



HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



INFORME TÉCNICO DE APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

II TRIMESTRE 2024





I. PRESENTACIÓN

La Seguridad del Paciente es una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas.

La prestación de servicios de salud seguros y de alta calidad es un requisito previo para fortalecer los sistemas de atención de la salud y avanzar hacia una cobertura sanitaria universal efectiva.

El Ministerio de Salud aprueba la Directiva N°092 "Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud", el cual es una herramienta de calidad que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención de Salud, recomendada para fortalecer la cultura de seguridad del paciente, éstas son: Registro en la historia clínica, seguridad del paciente en la UPSS, identificación correcta del paciente, prevención de la fuga de pacientes, seguridad en la medicación, prevención de la caída del paciente y contención mecánica, seguridad sexual, prevención y reducción de riesgo úlceras por presión, prevención del suicidio y lesiones, comunicación efectiva, higiene de manos, bioseguridad, funcionamiento y manejo de equipos.

Es así que el Hospital de Apoyo II-2 Sullana, con la limitación de la emergencia sanitaria COVID – 19, dio por inicio la aplicación de las Rondas de Seguridad del Paciente, a partir del mes de noviembre del año 2020, en las diversas UPSS, bajo una metodología específica, a fin de detectar y clasificar incidentes o problemas, seleccionar e implementar acciones de mejora, generando una cultura de seguridad en el personal.





INFORME TRIMESTRAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

I. **ANTECEDENTES:** Antecedentes legales y normativos nacionales e institucionales.

DATOS GENERALES:

1.1 Institucional, departamento y servicio

- Institución: Hospital de Apoyo II-2 Sullana.
- UPSS: Emergencia, Centro Quirúrgico y Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal,

1.2. Equipo de Rondas de Seguridad reconocido con Acto Resolutivo

Aprobado con RD N° 065-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS.DE.OPE.430020161, de fecha treinta y uno de enero del dos mil veinticuatro (31.01.2024), conformado por:

EQUIPO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		
N°	CARGO	FUNCIÓN
1	Director Ejecutivo	Líder
2	Supervisora de la Oficina de Gestión de Calidad	Secretaria Técnica
3	Supervisor de la Oficina de Administración	Miembro
4	Jefe del Departamento de Enfermería	Miembro
5	Jefe del Servicio de Farmacia	Miembro
6	Jefe de la Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental	Miembro
7	Jefe del Departamento de Consulta Externa	Miembro
8	Jefe del Departamento de Medicina	Miembro Temporal
9	Jefe del Departamento de Cirugía	Miembro Temporal
10	Jefe del Departamento de Pediatría	Miembro Temporal
11	Jefe del Departamento de Gineco Obstetricia	Miembro Temporal
12	Jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico	Miembro Temporal
13	Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	Miembro Temporal
14	Jefe del Departamento de Patología Clínica y Anatomía Patológica	Miembro Temporal
15	Jefe del Servicio de Nutrición y Dietética	Miembro Temporal





1.3. Cronograma de Rondas de seguridad con Acto Resolutivo, otro documento

Aprobado con Resolución Directoral N°064-2024/GOB.REG.PIURA-DRSP-HAS-DE.OPE.430020161 de fecha treinta y uno de enero del dos mil veinticuatro (31.01.2024) – Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana – periodo 2024.



CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - PERIODO 2024

IPRESS: HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
TITULAR IPRESS: MÉD. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS

ENERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	25/01/2024	10:00 - 12:00

FEBRERO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 2	15/02/2024	10:00 - 12:00

MARZO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 3	14/03/2024	10:00 - 12:00

ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 4	18/04/2024	10:00 - 12:00

MAYO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 5	16/05/2024	10:00 - 12:00

JUNIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 6	20/06/2024	10:00 - 12:00

JULIO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 7	11/07/2024	10:00 - 12:00

AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 8	15/08/2024	10:00 - 12:00

SETIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 9	19/09/2024	10:00 - 12:00

OCTUBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 10	23/10/2024	10:00 - 12:00

NOVIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 11	20/11/2024	10:00 - 12:00

DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA
RONDA 12	19/12/2024	10:00 - 12:00

Lic. Adm. Eusebio Galloso Palacios
C.O.P. 10744 RNE 10744

Lic. Adm. Eusebio Galloso Palacios
C.O.P. 10744 RNE 10744

Med. Jose Gustavo Rivas Anazco
C.O.P. 10744 RNE 10744

Lic. Adm. Eusebio Galloso Palacios
C.O.P. 10744 RNE 10744

II. ANÁLISIS:

2.1. RESULTADOS:

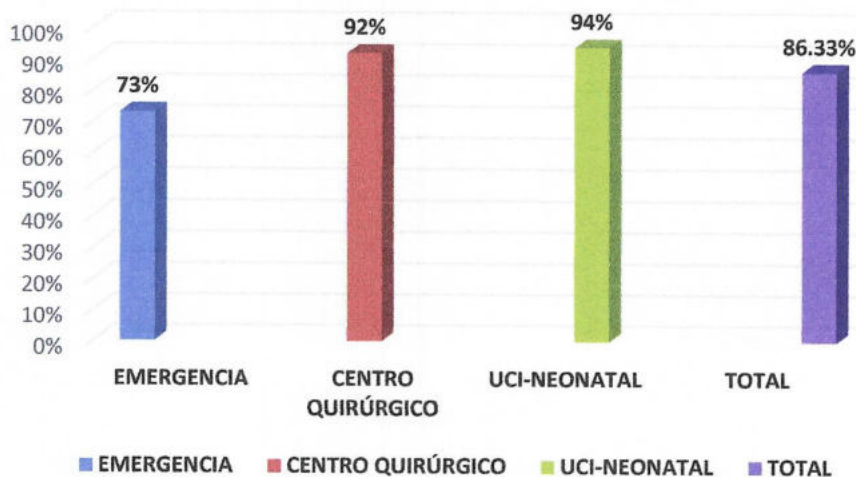
2.1.1. CUMPLIMIENTO PROMEDIO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS – II TRIMESTRE, 2024.

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
18/04/2024	EMERGENCIA	73%	Riesgo importante
16/05/2024	CENTRO QUIRÚRGICO	92%	Riesgo moderado
20/06/2024	UCI - NEONATAL	94%	Riesgo moderado
II TRIMESTRE	PROMEDIO	86.33%	Riesgo moderado

50% a 65% riesgo intolerable, 66% a 80% riesgo importante, 81% a 94% riesgo moderado 97% a 99% riesgo muy bajo.

En las fechas establecidas en el Cronograma Anual de Rondas de Seguridad del Paciente, según sorteo se visitó al Departamento de Emergencia en el mes de abril, obteniendo el 73% de cumplimientos de buenas prácticas, Centro Quirúrgico mes de mayo, con 92% en la evaluación y Uci Neonatal en Junio, presentando el 94%. Por lo tanto, durante el II trimestre se logró obtener el 86.33% de cumplimiento de las mismas de las UPSS ya mencionadas, con un riesgo de valor moderado.

