



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

I SEMESTRE 2024





I. PRESENTACIÓN

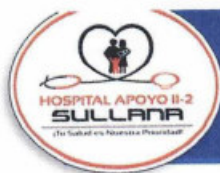
La Seguridad del Paciente es una prioridad en la asistencia sanitaria, actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad en la que se combinan factores inherentes al sistema 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 SEMESTRAL 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: UCI-General, UCI-Neonatal, Centro Quirúrgico, Emergencia, Centro Quirúrgico y UCI-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.



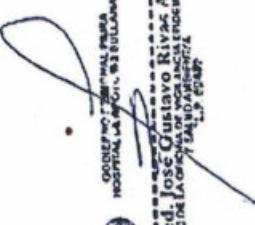
CRONOGRAMA ANUAL DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE - PERIODO 2024

IPRESS: HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
TITULAR IPRESS: MÉD. MARIA EUGENIAGALLOSA PALACIOS

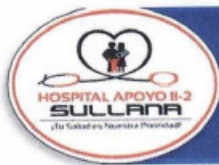
ENERO			FEBRERO			MARZO			ABRIL		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 1	25/01/2024	10:00 - 12:00	RONDA 2	15/02/2024	10:00 - 12:00	RONDA 3	14/03/2024	10:00 - 12:00	RONDA 4	18/04/2024	10:00 - 12:00
MAYO			JUNIO			JULIO			AGOSTO		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 5	16/05/2024	10:00 - 12:00	RONDA 6	20/06/2024	10:00 - 12:00	RONDA 7	11/07/2024	10:00 - 12:00	RONDA 8	15/08/2024	10:00 - 12:00
SETIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		
RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA	RONDA	FECHA	HORA
RONDA 9	19/09/2024	10:00 - 12:00	RONDA 10	23/10/2024	10:00 - 12:00	RONDA 11	20/11/2024	10:00 - 12:00	RONDA 12	19/12/2024	10:00 - 12:00


Lic. Adán Espinoza
C.O.P. 10746 RNE 44414
C.O.P. 10746 RNE 44414


Lic. Adán Espinoza
C.O.P. 10746 RNE 44414
C.O.P. 10746 RNE 44414


Med. José Gustavo Rivas Anasco
C.O.P. 10746 RNE 44414
C.O.P. 10746 RNE 44414


Med. José Gustavo Rivas Anasco
C.O.P. 10746 RNE 44414
C.O.P. 10746 RNE 44414



II. ANÁLISIS:

2.1. RESULTADOS:

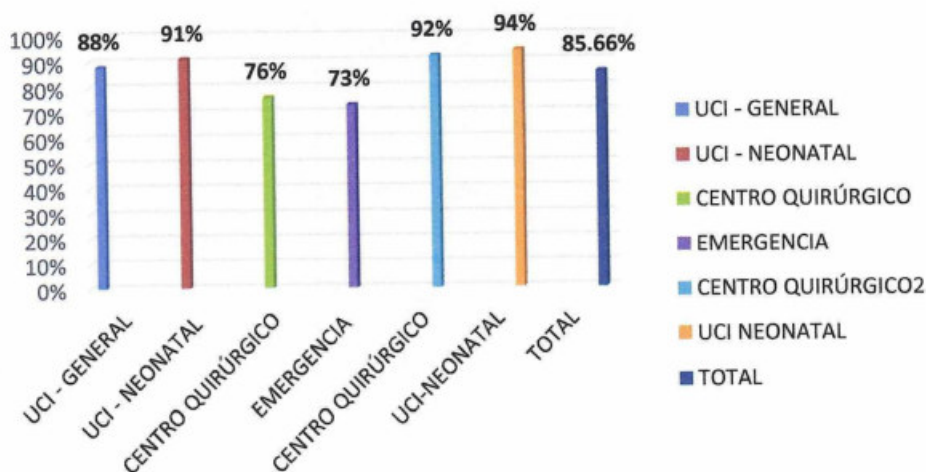
2.1.1. CUMPLIMIENTO PROMEDIO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS EN LA APLICACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR UPSS - I SEMESTRE, 2024.

FECHA	UPSS	% DE CUMPLIMIENTO DE BUENAS PRÁCTICAS	RESULTADO DE VALORACIÓN DE RIESGO (*Escala referencial)
25/01/2024	UCI - GENERAL	88%	Riesgo moderado
15/02/2024	UCI - NEONATAL	91%	Riesgo moderado
14/03/2024	CENTRO QUIRÚRGICO	76%	Riesgo importante
18/04/2024	EMERGENCIA	73%	Riesgo importante
16/05/2024	CENTRO QUIRÚRGICO	92%	Riesgo moderado
20/06/2024	UCI - NEONATAL	94%	Riesgo moderado
I SEMESTRE	PROMEDIO	85.66%	Riesgo moderado

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

En el I Semestre, según sorteo a las fechas programadas en el Cronograma de Rondas de Seguridad del Paciente, se visitaron las UPSS de: UCI-General 88% de cumplimiento, UCI- Neonatal 91%, Centro Quirúrgico 76%, Emergencia 73%, por segunda vez Centro Quirúrgico 92% incrementando a la visita de la ronda anterior y nuevamente UCI- Neonatal 94%. En vista a ello se reflejó el compromiso ante el cumplimiento de las Buenas Prácticas, obteniéndose el 85.66% en su totalidad, con un riesgo moderado.

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





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

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERAL	
BUENAS PRÁCTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	95%
Seguridad del paciente en la UPSS	79%
Identificación Correcta	86%
Prevención de fuga	100%
Seguridad en la medicación	75%
Prevención de caídas y contención mecánica	90%
Prevención y reducción del Riesgo de las UPP	67%
Prevención del suicidio y lesiones	100%
Comunicación efectiva	100%
Higiene de manos	100%
Bioseguridad	100%
Funcionamiento y manejo de Equipos	60%
Cumplimiento Total	88%

En la Unidad de Cuidados Intensivos General se obtuvo el 88% de cumplimiento de buenas prácticas; el cual se evidenciaron gran compromiso en ciertos ítem con mayor porcentaje en: prevención de fuga, prevención de suicidios y lesiones, comunicación, higiene de manos y bioseguridad, seguidamente el registro en la historia clínica, prevención de caídas y contención mecánica e identificación correcta del paciente.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	
BUENAS PRÁCTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	95%
Seguridad del paciente en la UPSS	67%
Identificación Correcta	100%
Prevención de fuga	100%
Seguridad en la medicación	75%
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	91%

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal se obtuvo el 91% de cumplimiento de buenas prácticas; considerándose mayor porcentaje de compromiso en los ítems de identificación correcta del paciente, prevención de la fuga, prevención de caídas y contención mecánica, prevención de UPP, prevención de suicidio y lesiones, comunicación efectiva, higiene de manos y bioseguridad; así también, registro de historia clínica.





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

CENTRO QUIRÚRGICO	
BUENAS PRÁCTICAS	% CUMPLIMIENTO
Registro de Historia Clínica	94%
Seguridad del paciente en la UPSS	100%
Identificación Correcta	67%
Prevención de fuga	67%
Seguridad en la medicación	100%
Prevención de caídas y contención mecánica	50%
Seguridad sexual	0%
Comunicación efectiva	100%
Higiene de manos	100%
Bioseguridad	100%
Funcionamiento y manejo de Equipos	60%
Cumplimiento Total	76%

A la ejecución de la Ronda de Seguridad del Paciente, el Departamento de Centro Quirúrgico obtuvo el 76% de cumplimiento de buenas prácticas, considerándose mayor compromiso en ítems: Seguridad del paciente en la UPSS, seguridad en la medicación, comunicación efectiva, higiene de manos y bioseguridad; por consiguiente registro de historia clínica, en su menor porcentaje seguridad sexual.

