

*Evolucionamos pensando  
en Usted*



# INFORME DE GESTIÓN VIGENCIA 2021



## Contenido

PLATAFORMA ESTRATEGICA.....	4
MISIÓN INSTITUCIONAL.....	4
VISIÓN INSTITUCIONAL.....	4
OBJETIVOS INSTITUCIONALES.....	4
DIRECCIÓN Y GERENCIA.....	7
INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR.....	8
INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.....	25
INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL.....	47
FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA.....	52
INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO.....	53
INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA.....	55
INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICOQUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGIENTES MECANISMOS:.....	57
a) COMPRAS CONJUNTOS.....	57
b) COMPRAS A TRAVES DE COOPERATIVAS DE E.S.E.....	57
c) COMPRA A TRAVES DE MECANISMOS ELECTRONICOS.....	57
INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR.....	60
INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES - RIPS.....	62
INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.....	67
INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.....	70
INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016- DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA.....	72
GESTIÓN CLINICA O ASISTENCIAL.....	74



INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRES O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES.....	75
INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE LA MORBILIDAD ATENDIDA.....	90
INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA .....	109
INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON NEUMONIAS BRONCOASPIRATIVAS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL.....	122
INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM).....	132
INDICADOR 17: ANALISIS DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA.....	150
INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA.....	156
INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA .....	158
INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA .....	160

## **PLATAFORMA ESTRATEGICA.**

### **MISIÓN INSTITUCIONAL.**

El Hospital del Sarare es una Empresa Social del Estado ubicada en el municipio de Saravena, que brinda servicios de salud de baja y mediana complejidad al departamento de Arauca y sus alrededores, con atributos de calidad, seguridad, humanización y procesos socialmente responsables, a través de un talento humano competente y comprometido en satisfacer las necesidades de los usuarios, sus familias y demás partes interesadas; haciendo el uso eficiente de los recursos disponibles.

### **VISIÓN INSTITUCIONAL.**

El Hospital del Sarare-ESE para el 2024 se proyecta a ser una organización auto sostenible y ambientalmente responsable, que goce de reconocimiento a nivel Regional y Nacional, como una institución certificada en estándares de calidad, con alta tecnología, que ofrece servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad; promoviendo políticas transversales de atención medica segura y humanizada, garantizando la integralidad e interculturalidad a los usuarios y sus familias.

### **OBJETIVOS INSTITUCIONALES**

- Garantizar la sostenibilidad financiera de la institución.
- Aumentar la satisfacción del usuario y mejorar su calidad de vida.
- Generar una cultura humanizada en la prestación de Servicios de Salud, soportada en la ética y compromiso del talento humano.
- Incentivar, promover, gestionar e implementar prácticas seguras de la atención en salud que mejoren la calidad del servicio.
- Mejorar el Sistema obligatorio de garantía de la Calidad, articulado con el Modelo Integrado de Planeación y Gestión MIPG.
- Mejorar la infraestructura física, tecnología y capacidad instalada del Hospital, que permita ampliar el portafolio de servicios institucional y nivel de complejidad.
- Mejorar la gestión de Riesgo Institucional, que permita a la entidad lograr el desarrollo integral de los procesos.
- Mejorar la competencia y compromiso del talento humano de la ESE.
- Desarrollar acciones que permitan vincular y hacer partícipe a los usuarios y grupos de Interés en el ciclo de gestión del Hospital del Sarare.
- Mejorar las prácticas ambientales, que permitan al Hospital del Sarare la minimización de los aspectos e impactos ambientales.

