


Análisis de Indicadores Gestión clínica o asistencial de la resolución 408 del primero, segundo y tercer trimestre del 2019

PROCESO AUDITADO	Evaluación de <i>los indicadores la</i> gestión clínica o asistencial <i>resolución 408 del primer trimestre del 2019</i>
AUDITOR	María Eufracia Sandoval Pino,
OBJETO	Realizar evolución indicadores de gestión clínica o asistencial resolución 408 del 2018
ALCANCE	Revisar la información entregada por el área de calidad
MARCO LEGAL	Resolución 408 del 2018
FECHA DE AUDITORIA	Inicio: 19 de noviembre del 2019. Finaliza el 21 de noviembre de del 2019
METODOLOGIA	Solicita información al área de calidad mediante Verificación de cumplimiento de requerimiento realizado y las evidencias.
CRITERIOS DE AUDITORIA	Verificar el cumplimiento de los indicadores gestión clínica o asistencial de la 408 del 2018

El sistema de indicadores de alerta temprana, tiene como mecanismo o estrategia en recopilar, revisar y analizar las variables de oportunidad y calidad de la atención y prestación de los servicios de salud, a fin de identificar de forma inmediata las falencias o problemas que resulten; y en consecuencia formular la aplicación de correcciones y soluciones oportunas. De igual manera, tiene como propósito optimizar los resultados de atención en Salud desarrollando acciones de mejora en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, SOCGS.

Rdo.   
10/12/2019  
11:18 am



**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
SAN JOSÉ**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA ESPERANZA  
BOGOTÁ

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

## Oficina Asesora de Control Interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 9

### INDICADORES RESOLUCIÓN 408 / I, II, III trimestre 2019

INDICADORES RESOLUCION 408 71, II, III trimestre 2015																				
No.	Estándar	Nombre del indicador	TOTAL		INDICADOR PRIMER TRIMESTRE		TOTAL		INDICADOR SEGUNDA TRIMESTRE		TOTAL		INDICADOR TERCER TRIMESTRE		TOTAL		INDICADOR I,II,III		MAXIMO ACEPTABLE	
12	≥ 0,80	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias III trimestre.	3	100%	3	100%	5	100%	11	100%	80%									
			3		3		5		11											
12	≥ 0,80	Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: trastornos hipertensivos en la gestación.	24	96%	23	100%	15	83%	62	93%	80%									
			25		23		18		66											
13	≥ 0,80	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida (3).	AUN NO SE HA LOGRADO DETERMINAR POR ESTADISTICA LA PRIMERA CAUSA, LA DE EGRESO, ESTA TAREA ESTA BAJO LA RESPONSABILIDAD DE SUBGERENCIA CIENTIFICA			AUN NO SE HA LOGRADO DETERMINAR POR ESTADISTICA LA PRIMERA CAUSA, LA DE EGRESO, ESTA TAREA ESTA BAJO LA RESPONSABILIDAD DE SUBGERENCIA CIENTIFICA			AUN NO SE HA LOGRADO DETERMINAR POR ESTADISTICA LA PRIMERA CAUSA, LA DE EGRESO, ESTA TAREA ESTA BAJO LA RESPONSABILIDAD DE SUBGERENCIA CIENTIFICA											
14	≥ 0,90	Oportunidad en la Realización de Apendicetomía.	1117	92%	145	94%	91	92%	353	93%	90%									
			127		154		99		380											



## Oficina Asesora de Control Interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 9

15	Cero (0)	Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen Intrahospitalario y variación interanual.	1	1	0	0	0	0	1	1	0
16	$\geq 0,90$	Oportunidad en la atención específica de pacientes con Diagnóstico al egreso de Infarto Agudo del Miocardio (IAM).	24	100%	24	96%	51	100%	99	99%	90%
			24		25		51		100		
17	$\geq 0,90$	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria.	100	95%	105	85%	97	91%	302	90%	90%
			105		123		107		335		
18	$\leq 5$	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	0	0, NO SE PRESTABA EL SERVICIO	259	4 DIAS	334	6 DIAS	593	5 DIAS	5 DIAS
			0		64		55		119		
19	$\leq 8$	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstétrica.	429	2.9 DIAS	542	5.2 DIAS	1347	9.2 DIAS	2318	5.7 DIAS	8 DIAS
			150		105		146		401		
20	$\leq 15$	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna.	900	2.6 DIAS	535	2.9 DIAS	680	7.3 DIAS	2115	3.4 DIAS	15 DIAS
			341		182		92		615		

