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 2025"

II SEMESTRE

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 / DICIEMBRE 2025

"INFORME TÉCNICO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – II SEMESTRE AÑO 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 segundo semestre del presente año 2025, ha cumplido con la ejecución de 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 las seis (06) Rondas de Seguridad, teniendo como prioridad visitar los servicios críticos: 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 segundo 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, además del servicio de Gíneco Obstetricia.

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
Jefe de la Unidad de Epidemiología / Salud Ambiental	Lic. Enf. Gretty Fiorella Torres Tello
Jefe del Servicio de Enfermería	Lic. Enf. Bonnie Von Bancels Angulo
Jefe del Servicio de Farmacia	Q.F. Yoly Pinedo Pinedo
Jefe del Servicio de Medicina	M.C. José Luis 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

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, 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 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.

Registrese 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: 21464

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.

"Ano de la Recuperacion y Consolidacion de la Economia Peruana"

Nº 008 - 2025-GRL-GRSL/30.37.03.01

RESOLUCION DIRECTORAL

Yurimaguas, 07 de enero del 2025

Visto el Expediente Nº 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 Unidad 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 Nº 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 Nº 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 Nº 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 Nº 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 Nº 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 15º del Decreto Legislativo Nº 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 aprobación mediante acto resolutivo;

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 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;

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. 74795 RNE

PERU 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

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

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

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
LIC. ENF. BONNIE VON RANCELS ANGULO
CEP: 34963 - RNE: 20021
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 – SEGUNDO SEMESTRE 2025

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

1. UCI Neonatología (17.07.2025)
2. Centro Quirúrgico (15.08.2025)
3. Emergencia (19.09.2025)
4. Centro Obstétrico (17.10.2025)
5. Gíneco Obstetricia (14.11.2025)
6. UCI Adulto (05.12.2025)

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

Fecha	UPSS visitada	Porcentaje de cumplimiento	Valoración de Riesgo
17/07/2025	Uci Neonatología	94%	Moderado
15/08/2025	Centro Quirúrgico	77%	Importante
19/09/2025	Emergencia	72%	Importante
17/10/2025	Centro Obstétrico	72%	Importante
14/11/2025	Gineco Obstetricia	70%	Importante
5/12/2025	UCI Adulto	95%	Bajo
TOTAL		**80%**	**Moderado**

ANÁLISIS:

- ➢ En el segundo Semestre del año 2025, fueron evaluados las siguientes UPSS: UCI Neonatología, Centro Quirúrgico; Emergencia, Centro Obstétrico, Gineco Obstetricia y UCI Adulto.
- ➢ Observamos que el promedio global de cumplimiento de las buenas prácticas fue de **80%**, lo cual califica dentro de **riesgo Moderado**.
- ➢ Observamos que el 67% de UPSS evaluadas, se encuentran dentro de Riesgo Importante.
- ➢ Las UPSS de Gineco Obstetricia, Emergencia y Centro Obstétrico, 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 95%, lo que lo cual lo califica como Riesgo Bajo.

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

Mes	Fecha	UPSS visitada	Porcentaje de cumplimiento
Julio	17/07/2025	Uci Neonatologia	100%
Agosto	15/08/2025	Centro Quirúrgico	100%
Setiembre	19/09/2025	Emergencia	93%
Octubre	17/10/2025	Centro Obstétrico	52%
Noviembre	14/11/2025	Gíneco Obstetricia	55%
Diciembre	5/12/2025	UCI Adulto	100%
TOTAL			83.3%

- El promedio de cumplimiento de la implementación de las Acciones de Mejora en el segundo semestre del presente año 2025, fue de **83.3%.**
- Los servicios de UCI Neonatología, Centro Quirúrgico y UCI Adulto implementaron el 100% de sus acciones de mejora.
- Las UPSS Centro Obstétrico y Gíneco Obstetricia, tienen el menor porcentaje implementaron de las acciones de mejora, 55% y 52% respectivamente.
- 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 EN EL II SEMESTRE 2025

1. **UPSS UCI NEONATOLOGÍA:** Implementó el **100%** de las acciones de mejora.
2. **UPSS CENTRO QUIRÚRGICO:** Iimplementó el **100%** de sus acciones de mejora.
3. **UPSS EMERGENCIA:** Implementó el **93%** de sus acciones de mejora, quedando por implementar dos acciones de mejora.

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
12	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Se difundirá en un cartel (en el periódico mural), sobre las consecuencias penales de las agresiones sexuales (Ley N° 30364), y se informará al respecto, a los pacientes, familiares y personal de salud.	16/10/2025	20/10/2025	NO
12	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Se comunicará al personal responsable de la recepción de pacientes que deberán cumplir y hacer cumplir lo establecido en el Protocolo de Recepción del Paciente, el cual dispone la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	16/10/2025	20/10/2025	NO

4. **UPSS CENTRO OBSTÉTRICO:** Implementó el **52%** de sus acciones de mejora, quedando por implementar diez (10) acciones de mejora, que están en proceso de implementación.

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO
48	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Realizar una reunión de sensibilización con todo el personal sobre el respeto de las áreas rígidas y semirrígidas de las UPSS	15/11/2025	20/11/2025	NO
32	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Socializar con todo el personal el registro del riesgo de ca	15/11/2025	20/11/2025	NO
24	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.	Socializar a todo el personal del servicio la incoporación del item en el desarrollo de la historia clinica.	15/11/2025	20/11/2025	NO
24	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Se socializará con el personal la obligatoriedad de realizar la valoración del riesgo de caída a todo paciente que ingresa a hospitalización, debiendo registrarla en la historia clínica	15/11/2025	20/11/2025	NO
24	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirrígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Se realizará la señalización de las zonas rígidas y semirrígidas del Centro Obstétrico	30/10/2025	5/11/2025	NO
18	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Se socializará con el personal médico la importancia de incluir en la hoja de recomendaciones, en caso se identifique riesgo de fuga del paciente, la activación oportuna de las medidas de supervisión correspondientes	15/11/2025	20/11/2025	NO
18	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Se socializará con el personal la ejecución de la valoración del riesgo potencial de fuga en todos los pacientes y se adicionará dicho item en el kardex de obstetricia.	15/11/2025	20/11/2025	NO
16	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Se socializará con el personal que deben informar al paciente y/o familiar responsable sobre la prohibición de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización	15/11/2025	20/11/2025	NO
16	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 Ingeniería Hospitalaria una copia del plan de mantenimiento de todos los equipos biomedicos	30/10/2025	5/11/2025	NO
16		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 Ingeniería Hospitalaria la ejecución del plan de mantenimiento de todos los equipos biomedicos	30/10/2025	5/11/2025	NO

5. **UPSS GÍNECO OBSTETRICIA:** Implementó el **55%** de sus acciones de mejora, quedando en proceso de implementación trece (13) acciones de mejora.

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO
36	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Actualización del kárdex de obstetricia con el ítem para la valoracion y reevaluación del riesgo de úlceras por presión	20/11/2025	28/11/2025	NO
36		Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Convocar a reunión con el personal para la elaboración del protocolo para la prevención y control de úlceras por presion	28/11/2025	5/12/2025	NO
18		Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Socializar con el personal la responsabilidad de educar al paciente y a su familia sobre la prevención y el cuidado de las úlceras por presión	25/11/2025	28/11/2025	NO
18		Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Socializar con el personal la obligatoriedad del registro en la hi	25/11/2025	28/11/2025	NO
18		Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión al ingreso del paciente y registrarlo en la historia en la historia clínica	25/11/2025	28/11/2025	NO
12	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Coordinar con el área de Ingeniería Hospitalaria la ejecución priorizada del mantenimiento pendiente	17/11/2025	28/11/2025	NO
12	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Elaborar y/o actualizar material informativo (afiches, paneles informativos) con lenguaje claro y accesible sobre las consecuencias penales de las agresiones sexuales	30/11/2025	5/12/2025	NO
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Consolidar y revisar semanalmente la información de incidentes y eventos adversos notificados por servicio	30/11/2025	5/12/2025	NO
12	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	Socializar al personal asistencial la guía de curación de úlceras por presión según estadios y su correcta aplicación.	5/12/2025	10/12/2025	NO
12	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la evaluación del riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados considerando antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, conductas violentas o autolesivas, intentos suicidas previos y conductas suicidas en el entorno cercano, con registro obligatorio en la historia clínica.	5/12/2025	10/12/2025	NO
12	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.	Elaborar y/o actualizar material informativo visible (afiches, paneles) sobre los objetos prohibidos y los riesgos asociados. Asimismo, informar verbalmente al paciente y/o familiar al ingreso al servicio sobre la prohibición de introducir objetos prohibidos, dejando constancia en la historia clínica	30/11/2025	5/12/2025	NO
12	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de identificar y señalizar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados.	5/12/2025	10/12/2025	NO
8	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 Ingeniería Hospitalaria el Plan Anual de Mantenimiento preventivo de todos los equipos del Servicio de Gineco-Obstetricia	21/11/2025	28/11/2025	NO

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

VII. CONCLUSIONES

- Las Rondas de Seguridad del Paciente del II semestre 2025, se realizaron según lo programado en el Cronograma anual, y se priorizaron los servicios críticos, se realizó una ronda por mes.
- Las UPSS evaluadas en este segundo semestre año 2025 fueron: UCI Neonatología, Centro Quirúrgico, Emergencia, Centro Obstétrico, Gíneco Obstetricia y UCI Adulto.
- 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 80%.
- Los servicios con mejor cumplimiento de buenas prácticas fueron: UCI Adulto (95%) y UCI Neonatología (94%, seguido de Centro Quirúrgico con 77%.).
- El promedio general de las acciones de mejora implementadas fue de 83.3%.
- El 67% de los servicios evaluados se encuentran en Riesgo Importante.
- Las UPSS UCI Adulto, Centro Quirúrgico y UCI Neonatología implementaron el 100% de sus acciones de mejora.
- Las UPSS Centro Obstétrico y Gíneco Obstetricia, fueron los que tuvieron menor porcentaje de implementación de las acciones de mejora.
- En las acciones de mejora, se priorizaron acciones orientadas a mejorar la adherencia a la higiene de manos en los 5 momentos, y prevención de las IAAS.

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 jefaturas de las UPSS visitadas, 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.

Atentamente;

IX. ANEXOS

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

1.1. UPSS UCI NEONATOLOGÍA (18/07/2025)

RESULTADOS DE EVALUACION

		TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		18/07/2025	(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 ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ALGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JOHANA BARRÍA RAMIREZ		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	63%
PREVENCION DE CAIDAS Y CONTENCION MECANICA	100%
SEGURIDAD SEXUAL	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	78%
PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	88%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
PROMEDIO	94%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSGY
CMP: 27715 - RNE: 024093

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD N° 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 62356 - RNE: 027683
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
DRA. ROSA AMELIA HUARSAYA H...
CMP: 24962 - RNE: 1...
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRU...

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. JOSE L... CALLEGUAS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 70111 - RNE: 43141

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
LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DAVILA
CEP: 24250 / REE EPIDEMIOLOGIA: 027470
JEFE UNIDAD GESTION CALIDAD

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

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

VICTOR HUGO LOCK GOVEA
CMP : 25371
SOCIEDAD DE CIRUJANOS GENERALES DEL PERU CGP
SOCIEDAD PERUANA DE ECOGRAFIA SPECO - REG. 042
ESP. MEDICINA INTEGRAL Y GESTION EN SALUD
ESP. CIRUGIA GENERAL - RNE. 15219
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO

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

1.2. UPSS CENTRO QUIRÚRGICO (15/08/2025)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		15/08/2025	(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 REATEGUI DAVILA DE FLORES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. ANGELA C. ARMAS CABALLERO (COORD. ENF.		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	90%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	60%
PREVENCION DE CAIDAS Y CONTENCION MECANICA	67%
SEGURIDAD SEXUAL	0%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	86%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	40%
PROMEDIO	77%

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MC. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSGY
CMP: 27748 - RNE: 024093

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 62584 - RNE: 027583
JEFE DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

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

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

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
M.C. JOSE LUIS CALLE JESUS
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GSP ESPECIALIDADES
CMP: 7021 - RNE: 4249

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

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: 77165 - RNE: 48799

VICTOR HUGO LOCK GOVEA
CMP: 25371
SOCIEDAD DE CIRUJANOS GENERALES DEL PERU SCGP
SOCIEDAD PERUANA DE COLOPROCTOLOGIA COPECO - REG. 042
ESP. MEDICINA INTEGRAL Y GESTION EN SALUD
ESP. CIRUGIA GENERAL - RNE: 13218
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
DR. ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
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: 60288 RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

1.3. UPSS EMERGENCIA (19/09/2025)

RESULTADOS DE EVALUACION

		TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		19/09/2025	(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.OFICJUNIDAD 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	84%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	79%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	57%
PREVENCIÓN DE FUGA	33%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	80%
PREVENCION DE CAIDAS Y CONTENCION MECANICA	50%
SEGURIDAD SEXUAL	40%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	100%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	43%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	100%
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: 27714 - RNE: 024893

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD Nº 08585
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 52366 - RNE: 027563
JEFE DE EPIDEMIOLOGIA Y SALUD AMBIENTAL

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
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
LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DAVILA
CEP: 24290 / REE EPIDEMIOLOGIA: 027470
JEFE UNIDAD GESTION CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. [illegible] DE JESUS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUBESPECIALIDADES
CMP: [illegible] - RNE: 47156

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

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

VICTOR HUGO LOCK GOVEA
CMP : 25271
SOCIEDAD DE CIRUGANOS GENERALES DEL PERU SCGP
SOCIEDAD PERUANA DE ECOGRAFIA SOMECO - REG. NAC.
ESP: MEDICINA INTERNA Y GESTION EN SALUD
ESP: CIRUGIA GENERAL - RNE: 15219
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO

ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 56043 - 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: 50289 RNE: 44879
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS

1.4. UPS CENTRO OBSTÉTRICO (17/10/2025)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		17/10/2025	(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.OFICINA/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	79%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	50%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	56%
PREVENCION DE CAIDAS Y CONTENCION MECANICA	67%
SEGURIDAD SEXUAL	50%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	86%
BIOSEGURIDAD	67%
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: 27714 RNE: 027493

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL 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
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: [illegible] - RNE: 027583
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
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
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
M.C. [illegible]
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: [illegible]

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

VICTOR HUGO LOCIC GOVEA
CMP: 25271
SOCIEDAD DE CIRUJANOS GENERALES DEL PERU C.M.P.
SOCIEDAD PERUANA DE COLOPROCTOLOGIA - REG. 015
ESP. MEDICINA INTERNA Y GESTION EN SALUD
CIRUGIA GENERAL - RNE: 18219
GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

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: 77316 - RNE: 48738

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
Dr. JOSE LUIS MILLONES VASQUEZ
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 50289 RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

1.5. UPSS GINECO OBSTETRICIA (14/11/2025)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		14/11/2025	(dd/mm/aaaa)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	OBST. VICENTE VALENTIN MARIANO		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	71%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	71%
PREVENCIÓN DE FUGA	97%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCION DE CAIDAS Y CONTENCION MECANICA	90%
SEGURIDAD SEXUAL	40%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	0%
PREVENCIÓN DEL SUICIDO Y LESIONES	71%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	75%
BIOSEGURIDAD	75%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	70%

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: 024093

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD N° 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 33358 - RNE: 027683
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.R. N° 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

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
M.C. JOSE LUIS CALLE JESUS
JEFE DEL SERVICIO DE [illegible] Y SUB ESPECIALIDADES

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
GUILLERMO OMAR ROLDAN AGUILAR
MEDICO ANESTESIOLOGO
JEFATURA ANESTESIOLOGIA CENTRO QUIRURGICO Y CEyE
CMP: 77166 - RNE: 46799

VICTOR HUGO LOCK GOVEA
CMP : 25371
SOCIEDAD DE CIRUJANOS GENERALES DEL PERÚ SCGP
SOCIEDAD PERUANA DE ECOGRAFIA SOPECO - REG. 042
ESP. CIRUGIA GENERAL - RNE: 15219

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

1.6. UPSS UCI ADULTO (05/12/2025)

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		5/12/2025	(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 CÓRDOVA (COORD. ENF.)		