## RESULTADO CONSOLIDADO DEL PLAN DE GESTIÓN.

La presente tabla contiene el consolidado de los valores obtenidos en cada uno de los indicadores que componen la resolución 408 de 2018. Los cuales fueron presentados a la Junta directiva y evaluados a través del Acuerdo 003 de 2022, con un resultado de **3.94**

	No.	INDICADOR	Estándar para cada año	Resultado año 2021
<b>Dirección y Gerencia 20%</b>	1	Mejoramiento continuo de calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación en la vigencia anterior.	$\geq 1,20$	<b>1,02</b>
	2	Efectividad en la Auditoria para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de la atención en salud	$\geq 0,9$	0,9
	3	Gestión de ejecución del Plan de Desarrollo Institucional	$\geq 0,9$	0,92
<b>Financiera y Administrativa 40%</b>	4	Riesgo Fiscal y Financiero (No aplica)	Adopción del programa de Saneamiento Fiscal Financiero	Sin riesgo
	5	Evolución del Gasto por Unidad de Valor Relativo producida	$< 0,9$	<b>1,03</b>
	6	Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante mecanismos de compras conjuntas, compras a través de cooperativas de empresas sociales del estado y compras a través de mecanismos electrónicos	$\geq 0,7$	<b>0</b>
	7	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Cero (0) o variación negativa	-0,7
	8	Utilización de información de Registro individual de prestaciones _RIPS	4	4
	9	Resultado Equilibrio Presupuestal con Recaudo	$\geq 1$	1,03



	No.	INDICADOR	Estándar para cada año	Resultado año 2021
	10	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento de la Circular Única expedida por la Superintendencia Nacional de Salud o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	<b>No oportuno</b>
	11	Oportunidad en la entrega del reporte de información en cumplimiento del Decreto 2193 de 2004 compilado en la sección 2, capítulo 8, título 3, parte 5 del libro 2 del decreto 780 de 2016- Decreto único Reglamentario del sector salud y protección social o la norma que la sustituya.	Cumplimiento dentro de los términos previstos	Presentado oportunamente
<b>Gestión Clínica o asistencial 40%</b>	12	Evaluación de aplicación la guía de manejo específica: Hemorragias del III trimestre y trastornos hipertensivos en las gestantes	≥0,8	0,9825
	13	Evaluación de aplicación de guía de manejo de la primera causa de egreso hospitalario o de morbilidad atendida	≥0,8	0,9875
	14	Oportunidad en la realización de apendicetomía	≥0,9	0,9372
	15	Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario y variación interanual	Cero (0) o variación negativa	0
	16	Oportunidad en la atención específica de pacientes con diagnóstico al egreso de Infarto Agudo de Miocardio (IAM)	≥0,9	0,9021
	17	Análisis de Mortalidad Intrahospitalaria	≥0,9	1,00
	18	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría	≤5	5
	19	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstétrica	≤8	3
	20	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna	≤15	4,5



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

Vigilado:  
**Supersalud**  
Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social**  
Departamento de Arauca

# DIRECCIÓN Y GERENCIA



## **INDICADOR 1: MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR**

## ÁREA DE GESTIÓN: DIRECCIÓN Y GERENCIA

### MEJORAMIENTO CONTINUO DE CALIDAD APLICABLE A ENTIDADES NO ACREDITADAS CON AUTOEVALUACIÓN EN LA VIGENCIA ANTERIOR

**Fuente de Información:** (Anexo 2 Res 408/2018): Documento de Autoevaluación vigencia evaluada y vigencia anterior.

El Hospital del Sarare ESE, es una entidad de salud que presta servicios de salud de baja y mediana complejidad, en los últimos años ha sido referente de salud a nivel departamental y tiene como política institucional el mejoramiento continuo de la calidad y la satisfacción de sus usuarios, ofreciendo servicios con calidad y con un enfoque basado en procesos, en pro de garantizar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social que establece los componentes del SOGCS así: 1. El Sistema Único de Habilitación, 2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, 3. El Sistema Único de Acreditación y 4. El Sistema de Información para la Calidad.

