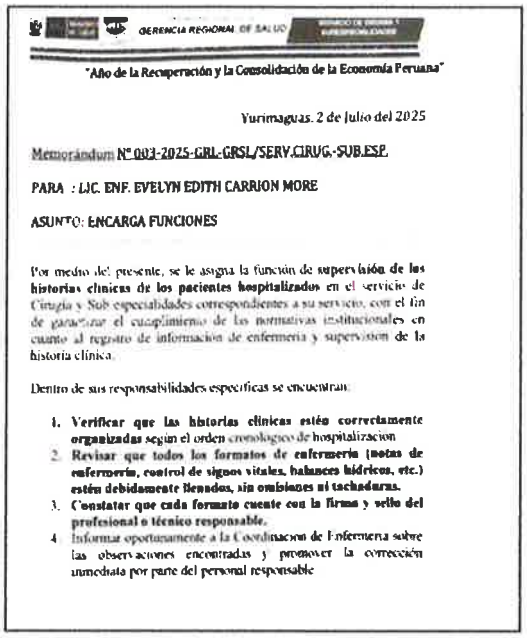
Agradecemos su compromiso y colaboración con esta medida fundamental para la seguridad en la atención de nuestros usuarios.

Quedando bajo su responsabilidad el cumplimiento de la misma.

Atentamente,

CARLOS DAVID PINEDO VILLACORTA
LIC. EN ENFERMERÍA
C.E.P. 81264

LIC. ENF. DIVANY NIKOL ANTICONA CHOMBA
C.E.P. 107913



GERENCIA REGIONAL DE SALUD

"Año de la Recuperación y la Consolidación de la Economía Peruana"

Yurimaguas, 2 de Julio del 2025

Memorándum N° 003-2025-GRL-GRSL/SERV.CIRUG.-SUB.ESP.

PARA : LIC. ENF. EVELYN EDITH CARRION MORE

ASUNTO: ENCARGA FUNCIONES

Por medio del presente, se le asigna la función de supervisión de las **historias clínicas de los pacientes hospitalizados** en el servicio de Cirugía y Sub especialidades correspondientes a su servicio, con el fin de garantizar el cumplimiento de las normativas institucionales en cuanto al registro de información de enfermería y supervisión de la historia clínica.

Dentro de sus responsabilidades específicas se encuentran:

1. **Verificar que las historias clínicas estén correctamente organizadas** según el orden cronológico de hospitalización
2. **Revisar que todos los formatos de enfermería (notas de enfermería, control de signos vitales, balances hídricos, etc.) estén debidamente llenados, sin omisiones ni tachaduras.**
3. **Constatar que cada formato cuente con la firma y sello del profesional o técnico responsable.**
4. Informar oportunamente a la Coordinación de Enfermería sobre las observaciones encontradas y promover la corrección inmediata por parte del personal responsable

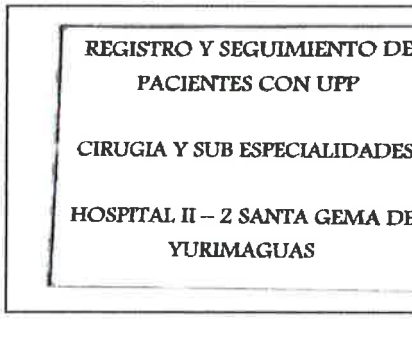
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

"Año de la Recuperación y la Consolidación de la Economía Peruana"

Estas acciones deberán realizarse de forma continua y reportarse de manera semanal o ante requerimiento, como parte del aseguramiento de la calidad de la atención y del cumplimiento de las normativas legales y administrativas vigentes.

Sin otro particular, agradeciendo su compromiso con la mejora continua en la atención de nuestros pacientes, quedo atenta a sus acciones por el bien de nuestra institución y servicio.