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO
DIRECTOR EJECUTIVO HSGY
CMP: 27718 - RNE: 024693

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Lic. Adm. DARWIL PINEDO TORRES
CLAD N° 08595
DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
MG. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO
CEP: 52336 - RNE: 027503
JEFE DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD AMBIENTAL

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

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Q.F. YOLLY PINEDO PINEDO
C.Q.F.P. N° 18202
JEFE DE SERVICIO DE FARMACIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
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
M.C. JOSE LUIS SALAS JESUS
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SUB ESPECIALIDADES
CMP: 27021 - RNE: 43481

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

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

VICTOR HUGO LOCK GOVEA
CMP - 25371
SOCIEDAD DE CIRUJANOS DEL PERU SCCP
SOCIEDAD PERUANA DE ENDOCRINOLOGIA SPEC
SOCIEDAD PERUANA DE MEDICINA INTERNA Y GESTION EN SALUD
ESP. MEDICINA INTERNAL Y GESTION EN SALUD - RNE: 15219
ESP. CIRUGIA GENERAL - RNE: 15218
ESP. CIRUGIA GENERAL DE LORETO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 76049 - RNE: 30276
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

GOBIERNO REGIONAL DE LORETO GERENCIA REGIONAL DE SALUD LORETO HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
Dr. JOSÉ LUIS MILLONES VÁSQUEZ
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 50289 RNE: 44870
JEFE DEL SERVICIO DE CUIDADOS CRÍTICOS

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

2.1. UPSS UCI NEONATOLOGÍA (18/07/2025)

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		18/07/2025	(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 ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ALGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. JOHANA BARRÍA RAMIREZ		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
40	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	SE COORDINARÁ CON EL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CARE BUNDLE	COORDINADORA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	25/07/2025
32	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	IMPLEMENTAR EN EL KARDEX EL REGISTRO DE LA EVOLUCIÓN Y LOS CAMBIOS POSTURALES DE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.	COORDINADORA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	25/07/2025
24		Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	SE ADOPTARÁ UNA GUÍA DE CURACIÓN DE LPP TENIENDO COMO REFERENCIA LA GUÍA DE UN HOSPITAL NACIONAL.	COORDINADORA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	18/08/2025
24	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	SE REALIZARÁ LA SEMAFORIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.	COOD. SERV. DE NEONATOLOGIA/ QUÍMICO FARMACEÚTICO	25/07/2025
12	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	SE IMPLEMENTARÁ FICHA DE REGISTRO DE CONTROL DE MEDICAMENTOS.	COOD. SERV. DE NEONATOLOGIA/ QUÍMICO FARMACEÚTICO	22/07/2025
12	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	SE CLASIFICARÁN LOS MEDICAMETOS POR CADA PACIENTE POR NOMBRE Y DOSIS UNITARIA.	COOD. SERV. DE NEONATOLOGIA/ QUÍMICO FARMACEÚTICO	22/07/2025

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 CENTRO QUIRÚRGICO (15/08.2025)

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		15/08/2025	(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. ANGELA C. ARMAS CABALLERO (COORD. ENF.)		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
36	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Supervicion y evaluación permanente al personal de Centro Quirurgico, sobre la higiene de lavado de manos durante actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025
24	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Se verificará permanentemente el almacenamiento ordenado de los medicamentos, para evitar confusión por similitud de nombres o de presentación.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025
8	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Se volvera a reiterar con solicitud, la compra de la Maquina de Gases Arteriales.	JEFATURA MEDICA - COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025
3	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.	Supervisar, verificar la asistencia y permanencia diaria del personal programado en el Rol de Guardia. Hacer efectivo la llamada de atención al personal que no asista a su turno, sin justificación	JEFATURA MEDICA - COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025
3	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).	la UPSS, cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los Equipos Biomedicos (Inclusive los nuenos)	JEFATURA MEDICA - COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025
3	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.	La UPSS, cuenta con un profesional Ingeniero Biomedico, que mensualmente supervisa y realiza el mantenimientode todos nuestros Equipos Biomedicos.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025
3	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Se implementará la visibilidad de afiches, sobre las consecuencias penales de las agresiones sexuales, en zonas estrategicas de Centro Quirurgico.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025
3	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	La UPSS, cuenta con registros de Medicamento	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025
3	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Se implementara un Sistema de registro especifico de todo paciente con sujeción mecánica, el que debe ser reevaluado periodicamente, el tiempo de sujeción.	COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025
3	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Personal profesional médico residente, cuenta con un profesional Medico, que cimple el rol de tutoría y supervisión.	JEFATURA MEDICA - COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025

FIRMA:

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

2.3. UPSS EMERGENCIA (19/09/2025)

PLAN DE ACCION

		TRIMESTRE:	III TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		19/09/2025	(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.ENC. UNIDAS CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. DENZ ALBERTO AREVALO CASTRO		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
84	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Reunión con el servicio de Farmacia y responsable de los coches de paro. Se elaborará un acta de compromiso con los acuerdos asumidos.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	26/09/2025
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Emitir memorándum reiterando la obligatoriedad de registrar el riesgo de caída en el brazalete de identificación del paciente y en el cartel del paciente.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	29/09/2025
63	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCI	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Mediante memorándum se reitera la obligatoriedad de registrar la valoración del riesgo de caída en todos los pacientes que se encuentren en las áreas de Observación Adultos y Observación Pediatría.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	29/09/2025
36	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Se emitirá un memorándum reiterativo para dar cumplimiento a lo establecido respecto al uso obligatorio del brazalete de identificación del paciente.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	2/10/2025
36	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Se emitirá un memorándum disponiendo que el personal realice una adecuada entrevista clínica para la valoración del riesgo potencial de fuga del paciente. y el uso de contención mecánica, si el caso lo amerita	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	03/10/205
36	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Se emitirá un memorándum y un mensaje a través de los grupos de WhatsApp dirigido al personal médico, recordando la obligación de registrar en la hoja terapéutica el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión correspondientes.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	6/10/2025
36	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar monitoreo continuo del personal para evaluar el cumplimiento de los ocho pasos de la higiene de manos , y reforzar la práctica correcta.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE	30/09/2025
24	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Reforzar el cumplimiento de la Higiene de Manos durante los 5 Momentos mediante sesiones de monitoreo permanente.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	30/09/2025
18	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	Se emitirá un memorándum múltiple dirigido al personal médico del servicio, recordando la obligación de registrar en las historias clínicas las funciones biológicas de todos los pacientes (apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y estado de ánimo).	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	29/09/2025
12	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Se solicitará una reunión con el servicio de Farmacia, con el fin de establecer acuerdos y medidas correctivas que eviten futuras observaciones o faltas de insumos. Se elaborará un acta de compromiso.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	30/09/2025

12	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Se emitirá un comunicado a los Licenciados en enfermeria a través de los grupos de WhatsApp del servicio , reiterando la obligación de verificar los datos registrados en el brazalete de identificación del paciente	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	8/10/2025
12	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.	Se coordinará con el responsable de Seguridad del hospital a fin de recordar a su personal que deben controlar las pertenencias de los pacientes y familiares que ingresan al hospital, asi evitar el ingreso de objetos peligrosos (tijeras, cuchillos, navajas, encendedore y otros).	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	9/10/2025
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Elaborar un registro (excel) de la ocurrencia de accidentes laborarles en el servicio.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE	29/09/2025
12	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 Sujeción Mecánica, el cual establecerá población objetivo, indicaciones clínicas, medidas preventivas y los procedimientos de aplicación y supervisión; asmismo definirá las responsabilidades de los profesionales de salud involucrados en la indicación, ejecución y monitoreo del procedimiento.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	20/10/2025
12	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser victimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maníacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Reiterar al personal médico la importancia de realizar una evaluación exhaustiva del paciente al ingreso y durante su estancia, identificando posibles riesgos de ser víctima o de cometer agresiones sexuales, y registrarlo en la historia clínica.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	10/10/2025
12	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Se difundirá en un cartel (en el periódico mural), sobre las consecuencias penales de las agresiones sexuales (Ley N° 30364), y se informará al respecto, a los pacientes, familiares y personal de salud.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	16/10/2025
12	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Se comunicará al personal responsable de la recepción de pacientes que deberán cumplir y hacer cumplir lo establecido en el Protocolo de Recepción del Paciente, el cual dispone la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	16/10/2025
12	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.	Se comunicará al personal médico la obligación de evaluar en todo paciente y registrar en la historia clínica, el riesgo de suicidio, considerando antecedentes de enfermedad mental, abuso de sustancias y conductas autolesivas.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	13/10/2025
12	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.	Informar a los pacientes y familiares de forma verbal y mediante carteles sobre la prohibición de ingresar objetos que representen riesgo de auto o heteroagresividad como: tijeras, cuchillos, navajas, cutter, encendedores, entre otros.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	17/10/2025
12	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.	Solicitar la revisión y aprobación del Protocolo de Prevención de Conductas Suicidas, para su respectiva implementación en elk servicio de Emergencia.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	17/10/2025
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)	Se comunicará al personal médico la obligación de evaluar y registrar en la historia clínica el riesgo de suicidio, considerando antecedentes de enfermedad mental, abuso de sustancias y conductas autolesivas y el plan a seguir según los casos identificados.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	17/10/2025

6	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Se emitirá un comunicado al personal del servicio, recordando que todo paciente debe contar con el formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	30/09/2025
6	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Verificar de forma diaria, el llenado correcto y completo del Formato de Consentimiento Informado para Actividades de Docencia.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	24/09/2025
6	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Se coordinará con el personal del área de Calidad para reforzar el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos, recordando al personal su importancia y finalidad.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	17/10/2025
6	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCL.	Recordar al personal la obligatoriedad de registrar el nombre del paciente en todas las hojas de la historia clínica (HCL), recordando la importancia del mismo en la Seguridad del Paceinte.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	24/09/2025
6	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Implementar un sistema de registro específico de todo paciente con sujeción mecánica, en el cual se consignará la evaluación inicial, la evolución y la reevaluación periódica de la necesidad y tiempo de sujeción.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	14/10/2025
4	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital facilmente identificable.	Se solicitará la adquisición de telas para la confección de batas hospitalarias, con el fin de que los pacientes puedan ser fácilmente identificados dentro del establecimiento de salud.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	6/10/2025

FIRMA:

DR. ARMANDO SANCHEZ TUANAMA
MEDICO INTENSIVISTA
CEP: 36049 - RNE: 30276
JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA

2.4. UPSS CENTRO OBSTÉTRICO (17/10/2025)

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		17/10/2025	(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 PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
60	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80% de lavado de manos clínico o personal de salud	Realizar supervisión semanal de lavado de manos clínico o personal de salud	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025
48	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran debidamente rotulados en caso de reacciones	Implementar algoritmos rotulados con los medicamentos más frecuentes de uso	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025
48	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se disponen para su almacenamiento con seguridad y control de acceso por personal autorizado	Se implementaron algoritmos para dosis unitaria de medicamentos de dilución y reconstitución apoyado de Centro Obstetrico	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025
48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación (internos residentes estudiantes y otros) demuestra que tienen un personal asignado que cumple el rol de líder y supervisor	Se verificó el cumplimiento del rol de líder y supervisión por parte de personal asignado en los turnos de médicos y Obstetricia	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025
48	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por la similitud de nombres o de presentación	Se implementaron algoritmos para dosis unitaria de medicamentos de dilución y reconstitución apoyado de Centro Obstetrico	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025
48	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento (colocado	Retirar los medicamentos con el sello de seguridad roto asegurar el momento oportuno que medicamentos están próximos a vencer	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025
48	BIOSEGURIDAD	Se observó que se realizó la segregación de los residuos biocontaminados y punzocortantes en los recipientes correspondientes	Realizar una reunión de sensibilización dirigido a personal sobre el manejo de los residuos biocontaminados y punzocortantes en la UPSS	Jefatura de servicio de Ginecu-Obstetricia	15/11/2025
32	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas de paciente antes en el brazalete de paciente como en el cama visible	Socializar con todo el personal de registro de riesgo de caídas	Jefatura de Obstetricia	15/11/2025
24	SEGURIDAD SEXUAL	El ingreso de paciente a su ingreso y durante el riesgo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales desmotivadas mediante talleres de sensibilización de personal, socialización en su turno	Socializar a todo el personal de servicio a responsable de talleres y desarrollo de personal clínico	Jefatura de servicio de Ginecu-Obstetricia	15/11/2025

24	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Se socializará con el personal la obligatoriedad de realizar la valoración del riesgo de caída a todo paciente que ingresa a hospitalización, debiendo registrarla en la historia clínica	Jefatura de Obstetricia	15/11/2025
24	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Se supervisará periódicamente el cumplimiento del llenado del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Jefatura de Obstetricia	24/10/2025
24	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Se realizará la señalización de las zonas rígidas y semirrígidas del Centro Obstétrico	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025
18	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Se socializará con el personal sobre el cumplimiento del llenado correcto de la hoja de consentimiento informado	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	15/11/2025
18	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Se socializará con el personal médico la importancia de incluir en la hoja de recomendaciones, en caso se identifique riesgo de fuga del paciente, la activación oportuna de las medidas de supervisión correspondientes	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	15/11/2025
18	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Se socializará con el personal la ejecución de la valoración del riesgo potencial de fuga en todos los pacientes y se adicionará dicho ítem en el kardex de obstetricia.	Jefatura de Obstetricia	15/11/2025
16	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Se socializará con el personal que deben informar al paciente y/o familiar responsable sobre la prohibición de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización	Jefatura de Obstetricia	15/11/2025
16	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 Ingeniería Hospitalaria una copia del plan de mantenimiento de todos los equipos biomedicos	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	30/10/2025
16		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 Ingeniería Hospitalaria la ejecución del plan de mantenimiento de todos los equipos biomedicos	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	30/10/2025
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Implementar un folder de notificación de accidentes de trabajo	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025
6	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital facilmente identificable.	Realizar una socialización con todo el personal del servicio sobre el uso de ropa hospitalaria, ya que se cuenta con las batas y ropas de cama, respectivamente.	Jefatura de obstetras, Coordinadora de Centro Obstetrico.	15/11/2025
6	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Emitir memorandum reiterativo al personal médico sobre el registro obligatorio del código CIE-10 en todos los diagnósticos.	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	30/10/2025

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 GINECO OBSTETRICIA (14/11/2025)

PLAN DE ACCION

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		14/11/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REATEGUI DÁVILA DE FLORES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	OBST. VICENTE VALENTIN MARIANO		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
48	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Socializar y reforzar al personal la técnica correcta de los 08 pasos de la desinfección de manos y el tiempo mínimo requerido	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	20/11/2025
48	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.	Monitorear diariamente el cumplimiento de los cinco momentos de la higiene de manos y realizar la retroalimentación inmediata al personal durante la jornada asistencial.		20/11/2025
36	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Actualización del kárdex de obstetricia con el item para la valoracion y reevaluación del riesgo de úlceras por presión	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	20/11/2025
36		Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Socializar con el personal la obligatoriedad de realizar el seguimiento continuo de la evolución de los pacientes con úlceras por presión	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	20/11/2025
36		Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Convocar a reunión con el personal para la elaboración del protocolo para la prevención y control de úlceras por presion	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	28/11/2025
24	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Verificar el cumplimiento efectivo del rol de tutoría de los internos por parte del personal responsable	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	20/11/2025
18	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Socializar con el personal la responsabilidad de educar al paciente y a su familia sobre la prevención y el cuidado de las úlceras por presión	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	25/11/2025
18		Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Socializar con el personal la obligatoriedad del regis	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	25/11/2025
18		Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la notificación diaria, incluso en ausencia de casos	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	25/11/2025

18	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Realizar una socialización y capacitación al personal asistencial sobre el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	25/11/2025
18	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	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión al ingreso del paciente y registrarlo en la historia en la historia clínica	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025
18	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la valoración del riesgo de caída al ingreso del paciente hospitalizado	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025
18	BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Socializar al personal asistencial y de apoyo las normas de bioseguridad para la eliminación de material punzocortante	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025
12	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Coordinar con el área de Ingeniería Hospitalaria la ejecución priorizada del mantenimiento pendiente	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	17/11/2025
12	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la valoración del estado de la piel al ingreso del paciente hospitalizado	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025
12	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Elaborar y/o actualizar material informativo (afiches, paneles informativos) con lenguaje claro y accesible sobre las consecuencias penales de las agresiones sexuales	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	30/11/2025
12	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.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la evaluación de riesgo de agresiones sexuales al ingreso y de forma periódica durante la hospitalización	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Consolidar y revisar semanalmente la información de incidentes y eventos adversos notificados por servicio	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	30/11/2025
12	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Socializar al personal médico y asistencial la obligatoriedad del uso de la codificación CIE-10 o DSM-IV en el registro de diagnósticos	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025
12	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	Socializar al personal asistencial la guía de curación de úlceras por presión según estadíos y su correcta aplicación.	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	5/12/2025
12	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de evaluar y registrar el riesgo de fuga del paciente en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	5/12/2025
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Socializar al personal que realiza la tutoría a los internos sobre la obligatoriedad del consentimiento informado específico para actividades de docencia y segurar la disponibilidad de dicho formato en el servicio	Jefatura de Obstetras	5/12/2025

12	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente informado al que se le han aclado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciandose la firma del Consentimiento respectivo.	Socializar al personal médico y asistencial la obligatoriedad de brindar información completa sobre el procedimiento o cirugía, riesgos, beneficios y alternativas.	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	5/12/2025
12	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la entrevista de valoración del riesgo de fuga al ingreso y durante la hospitalización y documentar los hallazgos en la historia clínica	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	5/12/2025
12	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 al personal asistencial la obligatoriedad de la evaluación del riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados considerando antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, conductas violentas o autolesivas, intentos suicidas previos y conductas suicidas en el entorno cercano, con registro obligatorio en la historia clínica.	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	5/12/2025
12	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.	Elaborar y/o actualizar material informativo visible (afiches, paneles) sobre los objetos prohibidos y los riesgos asociados. Asimismo, informar verbalmente al paciente y/o familiar al ingreso al servicio sobre la prohibición de introducir objetos prohibidos, dejando constancia en la historia clínica	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	30/11/2025
12	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Informar al paciente y/o familiar al ingreso sobre la prohibición de relaciones sexuales durante la hospitalización, dejando constancia escrita en la historia clínica o formato institucional. Asimismo, colocar material informativo visible en áreas de hospitalización	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	21/11/2025
12	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de identificar y señalizar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados.	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	5/12/2025
8	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 Ingeniería Hospitalaria el Plan Anual de Mantenimiento preventivo de todos los equipos del Servicio de Gineco-Obstetricia	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	21/11/2025

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

2.6. UPSS UCI ADULTO (05/12/2025)

PLAN DE ACCION

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		5/12/2025	(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 CÓRDOVA (COORD. ENF.)		