El componente 3, El Sistema Único de Acreditación establece los estándares de calidad superiores a los exigidos en Habilitación, que las instituciones deben cumplir si quieren optar para ser reconocidos como entidad acreditada

Para este caso, el Hospital del Sarare enfoca su PAMEC hacia el cumplimiento de los estándares de acreditación de manera progresiva, como parte del marco estratégico y gerencial de la empresa, integrándolo a sus acciones permanentes de auditoría y al fortalecimiento de las competencias laborales de su personal, que se traducen en el fomento de la Cultura de la Calidad y la identificación de la causa raíz de las oportunidades de mejora identificadas, lo que conduce al mejoramiento continuo de la calidad y a la búsqueda permanente de niveles superiores de calidad.

A partir de la vigencia 2.018 el Ministerio realizó una actualización del manual para la autoevaluación según resolución 5095 de 2.018 por la cual se adopta el Manual de acreditación en salud ambulatorio y hospitalario de Colombia versión 3.1.

Para determinar el grado de avance en la implementación de los estándares de acreditación en el Hospital del Sarare ESE es precioso hacer un comparativo de las vigencias evaluadas y la vigencia anterior, por tanto, en este informe se da un resumen de la vigencia 2021 y se comparan los datos de la vigencia 2020.

El Hospital del Sarare ESE actualmente se encuentra trabajando en los 8 grupos de acreditación establecidos en el Manual de Acreditación en Salud versión 3.1, Para ello se realizó un Diagnóstico de acreditación, para lo cual se realizó autoevaluación de los resultados obtenidos en la **vigencia 2021**, trabajo realizado por los equipos auto evaluadores conformados mediante la Resolución N° 012 del 17 de enero del 2022 **“POR MEDIO DE LA CUAL, SE ESTABLECE EL PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN DEL PAMEC VIGENCIA 2022, SE DESIGNA EL EQUIPO DE PLANEACIÓN Y LIDERAZGOS; Y LOS GRUPOS AUTOEVALUADORES DE LOS ESTANDARES DE ACREDITACION V 3.1 EN EL HOSPITAL DEL SARARE ESE”**.

**En el ARTICULO 6. SE CONFORMA LOS GRUPOS AUTOEVALUADORES POR ESTANDAR PARA LA FORMULACION DEL PAMEC.**

El grupo de planeación y liderazgos que se establece en el artículo 1 de la presente Resolución, estará conformado por los siguientes integrantes:

N°	Cargo	Nombre	Proceso/área	Rol
1	Gerente	Carlos Alberto Sánchez Arango	Gerencia	Facilitador
2	Subgerente Científico	Gustavo Adolfo Rodríguez.	Subdirección Científica	Facilitador
3	Subgerente Administrativo y Financiero	Ariela Gelvis Quintero	Subdirección Financiera	Facilitador
4	Subgerencia de Talento Humano	Shirley Barbosa	Subgerencia de talento Humano	Facilitador
5	Líder de Gestión de Calidad	Jesús Torres Sandoval	Gestión de Calidad	Facilitador
6	Planeación	Jhonatan M. Solano	Planeación	Facilitador
7	Asesor Control Interno	Jhonatan M. Solano €	Control Interno	Invitado.

La Alta Gerencia designa al equipo evaluador de la siguiente manera:

### **GRUPO 1. GRUPO DE ESTANDARES DEL PROCESO DE ATENCION AL CLIENTE ASISTENCIAL.**

Relación de Estándares a Autoevaluar.

Derechos de pacientes.

- ✓ Estándar 1. Código: (AsDP1)
- ✓ Estándar 2. Código: (AsDP2)
- ✓ Estándar 3. Código: (AsDP3)
- ✓ Estándar 4. Código: (AsDP4)

Acceso.

- ✓ Estándar 9. Código: (AsAC1)
- ✓ Estándar 10. Código: (AsAC2)
- ✓ Estándar 11. Código: (AsAC3)

Ejecución del tratamiento.

- ✓ Estándar 41. Código: (AsEJ1)
- ✓ Estándar 42. Código: (AsEJ2)
- ✓ Estándar 43. Código: (AsEJ3)
- ✓ Estándar 44. Código: (AsEJ4)
- ✓ Estándar 45. Código: (AsEJ5)
- ✓ Estándar 46. Código: (AsEJ6)

Evaluación de la atención.