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.





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

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.

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.



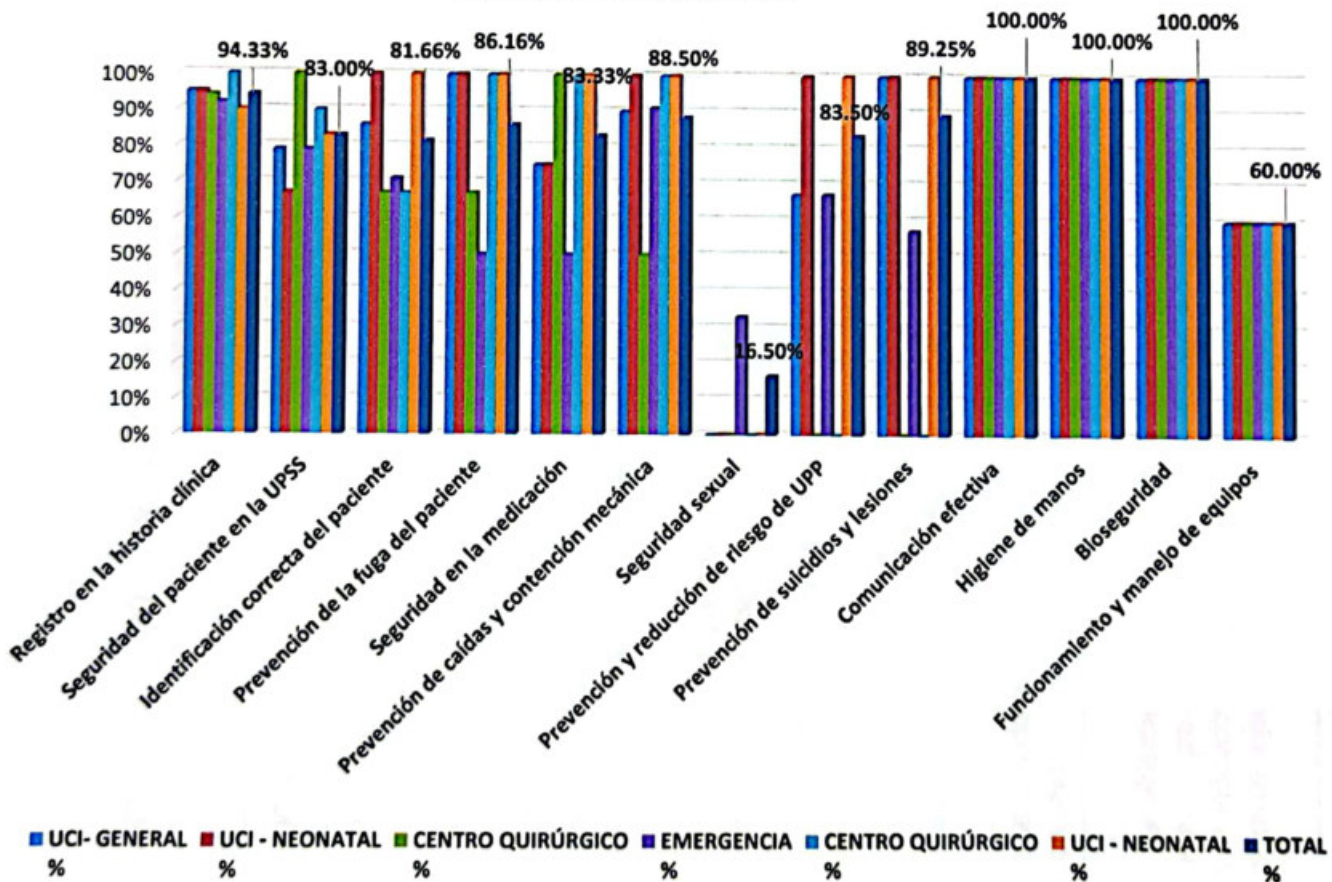


HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

CONSOLIDADO DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – I SEMESTRE 2024

Nº	BUENAS PRÁCTICAS	UCI- GENERAL %	UCI - NEONATAL %	CENTRO QUIRÚRGICO %	EMERGENCIA %	CENTRO QUIRÚRGICO %	UCI - NEONATAL %	TOTAL %
1	Registro en la historia clínica	95%	95%	94%	92%	100%	90%	94.33%
2	Seguridad del paciente en la UPSS	79%	67%	100%	79%	90%	83%	83.00%
3	Identificación correcta del paciente	86%	100%	67%	71%	67%	100%	81.66%
4	Prevención de la fuga del paciente	100%	100%	67%	50%	100%	100%	86.16%
5	Seguridad en la medicación	75%	75%	100%	50%	100%	100%	83.33%
6	Prevención de caídas y contención mecánica	90%	100%	50%	91%	100%	100%	88.50%
7	Seguridad sexual	-	-	0%	33%	-	-	16.50%
8	Prevención y reducción de riesgo de UPP	67%	100%	-	67%	-	100%	83.50%
9	Prevención de suicidios y lesiones	100%	100%	-	57%	-	100%	89.25%
10	Comunicación efectiva	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
11	Higiene de manos	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
12	Bioseguridad	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.00%
13	Funcionamiento y manejo de equipos	60%	60%	60%	60%	60%	60%	60.00%
TOTAL		88%	91	76	73%	92%	94%	82.02%

CONSOLIDADO DE RESULTADOS DE EVALUACIÓN DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – I SEMESTRE 2024



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



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

UCI - GENERAL			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS (PROPUESTAS)	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS (IMPLEMENTADAS)
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	28	Aplicar matriz de análisis/ Elaboración y aplicación de Plan de intervención en caso de incidentes y eventos adversos.	SI
En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	28	Monitoreo de registro en físico en cuaderno y ficha del evento adverso (si se está cumpliendo).	SI
Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidos en ella.	28	Coordinación con Jefe de Farmacia sobre normas para rotulado de frascos de soluciones endovenosas, así como de sus componentes.	SI
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	35	Coordinación con Jefe de Farmacia sobre compra de brazaletes de colores para identificar riesgos.	NO
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	35	Envío de documento a médicos docentes para la utilización de consentimiento informado en práctica docente.	SI
Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	28	Coordinación con jefe de Farmacia para aplicación de Directiva de coche de PCR	SI
Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	10	NO APLICA	
Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	28	Actualización de protocolo de prevención de caídas y mecanismo de sujeción mecánica/ Monitoreo y supervisión.	SI





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

Protocolizar el seguimiento de la evolución de los pacientes con úlceras por presión, tanto en pacientes hospitalizados como en aquellos atendidos en domicilio	28	Elaboración de protocolo de seguimiento de evolución de pacientes con UPP	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	28	Reiterar a Jefe de Mantenimiento la entrega de Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de equipos biomédicos.	NO
Protocolización de la guía de atención para la prevención y control de úlceras por presión.	28	Actualización de guía de prevención y control de UPP.	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.	28	Elaboración de Plan de vigilancia y seguimiento de ejecución de Plan Anual de Mantenimiento de equipos biomédicos.	NO
Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	28	Elaboración de guía de curación de UPP de acuerdo a estadíos.	SI

Según la herramienta sistemática, la **Unidad de Cuidados Intensivos General** tenía que ser evaluada por 13 buenas practicas; sin embargo, por medio de los del Equipo de Rondas de Seguridad del Paciente se consideraron 12 de las mismas; siendo los ítem de seguridad sexual no aplicable a la unidad. Asimismo se presentaron ciertos verificadores inseguros, con un **valor de riesgo moderado**; donde se hizo alcance de los resultados a la jefatura correspondiente y la vez en equipo se trabajó el Plan de Acción, proponiéndose acciones correctivas que en su mayoría fueron implementadas.