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
48	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	EMITIR MEMORANDUM AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE DEBEN REGISTRAR EN EL BRAZALETE DEL PACIENTE LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS, ASÍ COMO EN EL CARTEL VISIBLE.	COORDINADOR DE ENFERMERÍA / JEFE DEL SERVICIO	15/12/2025
12	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	INFORMAR A LOS PACIENTES Y FAMILIARES Y PONER EN UN CARTEL VISIBLE, SOBRE LAS CONSECUENCIAS PENALES DE LAS AGRESIONES SEXUALES.	COORDINADOR DE ENFERMERÍA DE UCI	15/12/2025
12	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	RECORDAR A LOS PROFESIONALES MÉDICOS QUE DEBEN REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, LAS FUNCIONES BIOLÓGICAS (APETITO, SED, SUEÑO, ORINA, DEPOSICIONES Y ESTADOS DE ÁNIMO).	JEFE DEL SERVICIO	15/12/2025

FIRMA:

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

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

3.1. UPSS UCI NEONATOLOGÍA (18/07/2025)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		18/07/2025	(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 ENFERMERÍA:	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
El servicio ha implementado el uso de 'Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	SE COORDINARÁ CON EL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CARE BUNDLE	COORDINADORA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	25/07/2025	22/08/2025	SI
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	IMPLEMENTAR EN EL KARDEX EL REGISTRO DE LA EVOLUCIÓN Y LOS CAMBIOS POSTURALES DE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.	COORDINADORA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	25/07/2025	22/08/2025	SI
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	SE ADOPTARÁ UNA GUÍA DE CURACIÓN DE LPP TENIENDO COMO REFERENCIA LA GUÍA DE UN HOSPITAL NACIONAL.	COORDINADORA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	18/08/2025	22/08/2025	SI
Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	SE REALIZARÁ LA SEMAFORIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.	COOD. SERV. DE NEONATOLOGIA/ QUÍMICO FARMACEÚTICO	25/07/2025	22/08/2025	SI
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	SE IMPLEMENTARÁ FICHA DE REGISTRO DE CONTROL DE MEDICAMENTOS.	COOD. SERV. DE NEONATOLOGIA/ QUÍMICO FARMACEÚTICO	22/07/2025	22/08/2025	SI
Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	SE CLASIFICARÁN LOS MEDICAMETOS POR CADA PACIENTE POR NOMBRE Y DOSIS UNITARIA.	COOD. SERV. DE NEONATOLOGIA/ QUÍMICO FARMACEÚTICO	22/07/2025	22/08/2025	SI

3.2. UPSS CENTRO QUIRÚRGICO (15/08/2025)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		15/08/2025	(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. ANGELA C. ARMAS CABALLERO (COORD. ENF.)		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN 100%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa	IMPLEMENTACIÓN
Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Supervicion y evaluación permanente al personal de Centro Quirurgico, sobre la higiene de lavado de manos durante actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025	15/09/2025	SI
Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Se verificará permanentemente el almacenamiento ordenado de los medicamentos, para evitar confusión por similitud de nombres o de presentación.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025	15/09/2025	SI
Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Se volvera a reiterar con solicitud, la compra de la Maquina de Gases Arteriales.	JEFATURA MEDICA - COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025	15/09/2025	SI
Cumplimiento y verificación de la asistencia y permanencia del personal programado en el servicio para garantizar la atención oportuna de los pacientes.	Supervisar, verificar la asistencia y permanencia diaria del personal programado en el Rol de Guardia. Hacer efectivo la llamada de atención al personal que no asista a su turno, sin justificación	JEFATURA MEDICA - COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025	15/09/2025	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	la UPSS, cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los Equipos Biomedicos (Inclusive los nuenos)	JEFATURA MEDICA - COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025	15/09/2025	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.	La UPSS, cuenta con un profesional Ingeniero Biomedico, que mensualmente supervisa y realiza el mantenimientode todos nuestros Equipos Biomedicos.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025	15/09/2025	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Se implementará la visibilidad de afiches, sobre las consecuencias penales de las agresiones sexuales, en zonas estrategicas de Centro Quirurgico.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025	15/09/2025	SI
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	La UPSS, cuenta con registros de Medicamento	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025	15/09/2025	SI
Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Se implementara un Sistema de registro especifico de todo paciente con sujeción mecánica, el que debe ser reevaluado periodicamente, el tiempo de sujeción.	COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025	15/09/2025	SI
Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoria y supervisión.	Personal profesional médico residente, cuenta con un profesional Medico, que cimple el rol de tutoria y supervisión.	JEFATURA MEDICA - COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025	15/09/2025	SI

3.3. UPSS EMERGENCIA (19/09/2025)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		19/09/2025	(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. DENZ ALBERTO ARÉVALO CASTRO		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN 93%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aa	IMPLEMENTACIÓN
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Reunión con el servicio de Farmacia y responsable de los coches de paro. Se elaborará un acta de compromiso con los acuerdos asumidos.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	26/09/2025	10/10/2025	SI
Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Emitir memorándum reiterando la obligatoriedad de registrar el riesgo de caída en el brazalete de identificación del paciente y en el cartel del paciente.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	29/09/2025	10/10/2025	SI
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Mediante memorándum se reitera la obligatoriedad de registrar la valoración del riesgo de caída en todos los pacientes que se encuentren en las áreas de Observación Adultos y Observación Pediatría.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	29/09/2025	10/10/2025	SI
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Se emitirá un memorándum reiterativo para dar cumplimiento a lo establecido respecto al uso obligatorio del brazalete de identificación del paciente.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	2/10/2025	10/10/2025	SI
Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Se emitirá un memorándum disponiendo que el personal realice una adecuada entrevista clínica para la valoración del riesgo potencial de fuga del paciente. y el uso de contención mecánica, si el caso lo amerita	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	03/10/205	10/10/2025	SI
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Se emitirá un memorándum y un mensaje a través de los grupos de WhatsApp dirigido al personal médico, recordando la obligación de registrar en la hoja terapéutica el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión correspondientes.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	6/10/2025	10/10/2025	SI
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar monitoreo continuo del personal para evaluar el cumplimiento de los ocho pasos de la higiene de manos , y reforzar la práctica correcta.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	30/09/2025	10/10/2025	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.	Reforzar el cumplimiento de la Higiene de Manos durante los 5 Momentos mediante sesiones de monitoreo permanente.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	30/09/2025	10/10/2025	SI
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	Se emitirá un memorándum múltiple dirigido al personal médico del servicio, recordando la obligación de registrar en las historias clínicas las funciones biológicas de todos los pacientes (apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y estado de ánimo).	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	29/09/2025	10/10/2025	SI

Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones criticas según normatividad vigente.	Se solicitará una reunión con el servicio de Farmacia, con el fin de establecer acuerdos y medidas correctivas que eviten futuras observaciones o faltas de insumos. Se elaborará un acta de compromiso.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	30/09/2025	10/10/2025	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Se emitirá un comunicado a los Licenciados en enfermeria a través de los grupos de WhatsApp del servicio , reiterando la obligación de verificar los datos registrados en el brazalete de identificación del paciente	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	8/10/2025	10/10/2025	SI
Vigilancia controla las pertenencias de los pacientes y las visitas para evitar el uso inadecuado de objetos potencialmente peligrosos.	Se coordinará con el responsable de Seguridad del hospital a fin de recordar a su personal que deben controlar las pertenencias de los pacientes y familiares que ingresan al hospital, asi evitar el ingreso de objetos peligrosos (tijeras, cuchillos, navajas, encendedore y otros).	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	9/10/2025	30/10/2025	SI
Registro fisico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Elaborar un registro (excel) de la ocurrencia de accidentes laborarles en el servicio.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	29/09/2025	20/10/2025	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 Sujeción Mecánica, el cual establecerá población objetivo, indicaciones clínicas, medidas preventivas y los procedimientos de aplicación y supervisión; asmismo definirá las responsabilidades de los profesionales de salud involucrados en la indicación, ejecución y monitoreo del procedimiento.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	20/10/2025	20/10/2025	SI
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maniacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Reiterar al personal médico la importancia de realizar una evaluación exhaustiva del paciente al ingreso y durante su estancia, identificando posibles riesgos de ser víctima o de cometer agresiones sexuales, y registrarlo en la historia clínica.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	10/10/2025	20/10/2025	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Se difundirá en un cartel (en el periódico mural), sobre las consecuencias penales de las agresiones sexuales (Ley N° 30364), y se informará al respecto, a los pacientes, familiares y personal de salud.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	16/10/2025	20/10/2025	NO
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Se comunicará al personal responsable de la recepción de pacientes que deberán cumplir y hacer cumplir lo establecido en el Protocolo de Recepción del Paciente, el cual dispone la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	16/10/2025	20/10/2025	NO
Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Se comunicará al personal médico la obligación de evaluar en todo paciente y registrar en la historia clínica, el riesgo de suicidio, considerando antecedentes de enfermedad mental, abuso de sustancias y conductas autolesivas.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	13/10/2025	20/10/2025	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.	Informar a los pacientes y familiares de forma verbal y mediante carteles sobre la prohibición de ingresar objetos que representen riesgo de auto o heteroagresividad como: tijeras, cuchillos, navajas, cutter, encendedores, entre otros.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	17/10/2025	10/10/2025	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.	Solicitar la revisión y aprobación del Protocolo de Prevención de Conductas Suicidas, para su respectiva implementación en elk servicio de Emergencia.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	17/10/2025	5/11/2025	SI
Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias especificas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento especificos)	Se comunicará al personal médico la obligación de evaluar y registrar en la historia clínica el riesgo de suicidio, considerando antecedentes de enfermedad mental, abuso de sustancias y conductas autolesivas y el plan a seguir según los casos identificados.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	17/10/2025	20/10/2025	SI
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Se emitirá un comunicado al personal del servicio, recordando que todo paciente debe contar con el formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	30/09/2025	10/10/2025	SI
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Verificar de forma diaria, el llenado correcto y completo del Formato de Consentimiento Informado para Actividades de Docencia.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	24/09/2025	10/10/2025	SI
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Se coordinará con el personal del área de Calidad para reforzar el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos, recordando al personal su importancia y finalidad.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	17/10/2025	10/10/2025	SI
Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl.	Recordar al personal la obligatoriedad de registrar el nombre del paciente en todas las hojas de la historia clínica (HCL), recordando la importancia del mismo en la Seguridad del Paceinte.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	24/09/2025	10/10/2025	SI
Sistemas de registro especificos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Implementar un sistema de registro especifico de todo paciente con sujeción mecánica, en el cual se consignará la evaluación inicial, la evolución y la reevaluación periódica de la necesidad y tiempo de sujeción.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	14/10/2025	20/10/2025	SI
Paciente cuenta con ropa de hospital facilmente identificable.	Se solicitará la adquisición de telas para la confección de batas hospitalarias, con el fin de que los pacientes puedan ser fácilmente identificados dentro del establecimiento de salud.	JEFE DEL SERVICIO / CORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	6/10/2025	20/10/2025	SI

3.4. UPSS CENTRO OBSTÉTRICO (17/10/2025)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		17/10/2025	(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 52%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO
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 supervisión semanal del lavado de manos clínico al personal de turno	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025	5/11/2025	SI
Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Implementar organizadores rotulados con los medicamentos mas frecuentes de uso	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025	5/11/2025	SI
Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Se implementarán organizadores para dosis unitaria de pacientes de dilatación y recuperación postparto de Centro Obstetrico.	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025	5/11/2025	SI
Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Se verificará el cumplimiento del rol de tutoría y supervisión por parte del personal asignado a los internos de medicina y obstetricia.	Jefatura de Obstetricia	24/10/2025	5/11/2025	SI
Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Se implementarán organizadores para dosis unitaria de pacientes de dilatación y recuperación postparto de Centro Obstetrico.	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025	5/11/2025	SI
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Rotular los medicamentos con la tecnica de semaforizacion para determinar el momento oportuno qué medicamentos están próximos a vencer.	Jefatura de Obstetricia	24/10/2025	5/11/2025	SI
Se observa si se respetan las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Realizar una reunión de sensibilización con todo el personal sobre el respeto de las áreas rígidas y semirrígidas de las UPSS	Jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia	15/11/2025	20/11/2025	NO
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Socializar con todo el personal el registro del riesgo de ca	Jefatura de Obstetricia	15/11/2025	20/11/2025	NO
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maniacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Socializar a todo el personal del servicio la incoporación del item en el desarrollo de la historia clinica.	Jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia	15/11/2025	20/11/2025	NO
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Se socializará con el personal la obligatoriedad de realizar la valoración del riesgo de caída a todo paciente que ingresa a hospitalización, debiendo registrarla en la historia clínica	Jefatura de Obstetricia	15/11/2025	20/11/2025	NO

Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Se supervisará periódicamente el cumplimiento del llenado del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Jefatura de Obstetricia	24/10/2025	5/11/2025	SI
Se observa si se encuentran señalizados las zonas rígidas y semirígidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Se realizará la señalización de las zonas rígidas y semirrígidas del Centro Obstétrico	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025	5/11/2025	NO
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Se socializará con el personal sobre el cumplimiento del llenado correcto de la hoja de consentimiento informado	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	15/11/2025	20/11/2025	SI
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Se socializará con el personal médico la importancia de incluir en la hoja de recomendaciones, en caso se identifique riesgo de fuga del paciente, la activación oportuna de las medidas de supervisión correspondientes	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	15/11/2025	20/11/2025	NO
Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Se socializará con el personal la ejecución de la valoración del riesgo potencial de fuga en todos los pacientes y se adicionará dicho ítem en el kardex de obstetricia.	Jefatura de Obstetricia	15/11/2025	20/11/2025	NO
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Se socializará con el personal que deben informar al paciente y/o familiar responsable sobre la prohibición de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización	Jefatura de Obstetricia	15/11/2025	20/11/2025	NO
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 Ingeniería Hospitalaria una copia del plan de mantenimiento de todos los equipos biomedicos	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	30/10/2025	5/11/2025	NO
Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Solicitar a la Unidad de Ingeniería Hospitalaria la ejecución del plan de mantenimiento de todos los equipos biomedicos	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	30/10/2025	5/11/2025	NO
Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial.	Implementar un folder de notificación de accidentes de trabajo	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025	5/11/2025	SI
Paciente cuenta con ropa de hospital facilmente identificable.	Realizar una socialización con todo el personal del servicio sobre el uso de ropa hospitalaria, ya que se cuenta con las batas y ropas de cama, respectivamente.	Jefatura de obstetras, Coordinadora de Centro Obstetrico	15/11/2025	20/11/2025	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Emitir memorandum reiterativo al personal médico sobre el registro obligatorio del código CIE-10 en todos los diagnósticos.	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	30/10/2025	5/11/2025	SI

3.5. UPSS GÍNECO OBSTETRICIA (14/11/2025)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		14/11/2025	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	HOSPITALIZACIÓN	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	LIC. ENF. GRETTY FIORELLA TORRES TELLO		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	M.C. ANDRES ADOLFO ALVAREZ ANTONIO	RESP. DE LA UPSS:	M.C. ROSA AMELIA HUARSAYA HANCO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	LIC. ADM. DARWIL PINEDO TORRES	RESP.OFIC.UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. FABRICIA REÁTEGUI DÁVILA DE FLORES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. BONNIE VON BANCELS ANGULO	OTROS RESPONSABLES:	OBST. VICENTE VALENTIN MARIANO		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN 55%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa	IMPLEMENTACIÓ
Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Socializar y reforzar al personal la técnica correcta de los 08 pasos de la desinfección de manos y el tiempo mínimo requerido	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	20/11/2025	28/11/2025	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.	Monitorear diariamente el cumplimiento de los cinco momentos de la higiene de manos y realizar la retroalimentación inmediata al personal durante la jornada asistencial.		20/11/2025	28/11/2025	SI
Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Actualización del kárdex de obstetricia con el item para la valoracion y reevaluación del riesgo de úlceras por presión	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno	20/11/2025	28/11/2025	NO
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Socializar con el personal la obligatoriedad de realizar el seguimiento continuo de la evolución de los pacientes con úlceras por presión	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	20/11/2025	28/11/2025	SI
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Convocar a reunión con el personal para la elaboración del protocolo para la prevención y control de úlceras por presion	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	28/11/2025	5/12/2025	NO
Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Verificar el cumplimiento efectivo del rol de tutoría de los internos por parte del personal responsable		20/11/2025	28/11/2025	SI
Educación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión.	Socializar con el personal la responsabilidad de educar al paciente y a su familia sobre la prevención y el cuidado de las úlceras por presión	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	25/11/2025	28/11/2025	NO
Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Socializar con el personal la obligatoriedad del registro en la historia clínica de la educación brindada al paciente y/o familiar sobre la prevención y la reducción del riesgo de úlceras por presión		25/11/2025	28/11/2025	NO
Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la notificación diaria, incluso en ausencia de casos	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	25/11/2025	28/11/2025	SI
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Realizar una socialización y capacitación al personal asistencial sobre el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	25/11/2025	28/11/2025	SI

Evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión en todos los pacientes al ingreso a servicios de hospitalización	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la evaluación inicial del riesgo de úlceras por presión al ingreso del paciente y registrarlo en la historia en la historia clínica	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025	28/11/2025	NO
Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la valoración del riesgo de caída al ingreso del paciente hospitalizado	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025	28/11/2025	SI
Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Socializar al personal asistencial y de apoyo las normas de bioseguridad para la eliminación de material punzocortante	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025	28/11/2025	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.	Coordinar con el área de Ingeniería Hospitalaria la ejecución priorizada del mantenimiento pendiente	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	17/11/2025	28/11/2025	NO
Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la valoración del estado de la piel al ingreso del paciente hospitalizado	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025	28/11/2025	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Elaborar y/o actualizar material informativo (afiches, paneles informativos) con lenguaje claro y accesible sobre las consecuencias penales de las agresiones sexuales	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	30/11/2025	5/12/2025	NO
Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maniacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la evaluación de riesgo de agresiones sexuales al ingreso y de forma periódica durante la hospitalización	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025	5/12/2025	SI
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Consolidar y revisar semanalmente la información de incidentes y eventos adversos notificados por servicio	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno	30/11/2025	5/12/2025	NO
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Socializar al personal médico y asistencial la obligatoriedad del uso de la codificación CIE-10 o DSM-IV en el registro de diagnósticos	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025	5/12/2025	SI
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	Socializar al personal asistencial la guía de curación de úlceras por presión según estadios y su correcta aplicación.	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	5/12/2025	10/12/2025	NO
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de evaluar y registrar el riesgo de fuga del paciente en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	5/12/2025	10/12/2025	SI
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Socializar al personal que realiza la tutoría a los internos sobre la obligatoriedad del consentimiento informado específico para actividades de docencia y segurar la disponibilidad de dicho formato en el servicio	Jefatura de Obstetras	5/12/2025	10/12/2025	SI