- ✓ Estándar 47. Código: (AsEVA1)

- ✓ Estándar 12. Código: (AsAC4)
  - ✓ Estándar 13. Código: (AsAC5)
  - ✓ Estándar 14. Código: (AsAC6)
  - ✓ Estándar 15. Código: (AsAC7)
  - ✓ Estándar 16. Código: (AsAC8)
- Registro e ingreso.
- ✓ Estándar 17. Código: (AsREG1)
  - ✓ Estándar 18. Código: (AsREG2)
  - ✓ Estándar 19. Código: (AsREG3)
- Evaluación de necesidades al ingreso.
- ✓ Estándar 20. Código: (AsEV1)
  - ✓ Estándar 21. Código: (AsEV2)
  - ✓ Estándar 22. Código: (AsEV3)
- Planeación de la atención.
- ✓ Estándar 23. Código: (AsPL1)
  - ✓ Estándar 24. Código: (AsPL2)
  - ✓ Estándar 25. Código: (AsPL3)
  - ✓ Estándar 26. Código: (AsPL4)
  - ✓ Estándar 27. Código: (AsPL5)
  - ✓ Estándar 28. Código: (AsPL6)
  - ✓ Estándar 29. Código: (AsPL7)
  - ✓ Estándar 30. Código: (AsPL8)
  - ✓ Estándar 31. Código: (AsPL9)
  - ✓ Estándar 32. Código: (AsPL10)
  - ✓ Estándar 33. Código: (AsPL11)
  - ✓ Estándar 34. Código: (AsPL12)
  - ✓ Estándar 35. Código: (AsPL13)
  - ✓ Estándar 36. Código: (AsPL14)
  - ✓ Estándar 37. Código: (AsPL15)
  - ✓ Estándar 38. Código: (AsPL16)
  - ✓ Estándar 39. Código: (AsPL17)
  - ✓ Estándar 40. Código: (AsPL18)
- ✓ Estándar 48. Código: (AsEVA2)
  - ✓ Estándar 49. Código: (AsEVA3)
  - ✓ Estándar 50. Código: (AsEVA4)
- Salida y seguimiento.
- ✓ Estándar 51. Código: (AsSAL1)
  - ✓ Estándar 52. Código: (AsSAL2)
- Referencia y Contrarreferencia.
- ✓ Estándar 53. Código: (AsREF1)
  - ✓ Estándar 54. Código: (AsREF2)
  - ✓ Estándar 55. Código: (AsREF3)
  - ✓ Estándar 56. Código: (AsREF4)
  - ✓ Estándar 57. Código: (AsREF5)
  - ✓ Estándar 58. Código: (AsREF6)
- Sedes Integradas.
- ✓ Estándar 59. Código: (AsSIR1)
  - ✓ Estándar 60. Código: (AsSIR2)
  - ✓ Estándar 61. Código: (AsSIR3)
  - ✓ Estándar 62. Código: (AsSIR4)
  - ✓ Estándar 63. Código: (AsSIR5)
  - ✓ Estándar 64. Código: (AsSIR6)
  - ✓ Estándar 65. Código: (AsSIR7)
  - ✓ Estándar 66. Código: (AsSIR8)
  - ✓ Estándar 67. Código: (AsSIR9)
  - ✓ Estándar 68. Código: (AsSIR10)
  - ✓ Estándar 69. Código: (AsSIR11)
  - ✓ Estándar 70. Código: (AsSIR12)
  - ✓ Estándar 71. Código: (AsSIR13)
  - ✓ Estándar 72. Código: (AsSIR14)
  - ✓ Estándar 73. Código: (AsSIR15)
  - ✓ Estándar 74. Código: (AsSIR16)
  - ✓ Estándar 75. Código: (AsMCC1)

Evaluadores:

N°	Cargo	Nombre	Subproceso/área	Rol
1	Coordinación de Enfermería	Carmen Parra.	Gestión Clínica	Secretario
2	Coordinador Medico	David Tegria.	Gestión Clínica	Facilitador
3	Líder de Gestión comercial y de servicio.	Erika Carrascal	Gestión comercial y de servicio	Facilitador
4	Vigilancia Epidemiológica	Stella Sepúlveda	Unidad de vigilancia Epidemiológica	Facilitador
5	Coordinadora UNAP	Angélica Rivera	Gestión del Riesgo en Salud.	Facilitador
6	Líder de Seguridad de Paciente	Clara Nubia Rolon	Gestión de la Seguridad del paciente	Facilitador

			y Humanización en los servicios de salud.	
7	Líder de Humanización	Milena Téllez	Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios de salud.	Facilitador
8	Líder de atención al Usuario	Oneyda Lesmes	SIAU	Facilitador
9	(E) Admisión y facturación	Danny Velázquez	Facturación.	Facilitador.
10	Referente de Salud Oral	Jaime Becerra	Consulta General / Odontología.	Facilitador
11	Líder de Urgencias	Yeison Tirano	Urgencias y Procedimientos.	Facilitador
12	Líder Imágenes Diagnosticas	Jonathan Silva	Imágenes Diagnosticas	Facilitador
13	Líder de Laboratorio Clínico	Yenny Contreras	Laboratorio.	Facilitador
14	Líder de esterilización	Liliana Andrea Peña	Esterilización.	Facilitador
15	Referente de Referencia y Contrarreferencia	Arsenio González.	Referencia y Contrarreferencia	Facilitador
16	Líder de atención del Parto	Sandra Vargas	Obstetricia y Atención del Parto.	Facilitador
17	Director de Banco de sangre	Arlin Altamar	Banco de sangres	Facilitador
18	Líder de Internación	Yonier Rincón.	Internación Adultos.	Facilitador
19	Líder de Pediatría y Neonatos	Efraín Murcia.	Pediatría y Neonatos	Facilitador
20	Líder de Ucim	Anayudi Merchán	Unidad de cuidado crítico.	Facilitador
21	Líder de Farmacia	Mayerlyn Reyes	Farmacia	Facilitador
22	Referente de PAI	Zurisaday Correia	PAI	Facilitador
23	Líder de Rehabilitación	Gaby Ramírez	Rehabilitación	Facilitador
24	Coordinador de Consulta general	Jorge Sepúlveda	Consulta general. UNAP.	Facilitador.
25	Líder de cirugía.	Gerson Martínez	Cirugía	Facilitador.

## GRUPO 2. GRUPO DE ESTANDARES DE DIRECCIONAMIENTO.

Relación de Estándares a Autoevaluar.

- ✓ Estándar 76. Código: (DIR1)
- ✓ Estándar 77. Código: (DIR 2)
- ✓ Estándar 78. Código: (DIR 3)
- ✓ Estándar 79. Código: (DIR 4)
- ✓ Estándar 80. Código: (DIR.5)
- ✓ Estándar 81. Código: (DIR.6)
- ✓ Estándar 82. Código: (DIR7)
- ✓ Estándar 83. Código: (DIR8)
- ✓ Estándar 84. Código: (DIR9)
- ✓ Estándar 85. Código: (DIR10)
- ✓ Estándar 86. Código: (DIR11)
- ✓ Estándar 87. Código: (DIR12)
- ✓ Estándar 88. Código: (DIRMCC1)

Evaluadores:

N°	Cargo	Nombre	Proceso/área	Rol
1	Gerente	Carlos Alberto Sánchez	Gerencia	Líder del grupo de estándar.
2	Planeación	Jhonatan M. Solano	Planeación	Secretario
3	Líder de Gestión de Calidad	Jesús Torres Sandoval	Gestión de Calidad	Controlador de Tiempo
4	Coordinador Médico	David Tegria	Gestión Clínica.	Facilitador
5	Coordinación de Enfermería	Carmen Parra.	Gestión Clínica.	Facilitador
6	Líder Área Comercial Y Servicios	Erika Carrascal	Gestión comercial y de servicio	Facilitador
7	Coordinadora UNAP	Angélica Rivera	Gestión del Riesgo en Salud.	Facilitador
8	Líder de seguridad del paciente	Clara Rolón	Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios de salud.	Facilitador
9	Líder de Humanización	Milena Téllez	Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios de salud.	Facilitador

### GRUPO 3. GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA.

Relación de Estándares a Autoevaluar.