Ref: Información suministrada por la oficina de calidad



**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
SAN JOSE**

CAMPESINOS DEL MUNDO DEL ESTADO  
DOMINICANO

*"Juntos mejoramos tu salud"*

NIT 891.580.002-5

## Oficina Asesora de Control Interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 9

### **12. Evaluación de aplicación de guía de manejo específica: hemorragias del I- II-III trimestre y trastornos hipertensivos en la gestación, I- II-III trimestre:**

El proceso de adopción, adaptación, socialización, seguimiento y evaluación de la adherencia de las guías de manejo diagnóstico y terapéutico es realizado por los coordinadores médicos de los servicios junto a los especialistas, expertos en el tema, en el primer trimestre se no tenía la contratación de un coordinador, lo cual fue subsanado con la contratación de este , quien va ha realizado en forma retrospectiva la evaluación de la adherencia a las guías en historias clínicas del primer trimestre, en el segundo y tercer trimestre el coordinador médico del servicio de Ginecobstetricia, se reúne de manera periódica con los Especialistas, los cuales al presentarles los resultados, opinan que todas las valoraciones se realizan de manera pertinente.

En la evaluación de aplicación de guía de manejo específica: Hemorragias III trimestre. Al revisar la adherencia de las historias clínicas se encuentra que se cumple en un 100 % y el máximo aceptable es de 80% .

En la valuación de aplicación de guía de manejo específica: trastornos hipertensivos en la gestación,

Al revisar la adherencia en las historias clínicas se encuentra falla en el registro principalmente de afectación órganos blanco, reflejos osteotendinosos y en algunos casos se omite escribir el bienestar fetal, por esta razón, quedo en un 94%, el máximo aceptable de este indicador es del 80%

### **13. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida (3). I- II-III trimestre**

Para los tres trimestres de 2019 el proceso de epidemiología entregó el listado de las primeras causas de morbilidad extraída del sistema DGH, ejercicio que fue analizado con los coordinadores del día 2 de mayo de 2019, quienes identificaron incongruencias entre la primera causa de morbilidad, la dinámica de los servicios y la complejidad de la institución, por lo que se estableció un plan de acción para generar información conforme a la prestación de los servicios,



que incluye:


- Las áreas de sistemas y estadística concertaran la fuente de información incluyendo las exclusiones que afectan la morbilidad (diagnósticos Z, diagnósticos R, traslados, etc.)
- Cada coordinador realizará un análisis de los códigos CIE-10 más frecuentes de los **servicios y los diagnósticos R que podrían incluirse con el fin de agrupar y organizar** las principales patologías de egreso conforme a la dinámica de los servicios.
- Con la información anterior, el 23 de mayo se realizará reunión para establecer el perfil definitivo de la institución, conocer la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida e iniciar el proceso de evaluación de la adherencia a la guía desde el mes de enero de 2019.
- Se continúa con el proceso de depuración de las causas de egreso hospitalario para definir el perfil epidemiológico de la institución

#### **14. Oportunidad en la realización de apendicetomía I- II-III trimestre**

Durante el I, II, III trimestre 2019 el indicador cumple con la meta establecida por la institución, se observa oportunidad en la realización de procedimientos de apendicetomía por laparotomía y laparoscopia, en el 93% de los casos superando a meta establecida en el 90%.

Se continúa trabajando con el equipo quirúrgico (Anestesiólogos, Cirujanos y Profesionales de Enfermería) con el fin de garantizar oportunidad quirúrgica a los pacientes pediátricos y adultos con este diagnóstico, teniendo en cuenta que la garantía de esta oportunidad evita sobre costos y posibles complicaciones al paciente.

Entre las estrategias implementadas se encuentran la socialización de resultados del indicador a talento humano de enfermería del quirófano y especialidades quirúrgicas, disponibilidad de una segunda sala de urgencias, seguimiento a causas de no oportunidad y disponibilidad de instrumentador quirúrgico para segunda sala de urgencias para procedimientos, esta acción de mejora ya se cumplió.