Paciente informado al que se le han aclado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciandose la firma del Consentimiento respectivo.	Socializar al personal médico y asistencial la obligatoriedad de brindar información completa sobre el procedimiento o cirugía, riesgos, beneficios y alternativas.	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	5/12/2025	10/12/2025	SI
Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la entrevista de valoración del riesgo de fuga al ingreso y durante la hospitalización y documentar los hallazgos en la historia clínica	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	5/12/2025	10/12/2025	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 al personal asistencial la obligatoriedad de la evaluación del riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados considerando antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, conductas violentas o autolesivas, intentos suicidas previos y conductas suicidas en el entorno cercano, con registro obligatorio en la historia clínica.	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	5/12/2025	10/12/2025	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.	Elaborar y/o actualizar material informativo visible (afiches, paneles) sobre los objetos prohibidos y los riesgos asociados. Asimismo, informar verbalmente al paciente y/o familiar al ingreso al servicio sobre la prohibición de introducir objetos prohibidos, dejando constancia en la historia clínica	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	30/11/2025	5/12/2025	NO
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Informar al paciente y/o familiar al ingreso sobre la prohibición de relaciones sexuales durante la hospitalización, dejando constancia escrita en la historia clínica o formato institucional. Asimismo, colocar material informativo visible en áreas de hospitalización	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	21/11/2025	28/11/2025	SI
Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de identificar y señalizar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados.	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	5/12/2025	10/12/2025	NO
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 Ingeniería Hospitalaria el Plan Anual de Mantenimiento preventivo de todos los equipos del Servicio de Gineco-Obstetricia	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	21/11/2025	28/11/2025	NO

3.6. UPSS UCI ADULTO (05/12/2025)

FICHA DE MONITOREO

		TRIMESTRE:	IV TRIMESTRE	AÑO:	2025
IPRESS:	HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	FECHA EJECUCIÓN:		5/12/2025	(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 CÓRDOVA (COORD. ENF.)		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN 100%

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	EMITIR MEMORANDUM AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE DEBEN REGISTRAR EN EL BRAZALETE DEL PACIENTE LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS, ASÍ COMO EN EL CARTEL VISIBLE	COORDINADOR DE ENFERMERÍA / JEFE DEL SERVICIO	12/12/2025	16/12/2025	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	INFORMAR A LOS PACIENTES Y FAMILIARES Y PONER EN UN CARTEL VISIBLE, SOBRE LAS CONSECUENCIAS PENALES DE LAS AGRESIONES SEXUALES.	COORDINADOR DE ENFERMERÍA DE UCI	12/12/2025	16/12/2025	SI
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	RECORDAR A LOS PROFESIONALES MÉDICOS QUE DEBEN REGISTRAR EN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, LAS FUNCIONES BIOLÓGICAS (APETITO, SED, SUEÑO, ORINA, DEPOSICIONES Y ESTADOS DE ÁNIMO).	JEFE DEL SERVICIO	12/12/2025	16/12/2025	SI

4. ANÁLISIS DE INDICADORES (anexo 08)

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FUENTE AUDITABLE	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2025				
						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 Paciente 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%	100%	100%
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	N° de verificadores conformes / N° de verificadores evaluados x 100	RESULTADO	Listado de Criterios de evaluación, Hojas de resultados de evaluación de Rondas de Seguridad del paciente aplicadas	Trimestral	83%	82%	81%	79%	81%
3	% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS	N° de acciones de mejora implementadas / N° de acciones de mejora propuestas x 100	PROCESO Y RESULTADO	Plan de acción, Informe de implementación de acciones de mejora, fotos actualizadas de las acciones de mejora implementadas	Trimestral	95%	88%	98%	69%	88%

1. Se cumplió con realizar las seis (06) 100% Rondas de Seguridad del Paciente, programadas para el II semestre 2025.
2. El promedio de cumplimiento de las Buenas Prácticas en el II Semestre 2025, fue de 81%.
3. En el III Trimestre 2025 el cumplimiento de las Buenas Prácticas fue de 81%.
4. En el IV Trimestre 2025 el cumplimiento de las Buenas Prácticas fue de 79%.
5. El promedio general de las acciones de Mejora implementadas, fue de 88%.
6. En el III Trimestre 2025, se implementó el 98% de las acciones de Mejora.
7. En el IV Trimestre se implementó el 69% de las acciones de Mejora, encontrándose algunas en proceso de implementación.

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

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

I. ANTECEDENTES

1.1. Mediante Decreto Supremo N° 022-2024-SA, se define el listado de los Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de los servicios a cumplir en el año 2025, las Fichas Técnicas y los scripts 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°077-2025-GRL-GRSL/30.37.03.01, se aprueba el "PLAN DE SUPERVISIÓN DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN ÁREAS CRÍTICAS AÑO – 2025", del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

II. DESARROLLO DE LAS ACCIONES – ANÁLISIS

En cumplimiento del 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 la técnica correcta de la higiene de manos del personal de salud para la reducción de las IAAS; durante el segundo Semestre del año 2025, los servicios visitados realizaron el monitoreo del cumplimiento correcto de la Higiene de Manos.

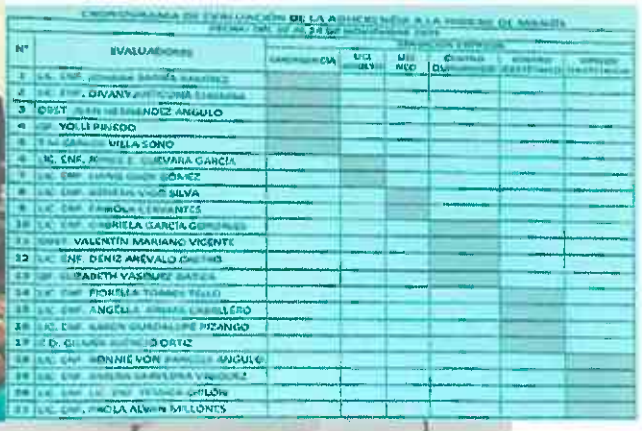
2.2. Asimismo, se realizó la evaluación de la adherencia a la Higiene de manos en los servicios críticos del Hospital II-2 Santa Gema de Yurimaguas.

2.3. En todos los servicios asistenciales, 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).

2.4. También se realizó el monitoreo de las acciones del Plan de Acción, planteadas por cada servicio visitado en el Plan de Acción de las Rondas de Seguridad del Paciente, donde se evaluó las acciones referentes a la Higiene de Manos (práctica de los pasos correctos realizados en cada turno, reforzamiento de los pasos correctos y cumplimiento de la Adherencia durante los 5 momentos), asimismo acciones de las prácticas seguras de Bioseguridad.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DEL II SEMESTRE 2025

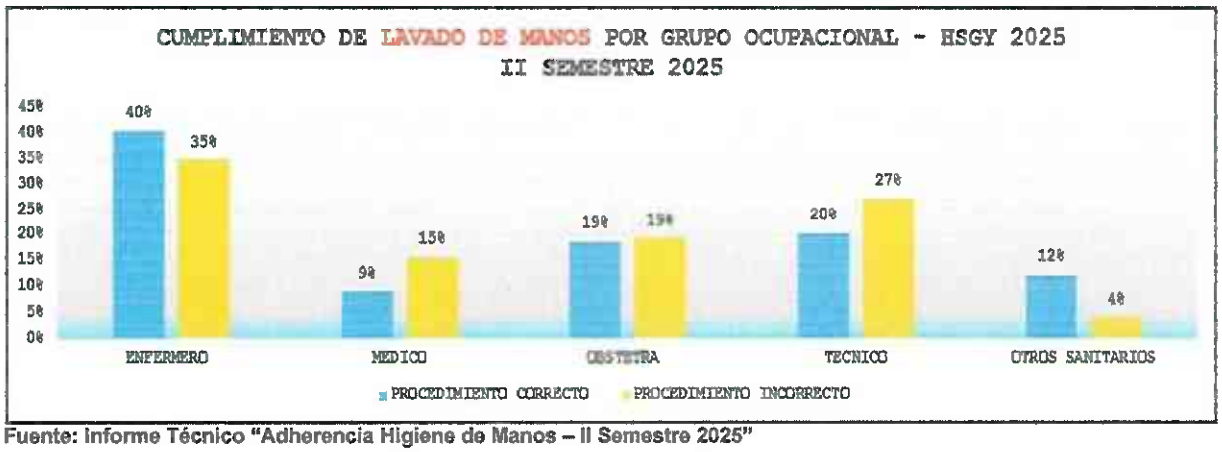
CAPACITACIÓN



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

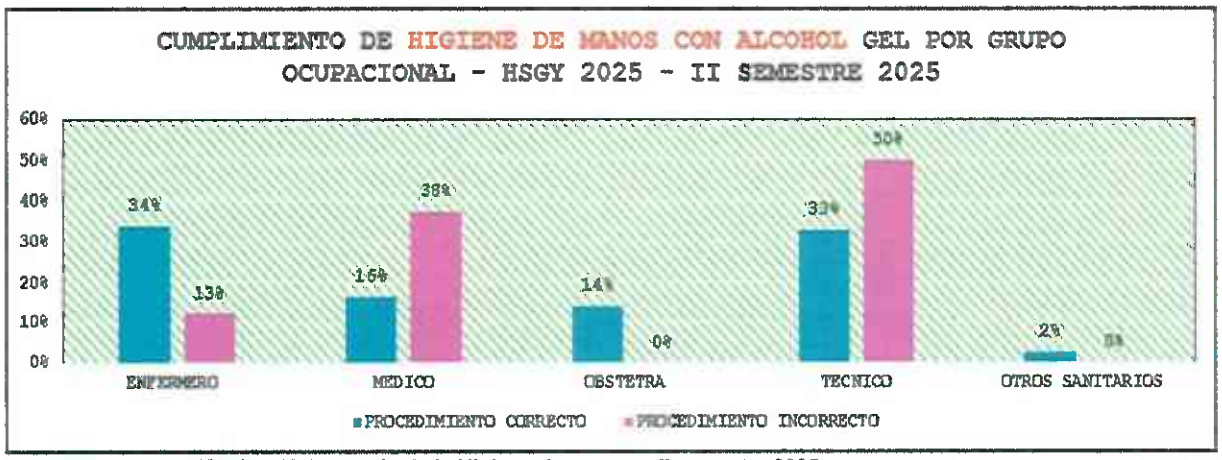
Resultados de la Evaluacción del cumplimiento de los pasos correctos de la Higiene de Manos – Segundo Semestre 2025

Resultados por grupo ocupacional



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

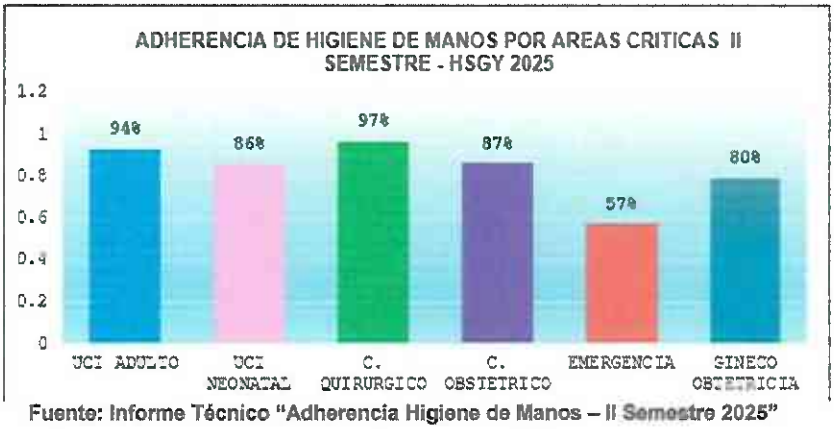
- El profesional de Enfermería y Técnicos de Enfermería, son el grupo ocupacional que tiene mejor cumplimiento los pasos correctos del Lavado de manos.
- El profesional Médico es el que tiene menor cumplimiento.



Fuente: Informe Técnico "Adherencia de la Higiene de manos – II semestre 2025

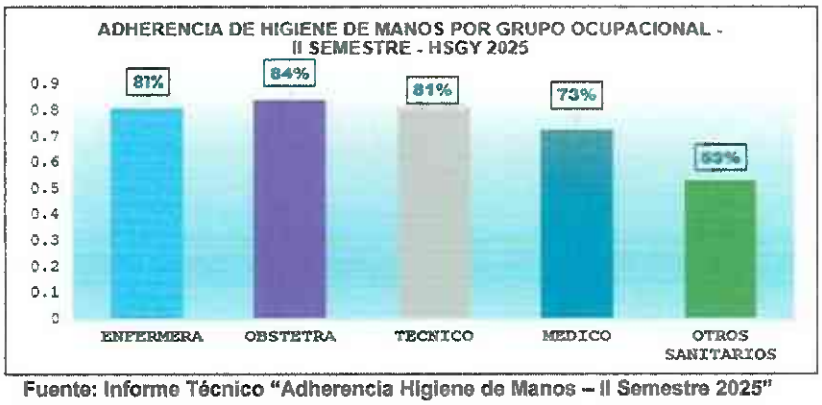
- El profesional de Enfermería es el que tiene mejor cumplimiento en la higiene de manos (34%), y el personal Técnico de (33%).
- Los profesionales Obstetras y Médicos, tienen menor cumplimiento.

Resultados de la Evaluacción de la Adherencia de la Higiene de Manos durante los 5 Momentos – Segundo Semestre 2025



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

En el II semestre 2025, las UPSS de Centro Quirúrgico y UCI Adulto tuvieron mejor adherencia a la higiene de manos (97% y 94%) durante los 5 momentos, siendo la UPSS de Emergencia el que tuvo menor cumplimiento (57%).



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

En el II semestre 2025, la UPSS UCI el grupo ocupacional de obstetras tuvo mejor cumplimiento (84%) de la adherencia a la H.M., el profesional de Enfermería y Técnico de Enfermería tienen 81% y los médicos 73%.

FORMULARIO DE OBSERVACIÓN - CALCULO DEL CUMPLIMIENTO DE ADHRENCIA A LA HIGIENE DE MANOS

HOSPITAL II – 2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

AREAS CRITICAS	CATEGORIA PROFESIONALES ENFERMERA			CATEGORIA PROFESIONALES OBSTETRA			CATEGORIA PROFESIONALES TECNICO			CATEGORIA PROFESIONALES MEDICO			CATEGORIA PROFESIONALES OTROS SANITARIOS			TOTAL POR SERVICIO		
	OP[n]	Le[n]	Fm[n]	OP[n]	Le[n]	Fm[n]	OP[n]	Le[n]	Fm[n]	OP[n]	Le[n]	Fm[n]	OP[n]	Le[n]	Fm[n]	OP[n]	Le[n]	Fm[n]
UCI ADULTO	8	6	1	0	0	0	3	2	1	5	5	0	0	0	0	16	13	2
UCI NEONATAL	41	22	20	0	0	0	25	8	7	0	0	0	0	0	0	66	30	27
C. QUIRURGICO	28	22	5	0	0	0	43	22	21	26	23	2	2	2	0	99	68	28
C. OBSTETRICO	32	30	3	34	23	5	39	20	11	0	0	0	0	0	0	106	73	19
EMERGENCIA	59	36	30	0	0	0	12	0	8	33	14	5	117	47	17	260	91	58
GINECO OBSTETRICIA	13	6	7	16	10	4	12	6	3	3	2	0	39	8	9	89	48	23
TOTAL	227	117	66	50	33	9	134	58	51	67	44	5	158	57	26	636	323	157
CALCULO																		
CUMPLIMIENTO	81%			84%			81%			73%			63%			75%		

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS DE LA EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN LOS SERVICIOS CRÍTICOS

UPS UCI Neonatal

UPS Centro Quirúrgico

UPS Emergencia

UPS Centro Obstétrico

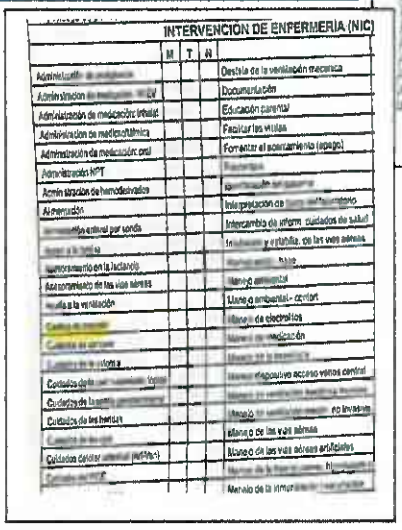
UPSS UCI Adulto

EVIDENCIAS DE LAS ACCIONES IMPLEMENTADAS POR CADA UPSS VISITADA

UPSS UCI NEONATOLOGÍA

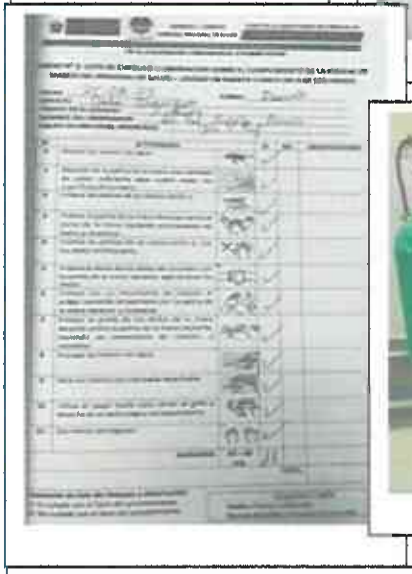
ACCIONES CORRECTIVAS
SE COORDINARÁ CON EL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CARE BUNDLE
IMPLEMENTAR EN EL KARDEX EL REGISTRO DE LA EVOLUCIÓN Y LOS CAMBIOS POSTURALES DE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.
SE ADOPTARÁ UNA GUÍA DE CURACIÓN DE LPP TENIENDO COMO REFERENCIA LA GUÍA DE UN HOSPITAL NACIONAL.
SE REALIZARÁ LA SEMAFORIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.
SE IMPLEMENTARÁ FICHA DE REGISTRO DE CONTROL DE MEDICAMENTOS.
SE CLASIFICARÁN LOS MEDICAMETOS POR CADA PACIENTE POR NOMBRE Y DOSIS UNITARIA.