CUMPLIMIENTO PROMEDIO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS- II TRIMESTRE, 2024.



Fuente: Informe Técnico de Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, II Trimestre 2024.





2.1.2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO POR BUENAS PRÁCTICAS APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS – II TRIMESTRE 2024.

EMERGENCIA	
BUENAS PRÁCTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro en la historia clínica	92%
Seguridad del paciente en la upss	79%
Identificación correcta	71%
Prevención de fuga	50%
Seguridad en la medicación	50%
Prevención de caídas y contención mecánica	91%
Seguridad sexual	33%
Prevención y reducción del riesgo de las upp	67%
Prevención del suicidio y lesiones	57%
Comunicación efectiva	100%
Higiene de manos	100%
Bioseguridad	100%
Funcionamiento y manejo de Equipos	60%
Cumplimiento Total	73%

Con respecto a la evaluación, durante la Ronda de Seguridad del Paciente, el Departamento de Emergencia obtuvo el 73% de cumplimiento en la las buenas prácticas, encontrándose en su mayoría ciertos verificadores inseguros. Asimismo, se evidenciaron gran compromiso en cierto ítems con mayor porcentaje en: Registro en la Ha Cl., prevención de caídas y contención mecánica, comunicación efectiva, higiene de manos y bioseguridad.

CENTRO QUIRÚRGICO	
BUENAS PRÁCTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	100%
Seguridad del paciente en la UPSS	90%
Identificación Correcta	67%
Prevención de fuga	100%
Seguridad en la medicación	100%
Prevención de caídas y contención mecánica	100%
Comunicación efectiva	100%
Higiene de manos	100%
Bioseguridad	100%
Funcionamiento y manejo de Equipos	60%
Cumplimiento Total	92%

A la ejecución de la Ronda de Seguridad del Paciente, el Departamento de Centro Quirúrgico fue evaluado por segunda vez, obteniendo el 92% de cumplimiento de buenas prácticas, considerándose mayor compromiso en ítems: Registro de la Ha Cl., seguridad del paciente en la UPSS, prevención de la fuga, seguridad en la medicación, prevención de caídas y contención mecánica, comunicación efectiva, higiene de manos y bioseguridad.





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

UCI - NEONATAL	
BUENAS PRÁCTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	90%
Seguridad del paciente en la UPSS	83%
Identificación Correcta	100%
Prevención de fuga	100%
Seguridad en la medicación	100%
Prevención de caídas y contención mecánica	100%
Prevención y reducción del Riesgo de las UPP	100%
Prevención del suicidio y lesiones	100%
Comunicación efectiva	100%
Higiene de manos	100%
Bioseguridad	100%
Funcionamiento y manejo de Equipos	60%
Cumplimiento Total	94%

Por segunda vez se evaluó la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal, el cual obtuvo el 94% de cumplimiento de buenas prácticas; incrementando 3% según la evaluación anterior. Asimismo, se evidencio gran compromiso de cumplimiento con mayor porcentaje en 12 buenas prácticas durante la Ronda de Seguridad del Paciente.

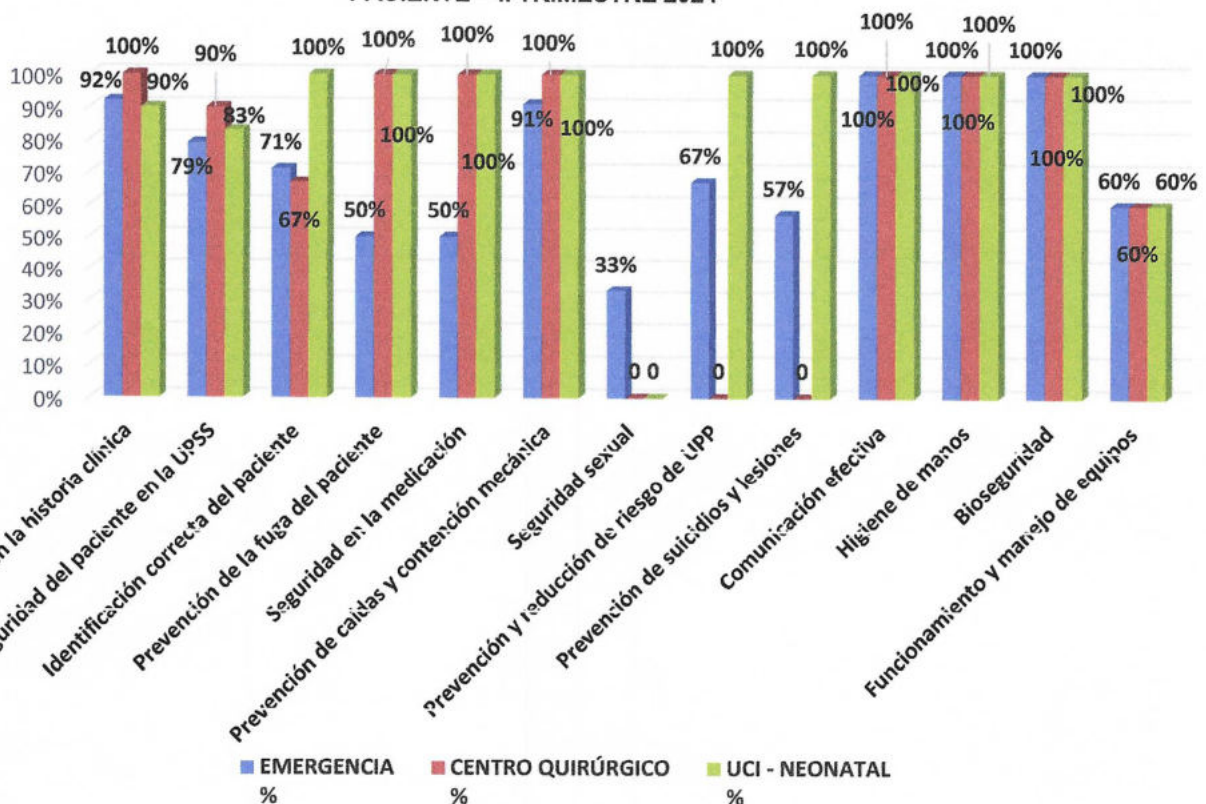




CONSOLIDADO DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE – II TRIMESTRE 2024

N°	BUENAS PRÁCTICAS	EMERGENCIA %	CENTRO QUIRÚRGICO %	UCI - NEONATAL %	TOTAL %
1	Registro en la historia clínica	92%	100%	90%	94.00
2	Seguridad del paciente en la UPSS	79%	90%	83%	84.00
3	Identificación correcta del paciente	71%	67%	100%	79.33
4	Prevención de la fuga del paciente	50%	100%	100%	83.33
5	Seguridad en la medicación	50%	100%	100%	83.33
6	Prevención de caídas y contención mecánica	91%	100%	100%	97.00
7	Seguridad sexual	33%	-	-	33.00
8	Prevención y reducción de riesgo de UPP	67%	-	100%	83.50
9	Prevención de suicidios y lesiones	57%	-	100%	78.50
10	Comunicación efectiva	100%	100%	100%	100.00
11	Higiene de manos	100%	100%	100%	100.00
12	Bioseguridad	100%	100%	100%	100.00
13	Funcionamiento y manejo de equipos	60%	60%	60%	60.00
	TOTAL	73%	92%	94%	82.77

CONSOLIDADO DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE – II TRIMESTRE 2024



Fuente: Informe Técnico de Aplicación de Rondas de Seguridad del Paciente del Hospital de Apoyo II-2 Sullana, I Trimestre 2024.