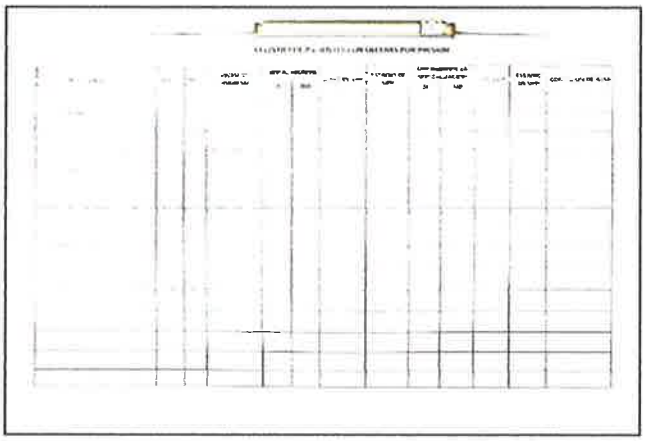
Atentamente,

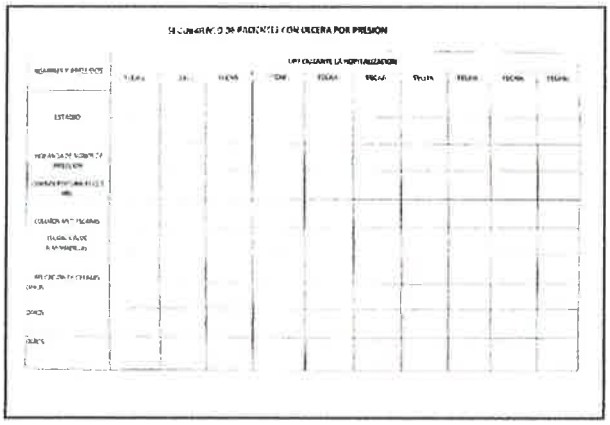


REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON UPP

CIRUGIA Y SUB ESPECIALIDADES

HOSPITAL II – 2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS





14

HOJA DE MONITOREO CUMPLIMIENTO DE ACCIONES

MONITOREO UCI NEONATOLOGÍA (24/01/2025)

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN SI	IMPLEMENTACIÓN NO
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1:10	Realizar inspecciones periódicas a todo el personal para asegurar el cumplimiento de la higiene de manos por paciente	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025	14/03/2025	✓	
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)	Capacitar al personal en la tecnica adecuada del lavado de manos y verificar el cumplimiento correcto de los 11 pasos	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	5/02/2025	14/03/2025	✓	
70	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Realizar el monitoreo y supervision permanente de la adherencia a la Higiene de manos durante los 5 momentos, utilizando la lista de verificación de cumplimiento, y realizar retroalimentacion inmediata.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025	14/03/2025	✓	
70	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfeccion de manos (pasos y tiempo).	Reforzar mediante capacitacion, la correcta desinfeccion de manos, implementar recordatorios visuales en areas clave y realizar evaluaciones periodicas y retroalimentación individual.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025	14/03/2025	✓	
20	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos medicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad	Implementación de un botiquin de emergencia con stock limitado y registro de control diario de dichos medicamentos por parte de farmacia y enfermeria.	MEDICO JEFE DEL SERVICIO Y COORDINADORA DE ENFERMERIA	5/02/2025	10/03/2025	✓	
20	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identficacion y los datos registrados son correctos y completos	Capacitar al personal en la correcta identificación del paciente e implementar doble verificación en la colocación del brazalete.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025	10/03/2025	✓	
20		Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Emitir memorando a todo el personal del servicio de neonatologia sobre el uso obligatorio del brazalete de identificación en la área de UTIN ante cualquier procedimiento a realizar.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025	14/02/2025	✓	
14	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Implementar y socializar el consentimiento informado sobre los procedimientos de enfermeria y vigilancia continua del cumplimiento.	COORDINADORA DE ENFERMERIA NEONATOLOGIA	10/02/2025	10/03/2025	✓	
12	HISTORIA CLINICA	Registro de la enfermedad actual.	Emitir memorando de cumplimiento al personal Medico del servicio de neonatologia sobre el llenado correcto de la historia clinica.	JEFE MEDICO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	10/02/2025	14/02/2025	✓	
6	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Regularizar el mantenimiento de equipos biomédicos en caso de incumplimiento. Verificar de manera mensual el cumplimiento del cronograma mediante la revisión de tarjetas de mantenimiento e informes del área de ingenieria biomédica.	JEFE MEDICO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA Y COORDINADORA DE ENFERMERIA	10/02/2025	10/03/2025	✓	

13

MONITOREO EMERGENCIA (21.02.2025)