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

UCI - NEONATAL			
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS (PROPUESTAS)	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS (IMPLEMENTADAS)
Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	35	Solicitar capacitación al Área de Seguridad del Paciente de Gestión de la Calidad.	SI
En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	35	Se capacitará al personal asistencial para el adecuado registro en la historia clínica.	SI
Existencia de un registro de medicamentos controlados.	28	Solicitar al servicio de farmacia un registro de medicamentos controlados.	SI
Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	35	Solicitar a la oficina de Apoyo a la Docencia el formato de Consentimiento Informado.	SI
Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	35	Solicitar un cuaderno de registro físico y/o virtual en el servicio de UCI-Neonatal.	SI
Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	28	Solicitar al servicio de farmacia el mecanismo de control de vencimiento y caducidad de medicamentos.	SI
Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	35	Después de la capacitación solicitada se armará un Plan de intervención con el personal asistencial.	SI
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	28	Solicitar el Plan Anual de Mantenimiento preventivo a la Unidad de Servicios Generales.	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.	28	Solicitar el Plan Anual de Mantenimiento preventivo a la Unidad de Servicios Generales.	NO

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 que fueron implementadas en su mayoría y otras por cumplirse.





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

CENTRO QUIRÚRGICO				ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS (IMPLEMENTADAS)	
VERIFICADOR INSEGURO	VALOR DE RIESGO	ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS (PROPUESTAS)		ACCIONES DE MEJORA/CORRECTIVAS (IMPLEMENTADAS)	
Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	35	Se solicita que la responsable de la Directiva gestione la implementación de los brazaletes, para el cumplimiento.		SI	
Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	35	Se reitera memorándum múltiple a las jefaturas de los diferentes departamentos para la codificación del CIE-10.		SI	
Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	35	Este verificador no aplica en el Dep. Centro Quirúrgico.			
Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	28	Se implementará protocolo de fuga de paciente		SI	
Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	28	Se implementará la identificación del riesgo de caídas en cada cama de 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	Protocolo ya implementado en proceso de aprobación		SI	
Registro en la hoja de recomendaciones terapéuticas el riesgo de fuga del paciente y la activación de las medidas de supervisión oportunas.	28	Se envía documento a personal médico para la evolución correspondiente según situación del paciente (RIESGO DE FUGA)		SI	
Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	28	Reiterar documento a Ing. Biomédico para la implementación del Plan Anual 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.	28	Reiterar documento a Ing. Biomédico para la implementación y ejecución del Plan Anual de mantenimiento de equipos biomédicos.		NO	

En el Departamento de Centro Quirúrgico se evaluaron 11 buenas prácticas según la herramienta sistemática, encontrando ciertos verificadores inseguros según a cumpliendo; esto hizo que el departamento presente un **valor de riesgo importante**. Asimismo, 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.





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

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 medidas de supervisión oportunas.	28	Envío de memorándum 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 estadios.	28	Actualización de Guía de curación de UPP según estadios	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.





HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

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 – I SEMESTRE 2024.

UPSS	%
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERAL	75.00%
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	78.00%
CENTRO QUIRÚRGICO	75.00%
EMERGENCIA	73.00%
CENTRO QUIRÚRGICO	83.00%
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	67.00%
TOTAL	75.17%

Según las UPSS descritas en la tabla presente, las acciones correctivas propuestas por la jefatura correspondiente, fueron implementadas por la Uci- General, Uci- Neonatal, Centro Quirúrgico, Emergencia, evaluación por segunda vez para Centro Quirúrgico y UCI Neonatal. Por lo tanto, se hará monitorización continua para mejores resultados.

2.1.5. INFORMACIÓN DEL ANÁLISIS DE INDICADORES

N°	INDICADOR	FÓRMULA	TIPO DE INDICADOR	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	EVALUACIÓN DE INDICADORES 2024	
					I SEMESTRE	II SEMESTRE
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	SEMESTRAL	50%	
2	% de Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	$\frac{\text{N° de verificadores conformes}}{\text{N° de verificadores evaluados}} \times 100$	RESULTADO	SEMESTRAL	85.66%	
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	SEMESTRAL	75.17%	

- Según la evaluación de indicadores en el I Semestre se ejecutó el 50% de Rondas de Seguridad del Paciente, con el 85.66% de cumplimiento en las buenas prácticas y el 75.17.33% de las acciones correctivas implementadas, que fueron propuestas en equipo, siendo algunos verificadores encontrados por segunda vez en las Rondas ejecutadas en el Semestre 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 concretó el 50% de Rondas de Seguridad del paciente (6 por semestre), lo que ha permitido identificar una serie de acciones inseguras durante la atención en las diferentes UPSS.
- De tal manera, se logró el 85.66% 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 UPPS, pero al colocar el nombre del área, arroja criterios que no ameritan ser evaluados.
- En vista al monitoreo, se llegó al 75.17% de acciones implementados, algunos no cumplidas y otros pendiente a ellos, por la falta de disponibilidad presupuestal en la institución
- En definitiva, las visitas programadas y realizadas a los servicios en el I Semestre, 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.

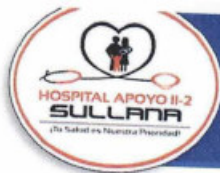
IV. RECOMENDACIONES

- 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)





UCI - GENERAL





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 SALU

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II-2, SULLANA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA APLICACION:	25/01/2024	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP. DE LA UPSS:	DRA. JEREMY L. 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	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	79%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	86%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	75%
PREVENCIÓN DE CAIDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	90%
PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS UPP	67%
PREVENCIÓN DEL SUICIDIO Y LESIONES	100%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	88%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

88%

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
MED. MARIA EUGENIA GALLOSA PALACIOS
DIRECTORA EJECUTIVA
C.M.P. 20766 - RNE 22014

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 ADMINISTRACIÓN

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
C.M.P. 104 - RNE 9187

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
MAG. Q.T. ANTONIO GUZMÁN UJEDA GARCÍA
JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA
C.M.P. 24420

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
DR. NELSON ERIK GARCÍA CASTILLO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTA EXTERNA
C.M.P. 044103 - RNE 027348

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
DRA. JEREMY L. ATOCHA RUIZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA-UCI
C.M.P. 044103 - RNE 030238

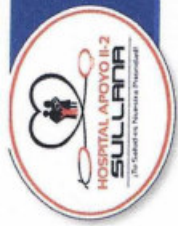
GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA
RESPONSABLE DEL ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO
JEFE DE LA OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
C.M.P. 104 - RNE 9187



HOJA DE PLAN DE ACCIÓN (ANEXO 6)





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ
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

PLAN DE ACCIÓN

		TRIMESTRE:				I TRIMESTRE		AÑO:				2024	
IPRESS:		HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA											
UPSS:		CUIDADOS INTENSIVOS											
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:		MED. MARIA EUGENIA GALLOSA PALACIOS											
RESP. DE ADMINISTRACION:		ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA											
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:		LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN											
		OTROS RESPONSABLES:											
		MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZCO											
		DRA. JEREMY L. ATOCHA RUIZ											
		MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA											
		LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA											