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

EMERGENCIA			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS (PROPUESTAS)	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS (IMPLEMENTADAS)
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	35	Envío de documento a médicos asistentes para cumplimiento de registro completo del consentimiento informado en la Ha. Cl./ vigilancia en Ha. Cl.	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	35	Envío de documento a médicos asistentes para cumplimiento de registro completo de los diagnósticos con codificación CIE 10 o DSM IV en la Ha. Cl. / vigilancia en la Ha. Cl.	SI
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	35	Elaborar el protocolo de riesgos de caídas	SI
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	10	NO APLICA	NO APLICA
Personal en formación (internos, residentes, especialidad u otros) demuestran que tienen un personal asistencial que cumple el rol de tutoría y supervisión.	28	Enviar documento a Jefe de Docencia e Investigación que demuestre que internos, residentes, alumnos tienen tutor asistencial.	SI
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	35	Monitorear el uso de brazaletes en los pacientes.	NO
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	35	Enviar memorándum a tutor de médicos residentes sobre el uso del formato de consentimiento informado para sus actividades de docente.	SI
Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	16	Reiterar documento a Jefe de administración para adquisición de ropa de hospital identificable ante riesgo de fuga.	SI
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	28	Implementación de registro de medicamentos controlados. Verificar en cuaderno cumplimiento de registro de medicamentos controlados.	SI





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Paciente conoce que medicamentos recibe y a qué hora corresponde que se lo administren.	35	Enviar documento a Licenciadas en enfermería para que brinden información al paciente sobre los medicamentos que recibe y el horario de administración. Monitoreo de cumplimiento de la información.	SI
Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	35	Enviar documento a Licenciadas en enfermería para que brinden información al paciente sobre los medicamentos. Entrevista a los pacientes sobre conocimiento de efectos secundarios de medicamentos recibidos.	SI
Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	28	Coordinar con jefe de Farmacia sobre forma de rotular medicamentos según norma.	SI
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	28	Envío de memorandum a médicos asistentes para registrar el riesgo de fuga del paciente y la activación de medidas de supervisión.	SI
Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidos en ella.	28	Enviar documento a licenciadas en enfermería para cumplimiento en el correcto rotulado de soluciones endovenosas	SI
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	28	Elaboración de protocolo relacionado con la fuga del paciente	SI
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	28	Elaboración de protocolo de sujeción mecánica.	SI
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	35	Implementar dentro de la información que se da a los familiares, las consecuencias penales al personal de salud ante una agresión sexual.	NO
El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	35	Elaborar el protocolo de admisión y recepción del paciente especificando la prohibición de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	NO





Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	35	Realizar matriz de análisis de riesgos en casos de conductas sexuales desinhibidas y medidas a tomar. Verificar registro de recomendaciones terapéuticas.	NO
Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	35	Elaboración de protocolo de seguridad sexual.	NO
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	28	Elaboración de la Guía de prevención y control de UPP	SI
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	28	Actualización de Guía de curación de UPP según estadíos	SI
Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio.	28	NO APLICA	NO APLICA
Identificación de un paciente en riesgo de suicidio debe poner en marcha estrategias específicas de abordaje (evaluación, monitorización y tratamiento específicos)	28	Coordinación con Jefe de Departamento de Psicología/Elaboración de formato de identificación de paciente en riesgo de suicidio.	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.	28	Elaboración de protocolo de prevención de suicidio, incluyendo las recomendaciones respectivas para los familiares.	SI
El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes.	28	Elaboración de protocolo de prevención de suicidio incluyendo las recomendaciones para el personal de limpieza.	SI





Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	16	Reiterar documento a Jefe de Servicios Generales sobre Plan de Mantenimiento de equipos biomédicos.	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.	16	Vigilancia de ejecución de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, así como el uso de tarjetas respectivas.	NO

Según la herramienta sistemática, se consideraron 13 buenas prácticas para ser evaluadas en el **Departamento de Emergencia**, el cual un verificador en prevención de suicidios y lesiones fue considerado no aplicable al servicio por parte de los miembros del equipo de Rondas de Seguridad del Paciente. Asimismo, se presentaron en su mayoría verificadores inseguros con un **valor de riesgo importante**. Seguidamente se hizo alcance de los resultados a la jefatura correspondiente y a la vez en equipo se trabajó el Plan de acciones donde se propusieron acciones correctivas, que en su mayoría han sido implementados y otras en proceso por cumplirse, pese a los reiterativos por parte del departamento a la Unidad de Servicios Generales.





CENTRO QUIRÚRGICO			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS (PROPUESTAS)	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS (IMPLEMENTADAS)
En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	35	No se cuenta con dicho equipo. Se realizará solicitud de compra a la Dirección Ejecutiva.	NO
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	35	Se notificará a los médicos anestesiólogos, cumplir con el llenado de dicho formato.	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	35	Se solicitó en reiteradas oportunidades el Plan de Mantenimiento de equipos biomédicos a la jefatura de la unidad de Servicios Generales, pero hasta la fecha no se ha cumplido con lo solicitado.	SI
Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	21	Nuestro hospital no cuenta con brazaletes: Se realizará solicitud de compra a la Dirección Ejecutiva.	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.	35	Se cumple por parte de la empresa proveedora y se registra en cuaderno.	SI
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	28	Se realizará solicitud de compra a la Dirección Ejecutiva.	SI

En el **Departamento de Centro Quirúrgico** se evaluaron 11 buenas prácticas según la herramienta sistemática, donde seguridad sexual fue considerado no aplicable al departamento; asimismo, se encontraron ciertos verificadores inseguros, mostrando un **valor de riesgo moderado**. Así también, los resultados fueron alcanzados a la jefatura correspondiente, donde se trabajó en equipo el Plan de Acción proponiéndose acciones correctivas, que es su mayoría fueron implementados y otras en proceso a cumplirse, por la falta de disponibilidad presupuestal en la institución del Hospital de Apoyo II-2 Sullana.