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN SI	IMPLEMENTACIÓN NO
120	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad	Se emitirá un memorándum para garantizar el control y verificación de insumos y medicamentos del coche de paro, a fin de asegur su disponibilidad, vigencia y adecuado almacenamiento. Se designará responsables para supervisión y reposición inmediata de medicamentos faltantes y asi evitar su vencimiento.	Coordinador de Enfermeria	25/02/2025	8/03/2025	X	
105	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificacion y los datos registrados son correctos y completos	Se emitirá memorándum reiterando la obligatoriedad del uso del brazalete de identificación en cada paciente, enfatizando la importancia de registrar datos correctos y completos para una identificación segura. Se reforzará la supervisión para garantizar su cumplimiento	Jefe del Servicio y Coord. Enf	28/02/2025	8/03/2025	X	
105		Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento	Se emitirá un memorándum reiterando la obligatoriedad de verificar la identidad del paciente en e brazalete antes de realizar cualquier procedimiento. Se monitorizará su cumplimiento	Coordinador de Enfermeria	4/03/2025	8/03/2025	X	
63	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados	Se implementara el registro de control de medicamentos controlados mediante memorandum, asimismo, se asignará responsables por cada turno y se supervisará su cumplimiento	Coordinador de Enfermeria	4/03/2025	8/03/2025	X	
60	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones criticas según normatividad vigente	Se emitirá un memorándum para garantizar el control y verificación de insumos y medicamentos del coche de paro, asegurando la disponibilidad de los mismos. Se asignarán responsables para supervisión y reposición inmediata ante faltantes o vencimientos	Coordinador de Enfermeria	4/03/2025	8/03/2025	X	
60	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento del ratio lavamanos/ paciente-cama de al menos 1 10	Se realizará un taller sobre las buenas prácticas de la higiene manos, resaltando la importancia del cumplimiento de los estándares establecidos. Se abordará la relación lavamanos/paciente-cama (1 10), enfatizando el cumplimiento de los cinco momentos de la H. M. durante la atención del paciente, a fin de mejorar la adherencia en el personal	Jefe del Servicio y Coord. Enf	10/03/2025	20/03/2025		X
60	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificacion de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible	Se socializará con el personal del servicio la importancia de la identificación del riesgo de caidas del paciente, asegurando que esta información se registre de manera clara tanto en el brazalete del paciente como en un cartel visible en su unidad facilitando la identificación rápida del riesgo y la implementación de estrategias de prevención para reducir incidentes dentro del servicio	Coordinador de Enfermena	7/03/2025	8/03/2025	X	

12

56	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 un taller sobre la importancia del cumplimiento de la Higiene de manos durante los cinco Momentos para mejorar la adherencia	Jefe del Servicio y Coord Enf	10/03/2025	20/03/2025	X	
48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos	Se realizará el análisis y la notificación de la ocurrencia de los incidentes y eventos adversos, así mismo el plan de intervención según sea el caso, lo cual permitirá identificar riesgos y mejorar la calidad del servicio	Jefe del Servicio y Coord Enf	17/03/2025	20/03/2025	X	
48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	Se socializará con el personal la importancia del uso del formato de consentimiento informado para actividades de docencia, el cual debe formar parte de la historia clínica del paciente. Esta medida garantiza el respeto a los derechos del paciente, la transparencia en los procesos de enseñanza y el cumplimiento de la normativa vigente en la atención en salud	Jefe del Servicio y Coord Enf	14/03/2025	20/03/2025	X	
42	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos	Se emitirá un memorándum para garantizar el control y verificación de insumos y medicamentos del coche de paro. Esto asegurará su disponibilidad, vigencia y adecuado almacenamiento para emergencias críticas. Se asignaran responsables para supervisión y reposición inmediata ante faltantes o vencimientos	Jefe del Servicio y Coord Enf	14/03/2025	20/03/2025	X	
42	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)	Se realizará un taller sobre el cumplimiento de la Guía Técnica para la implementación del proceso de Higiene de Manos recalcando laimportancia de la correcta aplicación y cumplimiento de la misma, enfatizando el cumplimiento de los 8 pasos de la desinfección de manos (con alcohol gel)	Jefe del Servicio y Coord Enf	14/03/2025	20/03/2025	X	
42	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)	Se realizará un taller sobre el cumplimiento de la Guía Técnica para la implementación del proceso de Higiene de Manos recalcando laimportancia de la correcta aplicación y cumplimiento de la misma, enfatizando el cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (con jabón líquido)	Jefe del Servicio y Coord Enf	14/03/2025	20/03/2025	X	
42	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria	Se socializará con el personal de enfermería la importancia de la administración de la dosis unitaria, y su adecuada clasificación y almacenamiento, asegurando que cada paciente reciba su medicación de manera individualizada y segura en su unidad	Jefe del Servicio y Coord Enf	10/03/2025	20/03/2025	X	
36	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	Se implementará un registro de los accidentes laborales y su seguimiento respectivo. Se socializará con el personal y se monitorizará su cumplimiento	Jefe del Servicio y Coord Enf	10/03/2025	20/03/2025	X	