"Guía de Procedimiento de Enfermería "Prevención y Cuidados de Úlceras por Presión"
Guía de Procedimiento de Enfermería "Prevención y Cuidados de Úlceras por Presión"
UNIDAD DE ENFERMERÍA SERVICIO DE NEONATOLOGIA



UPSS CENTRO QUIRÚRGICO

ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS
Supervisión y evaluación permanente al personal de Centro Quirúrgico, sobre la higiene de lavado de manos durante actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.
Se verificará permanentemente el almacenamiento ordenado de los medicamentos, para evitar confusión por similitud de nombres o de presentación.
Se volverá a reiterar con solicitud, la compra de la Maquina de Gases Arteriales.
Supervisar, verificar la asistencia y permanencia diaria del personal programado en el Rol de Guardia. Hacer efectivo la llamada de atención al personal que no asista a su turno, sin justificación
la UPSS, cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los Equipos Biomédicos (Inclusive los nuevos)
La UPSS, cuenta con un profesional Ingeniero Biomédico, que mensualmente supervisa y realiza el mantenimiento de todos nuestros Equipos Biomédicos.
Se implementará la visibilidad de afiches, sobre las consecuencias penales de las agresiones sexuales, en zonas estratégicas de Centro Quirúrgico.
La UPSS, cuenta con registros de Medicamentos e Insumos de control de vencimiento/caducidad.
Se implementara un Sistema de registro especifico de todo paciente con sujeción mecánica, el que debe ser reevaluado periódicamente, el tiempo de sujeción.
Personal profesional médico residente, cuenta con un profesional Médico, que cumple el rol de tutoría y supervisión.



ROL DE TURNOS DE MÉDICOS RESIDENTES - DPTO DE ANESTESIOLOGIA Y CENTRO QUIRURGICO MES DE DICIEMBRE 2025

COCHE DE
PARO
(QUIROFANO I)

REGISTRO PARA
PACIENTES CON SUJECION
MECÁNICA
2025

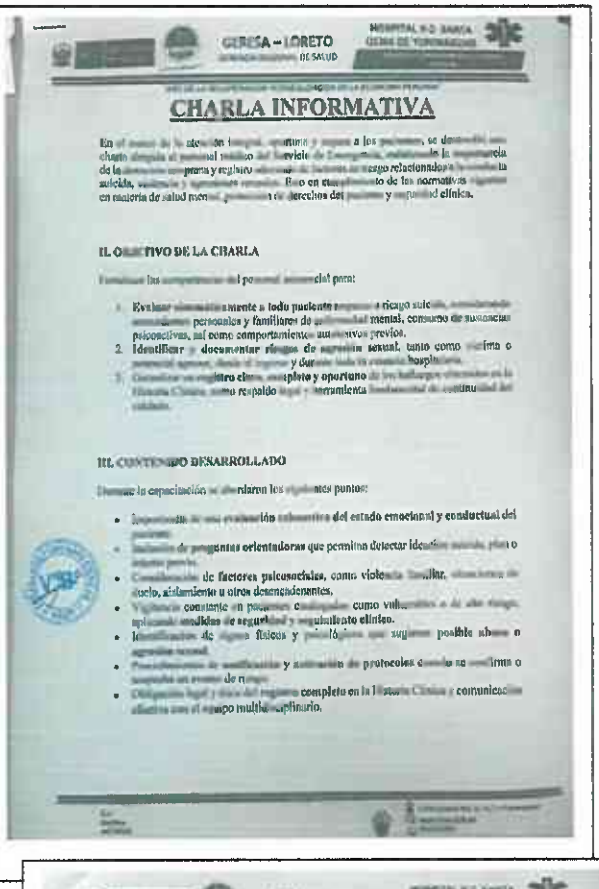
CRONOGRAMA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO

HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	II-2	SERVICIO DE ANEST. Y CENTRO QUIRURGICO	VENTILADOR MECANICO DE TRANSPORTE			IMPACT		(21) AY16C00104	7	X	X	X		
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	II-2	SERVICIO DE ANEST. Y CENTRO QUIRURGICO	VENTILADOR VOLUMETRICO	BIOMEDICO	032206850003	IMPACT		(21) AY16C00104	7	X	X	X		
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	II-2	SERVICIO DE ANEST. Y CENTRO QUIRURGICO - AREA DE RECUPERACION	CAMA CAMILLA MULTIPROPOSITO HIDRAULICO		SIM	JOSON CARE		1610076400	8	X	X	X		
HOSPITAL II-2 SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	II-2	SERVICIO DE ANEST. Y CENTRO QUIRURGICO - AREA DE RECUPERACION	CAMA CAMILLA MULTIPROPOSITO HIDRAULICO	BIOMEDICO	1610076400	JOSON CARE		1610076448	8	X	X	X		

PREVENTIVO	1	1. Inspeccion general del equipo. 2. Revisión y comprobación de los sistemas eléctricos/ electrónicos. 3. Revisión y comprobación de sistema neumático. 4. Suministro e instalación de kit de mantenimiento preventivo según el periodo correspondiente. 5. Realizar calibraciones y ajustes de los componentes indicados en el software del equipo. (sensores de flujo aire-oxigeno, sensores de presión, válvula exhalatoria, sensor de oxigeno, etc.). 6. Pruebas de funcionamiento en los modos de ventilación asistidos y controlados según indicaciones del fabricante. 7. Medición y verificación de los parametros de ventilación por medio de analizador	2025
PREVENTIVO	1	1. Inspección general del equipo. 2. Revisión y comprobación de los sistemas electrónicos/ electrónicos. 3. Revisión y comprobación de sistema neumático. 4. Suministro e instalación de kit de mantenimiento preventivo según el periodo correspondiente. 5. Realizar calibraciones y ajustes de los componentes indicados en el software del equipo. (sensores de flujo aire-oxigeno, sensores de presión, válvula exhalatoria, sensor de oxigeno, etc.). 6. Pruebas de funcionamiento en los modos de ventilación asistidos y controlados según indicaciones del fabricante. 7. Medición y verificación de los parametros de ventilación por medio de analizador	2025
PREVENTIVO	1	1. Limpieza y desinfección general del equipo. 2. Verificación del estado de la estructura metálica (baranda, pedales, soportes, suelcones). 3. Verificar los sistemas de bloqueo y frenado central funcionen correctamente. 4. Comprobación de los niveles de hidrolina para sistema hidraulico. 5. Limpieza, fabricación y ajuste de partes mecanicas desplazables o articulados. 6. Limpieza, fabricación y ajuste de garruchas (ruedas). 7. Verificación del sistema electrico y electronico de los modulos de control para las partes móviles. 8. Verificación del funcionamiento de las partes fijas y móviles (cabecera y cabecero)	2025
PREVENTIVO	1	1. Limpieza y desinfección general del equipo. 2. Verificación del estado de la estructura metálica (baranda, pedales, soportes, suelcones). 3. Verificar los sistemas de bloqueo y frenado central funcionen correctamente. 4. Comprobación de los niveles de hidrolina para sistema hidraulico. 5. Limpieza, fabricación y ajuste de partes mecanicas desplazables o articulados. 6. Limpieza, fabricación y ajuste de garruchas (ruedas). 7. Verificación del sistema electrico y electronico de los modulos de control para las partes móviles. 8. Verificación del funcionamiento de las partes fijas y móviles (cabecera y cabecero)	2025

UPSS EMERGENCIA

ACCIONES CORRECTIVAS
Reunión con el servicio de Farmacia y responsable de los coches de paro. Se elaborará un acta de compromiso con los acuerdos asumidos.
Emitir memorándum reiterando la obligatoriedad de registrar el riesgo de caída en el brazalete de identificación del paciente y en el cartel del paciente.
Mediante memorándum se reitera la obligatoriedad de registrar la valoración del riesgo de caída en todos los pacientes que se encuentren en las áreas de Observación Adultos y Observación Pediatría.
Se emitirá un memorándum reiterativo para dar cumplimiento a lo establecido respecto al uso obligatorio del brazalete de identificación del paciente.
Se emitirá un memorándum disponiendo que el personal realice una adecuada entrevista clínica para la valoración del riesgo potencial de fuga del paciente. y el uso de contención mecánica, si el caso lo amerita
Se emitirá un memorándum y un mensaje a través de los grupos de WhatsApp dirigido al personal médico, recordando la obligación de registrar en la hoja terapéutica el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión correspondientes.
Se emitirá un memorándum múltiple dirigido al personal médico del servicio, recordando la obligación de registrar en las historias clínicas las funciones biológicas de todos los pacientes (apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y estado de ánimo).
Se solicitará una reunión con el servicio de Farmacia, con el fin de establecer acuerdos y medidas correctivas que eviten futuras observaciones o faltas de insumos. Se elaborará un acta de compromiso.



GERESA – LORETO

CHARLA INFORMATIVA

II. OBJETIVO DE LA CHARLA

III. CONTENIDO DESARROLLADO

GERESA – LORETO

IV. RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL MÉDICO

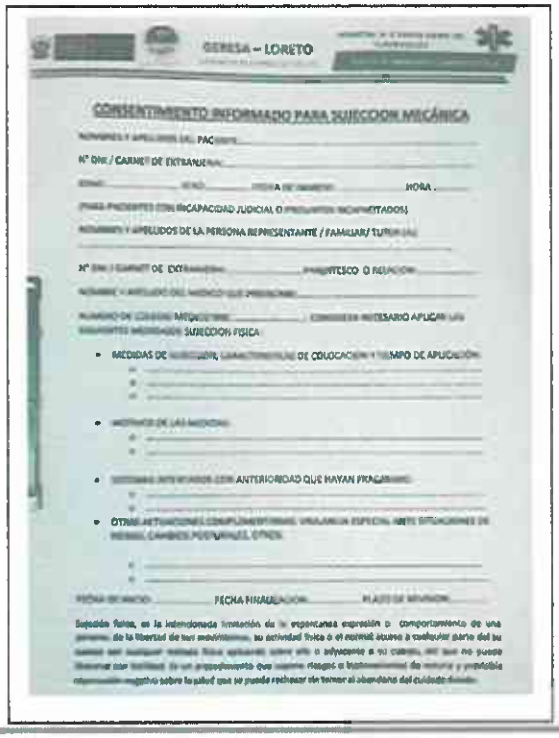
- Realizar **evaluaciones periódicas y reevaluaciones**, especialmente ante cambios clínicos o conductuales.
- Cumplir estrictamente con las **normas nacionales de salud mental** y **protocolos institucionales**.
- Garantizar la **confidencialidad, dignidad y respeto** a los derechos del paciente en todo momento.
- Coordinar con Psicología, Psiquiatría, Trabajo Social y otras áreas según corresponda.

V. CONCLUSIONES

VI. RECOMENDACIONES

- Coordinar con especialistas periódicos al personal asistencial.
- Asegurar la disponibilidad y cumplimiento de protocolos actualizados.
- Promover una cultura de seguridad del paciente con participación activa de todo el equipo de salud.
- Supervisar de manera constante la correcta aplicación y registro de estas evaluaciones.

Se emitirá un comunicado a los Licenciados en enfermería a través de los grupos de WhatsApp del servicio , reiterando la obligación de verificar los datos registrados en el brazalete de identificación del paciente
Se coordinará una reunión con el responsable de Seguridad del hospital con el propósito de recordar que deben controlar las pertenencias de los pacientes y familiares que ingresan al hospital, así evitar el ingreso de objetos peligrosos (tijeras, cuchillos, navajas, encendedore y otros).
Elaborar un registro (excel) de la ocurrencia de accidentes laborarles en el servicio.
Implementar el Protocolo de Sujeción Mecánica, el cual establecerá población objetivo, indicaciones clínicas, medidas preventivas y los procedimientos de aplicación y supervisión; asmismo definirá las responsabilidades de los profesionales de salud involucrados en la indicación, ejecución y monitoreo del procedimiento.
Reiterar al personal médico la importancia de realizar una evaluación exhaustiva del paciente al ingreso y durante su estancia, identificando posibles riesgos de ser víctima o de cometer agresiones sexuales, y registrarlo en la historia clínica.
Se difundirá en un cartel (en el periódico mural), sobre las consecuencias penales de las agresiones sexuales (Ley N° 30364), y se informará al respecto, a los pacientes, familiares y personal de salud.
Se comunicará al personal responsable de la recepción de pacientes que deberán cumplir y hacer cumplir lo establecido en el Protocolo de Recepción del Paciente, el cual dispone la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.
Solicitar la revisión y aprobación del Protocolo de Prevención de Conductas Suicidas, para su respectiva implementación en elk servicio de Emergencia.



Realizar monitoreo continuo del personal para evaluar el cumplimiento de los ocho pasos de la higiene de manos , y reforzar la práctica correcta.
Reforzar el cumplimiento de la Higiene de Manos durante los 5 Momentos mediante sesiones de monitoreo permanente.
Se comunicará al personal médico la obligación de evaluar y registrar en la historia clínica el riesgo de suicidio, considerando antecedentes de enfermedad mental, abuso de sustancias y conductas autolesivas y el plan a seguir según los casos identificados.
Se emitirá un comunicado al personal del servicio, recordando que todo paciente debe contar con el formato de consentimiento informado para actividades de docencia.
Verificar de forma diaria, el llenado correcto y completo del Formato de Consentimiento Informado para Actividades de Docencia.
Se coordinará con el personal del área de Calidad para reforzar el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos, recordando al personal su importancia y finalidad.
Recordar al personal la obligatoriedad de registrar el nombre del paciente en todas las hojas de la historia clínica (HCL), recordando la importancia del mismo en la Seguridad del Paciente.
Implementar un sistema de registro específico de todo paciente con sujeción mecánica, en el cual se consignará la evaluación inicial, la evolución y la reevaluación periódica de la necesidad y tiempo de sujeción.
Se solicitará la adquisición de telas para la confección de batas hospitalarias, con el fin de que los pacientes puedan ser fácilmente identificados dentro del establecimiento de salud.

CARGO

CARGO

CARGO

MEMORANDUM MULT. Nº 010 - 2025-GRL-GRSL/Serv. Emerg.

PARA : PERSONAL MEDICO
Del Servicio Emergencia y unidades Críticas

ASUNTO : Recordatorio sobre la obligación de registrar el riesgo de fuga y la activación de medidas de supervisión

FECHA : Yurimaguas, 10 setiembre del 2025

Por la presente, y en cumplimiento de las normas vigentes de Seguridad del Paciente y con el objetivo de fortalecer las acciones preventivas dentro del Servicio, se recuerda al personal médico la obligación de registrar en la hoja terapéutica el riesgo de fuga del paciente, así como la activación de las medidas de supervisión correspondientes en caso de identificarse dicha condición.

Se exhorta a cumplir con este procedimiento de manera rigurosa, asegurando que toda observación o medida preventiva quede debidamente documentada en la historia clínica.

Sin otro particular, agradecemos su compromiso y colaboración permanente con la seguridad y bienestar de nuestros pacientes.

Atentamente,

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN ECONÓMICA PERUANA"

CARGO

MEMORANDUM MULT. Nº 011 - 2025-GRL-GRSL/Serv. Emerg.

PARA : PERSONAL MEDICO
Del Servicio Emergencia y unidades Críticas

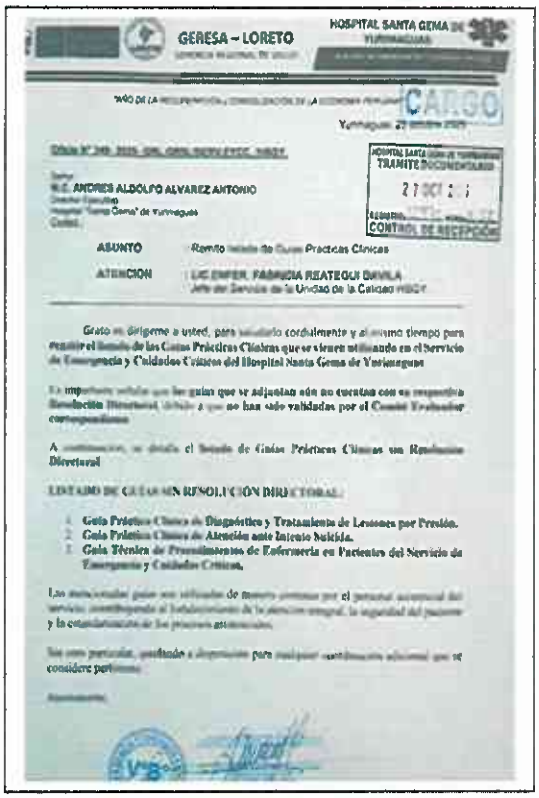
ASUNTO : Recordatorio sobre la obligación de registrar las funciones biológicas en las historias clínicas

FECHA : Yurimaguas, 10 setiembre del 2025

Por la presente, y en cumplimiento de las normas vigentes de Seguridad del Paciente y con el propósito de garantizar una valoración médica completa y de calidad, se recuerda al personal médico la obligación de registrar en las historias clínicas las funciones biológicas de cada paciente, considerando los siguientes parámetros (Apetito, Sed, Sueño, Orina, Deposiciones, Estado de ánimo)

Se exhorta a cumplir rigurosamente con esta acción en cada evaluación médica, como parte esencial de la historia clínica y del proceso asistencial.