UCI NEONATAL			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS (PROPUESTAS)	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS (IMPLEMENTADAS)
Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	28	Enviar memorándum a médicos asistenciales	SI
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	28	Enviar memorándum a médicos asistenciales	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	35	Solicitar a Servicios Generales Plan de Mantenimiento	NO
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	35	Ante cualquier servicio de evento adverso se realiza reunión para la toma de medidas correctivas	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.	35	Reiterativo de solicitud a servicios generales	NO
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	28	Memorándum para médicos, enfermeras para el cumplimiento del llenado del formato	SI

Según la herramienta sistemática, en la **Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal** presentaba 13 buenas prácticas a evaluar. Sin embargo, los miembros del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente consideraron 12 de ellas, siendo seguridad sexual y algunos ítems de otras buenas prácticas no aplicables en la unidad. Asimismo se presentaron ciertos verificadores inseguros, con un **valor de riesgo moderado**; el cual se trabajó en equipo con presencia de la jefatura correspondiente el Plan de Acción, para proponer acciones correctivas, el cual fueron implementadas un 67% y otras en proceso, pese a los reiterativos que el departamento visitado emitió a la Unidad de Servicios Generales.





2.1.4 RESULTADOS DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS SEGÚN UPSS – II TRIMESTRE 2024.

UPSS	%
EMERGENCIA	73.00%
CENTRO QUIRÚRGICO	83.00%
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	67.00%
TOTAL	74.33%

Según las UPSS descritas en la tabla presente, las acciones correctivas propuestas por la jefatura correspondiente, fueron implementadas por el Departamento de Emergencia, Centro Quirúrgico y UCI Neonatal. Por lo tanto, se hará monitorización continua para mejores resultados en los departamentos

2.1.5. INFORMACIÓN DEL ANÁLISIS DE INDICADORES

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2024				
					I TRIM	II TRIM	III TRIM	IV TRIM	ANUAL
1	% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en la IPRESS	$\frac{\text{N° de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas}}{\text{N° de Rondas de Seguridad programadas}} \times 100$	PROCESO	Trimestral	25%	25%			
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	$\frac{\text{N° de verificadores conformes}}{\text{N° de verificadores evaluados}} \times 100$	RESULTADO	Trimestral	85%	86.33%			
3	% de acciones de mejora implementadas en la IPRESS	$\frac{\text{N° de acciones de mejora implementadas}}{\text{N° de acciones de mejora propuestas}} \times 100$	PROCESO Y RESULTADO	Trimestral	76%	74.33%			

- Según la evaluación de indicadores en el II trimestre se ejecutó el 25% de Rondas de Seguridad del Paciente aplicadas en las UPSS: Emergencia, Centro Quirúrgico y UCI-Neonatal con el 86.33% de cumplimiento en las buenas prácticas y el 74.33% de las acciones correctivas implementadas, que fueron propuestas en equipo, siendo algunos verificadores encontrados por segunda vez en las Rondas ejecutadas en trimestre mencionado.



III. CONCLUSIONES

- Las Rondas de Seguridad del Paciente es una herramienta de gestión de la Calidad, que permite evaluar la ejecución de las Buenas Prácticas de la Atención en salud en la IPRESS. El Hospital de Apoyo II-2 Sullana adoptado esta estrategia basada a las normas técnicas, el cual se realizó tres Rondas correspondientes: Emergencia, Centro Quirúrgico y UCI- Neonatal, concretándose el 25% de Rondas de Seguridad del paciente, lo que ha permitido identificar una serie de acciones inseguras durante la atención en las diferentes UPSS programadas en el II Trimestre 2024.
- De tal manera, se logró el 86.33% de cumplimiento de Buenas Prácticas de Atención en Salud, reflejándose un valor de riesgo moderado, pero con ciertos verificadores no aplicables en las áreas por parte del Equipo de Rondas; sin embargo el Ministerio de Salud nos brinda una herramienta informática importante para evaluar a las diferentes UPSS, pero al colocar el nombre del área, arroja criterios que no ameritan ser evaluados.
- En definitiva, las visitas programadas y realizadas a los servicios en el II Trimestre, según el Cronograma Anual, son con la finalidad de identificar los puntos críticos encontrados, para implementar acciones de mejora, brindando una atención segura a nuestros pacientes.
- Finalmente, la jefatura inmediata de las áreas evaluadas a sorteo, proponen acciones correspondiente con plazos aproximados a ser implementados, pero hay verificadores que se llegan al cumplimiento antes de la fecha propuesta.

IV. RECOMENDACIONES

- Que se implementen espacios educativos dentro del nosocomio, para que el personal asistencial siga recibiendo capacitaciones, fortaleciéndose las Buenas Prácticas de Atención en Salud a fin de que se culturalicen con la Seguridad del Paciente.
- Las jefaturas inmediatas deben ponerse en acción, socializando los resultados obtenidos de la Ronda de Seguridad del Paciente a todo el personal asistencial a su cargo, generando enfoques proactivos para mitigar los riesgos durante la atención del paciente.
- Cumplir con la implementación de acciones de mejora correctivas propuestas de cada departamento y/o servicio, a fin de contribuir una atención de calidad, efectiva y eficiente para el paciente.

V. ANEXOS

- Hoja de Resultados de Evaluación (anexo 3)
- Hoja de Plan de Acción (anexo 6)
- Hoja de Monitoreo de las acciones (anexo 7)
- Hoja de indicadores de evaluación (anexo 8)





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA





HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN (ANEXO 3)





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ

Ministerio
de Salud

Despacho Viceministerial de
Prestaciones y Aseguramiento
en Salud

PLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II-2, SULLANA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:	18/04/2024	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	MÉD. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ARAZCO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP. DE LA UPSS:	DRA. JEREMY ATOCHA RUIZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN		RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA			
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	92%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	79%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	71%
PREVENCIÓN DE FUGA	50%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	50%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	91%
SEGURIDAD SEXUAL	33%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	67%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	57%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	73%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

73%

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. María Eugenia Gallosa Palacios
DIRECTORA EJECUTIVA
CMP 29748 - RNE 22612

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Adm. Pilar Villalta Espinoza
SUPERVISORA DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Econ. Jorge Saavedra Guevara
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO
DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Enf. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
CEP 164 - RE 2217

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Méd. José Gustavo Rivas Arazco
JEFE DE LA OFICINA DE EMERGENCIA EPIDEMIOLÓGICA

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Nelson Erik Carrasco Castillo
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNOS
CMP 94689 - RNE 022145

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD
Lic. Enf. Sonia Kimberly Villaseca Rivera
RESPONSABLE DEL ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dpto. de Emergencia y Cuidados Intensivos
Dra. Jeremy Atocha Ruiz
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA-UCI



HOJA DE PLAN DE ACCIÓN (ANEXO 6)