11

24	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe	Se socializará con el personal de enfermería la importancia de informar al paciente sobre los efectos secundarios que pueden ocurrir en la administración de medicamentos. Proceso que garantizará una atención más segura y centrada en el paciente, permitiéndole conocer las posibles reacciones adversas que pudiera presentar	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	6/03/2025	8/03/2025	X	
24	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Se informara a los pacientes y familiares, además de colocar avisos respecto a la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad (arma de fuego, cuchillos, tijeras, y ootros objetos punzo cortantes)	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	10/03/2025	20/03/2025	X	
24	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas (apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo)	Se emitirá un memorándum dirigido al personal medico y de enfermería del servicio, recordándoles la importancia del registro de las funciones biológicas en la historia clínica del paciente (apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y estado de ánimo) con el objetivo de mejorar la valoración detallada del paciente y garantizar el correcto diagnóstico y tratamiento del mismo	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	10/03/2025	20/03/2025	X	
18	SEGURIDAD EN LA UPSS	Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes	Se emitirá un memorándum en estricto cumplimiento del Reglamento Interno de Servicios (RIS), estableciendo la obligación del personal de permanecer en su área de trabajo asignada durante toda su jornada laboral	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	10/03/2025	20/03/2025	X	
18	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Revaloración diaria de pacientes ancianos, aquellos sometidos a polifarmacia, los drogodependientes y las personas con deficits neurológicos - cognitivos	Se emitira un memorándum al personal de salud para realizar la revaloración diaraia de pacientes ancianos sometidos polifarmacia y personas drogodependientes y con déficit neurológico y cognitivo, garantizando una adecuada atención de los mismos.	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	7/03/2025	8/03/2025		X
18	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser victimas o de cometer agresiones sexuales, desinhibiciones maniacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio	Se emitirá un memorándum al personal médico para reforzar el registro adecuado de la evaluación en la historia clínica desde el ingreso del paciente. Esto debe incluir la identificación de riesgos de ser víctima o cometer agresiones sexuales, considerando factores como desinhibición maniaca, trastornos de personalidad, aislamiento y poca aceptacion social	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	7/03/2025	8/03/2025	X	
12	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA	Información a los pacientes sobre los efectos secundarios de la medicación que pueden afectar la orientación y el sensorio	Se socializará con el personal de enfermería la importancia de informar al paciente sobre los efectos secundarios de los medicamentos que se le administrarán, que incluso pueden afectar la orientación y el sensorio, a fin de que pueda comunicar oportunamente si el caso se diera	Jefe del Servicio y Coord. Enf.	7/03/2025	8/03/2025	X	