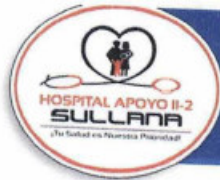
ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Aplicar matriz de análisis / Elaboración y aplicación de Plan de intervención en caso de incidentes y eventos adversos	Jefe del Departamento/ Coordinadores de UCIN UCII/ Jefatura de enfermería	30/02/24
56	HISTORIA CLÍNICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCI o en algún medio de registro evidenciable.	Monitoreo de registro en físico en cuaderno y ficha del evento adverso (si se esta cumpliendo)	Jefe del Departamento/ Coordinadores de UCIN UCII/ Jefatura de enfermería	15/02/2024
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidas en ella.	Coordinación con Jefe de Farmacia sobre normas para rotulado de frascos de soluciones endovenosas, así como de sus componentes	Jefe del Departamento/ Coordinadores de UCIN UCII/ Jefatura de enfermería	15/02/2024
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Coordinación con Jefe de Farmacia sobre compra de brazaletes de colores para identificar riesgos	Jefe del Departamento/ Coordinadores de UCIN UCII/ Jefatura de enfermería	30/03/2024
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Envío de documento a Médicos docentes para la utilización de consentimiento informado en practica docente	Jefe del Departamento/ Coordinador de UCIN UCII	30/03/2024
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Coordinación con jefe de farmacia para aplicación de directiva de coche de PCR	Jefe del Departamento/ Coordinadores de UCIN UCII/ Jefatura de enfermería	30/03/2024
30	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	No aplica		



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

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO A LA SULLAMA
OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD



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:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA APLICACIÓN:		25/01/2024	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MÉD. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	MÉD. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	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		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

75%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Aplicar matriz de análisis/Elaboración y aplicación de Plan de intervención en caso de incidentes y eventos adversos.	Jefe del Departamento/Coordinador es de UCI-UCIN/Jefatura de enfermería	30/02/2024	15/03/2024	SI
56	HISTORIA CLÍNICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	Monitoreo de registro en físico en cuaderno y ficha del evento adverso (si se está cumpliendo).	Jefe del Departamento/Coordinador es de UCI-UCIN/Jefatura de enfermería	15/02/2024	15/03/2024	SI
70	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Soluciones endovenosas se encuentran debidamente rotulados con la fecha y los componentes contenidos en ella.	Coordinación con Jefe de Farmacia sobre normas para rotulado de frascos de soluciones endovenosas, así como de sus componentes.	Jefe del Departamento/Coordinador es de UCI-UCIN/Jefatura de enfermería	15/02/2024	15/03/2024	SI
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Coordinación con Jefe de Farmacia sobre compra de brazaletes de colores para identificar riesgos.	Jefe del Departamento/Coordinador es de UCI-UCIN/Jefatura de enfermería	30/02/2024	5/04/2024	NO
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Envío de documento a médicos docentes para la utilización de consentimiento informado en práctica docente.	Jefe del Departamento/Coordinador es de UCI-UCIN	30/02/2024	5/04/2024	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Coche de paro cuenta con los insumos necesarios para atender situaciones críticas según normatividad vigente.	Coordinación con jefe de Farmacia para aplicación de Directiva de coche de PCR	Jefe del Departamento/Coordinador es de UCI-UCIN/Jefatura de enfermería	30/02/2024	5/04/2024	SI
530	SEGURIDAD EN LA UPSS	Timbre o sistema de llamado se encuentra cerca del paciente y está operativo.	NO APLICA				

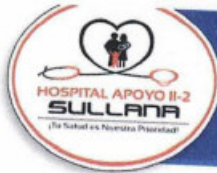


HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA

ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
56	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Actualización de protocolo de prevención de caídas y mecanismo de sujeción mecánica/ Monitoreo y supervisión.	Jefe del Departamento/Coordinadores de UC-UCIN/Jefatura de enfermería	30/02/2024	5/04/2024	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	Elaboración de protocolo de seguimiento de evolución de pacientes con UPP	Jefe del Departamento/Coordinadores de UC-UCIN/Jefatura de enfermería	30/02/2024	5/04/2024	SI
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Reiterar a Jefe de Mantenimiento la entrega de Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de equipos biomédicos.	Jefe del Departamento/Coordinadores de UC-UCIN/Jefatura de enfermería	30/02/2024	10/04/2024	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.	Actualización de guía de prevención y control de UPP.	Jefe del Departamento/Jefatura de enfermería	30/02/2024	5/04/2024	SI
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Elaboración de Plan de vigilancia y seguimiento de ejecución de Plan Anual de Mantenimiento de equipos biomédicos.	Jefe del Departamento/Coordinadores de UC-UCIN/Jefatura de enfermería	30/02/2024	10/04/2024	NO
56	PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL RIESGO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	Aplicación de guía de curación de úlceras por presión según estadíos.	Elaboración de guía de curación de UPP de acuerdo a estadíos.	Jefe del Departamento/Jefatura de enfermería	30/02/2024	5/04/2024	SI





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

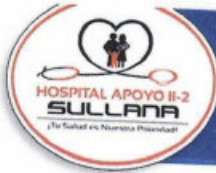
UCI-NEONATAL





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



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:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA APLICACIÓN:	15/02/2024	(dd/mm/aaaa)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP. DE LA UPSS:	DRA. MARTHA C. SILVA MARROQUÍN		
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	95%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	67%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	100%
PREVENCIÓN DE FUGA	100%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	75%
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%
PROMEDIO	91%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

91%

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. María Eugenia Gallosa Palacios
DIRECTORA EJECUTIVA
C.M.P. 29740 - R.N.E. 22014

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

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Med. José Gustavo Rivas Añazco
JEFE DE LA OFICINA DE VIOLACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SALUD AMBIENTAL
C.M.P. 29740 - R.N.E. 22014

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Enf. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
C.E.P. 194 - R.E. 4757

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Q.E. Ana María Carrasco Capillo
JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA
C.M.P. 29740 - R.N.E. 22014

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
Dr. Nery Pineda Carrasco Capillo
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTORÍAS
C.M.P. 066403 - R.N.E. 922345

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dra. Martha C. Silva Marroquín
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE REGISTRO
C.M.P. 60075 - R.N.E. 19029

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



HOJA DE PLAN DE ACCIÓN (ANEXO 6)





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ

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

PLAN DE ACCIÓN

IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA	TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA APLICACION:	MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZCO	15/02/2024	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	DRA. MARTHA C. SILVA MARROQUIN		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP. DE LA UPSS:	MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA		
		OTROS RESPONSABLES:			

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	SOLICITAR CAPACITACIÓN AL ÁREA DE SEGURIDAD AL PACIENTE DE GESTIÓN DE LA CALIDAD	GESTIÓN DE LA CALIDAD	01 SEMANA
70	HISTORIA CLÍNICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	SE CAPACITARÁ AL PERSONAL ASISTENCIAL PARA EL ADECUADO REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA.	PERSONAL ASISTENCIAL DE PEDIATRÍA	01 MES
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	SOLICITAR AL SERVIDOR DE FARMACIA UN REGISTRO DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS	FARMACIA	02 SEMANAS
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	SOLICITAR A LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA EL FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	APOYO A LA DOCENCIA	01 SEMANA
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	SOLICITAR UN CUADERNO DE REGISTRO FÍSICO Y/O VIRTUAL EN EL SERVIDOR DE UCI NEONATAL	JEFATURA DE ENFERMERÍA	01 SEMANA





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

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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:		I TRIMESTRE	AÑO:	2024
IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA	FECHA APLICACIÓN:	15/02/2024	(DD/MM/AAAA)
UPSS:	CUIDADOS INTENSIVOS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZOZO	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. MARIA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. DE LA UPSS:	DRA. MARTHA C. SILVA MARROQUIN	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP.OFIC./UNIDAD CALIDAD:	MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA	
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA	