Atentamente,



GERESA – LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

CARGO

Yurimaguas, 23 octubre 2025

Oficio N° 348 -2025-GRL-GERESA/HYUC-HSGY

Señor
M.C. ANDRES ALDOLFO ALVAREZ ANTONIO
Director Ejecutivo
Hospital "Santa Gema" de Yurimaguas
Ciudad.

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS
TRAMITE DOCUMENTARIO
23 OCT 2025
CONTROL DE RECEPCIÓN

ASUNTO : Remito listado de Guías Practicas Clínicas

ATENCION : LIC.ENFER. FABIOLA REATEGUI DAVILA
Jefa del Servicio de la Unidad de la Calidad HSGY

Grato es dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo para remitir el listado de las Guías Prácticas Clínicas que se vienen utilizando en el Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas

Es importante señalar que las guías que se adjuntan aún no cuentan con su respectiva Resolución Directoral, debido a que no han sido validadas por el Comité Evaluador correspondiente.

A continuación, se detalla el listado de Guías Prácticas Clínicas con Resolución Directoral

LISTADO DE GUIAS CON RESOLUCION DIRECTORAL:

1. **Guía Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Lesiones por Presión.**
2. **Guía Práctica Clínica de Atención ante Intento Suicida.**
3. **Guía Técnica de Procedimientos de Enfermería en Pacientes del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos.**

Las mencionadas guías son utilizadas de manera constante por el personal asistencial del servicio, contribuyendo al fortalecimiento de la atención integral, la seguridad del paciente y la estandarización de los procesos asistenciales.

Sin otro particular, quedando a disposición para cualquier coordinación adicional que se considere pertinente.

Atentamente,

VºBº

PARA : PERSONAL LICENCIADO EN ENFERMERIA
Del Servicio Emergencia y cuidados Críticos

ASUNTO : Reiteración sobre la obligación de registrar la valoración del riesgo de caída en pacientes de las Áreas de Observación Adulto y Pediatrica.

FECHA : Yurimaguas, 15 setiembre del 2025

CARGO

Por la presente, y en cumplimiento de las normas de Seguridad del Paciente, con el objetivo de garantizar una atención segura y de calidad, se reitera al personal de enfermería la obligación de registrar de manera oportuna y completa la valoración del riesgo de caída en todos los pacientes hospitalizados en las Áreas de Observación Adulto y Observación Pediátrica.

Se exhorta a cumplir con esta disposición de forma constante y responsable, asignando en historia en las hojas de registros correspondientes. La omisión de esta práctica será considerada como incumplimiento de las normas institucionales de calidad y seguridad.

Sin otro particular, agradecemos su compromiso con la mejora continua de la atención en nuestro hospital.

Atentamente

VºBº

GERESA – LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN ECONÓMICA PERUANA"

MEMORANDUM MULT. N° 010 – 2025-GRL-GERESA/Hosp. Yurim.

PARA : PERSONAL MEDICO
Del Servicio Emergencia y cuidados Críticos

ASUNTO : Recordatorio sobre la obligación de registrar el riesgo de fuga y la activación de medidas de supervisión

FECHA : Yurimaguas, 15 setiembre del 2025

CARGO

Por la presente, y en cumplimiento de las normas vigentes de Seguridad del Paciente y con el objetivo de fortalecer las acciones preventivas dentro del Servicio, se recuerda al personal médico la obligación de registrar en la hoja terapéutica el riesgo de fuga del paciente, así como la activación de las medidas de supervisión correspondientes en caso de identificarse dicha condición.

Se exhorta a cumplir con este procedimiento de manera rigurosa, asegurando que toda observación o medida preventiva quede debidamente documentada en la historia clínica.

Sin otro particular, agradecemos su compromiso y colaboración permanente con la seguridad y bienestar de nuestros pacientes.

Atentamente,

VºBº

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN ECONÓMICA PERUANA"

GERESA – LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

CARGO

"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN ECONÓMICA PERUANA"

MEMORANDUM MULT. N° 011 – 2025-GRL-GERESA/Hosp. Yurim.

PARA : PERSONAL MEDICO
Del Servicio Emergencia y cuidados Críticos

ASUNTO : Recordatorio sobre la obligación de registrar las funciones biológicas en las historias clínicas

FECHA : Yurimaguas, 15 setiembre del 2025

CARGO

Por la presente, y en cumplimiento de las normas vigentes de Seguridad del Paciente y con el propósito de garantizar una valoración médica completa y de calidad, se recuerda al personal médico la obligación de registrar en las historias clínicas las funciones biológicas de cada paciente, considerando los siguientes parámetros (Apetito, Sed, Sueño, Orina, Deposiciones, Estado de ánimo).

Se exhorta a cumplir rigurosamente con esta acción en cada evaluación médica, como parte esencial de la historia clínica y del proceso asistencial.

Atentamente,

VºBº

Yurimaguas 26 de setiembre del 2025

ACTA DE COMPROMISO

Servicio de Farmacia – Servicio de Emergencia

En la ciudad de Yurimaguas, a los 26 días del mes de setiembre del 2025, reunidos los representantes del **Servicio de Farmacia**, **Servicio de Emergencia**, **Jefatura de Enfermería**, se deja constancia de los acuerdos y compromisos adoptados tras las observaciones realizadas en las que se evidenció la presencia de **medicamentos vencidos en el coche de paro** del Servicio de Emergencia.

El presente documento tiene como finalidad fortalecer los procesos de seguridad del paciente, promover el control adecuado de medicamentos y garantizar el cumplimiento de la normativa institucional vigente.

1. Responsabilidad general sobre el control del coche de paro

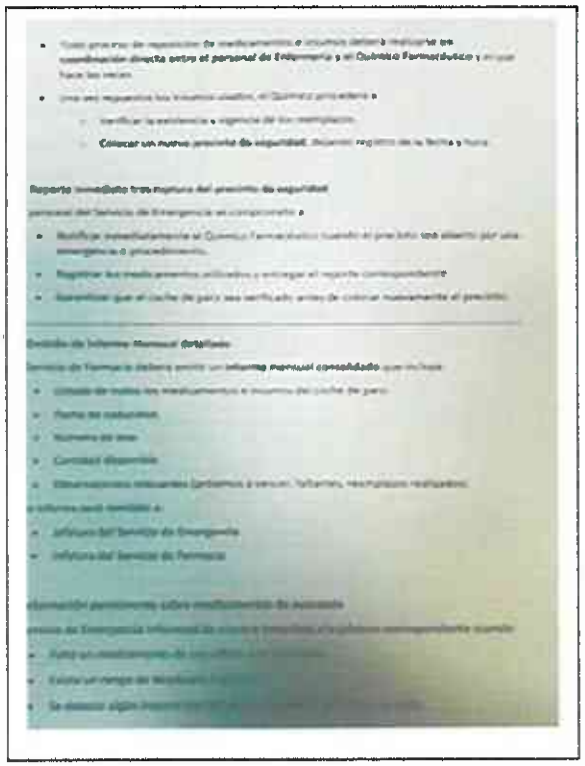
- Se establece que la responsabilidad total del control, verificación, rotación de fechas de caducidad y mantenimiento actualizado del coche de paro recae en el Servicio de Farmacia, conforme a las normativas internas de gestión de medicamentos.
- El Servicio de Emergencia, a través del personal de Enfermería, es responsable de:
  - Reportar inmediatamente al Químico Farmacéutico cualquier apertura del coche.
  - Informar sobre medicamentos utilizados.
  - Colaborar en la reposición y colocación del precinto de seguridad.

2. Compromiso de monitoreo mensual del coche de paro

El Servicio de Farmacia se compromete a:

- Realizar un monitoreo periódico y documentado del contenido del coche de paro.
- Mantener un control estricto de fechas de vencimiento, especialmente de medicamentos críticos y de reemplazo.
- Coordinar con el Jefe de Enfermería de turno para validar conjuntamente el estado del coche de paro.

3. Coordinación obligatoria [illegible]



- Todo proceso de reposición de medicamentos e insumos deberá realizarse en coordinación directa entre el personal de Enfermería y el Químico Farmacéutico, en el que hacen los retiros.
- Una vez repuestos los insumos usados, el Químico procederá a:
  - Verificar la existencia y vigencia de los medicamentos.
  - **Colocar un nuevo precinto de seguridad**, dejando registro de la fecha y hora.

Reporte inmediato tras ruptura del precinto de seguridad

personal del Servicio de Emergencia se compromete a:

- Notificar inmediatamente al Químico Farmacéutico cuando el precinto sea abierto por una emergencia o procedimiento.
- Registrar los medicamentos utilizados y entregar el reporte correspondiente.
- Supervisar que el coche de paro sea verificado antes de colocar nuevamente el precinto.

Emisión de Informe Mensual detallado

Servicio de Farmacia deberá emitir un **informe mensual consolidado** que incluya:

- Listado de todos los medicamentos e insumos del coche de paro.
- Fecha de vencimiento.
- Numero de lote.
- Cantidad disponible.
- Observaciones relevantes (perdidas o averías, faltantes, reemplazos realizados).

e informes será remitido a:

- Jefatura del Servicio de Emergencia
- Jefatura del Servicio de Farmacia

información permanente sobre medicamentos de vencidos

ervicio de Emergencia informará de manera inmediata a la química correspondiente cuando:

- Exista un medicamento de vencimiento [illegible]
- Exista un riesgo de desabastecimiento [illegible]
- Se detecte algún [illegible]

7. Capacitación continua y cumplimiento normativo

Ambos servicios se comprometen a:

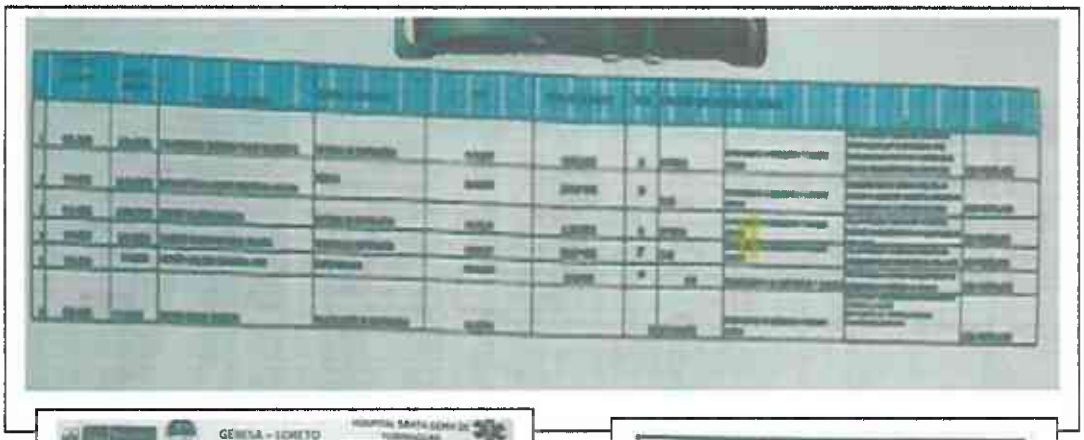
- Participar en capacitaciones periódicas sobre:
  - Gestión segura de medicamentos.
  - Control de farmacia de urgencia.
  - Prevención de eventos adversos.
- Cumplir estrictamente los protocolos institucionales, las normas de farmacovigilancia y los lineamientos de seguridad del paciente.

8. Auditoría y seguimiento

- El Área de Calidad ejecutará auditorías programadas y sorpresivas sobre el coche de paro.
- Se generarán informes de seguimiento y, en caso de reincidencia, se tomarán las medidas correctivas conforme a reglamento institucional.

9. Aceptación y firma

Con la firma del presente documento, las partes se comprometen al estricto cumplimiento de los acuerdos establecidos.



GERESA – LORETO

Yurimaguas, 6 octubre del 2025

ATENCIÓN: ING. JOHN LENIN GARCIA ANGULO
Jefe de la Unidad de Servicios Generales y Mantenimiento
Hospital "Santa Gema" de Yurimaguas

ASUNTO : MEDIANTE SOLICITO DE LA COMPRA DE TELA

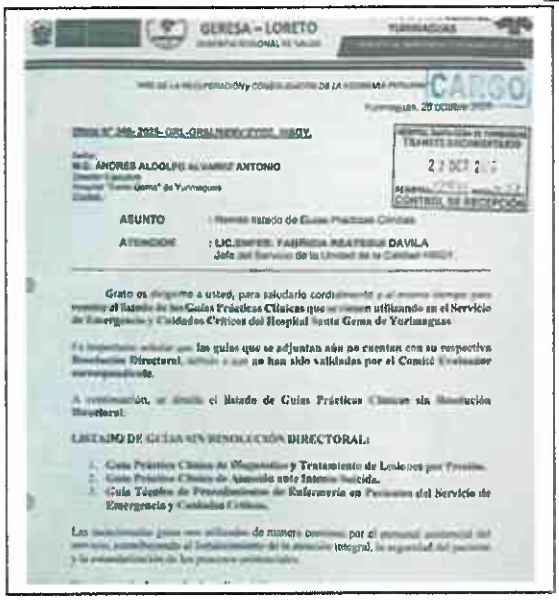
Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo solicitarle ordene a quien corresponda la compra de: TELA SANFORIZADA BLANCO, TELA BRASILIANTE ESTAMPADO, con diseño mixto, SOLERAS DE TELA Y TELA PIEL DE PELICHE para la elaboración de batitas y batas para pacientes pediátricos que se encuentran hospitalizados en el Area de Observación Pediátrica del Servicio de Emergencia.

Ya que en la actualidad no contamos con las sabanas y batas suficientes para brindar la mejor atención al paciente, lamentar constantemente que se trata de niños que necesitan una calidad atención, empezando por una cama y bata limpia.

En otro particular, propicio de la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

V°B°


GERESA – LORETO
YURIMAGUAS

CARGO

Yurimaguas, 20 octubre 2025

TRAMITE DOCUMENTARIO
23 OCT 2025
CONTROL DE RECEPCIÓN

Señor:
M.C. ANDRES ALDOLFO ALVAREZ ANTONIO
Director Ejecutivo
Hospital "Santa Gema" de Yurimaguas
Ciudad.

ASUNTO : Remito listado de Guías Practicas Clínicas

ATENCIÓN : LIC.ENFER. FABIOLA BEATRIZ DAVILA
Jefa del Servicio de la Unidad de la Calidad HSGY

Grato es dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo para remitir el listado de las Guías Prácticas Clínicas que se vienen utilizando en el Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos del Hospital Santa Gema de Yurimaguas

Es importante señalar que las guías que se adjuntan aún no cuentan con su respectiva Resolución Directoral, debido a que no han sido validadas por el Comité Evaluador correspondiente.

A continuación, se detalla el listado de Guías Prácticas Clínicas sin Resolución Directoral:

LISTADO DE GUIAS SIN RESOLUCIÓN DIRECTORAL:

1. Guía Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de Lesiones por Presión.
2. Guía Práctica Clínica de Atención ante Intento Suicida.
3. Guía Técnica de Procedimientos de Enfermería en Pacientes del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos.

Las mencionadas guías son utilizadas de manera continua por el personal asistencial del servicio, contribuyendo al fortalecimiento de la atención integral, la seguridad del paciente y la estandarización de los procesos asistenciales.

GERESA – LORETO

ACTA DE [illegible]

SOBRE EL CONTROL DE EVALUAR LA INSPECCIÓN DE EMERGENCIA
INSPECCIÓN DE SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

En la ciudad de Yurimaguas, siendo el 30 de setiembre del año 2025 en las instalaciones del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, se reunieron los Comprometidos, con el propósito de fortalecer las medidas de seguridad, control y evitar el ingreso de pacientes, familiares y visitantes al Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos.

CONSIDERANDO:

Que es deber institucional garantizar la seguridad, tranquilidad y bienestar de los pacientes, del personal asistencial y del público en general dentro de las instalaciones hospitalarias.

Que resulta necesario adoptar las medidas preventivas a fin de evitar el ingreso de objetos peligrosos y/o personas que puedan poner en riesgo la integridad física de las personas y el normal funcionamiento del servicio.

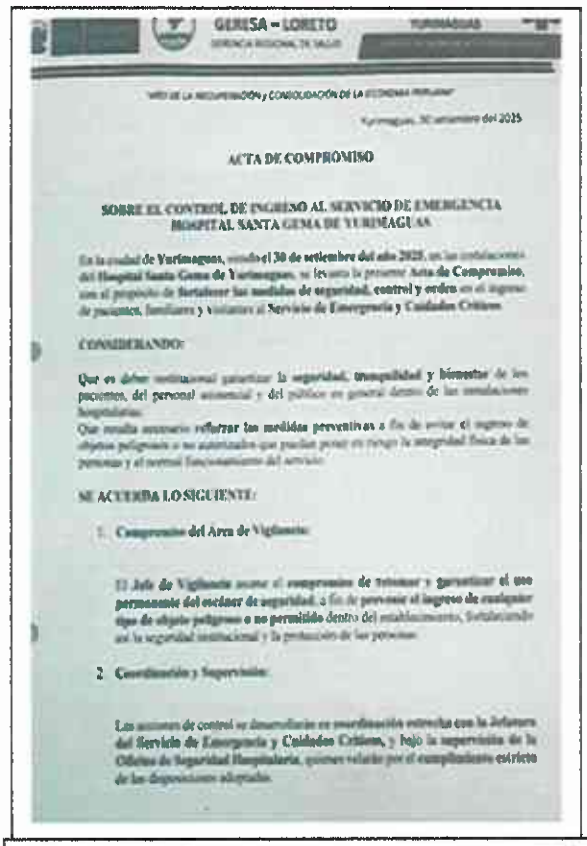
SE ACUERDA LO SIGUIENTE:

1. Compromiso del Área de Vigilancia

El Jefe de Vigilancia asume el compromiso de reforzar y garantizar el uso permanente del chaleco de seguridad a fin de prevenir el ingreso de cualquier tipo de objeto peligroso o no permitido dentro del establecimiento, manteniendo siempre el control y la protección de las personas.