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:		II TRIMESTRE		AÑO: 2024	
FECHA APLICACION:		18/04/2024			
RESP. EPIDEMIOLOGIA:		MÉD. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZCO			
RESP. DE LA UPS:		DRA. JEREMY ATOCHA RUIZ			
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:		MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA			
OTROS RESPONSABLES:		LIC. ENF. SONIA KIMBLY VILLASECA RIVERA			

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
70	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Envío de documento a médicos asistentes para cumplimiento de registro completo del consentimiento informado en la Ha. CI/ vigilancia en Ha. CI.	Jefe de Departamento de Emergencia	30/05/2024
70	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Envío de documento a médicos asistentes para cumplimiento de registro completo de los diagnósticos con codificación CIE 10 o DSM IV en la Ha. CI. / vigilancia en la Ha. CI.	Jefe de Departamento de Emergencia	30/05/2024
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Elaborar el protocolo de riesgos de caídas	Coordinadora de enfermería	30/05/2024
30	SEGURIDAD EN LA UPSS	Tímbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO APLICA		
56	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.	Enviar documento a Jefe de Docencia e Investigación que demuestre que internos, residentes, alumnos tienen tutor asistencial.	Jefe del Departamento/Jefe de la Oficina de Docencia e Investigación	30/05/2024
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Monitorear el uso de brazaletes en los pacientes.	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Enviar memorandum a tutor de médicos residentes sobre el uso del formato de consentimiento informado para sus actividades de docente.	Jefe de Departamento/ Jefe de UCI/ Jefe de Unidad de Docencia e Investigación	30/05/2024
32	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Reiterar documento a Jefe de administración para adquisición de ropa de hospital identificable ante riesgo de fuga.	Jefe de Departamento/ Supervisor de Administración	30/05/2024
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Implementación de registro de medicamentos controlados. Verificar en cuaderno cumplimiento de registro de medicamentos controlados.	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024


 REGIONAL GOVERNMENT OF MURCIA
 SECRETARIAT OF REGIONAL DEVELOPMENT
 Mg. Maria Eugenia Gallosa Fierros
 DIRECTORA EJECUTIVA
 CNP 29749 RNE 22074

GOBIERNO REGIONAL
HOSPITAL ALVARO
OFICINA DE GESTION
Lic. Adm. Pilevill
SUPERVISORA DE LA OFICINA DE GESTION

GOBIERNO REGIONAL PUNO
HOSPITAL DE APURÍK SUYAMA
Econ. Jorge Saavedra Guayata
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO
DE LA OFICINA DE ADMINISTRACION

GOBIERNO REGIONAL PUERTO
HOSPITAL DE ASISTENCIA
Médica
M^{te}. En^{te}. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
CEP 104 - NE 9257

**COMISIÓN INTEGRAL PARA
EL DESARROLLO DE APOYO AL BULLANA**

SECRETARÍA DE LA CALIDAD

Dr. JUAN CARLOS VILLASCA RIVERA

RESPONSABLE DEL AREA DE MONITORING DEL PACIENTE


 MINISTERIO DE SALUD DE LA REPUBLICA DE CUBA
 CENTRO DE EMERGENCIAS Y ATENCIÓN
 Dra. Jekemy L. Atocha-Ruiz
 JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS (UCI)
 Calle 44 No. 21, Apt. 212, P.O. Box 10000, Havana, Cuba

[Handwritten signature]

100-443886-1000


 COSEFRENCA CONAL PARA
 POSITIVA QUANTO A POLÍCIA



Dr. Nelson Carrasco Castillo
 Jefe del Departamento de Consultas y Atención
 al Ciudadano - D. 495 - R. 8. 923.543

GOVERNIO REGIONAL PUERTO
RICAL DE AGUAS Y SULLANA
INSTRUCION DE LA CALIDAD

[Signature]

1. JUAN R. Villaseca River
RESPONSABLE DEL AREA DE CUIDADO DEL PACIENTE



HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Enviar documento a Licenciados en enfermería para que brinden información al paciente sobre los medicamentos que recibe y el horario de administración. Monitoreo de cumplimiento de la información.	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024
70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Enviar documento a Licenciados en enfermería para que brinden información al paciente sobre los medicamentos. Entrevista a los pacientes sobre conocimiento de efectos secundarios de medicamentos recibidos.	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Coordinar con jefe de Farmacia sobre forma de rotular medicamentos según norma.	Jefe del Servicio de Farmacia/ Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024
56	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.	Envío de memorandum a médicos asistentes para registrar el riesgo de fuga del paciente y la activación de medidas de supervisión.	Jefe de Departamento	30/05/2024
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	Enviar documento a licenciados en enfermería para cumplimiento en el correcto rotulado de soluciones endovenosas	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Elaboración de protocolo relacionado con la fuga del paciente	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Elaboración de protocolo de sujeción mecánica.	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024
70	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Implementar dentro de la información que se da a los familiares, las consecuencias penales al personal de salud ante una agresión sexual.	Jefe de Departamento/ Jefe de Servicio Social	30/05/2024
70	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Elaborar el protocolo de admisión y recepción del paciente especificando la prohibición de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Jefe del Departamento/ Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024
70	SEGURIDAD SEXUAL	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Realizar matriz de análisis de riesgos en casos de conductas sexuales desinhibidas y medidas a tomar. Verificar registro de recomendaciones terapéuticas.	Jefe del Departamento/ Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
OFICINA DE ASESORIA Y APOYO MEDICO
Dra. Yekany L. Atocha Ruiz
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA-UCI
C.M.P. 25749 R.N.E. 92243

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
FARMACIA
C.M.P. 25749 R.N.E. 92243

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Jefe de la Oficina de Asesoría y Apoyo Médico
C.M.P. 25749 R.N.E. 92243

GOBIERNO REGIONAL PUNO
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Nelson Arrik Carrasco Castillo
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA-UCI
C.M.P. 25749 R.N.E. 92243

GOBIERNO REGIONAL PUNO
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Ag. Maria Eugenia Galloso Pacheco
DIRECTORA EJECUTIVA
C.M.P. 25749 R.N.E. 22074

GOBIERNO REGIONAL PUNO
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Adm. Pils Villalón
SUPERVISORA DE LA OFICINA DE CALIDAD
C.M.P. 25749 R.N.E. 22074

GOBIERNO REGIONAL PUNO
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Econ. Jorge Saa yedra Guevara
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO
DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
CET. 164 - NE 2217

GOBIERNO REGIONAL PUNO
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Enl. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
CET. 164 - NE 2217

GOBIERNO REGIONAL PUNO
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Jefe de la Oficina de Asesoría y Apoyo Médico
C.M.P. 25749 R.N.E. 92243



HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

70	SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Elaboración de protocolo de seguridad sexual.	Jefe del Departamento/ Jefe del Servicio de Emergencia y UCI/ Oficina de Asesoría Legal	15/06/2024
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Elaboración de la Guía de prevención y control de UPP	Jefe del Departamento de Enfermería/ Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	Actualización de Guía de curación de UPP según estadíos	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024
56	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	NO APLICA		
56	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)	Coordinación con Jefe de Departamento de Psicología/ Elaboración de formato de identificación de paciente en riesgo de suicidio.	Jefe del Departamento de Psicología/ Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024
56	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.	Elaboración de protocolo de prevención de suicidio, incluyendo las recomendaciones respectivas para los familiares.	Jefe de Servicios Generales/ Jefe del Departamento de Emergencia/ Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024
56	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes	Elaboración de protocolo de prevención de suicidio incluyendo las recomendaciones para el personal de limpieza.	Jefe de Servicios Generales/ Jefe del Departamento de Emergencia/ Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024
32	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).	Reiterar documento a Jefe de Servicios Generales sobre Plan de Mantenimiento de equipos biomédicos.	Jefe de Servicios Generales/ Jefe del Departamento de Emergencia	30/05/2024
32	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.	Vigilancia de ejecución de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, así como el uso de tarjetas respectivas.	Jefe de Servicios Generales/ Jefe del Departamento de Emergencia/ Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
OFICINA DE EMERGENCIA Y UCI/ INTENSIVISTA
Dra. Jeremy L. Atocha Ruiz
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA-UCI
CMP 14111-1-943 150243

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
OFICINA DE EMERGENCIA Y UCI/ INTENSIVISTA
Dra. Jeremy L. Atocha Ruiz
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA-UCI
CMP 14111-1-943 150243

HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
OFICINA DE EMERGENCIA Y UCI/ INTENSIVISTA
Dra. Jeremy L. Atocha Ruiz
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA-UCI
CMP 14111-1-943 150243

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Nelson Carrasco Castillo
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTORÍAS
RNE 223443

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Nelson Carrasco Castillo
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTORÍAS
RNE 223443

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Eul. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
CEP: 104-NE-9251

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Econ. Jorge Saavedra Guayata
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Adm. Pilsa Villalón
SUPERVISORA DE LA OFICINA DE CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. María Eugenia Gallusa Fariñas
DIRECTORA EJECUTIVA
CMP 25740 RNE 22014



HOJA DE MONITOREO DE LAS ACCIONES DE MEJORA (ANEXO 7)



FICHA DE MONITOREO

73%

73%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
70	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Envío de documento a médicos asistentes para cumplimiento de registro completo del consentimiento informado en la Ha. CI./vigilancia en Ha. CI.	Jefe de Departamento de Emergencia	30/05/2024	24/06/2024	SI
70	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Envío de documento a médicos asistentes para cumplimiento de registro completo de los diagnósticos con codificación CIE 10 o DSM IV en la Ha. CI. / vigilancia en la Ha. CI.	Jefe de Departamento de Emergencia	30/05/2024	24/06/2024	SI
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Elaborar el protocolo de riesgos de caídas	Coordinadora de enfermería	30/05/2024	24/06/2024	SI
30	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO APLICA				NO APLICA
56	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.	Enviar documento a Jefe de Docencia e Investigación que demuestre que internos, residentes, alumnos tienen tutor asistencial.	Jefe del Departamento/Jefe de la Oficina de Docencia e Investigación	30/05/2024	24/06/2024	SI
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Monitorear el uso de brazaletes en los pacientes.	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	NO
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Enviar memorandum a tutor de médicos residentes sobre el uso del formato de consentimiento informado para sus actividades de docente.	Jefe de Departamento/Jefe de UCI/ Jefe de Unidad de Docencia e Investigación	30/05/2024	24/06/2024	SI
32	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente identificable.	Reiterar documento a Jefe de administración para adquisición de ropa de hospital identificable ante riesgo de fuga.	Jefe de Departamento/ Supervisor de Administración	30/05/2024	24/06/2024	SI

DE LA
Paciente cuenta con ropa de hospital fácilmente
identificable.



HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Implementación de registro de medicamentos controlados. Verificar en cuaderno cumplimiento de registro de medicamentos controlados.	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	SI
70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce que medicamentos recibe y a que hora corresponde que se lo administren.	Enviar documento a Licenciadas en enfermería para que brinden información al paciente sobre los medicamentos que recibe y el horario de administración. Monitoreo de cumplimiento de la información.	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	SI
70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Paciente conoce los efectos secundarios que pueden producirle los medicamentos que recibe.	Enviar documento a Licenciadas en enfermería para que brinden información al paciente sobre los medicamentos. Entrevista a los pacientes sobre conocimiento de efectos secundarios de medicamentos recitados.	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos se encuentran adecuadamente rotulados en caso de requerirlos.	Coordinar con jefe de Farmacia sobre forma de rotular medicamentos según norma.	Jefe del Servicio de Farmacia/ Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	SI
56	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.	Envío de memorándum a médicos asistentes para registrar el riesgo de fuga del paciente y la activación de medidas de supervisión.	Jefe de Departamento	30/05/2024	24/06/2024	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidos en ella.	Enviar documento a licenciadas en enfermería para cumplimiento en el correcto rotulado de soluciones endovenosas	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	SI
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Elaboración de protocolo relacionado con la fuga del paciente	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	SI
56	PREVENCIÓN DE CAIDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Elaboración de protocolo de sujeción mecánica.	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	SI





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
70	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Implementar dentro de la información que se da a los familiares, las consecuencias penales al personal de salud ante una agresión sexual.	Jefe de Departamento/ Jefe de Servicio Social	30/05/2024	24/06/2024	NO
70	SEGURIDAD SEXUAL	El protocolo de recepción de un paciente establece la prohibición expresa de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Elaborar el protocolo de admisión y recepción del paciente especificando la prohibición de mantener relaciones sexuales durante la hospitalización.	Jefe del Departamento/ Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	NO
70	SEGURIDAD SEXUAL	Al detectar conductas desinhibidas se comunicará al resto del equipo y se discutirán las medidas a tomar, que quedarán registradas en la hoja de recomendaciones terapéuticas.	Realizar matriz de análisis de riesgos en casos de conductas sexuales desinhibidas y medidas a tomar. Verificar registro de recomendaciones terapéuticas.	Jefe del Departamento/ Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	NO
70	SEGURIDAD SEXUAL	Ante la sospecha de relaciones sexuales consumadas se aplicarán las medidas médicas y legales que resulten oportunas	Elaboración de protocolo de seguridad sexual.	Jefe del Departamento/ Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI/ Oficina de Asesoría Legal	15/06/2024	24/06/2024	NO
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	Elaboración de la Guía de prevención y control de UPP	Jefe del Departamento de Enfermería/ Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI.	30/05/2024	24/06/2024	SI
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	Actualización de Guía de curación de UPP según estadíos	Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	SI
56	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	NO APLICA				NO APLICA