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	SOLICITAR AL SERVICIO DE FARMACIA EL MECANISMO DE CONTROL DE VENCIMIENTO Y CADUCIDAD DE MEDICAMENTOS	FARMACIA	01 SEMANAS
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	DESPUES DE LA CAPACITACION SOLICITADA SE ARMARÁ UN PLAN DE INTERVENCIÓN CON EL PERSONAL ASISTENCIAL.	JEFATURA DE PEDIATRIA	01 MES
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	SOLICITAR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A LA UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES	SERVICIOS GENERALES	01 MES
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	SOLICITAR EL PLAN ANUAL DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A LA UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES	SERVICIOS GENERALES	01 MES

GOBIERNO REGIONAL PUNTA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Maria Eugenia Gallosa Palacios
DPTO. DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
CNP 207408 HNE 120414

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

GOBIERNO REGIONAL PUNTA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dra. Martha C. Silva Marroquin
DPTO. DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
CNP 207408 HNE 120414

GOBIERNO REGIONAL PUNTA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Econ. Jorge Saavedra Guevara
DPTO. DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
CNP 207408 HNE 120414

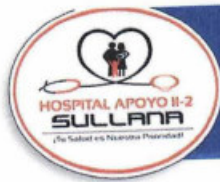
GOBIERNO REGIONAL PUNTA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Dr. Ricardo Kimberty Villaseca Rivera
JEFA DEL SERVICIO DE FARMACIA
CNP 207408 HNE 120414

GOBIERNO REGIONAL PUNTA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Enf. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
CNP 207408 HNE 120414

GOBIERNO REGIONAL PUNTA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. José Gustavo Rivas Anazoza
JEFA DE LA OFICINA DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
CNP 207408 HNE 120414

GOBIERNO REGIONAL PUNTA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dra. Martha C. Silva Marroquin
DPTO. DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
CNP 207408 HNE 120414

GOBIERNO REGIONAL PUNTA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Enf. Sonja Kimberly Villaseca Rivera
RESPONSABLE UNIDAD DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



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





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
Prescripciones 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:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
UPSS:	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	FECHA APLICACIÓN:	15/02/2024	(DD/MM/AAAA)	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MÉD. MARIA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	MÉD. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ECON. JORGE BAAVEDRA GUEVARA	RESP. DE LA UPSS:	DRA. MARTHA C. SILVA MARROGUÍN		
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 VILLAGARCERA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN 78%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Personal conoce del sistema de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.	Solicitar capacitación al Área de Seguridad del Paciente de Gestión de la Calidad.	Gestión de la Calidad	01 semana	5/04/2024	SI
70	HISTORIA CLINICA	En caso de haberse producido un evento adverso, este ha sido registrado en la HCl o en algún medio de registro evidenciable.	Se capacitará al personal asistencial para el adecuado registro en la historia clínica.	personal asistencial de pediatría	01 mes	25/03/2024	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Solicitar al servicio de farmacia un registro de medicamentos controlados.	Farmacia	02 semanas	5/04/2024	SI
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Solicitar a la oficina de Apoyo a la Docencia el formato de Consentimiento Informado.	Apoyo a la docencia	01 semana	5/04/2024	SI
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Registro físico y/o virtual de los incidentes y eventos adversos en la UPSS.	Solicitar un cuaderno de registro físico y/o virtual en el servicio de UCI-Neonatal.	Jefatura de Enfermería	01 semana	5/04/2024	SI
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Medicamentos e insumos médicos cuentan con un mecanismo efectivo de control de vencimiento / caducidad.	Solicitar al servicio de farmacia el mecanismo de control de vencimiento y caducidad de medicamentos.	Farmacia	02 semanas	5/04/2024	SI
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Análisis y plan de intervención sobre la información de los incidentes y eventos adversos.	Después de la capacitación solicitada se amarrará un Plan de intervención con el personal asistencial.	Jefatura de Pediatría	01 mes	5/04/2024	SI
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Solicitar el Plan Anual de Mantenimiento preventivo a la Unidad de Servicios Generales.	Servicios Generales	01 mes	5/04/2024	NO
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Solicitar el Plan Anual de Mantenimiento preventivo a la Unidad de Servicios Generales.	Servicios Generales	01 mes	5/04/2024	NO



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



PERU

Ministerio
de Salud

Ministerio de Salud
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

TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
FECHA APLICACIÓN:	14/03/2024	(dd/mm/aaaa)	
IPRESS:	HOSPITAL DE APOYO II - 2, SULLANA	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	MÉD. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO
UPSS:	CENTRO QUIRÚRGICO	RESP. DE LA UPSS:	DRA. ELIANA GARCÍA TORRES
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA	
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN		

BUENAS PRÁCTICAS EVALUADAS	% CUMPLIMIENTO
REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA	94%
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA UPSS	100%
IDENTIFICACIÓN CORRECTA	67%
PREVENCIÓN DE FUGA	67%
SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	100%
PREVENCIÓN DE CAÍDAS Y CONTENCIÓN MECÁNICA	50%
SEGURIDAD SEXUAL	0%
COMUNICACIÓN EFECTIVA	100%
HIGIENE DE MANOS	100%
BIOSEGURIDAD	100%
FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	60%
PROMEDIO	76%

PROMEDIO DE CUMPLIMIENTO

76%

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. María Eugenia Gallosa Palacios
DIRECTORA EJECUTIVA
C.M.P. 26748 - R.N.E. 22014

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
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
Lic. Enf. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
C.M.P. 104 - R.N.E. 9287

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mag. Q.F. Analí del Cuzco García
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA
C.M.P. 24420

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dra. Eliana García Torres
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTORIO EXTERNOS
C.M.P. 33245 - R.N.E. 31770

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Nelson Erik Carrasco Castillo
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTORIO EXTERNOS
C.M.P. 046403 - R.N.E. 022345

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

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Méd. José Gustavo Rivas Anazco
JEFE DE LA OFICINA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
Y SALUD AMBIENTAL
C.M.P. 06678



HOJA DE PLAN DE ACCIÓN (ANEXO 6)





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



Despacho Viceministro
Presidencia y Asesoría
en Salud

UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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

PLAN DE ACCIÓN

TRIMESTRE:		I TRIMESTRE	AÑO:	2024
		14/03/2024 (DD/MM/AAAA)		
FECHA APLICACION:	MÉD. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZCO			
RESP. EPIDEMIOLOGIA:	DRA. ELIANA GARCIA TORRES			
RESP. DE LA UPS:	MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA			
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA			
OTROS RESPONSABLES:				

ACTUALIZAR PRIORIDAD

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Se solicita que la responsable de la Directiva gestione la implementación de los brazaletes, para el cumplimiento.	Jefa del Departamento	5/04/2024
70	HISTORIA CLÍNICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Se reitera memorandum múltiple a las jefaturas de los diferentes departamentos para la codificación del CIE-10.	Jefa del Departamento	5/04/2024
70	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Este verificador no aplica en el Dep. Centro Quirúrgico.		
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Se implementará protocolo de fuga de paciente	Jefa de Enfermería del Departamento	12/04/2024
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Se implementará la identificación del riesgo de caídas en cada cama de paciente	Jefa de Enfermería del Departamento	8/04/2024
56	PREVENCIÓN DE CAÍDA 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 mecánica.	Protocolo ya implementado en proceso de aprobación	Jefa de Enfermería del Departamento	8/04/2024
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.	Se envía documento a personal médico para la evolución correspondiente según situación del paciente (RIESGO DE FUGA)	Jefa del Departamento Personal médico	8/04/2024
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Reiterar documento a Ing. Biomédico para la implementación del Plan Anual de mantenimiento de equipos biomédicos.	Jefa del Departamento	5/04/2024
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Reiterar documento a Ing. Biomédico para la implementación de equipos biomédicos.	Jefa del Departamento	5/04/2024