10

12	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	Se coordinara con el área de Psicología para la entrega de stickers informativos sobre seguridad sexual, con el objetivo de colocarlos en diversas áreas del servicio de emergencia	Jefe del Servicio y Coord Enf	28/02/2025	8/03/2025	✓	
12	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización	El servicio de Emergencia cuenta con un protocolo de seguridad sexual que establece normativas para garantizar un entorno seguro y respetuoso. Se informará a los pacientes de forma permanente la prohibición de mantener RR SS. en los ambientes hospitalarios, incluso se colocará avisos en los ambientes (incluyendo servicios higiénicos)	Jefe del Servicio y Coord Enf	7/03/2025	8/03/2025	X	
12	PREVENCION Y REDUCCION DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Se emitirá un memorandum al personal de salud para reforzar el registro correcto de la evaluación inicial de riesgo de lesiones por presión a todo paciente que ingresa al servicio (observación) incando el registro obligatorio en la historia clínica	Jefe del Servicio y Coord Enf	14/03/2025	20/03/2025	X	
12		Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de ulceras por presion previas	Se emitirá un memorándum al personal de salud para realizar la valoración del estado de la piel a fin de detectar LPP en todo paciente que ingresa al servicio (observacion) indicando la obligatoriedad de documentar con precisión los hallazgos en la historia clínica	Jefe del Servicio y Coord Enf	14/03/2025	20/03/2025	X	
12	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La UPSS proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención a pacientes y/o familiares y el proceso para obtener atención	Se convocará a una reunión con PAUS y Vigilancia para solicitar apoyo en la difusión de los horarios de información médica a familiares. Se reforzará la importancia de una comunicación clara y comprensible	Jefe del Servicio y Coord Enf	18/03/2025	20/03/2025	X	
12	COMUNICACIÓN EFECTIVA	Los pacientes y las familias reciben información sobre cómo acceder a los servicios de la UPSS	Se coordinará con el personal de la PAUS y Vigilancia para solicitar apoyo en la difusión de la información respecto al flujo de atención en las diferentes áreas de atención, y los procesos para acceder a los mismos y mejorar la experiencia de los pacientes y familiares	Jefe del Servicio y Coord Enf	18/03/2025	20/03/2025	X	
12	COMUNICACIÓN EFECTIVA	La comunicación y la educación del paciente y de la familia se dan en un idioma comprensible y con palabras de comprensión común	Los pacientes y familiares son informados de manera clara y sencilla respecto a sus dudas e inquietudes, respetando la interculturalidad.	Jefe del Servicio y Coord Enf	7/03/2025	8/03/2025	X	
3	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital facilmente identificable	Se emitirá un informe dirigido a la Dirección para dar a conocer el desabastecimiento de ropa (bata) para pacientes, se solicitará reiterativamente la adquisición urgente de la misma, poniendo a responsabilidad del administrador el abastecimiento	Jefe del Servicio y Coord Enf	15/03/2025	20/03/2025	X	

09

MONITOREO DE ACCIONES CENTRO QUIRÚRGICO (21.03.2025)

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN SI	IMPLEMENTACIÓN NO
100	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	REALIZAR REFORZAMIENTO Y MONITOREO DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS A TODO EL PERSONAL DEL SERVICIO	COORDINADOR DE ENFERMERIA JEFATURA MEDICA	11/04/2025	15/05/2025		
84	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	SOLICITAL EL CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO DE EQUIPOS A LA UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA Y SE MONITORIZARA SU CUMPLIMIENTO	COORDINADOR DE ENFERMERIA JEFATURA MEDICA	11/04/2025	15/05/2025		
84	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 COPIA DEL PLAN DE MANTENIMIENTO A LA UNIDAD DE INGENIERIA HOSPITALARIA	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025	15/05/2025		
84	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados	IMPLEMENTAR UN REGISTRO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS EN COORDINACIÓN CON EL SERVICIO DE FARMACIA	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025	15/05/2025		
84	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	SUPERVISAR DE MANERA PERMANENTE EL CUMPLIMIENTO CORRECTO DE LOS PASOS DE LA DESINFECCIÓN DE LAS MANOS CON ALCOHOL GEL	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025	15/05/2025		
84	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)	REALIZAR EL MONITOREO Y SUPERVISIÓN DEL LAVADO DE MANOS	COORD ENFERMERIA - JEFE MEDICO	9/04/2025	15/05/2025		
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	COORDINAR CON LOS RESPONSABLES DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN PARA CUMPLIR CON COLOCASR EL BRAZALETE DE IDENTIFICACION DE TODO PACIENTE A SER INTERVENIDO QUIRURGICAMENTE	COORDINADOR DE ENFERMERIA JEFATURA MEDICA	11/04/2025	15/05/2025		
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	VERIFICAR LOS DATOS CORRECTOS DEL PACIENTE EN LOS BRAZALETES DE IDENTIFICACION	COORD ENFERMERIA JEFATURA MEDICA	9/04/2025	15/05/2025		
32		Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	REGISTRAR DATOS CORRECTOS DEL PACIENTE Y VERIFICAR EN EL BRAZALETE	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025	15/05/2025		
24	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro fisico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	IMPLEMENTAR UN REGISTRO DIGITAL DE LOS ACCIDENTES LABORALES	COORDINADOR DE ENFERMERIA	11/04/2025	15/05/2025		
12	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnosticos con codificación CIE-10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Se coordinara con las jefaturas medicas de cada servicio anexo al servicio de centro quirurgico para enfatizar la importancia de colocar el CIE-10 en la historia clinica.	JEFATURA MEDICA	11/04/2025	15/05/2025		