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	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)	Coordinación con Jefe de Departamento de Psicología/ Elaboración de formato de identificación de paciente en riesgo de suicidio.	Jefe del Departamento de Psicología/Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	SI
56	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.	Elaboración de protocolo de prevención de suicidio, incluyendo las recomendaciones respectivas para los familiares.	Jefe de Servicios Generales/ Jefe del Departamento de Emergencia/Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	SI
56	PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	El coche de limpieza transportará los productos peligrosos de la forma más inaccesible posible, sin dejarlo nunca sin supervisión o al alcance de los pacientes	Elaboración de protocolo de prevención de suicidio incluyendo las recomendaciones para el personal de limpieza.	Jefe de Servicios Generales/ Jefe del Departamento de Emergencia/Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	SI
32	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).	Reiterar documento a Jefe de Servicios Generales sobre Plan de Mantenimiento de equipos biomédicos.	Jefe de Servicios Generales/ Jefe del Departamento de Emergencia	30/05/2024	24/06/2024	NO
32	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.	Vigilancia de ejecución de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos, así como el uso de tarjetas respectivas.	Jefe de Servicios Generales/ Jefe del Departamento de Emergencia/Jefe del Servicio de Enfermería en Emergencia y UCI	30/05/2024	24/06/2024	NO





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

CENTRO QUIRÚRGICO





HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN (ANEXO 3)





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ

Ministerio
de Salud

Despacho Viceministerial de
Presidencia y Asesoramiento
en Salud

PLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II-2, SULLANA	FECHA APLICACIÓN:	16/05/2024	(dd/mm/aaaa)
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	MÉD. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. DE LA UPSS:	DRA. ELIANA GARCÍA TORRES	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP. OFICINA DE CALIDAD MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA	

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	100%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	90%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	67%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	92%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

92%

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. María Eugenia Gallosa Palacios
DIRECTORA EJECUTIVA
CNP 20740 - RNE 22016

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Adm. Pilar Villalta Espinoza
SUPERVISORA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Econ. Jorge Saavedra Guevara
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO
DE LA OFICINA DE ASesoramiento en Salud

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Enf. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
CNP 124 - PE 9287

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Of. Araceli Corfina Ujeda Gutierrez
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA
CNP 24422

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Méd. José Gustavo Rivas Añazco
JEFE DE LA OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Y SALUD AMBIENTAL
CNP 16178

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Nelson Erik Carrasco Castillo
JEFE DEL SERVICIO DE CONSULTORÍA TÉCNICA
CNP 040493 - RNE 922365

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dra. Eliana García Torres
JEFE DEL SERVICIO DE ASISTENCIA TÉCNICA
CNP 23268 - RNE 21070

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Enf. Sonia Kimberly Villaseca Rivera
RESPONSABLE DEL ÁREA DE MANEJO DEL PACIENTE



HOJA DE PLAN DE ACCIÓN (ANEXO 6)



UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA	TRIMESTRE:		
UPSS:	CENTRO QUIRURGICO	FECHA APLICACION:		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. MARIA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZCO	
RESP. DE ADMINISTRACION:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP. DE LA UPSS:	DRA. ELIANA GARCIA TORRES	
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA	
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA	
				2024

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	NO SE CUENTA CON DICHO EQUIPO: SE REALIZARÁ SOLICITUD DE COMPRA, A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.	DRA. ELIANA GARCÍA TORRES	4/09/2024
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	SE NOTIFICARÁ A LOS MÉDICOS ANESTESIOLOGOS CUMPLIR CON EL LLENADO DE DICHO FORMATO	DRA. ELIANA GARCÍA TORRES	11/05/2024
70	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	SE SOLICITO EN REITERADAS OPORTUNIDADES, EL PLAN DE MANTENIMIENTO DE EQUIPOS BIOMÉDICOS A LA JEFA DE LA UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES, PERO, HASTA LA FECHA NO SE HA CUMPLIDO CON LO SOLICITADO.	DRA. ELIANA GARCÍA TORRES	4/07/2024
42	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	NUESTRO HOSPITAL NO CUENTA CON BRAZALETES: SE REALIZARÁ SOLICITUD DE COMPRA, A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.	DRA. ELIANA GARCÍA TORRES	4/09/2024
70	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	SE CUMPLE POR PARTE DE LA EMPRESA PROVEEDORA Y SE REGISTRA EN CUADERNO	DRA. ELIANA GARCÍA TORRES	4/07/2024
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	SE REALIZARÁ SOLICITUD DE COMPRA, A LA DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA.	DRA. ELIANA GARCÍA TORRES	4/09/2024

GOBIERNO REGIONAL DE CALIMA
MUNICIPIO DE CALIMA
María Eugenia Gallardo Trujillo
DIRECTORA EJECUTIVA

COMISSÃO DE FISCALIZAÇÃO
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS
CAMPUS DE SÃO CARLOS

[Handwritten signature]

SECRET
NOFORN
UNCLASSIFIED

1

RECEIVED
FEB 10 1964
U.S. DEPT. OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C.

GOBIERNO REGIONAL PUNTA
HOSPITAL DE APOLO N.2 VILLAVA

Dr. Enf. Rosa Virginia Ortiz de Guzman
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA

SECRETARIA REGIONAL SAUDE
HOSPITAL DE ESPECIALIZACAO

GOVERNUL ROMÂNIEI
MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CENTRUL NAȚIONAL DE AFECTIUNI INFECTIOASE

1

COMISSÃO REGIONAL PARA O
CENTRO DE APOIO ÀS
OBRAS DE RECONSTRUÇÃO DO CALÇADO

 Lc. Eul. Sônia Kikunori
RESPONSÁVEL PELA ÁREA DE MANUTENÇÃO



HOJA DE MONITOREO DE LAS ACCIONES DE MEJORA (ANEXO 7)





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



Ministerio
de Salud

Despacho Viceministerial de
Prestaciones y Aseguramiento
en Salud

APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	FECHA APLICACIÓN:	16/05/2024 (DD/MM/AAAA)		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. MARIA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	DRA. ELIANA GARCIA TORRES		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP. DE LA UPSS:	DRA. JEREMY ATOCCHA RUIZ		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA		
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN 83%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	En Centro Quirúrgico se evidencia que cuenta con bomba de perfusión operativa.	No se cuenta con dicho equipo. Se realizará solicitud de compra a la Dirección Ejecutiva.	Dr. Hugo Agurto Cobeñas	4/09/2024		NO
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Se notificará a los médicos anestesiólogos, cumplir con el llenado de dicho formato.	Dr. Hugo Agurto Cobeñas	11/06/2024	18/06/2024	SI
70	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Se solicito en reiteradas oportunidades el Plan de Mantenimiento de equipos biomédicos a la jefatura de la unidad de Servicios Generales, pero hasta la fecha no se ha cumplido con lo solicitado.	Dr. Hugo Agurto Cobeñas	4/07/2024	10/07/2024	SI
42	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Paciente tiene brazalete de identificación y los datos registrados son correctos y completos.	Nuestro hospital no cuenta con brazaletes: Se realizará solicitud de compra a la Dirección Ejecutiva.	Dr. Hugo Agurto Cobeñas	4/09/2024	9/07/2024	SI
70	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Se cumple por parte de la empresa proveedora y se registra en cuaderno.	Dr. Hugo Agurto Cobeñas	4/07/2024	9/07/2024	SI
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Se realizará solicitud de compra a la Dirección Ejecutiva.	Dr. Hugo Agurto Cobeñas	4/09/2024	9/07/2024	SI