GOBIERNO REGIONAL PERÚ
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. María Eugenia Gallosa Palacios
DIRECTORA EJECUTIVA
CNP 49766 INSC 22614

GOBIERNO REGIONAL PERÚ
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Adm. Pilar Villalta Espinoza
SUPERVISORA DE LA CALIDAD EN SALUD

GOBIERNO REGIONAL PERÚ
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Espin. J. Torres / Asesoría Técnica
DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
DE LA CALIDAD EN SALUD

GOBIERNO REGIONAL PERÚ
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Enl. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
CEP 144-1-1-1421

GOBIERNO REGIONAL PERÚ
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Méd. José Gustavo Rivas Anazco
JEFE DE LA OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
CEP 144-1-1-1421

GOBIERNO REGIONAL PERÚ
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dra. Eliana García Torres
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL MÉDICO
CEP 33246- INSC 31977

GOBIERNO REGIONAL PERÚ
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Enl. Sonia Kimberly Villasecarrera
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL MÉDICO



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





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ
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

TRIMESTRE:	I TRIMESTRE	AÑO:	2024
FECHA APLICACIÓN:	14/03/2024	(dd/mm/aaaa)	
RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	MÉD. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZCO		
RESP. DE LA UPSS:	DRA. ELIANA GARCÍA TORRES		
RESP. OFIC. UNIDAD CALIDAD:	MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA		
OTROS RESPONSABLES:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

75%

PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
70	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	Se solicita que la responsable de la Directiva gestione la implementación de los brazaletes, para el cumplimiento.	Jefa del Departamento	5/04/2024	5/04/2024	SI
70	HISTORIA CLÍNICA	Registro de los diagnósticos con codificación CE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Se reitera memorandum multiple a las jefaturas de los diferentes departamentos para la codificación del CIE-10.	Jefa del Departamento	5/04/2024	5/04/2024	SI
70	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Este verificador no aplica en el Dep. Centro Quirúrgico.				
56	PREVENCIÓN DE LA FUGA DE PACIENTES	Existencia de un procedimiento o protocolo que se active en caso de fuga de paciente.	Se implementará protocolo de fuga de paciente	Jefa de Enfermería del Departamento	12/04/2024	15/04/2024	SI
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Identificación de riesgo de caídas del paciente tanto en el brazalete del paciente como en el cartel visible.	Se implementará la identificación del riesgo de caídas en cada cama de paciente	Jefa de Enfermería del Departamento	8/04/2024	8/04/2023	SI
56	PREVENCIÓN DE CAÍDA DE PACIENTES Y CONTENCIÓN MECÁNICA	Protocolo que establezca población objetivo, indicaciones, medidas preventivas, profesionales responsables de la indicación y supervisión de los diversos mecanismos de sujeción mecánica.	Protocolo ya implementado en proceso de aprobación	Jefa de Enfermería del Departamento	8/04/2024	8/04/2024	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.	Se envía documento a personal médico para la evolución correspondiente según situación del paciente (RESGO DE FUGA)	Jefa del Departamento. Personal médico	8/04/2024	8/04/2024	SI
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cuenta con un Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos).	Reiterar documento a Ing. Biomédico para la implementación del Plan Anual de mantenimiento de equipos biomédicos.	Jefa del Departamento	5/04/2024	12/04/2024	NO
56	FUNCIONAMIENTO Y MANEJO DE EQUIPOS	Verificación de que la UPSS cumple con ejecutar su Plan Anual de Mantenimiento Preventivo de todos sus equipo biomédicos (inclusive los nuevos), mediante la visualización de las respectivas tarjetas.	Reiterar documento a Ing. Biomédico para la implementación y ejecución del Plan Anual de mantenimiento de equipos biomédicos.	Jefa del Departamento	5/04/2024	12/04/2024	NO



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 ATENCION DE SALU

RESULTADOS DE EVALUACIÓN

	TRIMESTRE: II TRIMESTRE	AÑO: 2024
IPRESS: HOSPITAL DE APOYO II-2, SULLANA	FECHA APLICACION:	18/04/2024 (dd/mm/aaaa)
UPSS: EMERGENCIA	RESP. EPIDEMIOLOGIA: MÉD. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO	
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS: MED. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. DE LA UPSS: DRA. JEREMY ATOCHARUIZ	
RESP. DE ADMINISTRACION: ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP. OFIC. UNIDAD 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	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
MED. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS
DIRECTORA EJECUTIVA
CMP 29748 - RNE 27912

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 LA 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
Lic. Enf. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
CEP 164 - RE 9217

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Méd. José Gustavo Rivas Anazco
JEFE DE LA OFICINA DE EMERGENCIAS Y ATENCIÓN DE URGENCIAS

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Nelson Erik Carrasco Castillo
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTAS EXTERNAS
CMP 98826 - RNE 021493

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 CALIDAD DEL PACIENTE

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 CALIDAD DEL PACIENTE

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dpto. de Emergencia y Cuidados Intensivos
Dra. Jeremy L. Atocharuiz
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS Y CUIDADOS INTENSIVOS



HOJA DE PLAN DE ACCIÓN (ANEXO 6)





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

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 APLICACIÓN:	HOSPITAL DE APOYO II-2, SULLANA	MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZCO	18/04/2024	(DD/MM/AAAA)
IPRESS:	EMERGENCIA	DRA. JEREMY ATOCHA RUIZ		
UPSS:	MED. MARIA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA		
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN			
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:				

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. Cl./vigilancia en Ha. Cl.	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 ó DSM N en la Ha. Cl. / vigilancia en la Ha. Cl.	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	Timbre 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 memorandums 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	Jefe de Departamento/ Supervisor de Administración	30/05/2024
56	SEGURIDAD EN LA MEDICACIÓN	Existencia de un registro de medicamentos controlados.	Identificable ante riesgo de fuga. 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

Dr. Jeremy L. Atocha Ruiz
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA-UCI
COP 44.111.043.034224

Dr. José Gustavo Rivas Anasco
JEFE DE SERVICIO DE EMERGENCIA Y UCI
COP 44.111.043.034224

Dr. Pilar Villalta Espinoza
JEFE DE SERVICIO DE EMERGENCIA Y UCI
COP 44.111.043.034224

Dr. Nelson Carrasco Castillo
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN
COP 44.111.043.034224

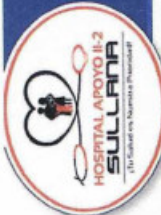
Dr. Sonia Kimberly Villaseca Rivera
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y UCI
COP 44.111.043.034224

Mg. Maria Eugenia Gallosa Palacios
COORDINADORA DE ENFERMERIA
COP 25749 RNE. 22074

Lic. Adm. Pilar Villalta Espinoza
SUPERVISORA DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN
COP 44.111.043.034224

Mg. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
COP 124- RE 9257

GOBIERNO REGIONAL PUNO
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
COP 44.111.043.034224



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 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
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 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 licenciadas 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

Dra. Jekemy L. Atoche Ruiz
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA-UCI
C.M.P. N.º 25749

JEFE DE FARMACIA
C.M.P. N.º 25749

JEFE DE DEPARTAMENTO
C.M.P. N.º 25749

GOBIERNO REGIONAL PUNO
HOSPITAL DE AYO II-2 SULLANA
Dr. Nelson Erika Carrasco Castillo
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTAS EXTERNAS
C.M.P. N.º 25749

Lic. Adm. Pius Villalobos
SUPERVISOR DE LA OFICINA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
C.M.P. N.º 25749