2. Coordinación y Supervisión

La presente acta entra en vigencia a partir de la fecha de su suscripción y será de cumplimiento obligatorio por todo el personal asistencial y administrativo del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos, bajo la supervisión de la Oficina de Seguridad Hospitalaria, quien velará por el cumplimiento estricto de lo dispuesto en el presente acta.



GERESA – LORETO

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

Yurimaguas, 30 setiembre del 2025

ACTA DE COMPROMISO

SOBRE EL CONTROL DE INGRESO AL SERVICIO DE EMERGENCIA HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

En la ciudad de **Yurimaguas**, siendo el **30 de setiembre del año 2025**, en las instalaciones del **Hospital Santa Gema de Yurimaguas**, se levanta la presente **Acta de Compromiso**, con el propósito de **fortalecer las medidas de seguridad, control y orden** en el ingreso de pacientes, familiares y visitantes al **Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos**.

CONSIDERANDO:

Que es deber institucional garantizar la **seguridad, tranquilidad y bienestar** de los pacientes, del personal asistencial y del público en general dentro de las instalaciones hospitalarias.

Que resulta necesario **reforzar las medidas preventivas** a fin de evitar el ingreso de objetos peligrosos o no autorizados que puedan poner en riesgo la integridad física de las personas y el normal funcionamiento del servicio.

SE ACUERDA LO SIGUIENTE:

1. **Compromiso del Área de Vigilancia:**

   El **Jefe de Vigilancia** asume el **compromiso de retomar y garantizar el uso permanente del escáner de seguridad**, a fin de **prevenir el ingreso de cualquier tipo de objeto peligroso o no permitido** dentro del establecimiento, fortaleciendo así la seguridad institucional y la protección de las personas.

2. **Coordinación y Supervisión:**

   Las acciones de control se desarrollarán en **coordinación estrecha con la Jefatura del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos**, y bajo la supervisión de la **Oficina de Seguridad Hospitalaria**, quienes velarán por el **cumplimiento estricto** de las disposiciones adoptadas.

GERESA – LORETO

1. **Sustento Normativo:**

El presente compromiso se sustenta en la siguiente ley:

- **Ley N.° 29783**, *Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo*.
- **D.S. N.° 005-2012-TR**, *Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo*.
- **Norma Técnica de Seguridad en Establecimientos de Salud** del Ministerio de Salud.
- **Reglamento Interno de Seguridad Hospitalaria** del Hospital Santa Gema de Yurimaguas.

Las partes firmantes **ratifican su compromiso y responsabilidad** en el cumplimiento de estas medidas, realizando su disposición para mantener un entorno hospitalario **seguro, ordenado y en armonía con las normas institucionales**.

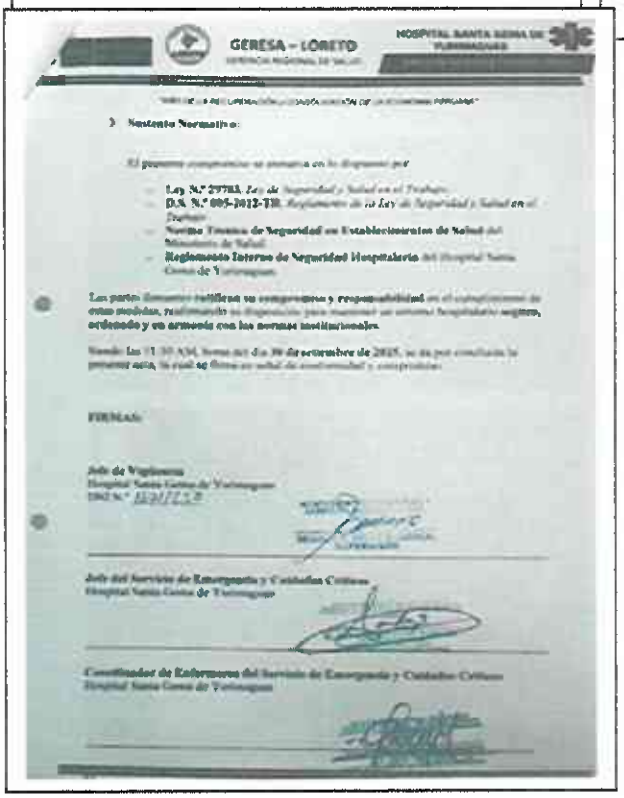
Siendo las 11:30 AM, horas del día **30 de setiembre de 2025**, se da por concluida la presente acta, la cual se firma en señal de conformidad y compromiso.

FIRMAS:

Jefe de Vigilancia
Hospital Santa Gema de Yurimaguas
DNI N.° 03377218

Jefe del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos
Hospital Santa Gema de Yurimaguas

Coordinador de Enfermeros del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos
Hospital Santa Gema de Yurimaguas



GERESA – LORETO
HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

1. **Sustento Normativo:**

El presente compromiso se sustenta en la siguiente ley:

- **Ley N.° 29783**, *Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo*.
- **D.S. N.° 005-2012-TR**, *Reglamento de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo*.
- **Norma Técnica de Seguridad en Establecimientos de Salud** del Ministerio de Salud.
- **Reglamento Interno de Seguridad Hospitalaria** del Hospital Santa Gema de Yurimaguas.

Las partes firmantes **ratifican su compromiso y responsabilidad** en el cumplimiento de estas medidas, realizando su disposición para mantener un entorno hospitalario **seguro, ordenado y en armonía con las normas institucionales**.

Siendo las 11:30 AM, horas del día **30 de setiembre de 2025**, se da por concluida la presente acta, la cual se firma en señal de conformidad y compromiso.

FIRMAS:

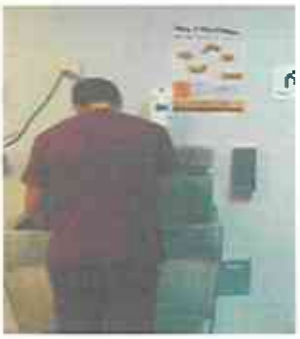
Jefe de Vigilancia
Hospital Santa Gema de Yurimaguas
DNI N.° 03377218

Jefe del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos
Hospital Santa Gema de Yurimaguas

Coordinador de Enfermeros del Servicio de Emergencia y Cuidados Críticos
Hospital Santa Gema de Yurimaguas

UPSS CENTRO OBSTÉTRICO

ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS
Realizar supervisión semanal del lavado de manos clinico al personal de turno
Implementar organizadores rotulados con los medicamentos mas frecuentes de uso
Se implementarán organizadores para dosis unitaria de pacientes de dilatación y recuperación postparto de Centro Obstetrico.
Se verificará el cumplimiento del rol de tutoría y supervisión por parte del personal asignado a los internos de medicina y obstetricia.
Se implementarán organizadores para dosis unitaria de pacientes de dilatación y recuperación postparto de Centro Obstetrico.
Rotular los medicamentos con la tecnica de semaforizacion para determinar el momento oportuno qué medicamentos están próximos a vencer.
Se supervisará periódicamente el cumplimiento del llenado del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.
Se socializará con el personal sobre el cumplimiento del llenado correcto de la hoja de consentimiento informado
Implementar un folder de notificación de accidentes de trabajo
Realizar una socialización con todo el personal del servicio sobre el uso de ropa hospitalaria, ya que se cuenta con las batas y ropas de cama, respectivamente.
Emitir memorandum reiterativo al personal médico sobre el registro obligatorio del código CIE-10 en todos los diagnósticos.



UPSS UCI ADULTO

ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS
EMITIR MEMORANDUM AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE DEBEN REGISTRAR EN EL BRAZALETE DEL PACIENTE LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS, ASÍ COMO EN EL CARTEL VISIBLE.
INFORMAR A LOS PACIENTES Y FAMILIARES Y PONER EN UN CARTEL VISIBLE, SOBRE LAS CONSECUENCIAS PENALES DE LAS AGRESIONES SEXUALES.
RECORDAR A LOS PROFESIONALES MÉDICOS QUE DEBEN REGISTRAREN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE, LAS FUNCIONES BIOLÓGICAS (APETITO, SED, SUEÑO, ORINA, DEPOSICIONES Y ESTADOS DE ÁNIMO).

MEMORANDUM CIRCUL. N° 013 - 2025-GRL-GPSL/Serv.Emerg.

PARA : PERSONAL LICENCIADO EN ENFERMERIA
Del Servicio Emergencia y cuidados Críticos

ASUNTO : USO DE BRAZALETE DE IDENTIFICACION

FECHA : Yurimaguas, 12 diciembre del 2025

CARGO

Por medio del presente, se comunica al personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) que, en cumplimiento de las normas de seguridad del paciente y con la finalidad de prevenir eventos adversos, es obligatorio registrar la identificación del riesgo de caídas en todo paciente hospitalizado que así lo presente.

En ese sentido, se dispone lo siguiente:

1. Registrar de manera visible la identificación del riesgo de caídas en el brazalete del paciente, conforme a los lineamientos institucionales establecidos.
2. Colocar y mantener un cartel visible de riesgo de caídas en la unidad o entorno del paciente, a fin de alertar al personal de salud y reforzar las medidas preventivas correspondientes.

Agradecemos su colaboración y compromiso con esta importante medida, que garantiza la seguridad y bienestar de nuestros pacientes.

Atentamente:

MEMORANDUM MULT. N° 013 - 2025-GRL-GPSL/Serv.Emerg.

PARA : PERSONAL MEDICO
De la Unidad de Cuidados Críticos

CARGO

ASUNTO : Recordatorio sobre la obligación de registrar las funciones biológicas en las historias clínicas

FECHA : Yurimaguas, 12 diciembre del 2025

Por la presente, y en cumplimiento de las normas vigentes de Seguridad del Paciente y con el propósito de garantizar una valoración médica completa y de calidad, se recuerda al personal médico la obligación de registrar en las historias clínicas las funciones biológicas de cada paciente, considerando los siguientes parámetros (Apetito, Sed, Sueño, Orina, Deposiciones, Estado de ánimo).

Se exhorta a cumplir rigurosamente con esta acción en cada evaluación médica, como parte esencial de la historia clínica y del proceso asistencial.

Atentamente,

HOJA DE MONITOREO CUMPLIMIENTO DE ACCIONES – II SEMESTRE 2025

PLAN DE ACCIÓN / MONITOREO UCI NEONATOLOGÍA (18/07/2025)

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN	
							SI	NO
40	BIOSEGURIDAD	El servicio ha implementado el uso de "Care Bundle" o Paquete de Medidas para la prevención de las IAAS basadas en evidencia médica.	SE COORDINARÁ CON EL SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE CARE BUNDLE	COORDINADORA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	25/07/2025	22/08/2025	√	
32	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	IMPLEMENTAR EN EL KARDEX EL REGISTRO DE LA EVOLUCIÓN Y LOS CAMBIOS POSTURALES DE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN.	COORDINADORA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	25/07/2025	22/08/2025	√	
24		Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	SE ADOPTARÁ UNA GUÍA DE CURACIÓN DE LPP TENIENDO COMO REFERENCIA LA GUÍA DE UN HOSPITAL NACIONAL.	COORDINADORA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGIA	18/08/2025	22/08/2025	√	
24	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	SE REALIZARÁ LA SEMAFORIZACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS.	COOD. SERV. DE NEONATOLOGIA/ QUIMICO FARMACEUTICO	25/07/2025	22/08/2025	√	
12	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	SE IMPLEMENTARÁ FICHA DE REGISTRO DE CONTROL DE MEDICAMENTOS.	COOD. SERV. DE NEONATOLOGIA/ QUIMICO FARMACEUTICO	22/07/2025	22/08/2025	√	
12	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	SE CLASIFICARÁN LOS MEDICAMETOS POR CADA PACIENTE POR NOMBRE Y DOSIS UNITARIA.	COOD. SERV. DE NEONATOLOGIA/ QUIMICO FARMACEUTICO	22/07/2025	22/08/2025	√	

CENTRO QUIRÚRGICO (15.08.2025)

MONITOREO

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMETACIÓN SI	IMPLEMETACIÓN NO
36	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos	Supervicion y evaluación permanente al personal de Centro Quirurgico, sobre la higiene de lavado de manos durante actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025	15/09/2025	OK	
24	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación	Se verificará permanentemente el almacenamiento ordenado de los medicamentos, para evitar confusión por similitud de nombres o de presentación	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025	15/09/2025	OK OK	
8	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Equipos biomédicos accesibles según le corresponda a la UPSS y de acuerdo al nivel de complejidad	Se volvera a reiterar con solicitud, la compra de la Maquina de Gases Arteriales	JEFATURA MEDICA - COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025	15/09/2025	OK	
3	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	Supervisar, verificar la asistencia y permanencia diaria del personal programado en el Rol de Guardia. Hacer efectivo la llamada de atención al personal que no asista a su turno, sin justificación	JEFATURA MEDICA - COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025	15/09/2025	OK	
3	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)	la UPSS, cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos los Equipos Biomedicos (Inclusive los nuenos)	JEFATURA MEDICA - COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025	15/09/2025	OK	

3	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.	La UPSS, cuenta con un profesional Ingeniero Biomedico, que mensualmente supervisa y realiza el mantenimientode todos nuestros Equipos Biomedicos	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025	15/09/2025	OK	
3	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Se implementará la visibilidad de afiches, sobre las consecuencias penales de las agresiones sexuales, en zonas estrategicas de Centro Quirurgico.	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA	10/09/2025	15/09/2025	OK	
3	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	La UPSS, cuenta con registros de Medicar	COORDINADOR DE ENFERMERIA - JEFATURA MEDICA		15/09/2025	OK	
3	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Sistemas de registro especificos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Se implementara un Sistema de registro especifico de todo paciente con sujeción mecánica, el que debe ser reevaluado periodicamente, el tiempo de sujeción.	COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025	15/09/2025	OK	
3	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoria y supervisión.	Personal profesional médico residente, cuenta con un profesional Medico, que cimple el rol de tutoria y supervisión.	JEFATURA MEDICA - COORDINADOR DE ENFERMERIA	10/09/2025	15/09/2025	OK	

UPS EMERGENCIA - MONITOREO DEL PLAN DE ACCIÓN (19/09/2025)

PRIORIDAD	BUENAS PRACTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (días/meses)	MONITOREO (días/meses)	IMPLEMENTACIÓN SI	IMPLEMENTACIÓN NO
84	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento y caducidad.	Reunión con el servicio de Farmacia y responsable de los coches de paro. Se elaborará un acta de compromiso con los acuerdos asumidos.	JEFE DEL SERVICIO / COORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	26/09/2025	10/10/2025	✓	
84	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Emitir memorándum reiterando la obligatoriedad de registrar el riesgo de caída en el brazalete de identificación del paciente y en el cartel del paciente.	JEFE DEL SERVICIO / COORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	29/09/2025	10/10/2025	✓	
63	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECÁNICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza.	Mediante memorándum se reitera la obligatoriedad de registrar la valoración del riesgo de caída en todos los pacientes que se encuentren en las áreas de Observacion Adultos y Observación Pediatría.	JEFE DEL SERVICIO / COORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	29/09/2025	10/10/2025	✓	
36	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Se emitirá un memorándum reiterativo para dar cumplimiento a lo establecido respecto al uso obligatorio del brazalete de identificación del paciente.	JEFE DEL SERVICIO / COORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	2/10/2025	10/10/2025	✓	
36	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Se emitirá un memorándum disponiendo que el personal realice una adecuada entrevista clínica para la valoración del riesgo potencial de fuga del paciente y el uso de contención mecánica, si el caso lo amerita.	JEFE DEL SERVICIO / COORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	03/10/2025	10/10/2025	✓	
36	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Se emitirá un memorándum y un mensaje a través de los grupos de WhatsApp dirigido al personal médico, recordando la obligación de registrar en la hoja terapéutica el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión correspondientes.	JEFE DEL SERVICIO / COORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	6/10/2025	10/10/2025	✓	
36	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo).	Realizar monitoreo continuo del personal para evaluar el cumplimiento de los ocho pasos de la higiene de manos , y reforzar la práctica correcta.	JEFE DEL SERVICIO / COORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	30/09/2025	10/10/2025	✓	
24	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos.	Reforzar el cumplimiento de la Higiene de Manos durante los 5 Momentos mediante sesiones de monitoreo permanente.	JEFE DEL SERVICIO / COORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	30/09/2025	10/10/2025	✓	
18	HISTORIA CLINICA	Registro de la Funciones Biológicas apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo	Se emitirá un memorándum múltiple dirigido al personal médico del servicio, recordando la obligación de registrar en las historias clínicas las funciones biológicas de todos los pacientes (apetito, sed, sueño, orina, deposiciones y estado de ánimo)	JEFE DEL SERVICIO / COORD. DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	29/09/2025	10/10/2025	✓	