08

MONITOREO DE IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES - UPSS : CENTRO OBSTÉTRICO (21.04.2025)

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN SI	IMPLEMENTACIÓN NO
105	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones criticas según normatividad vigente.	Implementación de los medicamentos e insumos faltantes del coche de paro. Asimismo, asignar un personal para su monitoreo permanente	Jefatura del Servicio de Obstetras	2/05/2025	23/05/2025	✓	
84		Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad	Asignar un responsable para la verificación e identifcación de la fecha de caducidad de medicamentos	Jefatura del Servicio de Obstetras	2/05/2025	23/05/2025	✓	
56	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 la Unidad de Ing. Hospitalaria una copia del formato de registro donde se detalla el mantenimiento preventivo/recuperativo realizado a los equipos biomédicos	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	✓	
56	SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicaran las medidas medicas y legales que resulten oportunas	Conformación de un equipo de trabajo para la elaboracion de una guia de porcedimientos que deben ser aplicados ante la sospecha de relaciones seuxales consumadas	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	✓	
56	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Realizar supervisiones periodicas del lavado de manos a todos los profesionales del servicio	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	✓	
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar a la Unidad de Ing. Hospitalaria una copia del plan de mantenimiento preventivo de equipos biomedicos del presente año	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	✓	
42	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	Realizar una supervisión periódica para la verificación correcta y completa del nombre del paciente en todas las hojas de la H.Cl.	Jefatura de obstetras y Coordinadora de PP Materno	2/05/2025	23/05/2025	✓	
42	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro fisico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Implementar un cuaderno para el registro y notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	✓	

07

32	PREVENCION DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente	Conformar un equipo de trabajo para la elaboración de la guia de procedimientos en caso de fuga de pacientes	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025		✓
30	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Emitir memorándum a todo el personal médico indicando el cumplimiento del registro de diagnósticos con letra legible incluyendo su codificacion con CIE 10	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	✓	
28	SEGURIDAD EN LA UPSS	En Centro Obstetrico se evidencia que cuenta con Ecógrafo operativo.	Elaborar un documento solicitando la adquisicion de un nuevo ecógrafo	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	✓	
24	PREV DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujecion mecanica	Conformar un equipo de trabajo para la elaboración de una guia o protocolo que establezca los diversos mecanismos de sujecion mecanica	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025		✓
24	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepcion de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización	Socializar a todo el personal que dentro del paquete de información que se le brinda al paciente y/o familar se incluya la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante su estadia en el servicio	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	✓	
16	PREV DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA	Valoración del riesgo de caida de todo paciente que se hospitaliza	Socializar con el personal médico sobre el registro en la HCI de la valoración del riesgo de caida de pacientes	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	✓	
16	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos operativos según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Solicitar mediante documento el requerimiento de equipos biomedicos que se necesitan en el Servicio de Centro Obstétrico	Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecologia	2/05/2025	23/05/2025	✓	

06

MONITOREO DE IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES - UPSS : UCI ADULTO (16.05.2025)

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN	
							SI	NO
42	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad	Solicitar la asignación de un químico farmacéutico responsable en la UCI, quien supervisará el manejo, almacenamiento y reposición de medicamentos, en coordinación con el Servicio de Farmacia	Jefe del Servicio	29/05/2025	16/06/2025	X	
24	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE 10 o DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Emitir un memorando recordatorio que reitere la importancia del registro adecuado de los diagnósticos utilizando la codificación CIE 10 en cada historia clínica	Jefe del Servicio	29/05/2025	16/06/2025	X	
8	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación	Se propone implementar un control de stock en la UCI con formatos para registrar ingreso y salida de medicamentos. Permitirá monitorear existencias, vencimientos y uso Busca garantizar la seguridad del paciente y minimizar errores y sobre estock	Jefe del Servicio	29/05/2025	16/06/2025	X	