- ✓ Estándar 89. Código: (GER1)
- ✓ Estándar 90. Código: (GER. 2)
- ✓ Estándar 91. Código: (GER.3)
- ✓ Estándar 92. Código: (GER. 4)
- ✓ Estándar 93. Código: (GER. 5)
- ✓ Estándar 94. Código: (GER. 6)
- ✓ Estándar 95. Código: (GER. 7)
- ✓ Estándar 96. Código: (GER. 8)
- ✓ Estándar 97. Código: (GER.9)
- ✓ Estándar 98. Código: (GER.10)
- ✓ Estándar 99. Código: (GER.11)
- ✓ Estándar 100. Código: (GER.12)
- ✓ Estándar 101. Código: (GER.13)
- ✓ Estándar 102. Código: (GER.14)
- ✓ Estándar 103. Código: (GERMCC1)

Evaluadores:

N°	Cargo	Nombre	Proceso/área	Rol
----	-------	--------	--------------	-----



1	Gerente	Carlos Alberto Sánchez	Gerencia	Líder del grupo de estándar
2	Planeación	Jhonatan M. Solano	Planeación	Controlador de tiempo
3	Líder de Gestión de Calidad	Jesús Torres Sandoval	Gestión de Calidad	Secretario
4	Coordinador Medico	David Tegria	Gestión Clínica.	Facilitador
5	Coordinación de Enfermería	Carmen Parra	Gestión Clínica.	Facilitador
6	Líder de Gestión de Calidad	Jesús Torres Sandoval	Gestión de Calidad	Secretario

#### GRUPO 4. GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO.

Relación de Estándares a Autoevaluar.

- ✓ Estándar 104. Código: (TH1)
- ✓ Estándar 105. Código: (TH2)
- ✓ Estándar 106. Código: (TH3)
- ✓ Estándar 107. Código: (TH4)
- ✓ Estándar 108. Código: (TH5)
- ✓ Estándar 109. Código: (TH6):
- ✓ Estándar 110. Código: (TH7)
- ✓ Estándar 111. Código: (TH8)
- ✓ Estándar 112. Código: (TH9)
- ✓ Estándar 113. Código: (TH10)
- ✓ Estándar 114. Código: (TH11)
- ✓ Estándar 115. Código: (TH12)
- ✓ Estándar 116. Código: (TH13)
- ✓ Estándar 117. Código: (TH14)
- ✓ Estándar 118. Código: (TH15)
- ✓ Estándar 119. Código: (TH16)
- ✓ Estándar 120. Código: (THMCC1)

Evaluadores:

N°	Cargo	Nombre	Proceso/área	Rol
1	Subgerencia de Talento Humano	Shirley Barbosa.	Subdirección de Talento Humano.	Líder de grupo de estándar.
2	Líder de Salud laboral HSE	Addy Y. Vargas	Seguridad y Salud Laboral.	Secretario
3	Líder de Gestión de Calidad	Jesús Torres Sandoval	Gestión de Calidad	Controlador de Tiempo
4	Coordinador Medico	David Tegria	Gestión Clínica.	Facilitador
5	Coord. Enfermería	Carmen Parra.	Gestión Clínica.	Facilitador
6	Jefe Coordinadora UNAP	Angélica Rivera	Gestión del Riesgo en Salud.	Facilitador
7	Líder de seguridad del paciente	Clara Rolón	Gestión de la Seguridad del paciente y	Facilitador



			Humanización en los servicios de salud.	
8	Líder de Humanización	Milena Téllez	Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios de salud.	Facilitador

**GRUPO 5. GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FISICO.**

Relación de Estándares a Autoevaluar.