 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSÉ</b> <small>ENTIDAD PÚBLICA DEL GOBIERNO COSTARRICENSE</small> <i>"Juntos mejoramos tu salud"</i> NIT 891.580.002-5	<b>Oficina Asesora de Control Interno</b>	FO-ARH-01
		Versión: 03
		Página 1 de 9

En los casos que no se cumplió con el tiempo se debe a la prioridad otorgada a casos de cesárea de emergencia, por lo que se extendió el tiempo para realizar la apendicectomía a más de 6 horas.

#### **15. Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual. I- II-III trimestre**

Se evidencia durante el primer trimestre 2019, se presentó un caso, superando el máximo aceptado que es 0


Por parte de seguridad del paciente se realiza comité extraordinario con el equipo asistencial de la unidad de neonatos, identificando las siguientes causas:

- Incumplimiento de órdenes médicas por parte del equipo de enfermería
- No se aspiran ni se auscultan las sondas enterales de forma rutinaria como lo explica el protocolo.
- No se marca de forma rutinaria la sonda al colocarla
- No hay claridad en las órdenes médicas
- Rutinización del personal de enfermería en el manejo de las sondas y protocolo de administración de nutrición enteral por sonda.

Para ello se implementaron las siguientes estrategias: resocialización de protocolo de administración de nutrición por sonda, paso de sonda oro gástrica en recién nacido, decisión de reinducción a auxiliares de enfermería que no se adhieren a los protocolos institucionales, revisión de protocolo para definir en criterios de calidad la obligatoriedad de la revisión por auscultación y marcaje de las sondas para alimentación, revista de enfermería dos temas por mes durante 3 meses y reunión con médicos del servicio para retroalimentar acción de mejora relacionada con indicaciones médicas.

Se continúa trabajando en la actualización y socialización de protocolos de enfermería para disminuir el riesgo. Asimismo, se tiene cronograma de evaluación al cumplimiento de los protocolos con el fin de verificar la correcta aplicación de estos.



 <b>HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE</b> <small>ENTIDAD PÚBLICA DEL ESTADO COLOMBIANO</small> <i>"Juntos mejoramos tu salud"</i> NIT 891.580.002-5	<b>Oficina Asesora de Control Interno</b>	FO-ARH-01
		Versión: 03
		Página 1 de 9

## **16. Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de infarto agudo de miocardio (IAM). I- II-III trimestre**

Teniendo en cuenta que el proceso de análisis de indicadores se realiza de manera trimestral entre los coordinadores de los servicios, la subgerencia científica y aseguramiento de la calidad, el día 15 de mayo de 2019 se evaluó este indicador para el I trimestre y se identificó que la fuente de los casos entregados desde el proceso de estadística eran los diagnósticos presuntivos de ingreso evidenciando solo un caso en el mes de marzo y de acuerdo al análisis realizado no coincide con la dinámica de la prestación de los servicios en el Hospital; por lo tanto, Se tomo como acción de mejora extraer los datos de diagnóstico principal de las historias clínicas y relacionarlo con el de egreso incluyendo los casos provenientes de los servicios de internación y unidades críticas y se realizó su respectivo análisis, después de realizar la evaluación de los datos se cumplió con un 99%

## **17. Análisis de mortalidad intrahospitalaria, I- II-III trimestre**

Cumplimiento del indicador por cuanto se exige no solo al análisis de mortalidad en pacientes con más de 48 horas si no que se hace en los pacientes con menos de 48 horas de estancia. Las tres primeras causas por egreso en estancias mayores a 48 horas son Insuficiencia Respiratoria Aguda, Tumor Maligno Metastásico y Septicemia no especificada.

Algunos de los bajos porcentajes de cumplimiento se deben a que las actas de análisis de mortalidad no se diligencian oportunamente, sin embargo, cuando se hace un corte para análisis de un nuevo mes se observa cumplimiento de análisis de meses anteriores y se realiza un ajuste.