Lic. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
C.M.P. N.º 25749

GOBIERNO REGIONAL PUNO
HOSPITAL DE AYO II-2 SULLANA
C.M.P. N.º 25749



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/ Enfermería en 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 estadios.	Actualización de Guía de curación de UPP según estadios	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

Dra. Jenny L. Atocha Ruiz
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA-UCI
C.M.P. N.º 25749 - R.N.E. 912249

JEFE DE SERVICIOS GENERALES
C.M.P. 18449

JEFE DE PSICOLOGIA
C.M.P. 18449

JEFE DE EMERGENCIA
C.M.P. 18449

Dr. Nelson Carrasco Castillo
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA-UCI
C.M.P. N.º 25749 - R.N.E. 912249

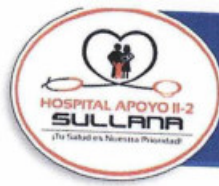
JEFE DE EMERGENCIA
C.M.P. 18449

JEFE DE EMERGENCIA
C.M.P. 18449

JEFE DE EMERGENCIA
C.M.P. 18449

JEFE DE EMERGENCIA
C.M.P. 18449

JEFE DE EMERGENCIA
C.M.P. 18449



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





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD

PERÚ

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:	EMERGENCIA	FECHA APLICACION:		18/04/2024	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. MARIA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP.EPIDEMIOLOGIA:	MÉD. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZCO		
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		

PORCENTAJE DE IMPLEMENTACIÓN

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. Cl./vigilancia en Ha. Cl.	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 ó DSM IV en la Ha. Cl. / vigilancia en la Ha. Cl.	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 UC/ 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



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 recibidos.	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 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	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.

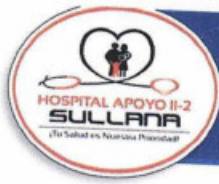
PRIORIDAD	BUENAS PRÁCTICAS	VERIFICADOR INSEGURO	ACCIONES DE MEJORA / CORRECTIVAS	RESPONSABLE (CARGO)	PLAZO (dd/mm/aaaa)	MONITOREO (dd/mm/aaaa)	IMPLEMENTACIÓN
70	SEGURIDAD SEXUAL	Información disponible y clara referente a las consecuencias penales de las agresiones sexuales.	Implementar dentro de la información 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)
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
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
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
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
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

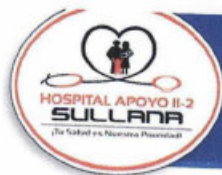




HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

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
Prestaciones y Aseguramiento
en Salud

PLICATIVO DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DEL RIESGO EN LA ATENCIÓN DE SALU RESULTADOS DE EVALUACIÓN

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. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZCO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP. DE LA UPSS:	DRA. ELIANA GARCÍA TORRES		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERÍA:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN	RESP. OFICINA UNIDAD CALIDAD MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA			
		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
C.M.P. 29749 - R.N.E. 22012

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Adm. Pilar Villalta Espinoza
SUPERVISORA DE LA CALIDAD DE GESTIÓN DE CALIDAD
C.M.P. 24429

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Econ. Jorge Saavedra Guevara
SUPERVISOR DE ADMINISTRACIÓN DE LA OFICINA DE ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD
C.M.P. 33248 - R.N.E. 21070

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Lic. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE SUPERVISIÓN
C.E.P. 124 - R.E. 9287

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. O.F. Ana L. Carolina Ojeda Gutierrez
JEFE DEL SERVICIO DE FARMACIA
C.M.P. 24429

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Nelson Erik Carrasco Castillo
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTORÍA TÉCNICA
C.M.P. 046493 - R.N.E. 922345

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dra. Eliana García Torres
JEFE DEL SERVICIO DE ADIUTERÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO
C.M.P. 33248 - R.N.E. 21070

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Enf. Sonia Kimberly Villaseca Rivera
RESPONSABLE DEL ÁREA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
C.M.P. 33248 - R.N.E. 21070



HOJA DE PLAN DE ACCIÓN (ANEXO 6)





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



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

PLAN DE ACCIÓN

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. EPIDEMIOLOGÍA:	MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZCO		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP. DE LA UPSS:	DRA. ELIANA GARCIA TORRES		
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		

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 REALIZARA SOLICITUD DE COMPRA, A LA DIRECCION ADMINISTRATIVA.	DRA. ELIANA GARCIA TORRES	4/09/2024
70	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	SE NOTIFICARA A LOS MEDICOS ANESTESIOLOGOS CUMPLIR CON EL LLENADO DE DICHO FORMATO	DRA. ELIANA GARCIA 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 BIOMEDICOS A LA JEFAURA DE LA UNIDAD DE SERVICIOS GENERALES, PERO, HASTA LA FECHA NO SE HA CUMPLIDO CON LO SOLICITADO.	DRA. ELIANA GARCIA 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 REALIZARA SOLICITUD DE COMPRA, A LA DIRECCION ADMINISTRATIVA.	DRA. ELIANA GARCIA 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 GARCIA TORRES	4/07/2024
56	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DEL PACIENTE	Verificación de la identidad del paciente con el brazalete antes de cualquier procedimiento.	SE REALIZARA SOLICITUD DE COMPRA, A LA DIRECCION ADMINISTRATIVA.	DRA. ELIANA GARCIA TORRES	4/09/2024

GOBIERNO REGIONAL PERU
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Enl. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFA DEL DEPTO. DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS
CNP 1574 - RUC 22614

GOBIERNO REGIONAL PERU
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Adm. Pilar Villalta Espinoza
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE CALIDAD EN SALUD

GOBIERNO REGIONAL PERU
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Enl. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFA DEL DEPTO. DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS
CNP 1574 - RUC 22614

GOBIERNO REGIONAL PERU
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Econ. Jorge Saavedra Guevara
COORDINADOR DE LA UNIDAD DE CALIDAD EN SALUD

GOBIERNO REGIONAL PERU
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dra. Eliana Garcia Torres
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE CALIDAD EN SALUD
CNP 1574 - RUC 22614

GOBIERNO REGIONAL PERU
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dra. Eliana Garcia Torres
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE CALIDAD EN SALUD
CNP 1574 - RUC 22614

GOBIERNO REGIONAL PERU
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Enl. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFA DEL DEPTO. DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS
CNP 1574 - RUC 22614

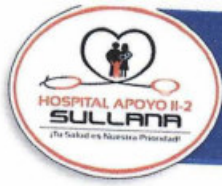
GOBIERNO REGIONAL PERU
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Enl. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFA DEL DEPTO. DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS
CNP 1574 - RUC 22614

GOBIERNO REGIONAL PERU
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dr. Nelson Enrique Sotillo Castillo
JEFA DEL DEPTO. DE ATENCIÓN DE EMERGENCIAS
CNP 1574 - RUC 22614

GOBIERNO REGIONAL PERU
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dra. Eliana Garcia Torres
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE CALIDAD EN SALUD
CNP 1574 - RUC 22614

GOBIERNO REGIONAL PERU
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dra. Eliana Garcia Torres
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE CALIDAD EN SALUD
CNP 1574 - RUC 22614

GOBIERNO REGIONAL PERU
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dra. Eliana Garcia Torres
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE CALIDAD EN SALUD
CNP 1574 - RUC 22614



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





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ

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

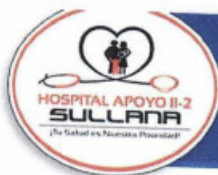
FICHA DE MONITOREO

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. MARÍA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGÍA:	DRA. ELIANA GARCIA TORRES		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	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		