UCI - NEONATAL





HOJA DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN (ANEXO 3)





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERU Ministerio de Salud

PROCESOS Y ASISTENCIA
AL PACIENTE

PLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCION DE SALU

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA APLICACION:	20/05/2024	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	ECON. JORGE SAMVEDRA GUEVARA	RESP. DE LA UPSS:	DRA. MARTHA C. SILVA MARROQUIN		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN		RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA			
		OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	90%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	83%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	100%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	100%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	94%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

94%

MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS
DIRECTORA EJECUTIVA
CNP 42749 - RNE 22914

PILAR VILLALTA ESPINOZA
INTERIORISTA DE CALIDAD Y GESTIÓN DE CALIDAD

ECON. JORGE SAMVEDRA GUEVARA
SUPERVISOR ADMINISTRATIVO
DE LA OFICINA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

ROSALBA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
CNP 124 - RE 9287

MARTHA C. SILVA MARROQUIN
JEFA DEL SERVICIO DE FARMACIA
CNP 24439

MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO
JEF. DE LA OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
CNP 6178

NOÉ DE LA CRUZ CASTILLO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTAS EXTERNAS
CNP 62403 - RNE 02565

SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA
JEFA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN AL PACIENTE
CNP 10071 - RNE 84000

LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA
RESPONSABLE DEL ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



HOJA DE PLAN DE ACCIÓN (ANEXO 6)



APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:		II TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA			
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS			
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZCO			
RESP. DE ADMINISTRACION:	DRA. MARTHA C. SILVA MARROQUIN			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA			
	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN			
	LIC. ENF. SONIA KIMBELLY VILLASECA RIVERA			

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	HISTORIA CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	ENVIAR MEMORANDO A MEDICOS ASISTENCIALES	MEDICOS ASISTENCIALES	2 SEMANAS
56	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	ENVIAR MEMORANDO A MEDICOS ASISTENCIALES	MEDICOS ASISTENCIALES	2 SEMANAS
70	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos)	SOLICITAR SERVICIOS GENERALES PLAN ANUAL MANTENIMIENTO	JEFE DE SERVICIOS GENERALES	01 MES
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	ANTE CUALQUIER SERVICIO DE EVENTO ADVERSO SE REALIZA REUNION PARA LA TOMAS DE MEDIDAS CORRECTIVAS	JEFATURA DE PEDIATRIA Y ENFERMERIA	01 MES
70	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.	REITERATIVO DE SOLICITUD A SERVICIOS GENERALES	JEFE DE SERVICIOS GENERALES	02 SEMANAS
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	MEMORANDO PARA MEDICOS, ENFERMERAS PARA EL CUMPLIMIENTO DEL LLENADO DEL FORMATO	MEDICOS, ENFERMERAS Y ASISTENCIALES	02 SEMANAS

Maria Eugenia Giffoni
DIRECTORA EJECUTIVA
CNP 287AB RUC 20613

GOBIERNO REGIONAL DE CALIMA
HOSPITAL REGIONAL DE CALIMA
OFICINA REGIONAL DE CALIMA

[Handwritten signature]

Lic. Adm. Pineda, María ESPINOZA
SUPERVISORA DE LA OFICINA DE GESTION DE CALIDAD

[Handwritten signature]

GOVERNOR GENERAL
OFFICE OF APPOINTMENT
Hon. Jorge Savindra Guevara
President of the Republic
D.C. 10000

[illegible]

GOBIERNO REGIONAL CUYA
PROVINCIA DE BUENOS AIRES
Mg. Enf. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

GOVERNMENT GENERAL HOSPITAL, FULLANA
HOSPITAL DISTRICT, FULLANA

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE AYO H-2 SULLANA

GOBIERNO REGIONAL PUERTO
HOSPITAL DE SAN JOSE DE CUMANÁ
OFICINA DE GESTIÓN DE LA CALIDAD



HOJA DE MONITOREO DE LAS ACCIONES DE MEJORA (ANEXO 7)





APLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALUD

FICHA DE MONITOREO

IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA	TRIMESTRE:	II TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA APLICACIÓN:		20/06/2024	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:		MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZCO	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP. DE LA UPSS:		DRA. MARTHA C. SILVA MARROQUIN	
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:		MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA	
		OTROS RESPONSABLES:		LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA	

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

67%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	HISTORIA CLÍNICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Enviar memorandum a médicos asistenciales	Médicos asistenciales	8/07/2024	09/07/2024	SI
56	HISTORIA CLÍNICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Enviar memorandum a médicos asistenciales	Médicos asistenciales	8/07/2024	09/07/2024	SI
70	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar a Servicios Generales Plan de Mantenimiento	Jefe de Servicios Generales	29/07/2024		NO
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Ante cualquier servicio de evento adverso se realiza reunión para la toma de medidas correctivas	Jefe de Pediatría y Enfermería	9/07/2024	09/07/2024	SI
70	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.	Reiterativo de solicitud a servicios generales	Jefe de Servicios Generales	11/07/2024		NO
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Memorandum para médicos, enfermeras para el cumplimiento del llenado del formato	Médicos, Enfermeras y asistenciales	09/07/2024	09/07/2024	SI





HOJA DE INDICADORES DE EVALUACIÓN (ANEXO 8)





INDICADORES DE EVALUACIÓN

1. PORCENTAJE DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE APLICADAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA – II TRIMESTRE 2024

INDICADOR	%
Rondas de Seguridad del paciente aplicadas en la IPRESS.	25.00

2. PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS APLICADAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA – II TRIMESTRE 2024.

UPSS	%
EMERGENCIA	73.00
CENTRO QUIRÚRGICO	92.00
UCI NEONATAL	94.00
TOTAL	86.33

3. PORCENTAJE DE ACCIONES DE MEJORA IMPLEMENTADAS EN EL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA – II TRIMESTRE 2024.

UPSS	%
EMERGENCIA	73.00
CENTRO QUIRÚRGICO	83.00
UCI NEONATAL	67.00
TOTAL	74.33

4. CUADRO GENERAL

INDICADOR	%
Rondas de Seguridad del paciente aplicadas en la IPRESS.	25.00
Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	86.33
Acciones de mejora implementadas en la IPRESS	74.33





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

FOTOS DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL DE APOYO II-2
SULLANA, II TRIMESTRE 2024