Durante el III trimestre se obtuvo un análisis de mortalidad intrahospitalaria del 90% logrando una tendencia de mejora, debido a la implementación de estrategias de control con supervisión de contratos del personal perteneciente a asociaciones sindicales para garantizar el diligenciamiento de fichas epidemiológicas, análisis de mortalidad, certificados de nacido vivo y de defunción





**HOSPITAL  
UNIVERSITARIO  
SAN JOSE**

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
COLOMBIANO

"Juntos mejoramos tu salud"

NIT 891.580.002-5

## Oficina Asesora de Control Interno

FO-ARH-01

Versión: 03

Página 1 de 9

### 18. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría

Hasta el primer trimestre 2019, no se presenta asignación de citas de la especialidad de pediatría, teniendo en cuenta que en la contratación con las EAPB no se incluyó esta especialidad debido a que es de atención primaria y las EAPB la ofrecen directamente en sus puntos de atención.

Este servicio se empezó a prestar a partir el mes de mayo del 2019

Durante el III trimestre se obtuvo un promedio de oportunidad de 6,1 días superando la meta propuesta de 5 días, al evaluar cada mes, se evidencia en el mes de agosto una oportunidad de 7,7 días y en septiembre de 7,5 días. Al realizar análisis del indicador se evidencia oportunidad de mejora en el proceso de asignación de citas teniendo en cuenta que es personal nuevo, por lo tanto, se plantean como estrategias la realización de capacitación al personal de asignación de citas en el manejo del aplicativo y la influencia de su labor en el reporte trimestral de indicadores, la ejecución de auditoría al proceso con el fin de verificar la correcta ejecución de los procedimientos y por último, verificación oportuna de base de los pacientes pendientes por asignar cita pediátrica para realizar apertura de agenda extraordinaria al realizar el análisis, consolidado entre el segundo y tercer trimestre da como resultado de 5 días

### 19. Oportunidad en la atención obstétrica

En el primer trimestre del año 2019, prestaron el servicio 5 especialistas y la oferta supera la demanda en 48%, en el segundo y tercer trimestre se observa que se incrementa los resultados en el tiempo de espera de la consulta, asimismo se evidenció apertura de agenda inapropiada en fechas de consultas de primera vez, se citaron pacientes que el especialista no tenía programadas o con especialidad errónea y menor número de pacientes atendidas. Por lo tanto, se plantean las siguientes estrategias: realización de capacitación al personal de asignación de citas en el manejo del aplicativo y la influencia de su labor en el reporte trimestral de indicadores, la ejecución de auditoría al proceso con el fin de verificar la correcta ejecución de los procedimientos y por último, verificación oportuna de base de los pacientes pendientes por asignar cita obstétrica para realizar apertura de agenda extraordinaria.



Al realizar el análisis de los trimestres se cumple con estándar de 5.7 días

## 20. Oportunidad en la atención de medicina interna

Se disminuyó el tiempo de espera de las citas de las diferentes especialidades en 1,9% y el indicador permanece por debajo de la meta establecida. En el primer trimestre del año 2019, prestaron el servicio 2 especialistas y la oferta supera la demanda en 22%.

En el III trimestre se obtuvo una oportunidad de 9,4 días cumpliendo la meta establecida, la cual se encuentra en 15 días; Al realizar análisis del proceso de asignación de citas, se evidencian oportunidades de mejora relacionadas a la labor del equipo que asigna las citas, dado que es personal nuevo, por ende, se establecen acciones como: realización de capacitación al personal de asignación de citas en el manejo del aplicativo y la influencia de su labor en el reporte trimestral de indicadores, la ejecución de auditoría al proceso con el fin de verificar la correcta ejecución de los procedimientos y por último, verificación oportuna de base de los pacientes pendientes por asignar cita obstétrica para realizar apertura de agenda extraordinaria.

Se sugiere:- Realizar seguimiento al plan de mejoramiento del indicador: Número de Pacientes Pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de Intrahospitalario y variación interanual.

- Realizar seguimiento al indicador que no tiene cumplimiento por barreras administrativas. Evaluación de aplicación de guía de manejo de la Primera Causa de egreso Hospitalario o de morbilidad atendida.

Presentado por:

*Maria Eufracia Sandoval Pino*  
MARIA EUFRACIA SANDOVAL PINO

Profesional de apoyo Oficina Asesora de Control Interno

Presentado a:

*Edna Mercedes López Molina*  
EDNA MERCEDES LOPEZ MOLINA  
Jefe de Oficina Asesora de Control Interno

*Recibido y Revisado por:*