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 Mntenimiento 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	10/07/2024	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	10/07/2024	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	10/07/2024	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

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
PRESTADORES Y ASISTENTES
EN SALUD

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. MARIAEUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	MED. JOSÉ GUSTAVO RIVAS AÑAZCO		
RESP. DE ADMINISTRACION:	ECON. JORGE SAAVEDRA GUEVARA	RESP. DE LA UPSS:	DRA. MARTHA C. SILVA MARROQUIN		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMAN		RESP. OFICINA 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%

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Maria Eugenia Gallosa Palacios
DIRECTORA EJECUTIVA
C.E.P. 43749 - R.N.E. 92954

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Adm. Pilar Villalta Espinoza
REFERENCIAL 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 ASISTENCIA TECNICA

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Enf. Rosa Virginia Ortiz de Guzman
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
C.E.P. 154 - R.E. 9187

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Adm. Pilar Villalta Espinoza
JEFA DEL SERVICIO DE FARMACIA
C.E.P. 24439

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Med. José Gustavo Rivas Añazco
JEFA DE LA OFICINA DE INVESTACIÓN EPIDEMIOLÓGICA
C.E.P. 154 - R.E. 9187

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Noé Luis Llanos Castillo
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE CONSULTAS EXTERNAS
C.E.P. 65405 - R.N.E. 02355

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Dra. Martha C. Silva Marroquín
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
C.E.P. 154 - R.E. 9187

GOBIERNO REGIONAL PIURA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Lic. Enf. Sonia Kimberly Villaseca Rivera
RESPONSABLE DEL AREA DE MONITORING DEL RIESGO



HOJA DE PLAN DE ACCIÓN (ANEXO 6)





UNIDAD FUNCIONAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN SALUD



PERÚ 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

PLAN DE ACCIÓN

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. MARIA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLÓGICA:	MÉD. 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		

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.	ITERATIVO 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

GOBIERNO REGIONAL PUJA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. María Eugenia Galloso Palacios
CNP 28794 - RUC 20113

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

GOBIERNO REGIONAL PUJA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. José Gustavo Rivas Anazco
RESP. EPIDEMIOLÓGICO

GOBIERNO REGIONAL PUJA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Dra. Martha C. Silva Marroquin
RESP. DE LA UPSS

GOBIERNO REGIONAL PUJA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. U.T. Sonia Kimberly Villaseca Rivera
JEFA DEL DPTO. DE ATENCIÓN AL PACIENTE

GOBIERNO REGIONAL PUJA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. Enf. Rosa Virginia Ortiz de Guzmán
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

GOBIERNO REGIONAL PUJA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. José Gustavo Rivas Anazco
RESP. EPIDEMIOLÓGICO

GOBIERNO REGIONAL PUJA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. U.T. Sonia Kimberly Villaseca Rivera
JEFA DEL DPTO. DE ATENCIÓN AL PACIENTE

GOBIERNO REGIONAL PUJA
HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA
Mg. U.T. Sonia Kimberly Villaseca Rivera
JEFA DEL DPTO. DE ATENCIÓN AL PACIENTE



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:	MÉD. JOSÉ GUSTAVO RIVAS ANAZCO	20/06/2024	(DD/MM/AAAA)
TITULAR/RESPONSABLE IPRESS:	MED. MARIA EUGENIA GALLOSA PALACIOS	RESP. EPIDEMIOLOGIA:	DR. MARTHA C. SILVA MARROQUIN		
RESP. DE ADMINISTRACIÓN:	ECON. JORGE SAavedra GUEVARA	RESP. DE LA UPSS:	MG. ADM. PILAR VILLALTA ESPINOZA		
RESP. DPTO/SERVICIO ENFERMERIA:	LIC. ENF. ROSA VIRGINIA ORTIZ DE GUZMÁN	RESP. OFIC./UNIDAD CALIDAD:	LIC. ENF. SONIA KIMBERLY VILLASECA RIVERA		
		OTROS RESPONSABLES:			

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 CLINICA	Registro completo del Consentimiento Informado de acuerdo a la normatividad vigente.	Enviar memorandum a medicos asistenciales	Medicos asistenciales	11/07/2024	11/07/2024	SI
56	HISTORIA CLINICA	Registro de los diagnósticos con codificación CIE-10 ó DSM IV de corresponder (presuntivos o definitivos)	Enviar memorandum a medicos asistenciales	Medicos asistenciales	11/07/2024	11/07/2024	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	29/07/2024	11/07/2024	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	11/07/2024	NO
56	SEGURIDAD EN LA UPSS	Utilización del formato de consentimiento informado para actividades de docencia.	Memorandum para medicos, enfermeras para el cumplimiento del llenado del formato	Medicos, Enfermeras y asistenciales	11/07/2024	11/07/2024	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 – I SEMESTRE 2024

INDICADOR	%
Rondas de Seguridad del paciente aplicadas en la IPRESS.	50.00%

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

UPSS	%
UCI - GENERAL	88.00%
UCI - NEONATAL	91.00%
CENTRO QUIRÚRGICO	76.00%
EMERGENCIA	73.00%
CENTRO QUIRÚRGICO	92.00%
UCI NEONATAL	94.00%
TOTAL	85.66%

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

UPSS	%
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS GENERAL	75.00%
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL	78.00%
CENTRO QUIRÚRGICO	75.00%
EMERGENCIA	73.00%
CENTRO QUIRÚRGICO	83.00%
UCI NEONATAL	67.00%
TOTAL	75.17%

4. CUADRO GENERAL

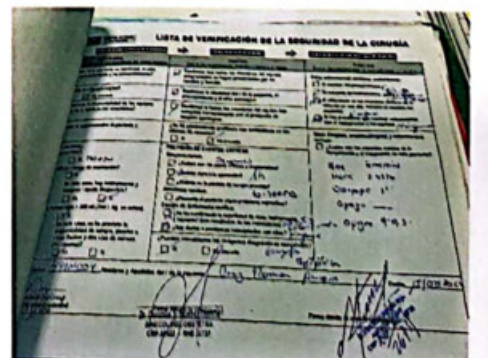
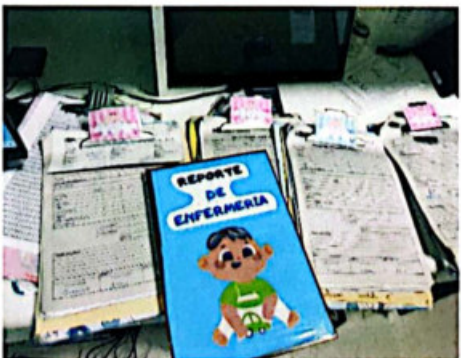
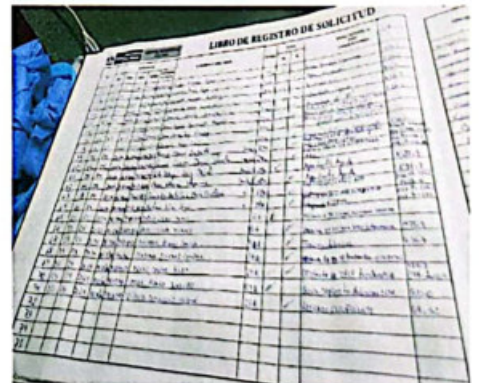
INDICADOR	%
Rondas de Seguridad del paciente aplicadas en la IPRESS.	50.00%
Cumplimiento de Buenas Prácticas en la IPRESS	85.66%
Acciones de mejora implementadas en la IPRESS	75.17%





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

EVIDENCIAS DE RONDAS DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL HOSPITAL DE APOYO II-2 SULLANA, I SEMESTRE 2024





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