12	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones criticas segun normatividad vigente	Se solicitara una reunion con el servicio de Farmacia con el fin de establecer acuerdos y medidas correctivas que eviten futuras observaciones o faltas de insumos. Se elaborará un acta de compromiso	JEFE DEL SERVICIO / JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	30/09/2025	15/10/2025	✓	
12	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos	Se emitirá un comunicado a los Licenciados en enfermeria a través de los grupos de WhatsApp del servicio , reiterando la obligación de verificar los datos registrados en el brazalete de identificación del paciente	JEFE DEL SERVICIO / JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	6/10/2025	15/10/2025	✓	
12	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	Se coordinará con el responsable de Seguridad del hospital a fin de recordar a su personal que deben controlar las pertenencias de los pacientes y familiares que ingresan al hospital, asi evitar el ingreso de objetos peligrosos (Iperas, cuchillos, navajas, encendedore y otros)	JEFE DEL SERVICIO / JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	9/10/2025	20/10/2025	✓	
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro fisico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	Elaborar un registro (excel) de la ocurrencia de accidentes laborales en el servicio.	JEFE DEL SERVICIO / JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	29/09/2025	20/10/2025	✓	
12	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECANICA	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 Sujeción Mecanica, el cual establecera población objetivo, indicaciones clinicas, medidas preventivas y los procedimientos de aplicacion y supervision asimismo definirá las responsabilidades de los profesionales de salud involucrados en la indicación, ejecucion y monitoreo del procedimiento.	JEFE DEL SERVICIO / JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	20/10/2025	20/10/2025	✓	
12	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.	Reiterar al personal medico la importancia de realizar una evaluación exhaustiva del paciente al ingreso y durante su estancia, identificando posibles riesgos de ser victima o de cometer agresiones sexuales, y registrarlo en la historia clinica.	JEFE DEL SERVICIO / JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	10/10/2025	20/10/2025	✓	
12	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Se difundirá en un cartel (en el periodico mural), sobre las consecuencias penales de las agresiones sexuales (Ley N° 30364), y se informará al respecto, a los pacientes, familiares y personal de salud.	JEFE DEL SERVICIO / JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	15/10/2025	20/10/2025	✓	
12	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Se comunicará al personal responsable de la recepción de pacientes que deberán cumplir y hacer cumplir lo establecido en el Protocolo de Recepción del Paciente, el cual dispone la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	JEFE DEL SERVICIO / JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	15/10/2025	20/10/2025		X
12	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave cronica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Se comunicará al personal medico la obligación de evaluar en todo paciente y registrar en la historia clinica, el riesgo de suicidio, considerando antecedentes de enfermedad mental, abuso de sustancias y conductas autolesivas.	JEFE DEL SERVICIO / JEFE DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	13/10/2025	20/10/2025		X

12	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.	Informar a los pacientes y familiares de forma verbal y mediante carteles sobre la prohibición de ingresar objetos que representen riesgo de auto o heteroagresividad como tijeras, cuchillos, navajas, cutter, encendedores, entre otros.	JEFE DEL SERVICIO / COORD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	17/10/2025	15/10/2025	✓	
12	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	El protocolo de prevención de conductas suicidas debe incluir correcta ubicación del paciente, la necesidad o no de sujeción mecánica, la supervisión así como la constancia en el registro de cualquier incidencia, el control de salidas y de visitas	Solicitar la revisión y aprobación del Protocolo de Prevención de Conductas Suicidas, para su respectiva implementación en elk servicio de Emergencia.	JEFE DEL SERVICIO / COORD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	17/10/2025	5/11/2025	✓	
8	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	Se comunicará al personal médico la obligación de evaluar y registrar en la historia clínica el riesgo de suicidio, considerando antecedentes de enfermedad mental, abuso de sustancias y conductas autolesivas y el plan a seguir según los casos identificados	JEFE DEL SERVICIO / COORD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	17/10/2025	20/10/2025	✓	
6	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Se emitirá un comunicado al personal del servicio, recordando que todo paciente debe contar con el formato de consentimiento informado para actividades de docencia	JEFE DEL SERVICIO / COORD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	30/09/2025	10/10/2025	✓	
6	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Verificar de forma diaria, el llenado correcto y completo del Formato de Consentimiento Informado para Actividades de Docencia.	JEFE DEL SERVICIO / COORD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	24/09/2025	10/10/2025	✓	
6	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Se coordinará con el personal del área de Calidad para reforzar el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos, recordando al personal su importancia y finalidad.	JEFE DEL SERVICIO / COORD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	17/10/2025	10/10/2025	✓	
6	HISTORIA CLINICA	Registro del nombre del paciente en todas las hojas de la HCl	Recordar al personal la obligatoriedad de registrar el nombre del paciente en todas las hojas de la historia clínica (HCL), recordando la importancia del mismo en la Seguridad del Paciente.	JEFE DEL SERVICIO / COORD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	24/09/2025	10/10/2025	✓	
6	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA	Sistemas de registro específicos de todo paciente con sujeción mecánica, el que se debe de reevaluar periódicamente la situación y el tiempo de sujeción.	Implementar un sistema de registro específico de todo paciente con sujeción mecánica, en el cual se consignará la evaluación inicial, la evolución y la reevaluación periódica de la necesidad y tiempo de sujeción.	JEFE DEL SERVICIO / COORD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	14/10/2025	20/10/2025	✓	
4	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable	Se solicitará la adquisición de telas para la confección de batas hospitalarias, con el fin de que los pacientes puedan ser fácilmente identificados dentro del establecimiento de salud.	JEFE DEL SERVICIO / COORD DEL SERVICIO DE EMERGENCIA	6/10/2025	20/10/2025	✓	

CENTRO OBSTÉTRICO (17.10.2025) **MONITOREO**

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	SI	NO
60	HIGIENE DE MANOS	Porcentaje de cumplimiento > 80%, del requisito de realizar la higiene de las manos durante su actividad asistencial de acuerdo con los cinco momentos de la higiene de manos	Realizar supervisión semanal del lavado de manos clínico al personal de turno	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025		X
48	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos	Implementar organizadores rotulados con los medicamentos mas frecuentes de uso	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025	X	
48	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se clasifican para su almacenamiento local según el nombre del paciente por dosis unitaria.	Se implementarán organizadores para dosis unitaria de pacientes de dilatación y recuperación postparto de Centro Obstetrico.	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025	X	
48	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoria y supervisión.	Se verificará el cumplimiento del rol de tutoria y supervisión por parte del personal asignado a los internos de medicina y obstetricia	Jefatura de Obstetricia	24/10/2025	X	
48	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Almacenamiento ordenado de los medicamentos para evitar su confusión por su similitud de nombres o de presentación.	Se implementarán organizadores para dosis unitaria de pacientes de dilatación y recuperación postparto de Centro Obstetrico.	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025	X	
48	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Rotular los medicamentos con la tecnica de semaforizacion para determinar el momento oportuno qué medicamentos están próximos a vencer.	Jefatura de Obstetricia	24/10/2025	X	
48	BIOSEGURIDAD	Se observa si se respetan las zonas rigidas y semirigidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud.	Realizar una reunión de sensibilización con todo el personal sobre el respeto de las areas rigidas y semirigidas de las UPSS	Jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia	15/11/2025		X
32	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Socializar con todo el personal el registro del riesgo de caida	Jefatura de Obstetricia	15/11/2025		X
24	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.	Socializar a todo el personal del servicio la incopocracion del item en el desarrollo de la historia clinica	Jefatura del servicio de Gineco-Obstetricia	15/11/2025		X
24	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA	Valoración del riesgo de caida de todo paciente que se hospitaliza	Se socializará con el personal la obligatoriedad de realizar la valoración del riesgo de caida a todo paciente que ingresa a hospitalización, debiendo registrarla en la historia clinica	Jefatura de Obstetricia	15/11/2025		X

24	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	Se supervisará periódicamente el cumplimiento del llenado del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	Jefatura de Obstetricia	24/10/2025	X	
24	BIOSEGURIDAD	Se observa si se encuentran señalizados las zonas rigidas y semirigidas de la Unidad Productora de Servicios de Salud	Se realizará la señalización de las zonas rigidas y semirigidas del Centro Obstetrico	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025		X
18	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente	Se socializará con el personal sobre el cumplimiento del llenado correcto de la hoja de consentimiento informado	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	15/11/2025	X	
18	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapeuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	Se socializará con el personal médico la importancia de incluir en la hoja de recomendaciones, en caso se identifique riesgo de fuga del paciente, la activacion oportuna de las medidas de supervisión correspondientes	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	15/11/2025		X
18	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica	Se socializará con el personal la ejecución de la valoracion del riesgo potencial de fuga en todos los pacientes y se adicionará dicho item en el kardex de obstetricia.	Jefatura de Obstetricia	15/11/2025		X
16	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Se socializará con el personal que deben informar al paciente y/o familiar responsable sobre la prohibición de mantener relaciones sexuales durante la hospitalizacion	Jefatura de Obstetricia	15/11/2025		X
16	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 Ingeniería Hospitalaria una copia del plan de mantenimiento de todos los equipos biomedicos	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	30/10/2025		X
16		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 Ingeniería Hospitalaria la ejecucion del plan de mantenimiento de todos los equipos biomedicos	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	30/10/2025		X
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico o digital de notificación de accidentes de trabajo del personal asistencial	Implementar un folder de notificación de accidentes de trabajo	Jefatura de Obstetricia	30/10/2025	X	
6	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital facilmente identificable	Realizar una socialización con todo el personal del servicio sobre el uso de ropa hospitalaria, ya que se cuenta con las batas y ropas de cama, respectivamente.	Jefatura de obstetras, Coordinadora de Centro	15/11/2025	X	
6	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Emitir memorandum reiterativo al personal médico sobre el registro obligatorio del codigo CIE-10 en todos los diagnosticos	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	30/10/2025	X	

MONITOREO - UPS GÍNECO OBSTETRICIA (14.11.2025)

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	SI	NO	MONITOREO (dd/mm/aaaa)
48	HIGIENE DE MANOS	Cumplimiento de los 08 pasos de la desinfección de manos (pasos y tiempo)	Socializar y reforzar al personal la técnica correcta de los 08 pasos de la desinfección de manos y el tiempo mínimo requerido	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	20/11/2025	X		28/11/2025
48	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.	Monitorear diariamente el cumplimiento de los cinco momentos de la higiene de manos y realizar la retroalimentación inmediata al personal durante la jornada asistencial.		20/11/2025	X		28/11/2025
36	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Reevaluación periódica del riesgo, siempre que cambie la situación clínica basal del paciente.	Actualización del kárdex de obstetricia con el item para la valoración y reevaluación del riesgo de úlceras por presión	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	20/11/2025		X	28/11/2025
36		Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	Socializar con el personal la obligatoriedad de realizar el seguimiento continuo de la evolución de los pacientes con úlceras por presión	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	20/11/2025	X		28/11/2025
36		Protocolización de la guia de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Convocar a reunión con el personal para la elaboración del protocolo para la prevención y control de úlceras por presion	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	28/11/2025		X	5/12/2025
24	SEGUIMIENTO EN LA UPSS	Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	Verificar el cumplimiento efectivo del rol de tutoría de los internos por parte del personal responsable	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	20/11/2025	X		28/11/2025
18	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Edutación al paciente y su familia para la prevención y cuidado de las úlceras por presión	Socializar con el personal la responsabilidad de educar al paciente y a su familia sobre la prevención y el cuidado de las úlceras por presion	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	25/11/2025		X	28/11/2025
18		Planificación, ejecución y evaluación del programa educativo dirigido a paciente, su cuidador y la familia.	Socializar con el personal la obligatoriedad del registro en la hist	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	25/11/2025		X	28/11/2025
18		Notificación de úlceras por presión (incidencia y prevalencia) en un registro diario instaurado en los servicios de hospitalización.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la notificación diaria, incluso en ausencia de casos	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	25/11/2025	X		28/11/2025
18	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	Realizar una socialización y capacitación al personal asistencial sobre el sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	25/11/2025	X		28/11/2025
18	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN 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	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la evaluación inicial del riesgo de ulceras por presion al ingreso del paciente y registrarlo en la historia en la historia clínica	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	25/11/2025		X	28/11/2025

18	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCION MECANICA	Valoración del riesgo de caída de todo paciente que se hospitaliza	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la valoración del riesgo de caída al ingreso del paciente hospitalizado	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	25/11/2025		X	28/11/2025
18	BIOSEGURIDAD	Eliminación de material punzo cortante y agujas de acuerdo a las normas.	Socializar al personal asistencial y de apoyo las normas de bioseguridad para la eliminación de material punzocortante	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	25/11/2025		X	28/11/2025
12	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomedicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Coordinar con el área de Ingeniería Hospitalaria la ejecución priorizada del mantenimiento pendiente	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	17/11/2025		X	28/11/2025
12	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Valoración del estado de la piel para detectar la presencia de úlceras por presión previas.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la valoración del estado de la piel al ingreso del paciente hospitalizado	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025		X	28/11/2025
12	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Elaborar y/o actualizar material informativo (afiches, paneles informativos) con lenguaje claro y accesible sobre las consecuencias penales de las agresiones sexuales	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	30/11/2025		X	5/12/2025
12	SEGURIDAD SEXUAL	Evaluación del paciente a su ingreso y durante el mismo de los riesgos de ser víctimas o de cometer agresiones sexuales: desinhibiciones maniacas, trastornos de la personalidad, aislamiento, poca aceptación en su medio	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la evaluación de riesgo de agresiones sexuales al ingreso y de forma periódica durante la hospitalización	Jefatura del Servicio de Gineco-Obstetricia	25/11/2025		X	5/12/2025
12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Consolidar y revisar semanalmente la información de incidentes y eventos adversos notificados por servicio	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	30/11/2025		X	5/12/2025
12	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Socializar al personal médico y asistencial la obligatoriedad del uso de la codificación CIE-10 o DSM IV en el registro de diagnósticos	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	25/11/2025	X		5/12/2025
12	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadios.	Socializar al personal asistencial la guía de curación de úlceras por presión según estadios y su correcta aplicación.	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	5/12/2025		X	10/12/2025
12	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de evaluar y registrar el riesgo de fuga del paciente en la hoja de recomendaciones terapeuticas	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	5/12/2025		X	10/12/2025

12	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia	Socializar al personal que realiza la tutoría a los internos sobre la obligatoriedad del consentimiento informado específico para actividades de docencia y asegurar la disponibilidad de dicho formato en el servicio	Jefatura de Obstetricia	5/12/2025	X		10/12/2025
12	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente informado al que se le han aclarado sus dudas y preguntas respecto a algún procedimiento o cirugía, evidenciándose la firma del Consentimiento respectivo.	Socializar al personal médico y asistencial la obligatoriedad de brindar información completa sobre el procedimiento o cirugía, riesgos, beneficios y alternativas	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	5/12/2025	X		10/12/2025
12	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Entrevistas con el paciente para valorar el riesgo potencial de fuga. Solo en casos de oposición activa y riesgo inminente de fuga se recurrirá a la contención mecánica.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la entrevista de valoración del riesgo de fuga al ingreso y durante la hospitalización y documentar los hallazgos en la historia clínica	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	5/12/2025		X	10/12/2025
12	PREVENCION DEL SUICIDIO Y LESIONES	Identificación del Riesgo de Suicidio: antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, antecedentes de conducta violenta o autolesiva, intentos suicidas previos, conductas suicidas en el entorno cercano.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de la evaluación del riesgo de suicidio en pacientes hospitalizados considerando antecedentes de enfermedad mental y/o abuso de sustancias, enfermedad somática grave crónica, conductas violentas o autolesivas, intentos suicidas previos y conductas suicidas en el entorno cercano, con registro obligatorio en la historia clínica.	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	5/12/2025		X	10/12/2025
12	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.	Elaborar y/o actualizar material informativo visible (afiches, paneles) sobre los objetos prohibidos y los riesgos asociados. Asimismo, informar verbalmente al paciente y/o familiar al ingreso al servicio sobre la prohibición de introducir objetos prohibidos, dejando constancia en la historia clínica	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	30/11/2025		X	5/12/2025
12	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Informar al paciente y/o familiar al ingreso sobre la prohibición de relaciones sexuales durante la hospitalización, dejando constancia escrita en la historia clínica o formato institucional. Asimismo, colocar material informativo visible en áreas de hospitalización	Jefatura de Obstetras y Coord. Del PP Materno Neonatal	21/11/2025		X	28/11/2025
12	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Socializar al personal asistencial la obligatoriedad de identificar y señalizar el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	5/12/2025		X	10/12/2025
8	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 Ingeniería Hospitalaria el Plan Anual de Mantenimiento preventivo de todos los equipos del Servicio de Gineco-Obstetricia	Jefatura del Servicio de Gineco Obstetricia	21/11/2025		X	28/11/2025

UCI PLAN DE ACCIÓN - MONITOREO - (05/12/2025)

VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN	
					SI	NO
Identificación de riesgo de caidas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible	EMITIR MEMORANDUM AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE DEBEN REGISTRAR EN EL BRAZALETE DEL PACIENTE LA IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS, ASI COMO EN EL CARTEL VISIBLE	COORDINADOR DE ENFERMERIA / JEFE DEL SERVICIO	12/12/2025	16/12/2025	✓	
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales	INFORMAR A LOS PACIENTES Y FAMILIARES Y PONER EN UN CARTEL VISIBLE, SOBRE LAS CONSECUENCIAS PENALES DE LAS AGRESIONES SEXUALES	COORDINADOR DE ENFERMERIA DE UCI	12/12/2025	16/12/2025	✓	
Registro de la Funciones Biológicas: apetito, sed, sueño, orina, deposiciones, estado de animo.	RECORDAR A LOS PROFESIONALES MEDICOS QUE DEBEN REGISTRAREN LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE LAS FUNCIONES BIOLÓGICAS (APETITO, SED, SUEÑO, ORINA, DEPOSICIONES Y ESTADOS DE ÁNIMO)	JEFE DEL SERVICIO	12/12/2025	16/12/2025	✓	

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

1.1. VISITA A LA UPSS UCI NEONATOLOGÍA (17/07/2025)

1.2. VISITA A LA UPSS CENTRO QUIRÚRGICO (15/08/2025)

1.3. VISITA A LA UPSS EMERGENCIA (19/09/2025)

1.4. VISITA A LA UPSS CENTRO OBSTÉTRICO (17/10/2025)

1.5. VISITA A LA UPSS GÍNECO OBSTETRICIA (14/11/2025)

1.6. VISITA A LA UPSS UCI ADULTO (05/12/2025)