05

MONITOREO DE IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES - UPSS : CIRUGÍA (20.06.2025)

BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO	MONITOREO	IMPLEMENTACIÓN	
						SI	NO
HIGIENE DE MANOS	Disponibilidad de papel toalla en todos los lavamanos.	Mantener la disponibilidad de papel toalla en los ambientes destinados para el lavado de manos.	Coordinadora de Enfermería del servicio	20/06/2025	30/06/2025	√	
PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas	Se incluirá dentro del protocolo de prevención del suicidio lo relacionado a la ubicación del paciente en habitaciones vigiladas, supervisión ajustada al nivel de riesgo y el acompañamiento obligatorio si el paciente aún tiene riesgo activo.	Coordinadora de Enfermería del servicio	30/06/2025	1/07/2025	√	
SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo	Solicitar mediante documento (Oficio) a la Unidad de Mantenimiento, la revisión y/o reparación del sistema de llamado (timbres) de Enfermería.	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio	25/06/2025	30/06/2025	√	
HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Socializar con el personal médico, la importancia del correcto llenado de la historia clínica, la cual incluye la codificación CIE-10 de los diagnósticos.	Jefe del Servicio	30/06/2025	7/07/2025		√
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Profesional encargado del cuidado de los pacientes verifica los 5 correctos para la administración correcta de medicamentos	Reforzar al personal de Enfermería sobre el cumplimiento de los 5 correctos en la administración de medicamentos	Coordinadora de Enfermería del servicio	1/07/2025	7/07/2025	√	
PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	La entrega como la retirada de las comidas, el personal responsable procederán al recuento de las piezas de vajilla y cubiertos. Si se detecta la desaparición de alguna de ellas, se procederá al registro.	Vigilar de forma permanente, que el personal de Nutrición haga el conteo de los utensilios brindados en los horarios de la alimentación de los pacientes.	Coordinadora de Enfermería del servicio	21/06/2025	30/06/2025	√	
PREVENCIÓN DEL SUICIDO 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.	Socializar y recordar al personal médico, la importancia de la valorización de riesgo de suicidio en todo paciente que se hospitaliza	Coordinadora de Enfermería del servicio	26/06/2025	30/06/2025	√	
SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Informar a los pacientes sobre la prohibición de mantener relaciones sexuales en los servicios hospitalarios.	Coordinadora de Enfermería del servicio	20/06/2025	30/06/2025	√	
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS 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	Incluir en el Protocolo de UPP, aspectos sobre el seguimiento de los pacientes con lesiones por presión.	Coordinadora de Enfermería del servicio	27/06/2025	30/06/2025	√	

04

SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser victimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maniacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio	Informar al personal médico la obligatoriedad de realizar la valorización de antecedentes psicosociales (desinhibiciones maniacas, transtornos de la personalidad y otros) y registrar en la historia clinica, a fin de descartar en el paciente el riesgo de cometer o ser victima de agresiones sexuales	Coordinadora de Enfermeria y Jefe del servicio	10/07/2025	11/07/2025		√
PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias especificas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento especificos)	Incluir dentro del Protocolo de prevención de suicidio, la evaluación, monitorización y tratamiento especifico en relación a riesgo de suicidio en todo paciente que se hospitaliza	Jefe del Servicio	15/07/2025	26/07/2025		√
COMUNICACIÓN EFECTIVA	El resumen de la información del traslado de un paciente incluye• el motivo de admisión, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, todos los procedimientos realizados, todos los medicamentos y demás tratamientos administrados, el estado del paciente al momento de la transferencia	Socializar con el personal, sobre el correcto llenado del traslado del paciente al momento de la transferencia (motivo de admisión, hallazgos relevantes, diagnósticos, procedimientos realizados, procedimientos realizados, medicamentos y demas tratamientos administrados)	Jefe del Servicio	10/07/2025	11/07/2025		√
SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Implementar el plan de intervencion sobre la informacion de los incidentes y eventos adversos	Coordinadora de Enfermeria del servicio	27/06/2025	30/06/2025	√	
SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	Implementar el actual formato de consentimiento informado para las actividades de Docencia en todo paciente del servicio	Coordinadora de Enfermeria del servicio	21/06/2025	30/06/2025	√	
IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible	Incluir en el brazalete del paciente la identificacion de riesgo de caidas	Coordinadora de Enfermena del servicio	21/06/2025	30/06/2025	√	
SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	El servicio cuenta con afiches informativos referente a las consecuencias de las agresiones sexuales	Coordinadora de Enfermeria del servicio	23/06/2025	30/06/2025	√	
PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecanica	Implementar el protocolo de sujecion mecánica (población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, responsables de la indicación y dupervisión)	Coordinadora de Enfermeria del servicio	22/06/2025	30/06/2025		√
SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Implementar el Protocolo de atención en caso de relaciones sexuales consumadas en el servicio hospitalario y el flujo de atención a seguir.	Coordinadora de Enfermeria del servicio	22/06/2025	30/06/2025		√

03

PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	Los pacientes y los familiares deben ser informados de la prohibición de introducir en el servicio elementos que puedan suponer un riesgo de auto o heteroagresividad.	Mediante oficio se recuerda al personal de vigilancia, que deben vigilar que los familiares o pacientes, no hagan ingresar objetos peligrosos; del mismo modo el personal de salud deberá hacer de conocimiento a los pacientes y familiares de estas prohibiciones.	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio	25/06/2025	30/06/2025	✓	
COMUNICACIÓN EFECTIVA	Las historias clínicas están actualizadas para asegurar la comunicación de la información más reciente.	Socializar al personal de salud, sobre el cumplimiento del llenado correcto de las historias clínicas (Norma Técnica Gestión de la Historia Clínica)	Jefe del Servicio	26/06/2025	30/06/2025	✓	
HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)	Realizar la socializacion de las practicas correctas del cumplimiento de la higiene de manos con alcohol gel, y monitorizar su cumplimiento	Coordinadora de Enfermería del servicio	26/06/2025	30/06/2025	✓	
HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 11 pasos del lavado de manos (pasos y tiempo)'	Realizar la socializacion de las practicas correctas del cumplimiento del lavado de manos con agua y jabón, y monitorizar su cumplimiento	Coordinadora de Enfermería del servicio	26/06/2025	30/06/2025	✓	
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.	Supervisar de forma permanente al personal del servicio, respecto del cumplimiento de la Higiene de Manos durante los 5 momentos (antes y después de un procedimiento y/o acción)	Coordinadora de Enfermería del servicio	26/06/2025	30/06/2025	✓	
PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Mediante oficio se hace recordar al personal de vigilancia, que deben realizar el control de las pertenencias de los familiares y pacientes para evitar el uso inadecuado de objetos peligrosos	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio	25/06/2025	30/06/2025	✓	
SEGURIDAD EN LA UPSS	Barandas de las camas funcionan y están levantadas para proteger al paciente	Socializar con el personal de salud, que las barandas de las camas deben mantenerse levantadas, a fin de mantener la seguridad del paciente ante el riesgo de caídas	Coordinadora de Enfermería del servicio	23/06/2025	30/06/2025	✓	
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)	Mediante oficio se solicita a la Unidad de Ingeniería hospitalaria, el plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los equipos biomedicos	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio	25/06/2025	30/06/2025	✓	
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.	Mediante oficio se solicita a la Unidad de Ingeniería hospitalaria, el cumplimiento del plan Anual de Mantenimiento Preventivo de los equipos biomedicos	Coordinadora de Enfermería y Jefe del servicio	25/06/2025	30/06/2025	✓	

FOTOS EQUIPO DE LAS RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - I SEMESTRE 2025

1.1. VISITA A LA UPSS UCI NEONATOLOGÍA (24/01/2025)

1.2. VISITA A LA UPSS EMERGENCIA (21/02/2025)

1.3. VISITA A LA UPSS CENTRO QUIRÚRGICO (21/03/2025)

1.4. VISITA A LA UPSS CENTRO OBSTÉTRICO (21/04/2025)

1.5. VISITA A LA UPSS UCI ADULTO (16/05/2025)

1.6. VISITA A LA UPSS CIRUGÍA (20/06/2025)