- ✓ Estándar 121. Código: (GAF1)
- ✓ Estándar 122. Código: (GAF2)
- ✓ Estándar 123. Código: (GAF3)
- ✓ Estándar 124. Código: (GAF4)
- ✓ Estándar 125. Código: (GAF5)
- ✓ Estándar 126. Código: (GAF6)
- ✓ Estándar 127. Código: (GAF7)
- ✓ Estándar 128. Código: (GAF8)
- ✓ Estándar 129. Código: (GAF9)
- ✓ Estándar 130. Código: (GAF109)
- ✓ Estándar 131. Código: (GAFMCC1)

Evaladores:

N°	Cargo	Nombre	Proceso/área	Rol
1	Referente de Mantenimiento	Elkin Goyeneche	Gestión del Mantenimiento de la infraestructura Física Hospitalaria.	Líder del grupo de estándar.
2	Líder de Gestión Ambiental	Diana Sánchez	Gestión Ambiental	Secretario
3	Líder de Gestión de Calidad	Jesús Torres Sandoval	Gestión de Calidad	Controlador de Tiempo
4	Coordinador Medico	David Tegria.	Gestión Clínica.	Facilitador
5	Coordinadora de Enfermería	Carmen Parra.	Gestión Clínica.	Facilitador
6	Coordinadora UNAP	Angélica Rivera	Gestión del Riesgo en salud.	Facilitador
7	Líder de Mantenimiento Biomédicos	Álvaro Fernández	Gestión Biomédica.	Facilitador
8	Líder de Almacén	Orfilia Aguilar	Almacén/Gestión de insumos y suministros.	Facilitador
9	Líder de Salud laboral	Addy Vargas	Seguridad y Salud Laboral.	Facilitador
10	Líder de seguridad del paciente	Clara Rolón	Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios de salud.	Facilitador
11	Líder de Humanización	Milena Téllez	Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios de salud.	Facilitador

## GRUPO 6. GRUPO DE ESTANDARES DE GESTION DE TECNOLOGIA.

Relación de Estándares a Autoevaluar.

- ✓ Estándar 132. Código: (GT1)
- ✓ Estándar 133. Código: (GT2)
- ✓ Estándar 134. Código: (GT3)
- ✓ Estándar 135. Código: (GT4)
- ✓ Estándar 136. Código: (GT5)
- ✓ Estándar 137. Código: (GT6)
- ✓ Estándar 138. Código: (GT7)
- ✓ Estándar 139. Código: (GT8)
- ✓ Estándar 140. Código: (GT9)
- ✓ Estándar 141. Código: (GTMCC1)

Evaluadores:

N°	Cargo	Nombre	Proceso/área	Rol
1	Ingeniero de sistemas	Yaneth Moreno	Gestión de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) e Imagen Corporativa.	Líder del grupo de estándares.
2	Mantenimiento Biomédicos	Álvaro Fernández	Gestión Biomédica.	Secretario técnico
3	Líder de Gestión de Calidad	Jesús Torres Sandoval	Gestión de Calidad	Controlador de Tiempo
4	Coordinador Médico	David Tegria.	Gestión Clínica.	Facilitador
5	Coordinadora de Enfermería	Carmen Parra.	Gestión Clínica.	Facilitador
6	Líder de Farmacia	Mayerlyn Reyes	Servicio de Farmacia	Facilitador
7	Referente de Mantenimiento	Elkin Goyeneche	Gestión del Mantenimiento de la infraestructura Física Hospitalaria.	Facilitador.
8	Coordinadora UNAP	Angélica Rivera	Gestión del Riesgo en Salud.	Facilitador
9	Líder de seguridad del paciente	Clara Rolón	Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios de salud.	Facilitador

## GRUPO 7. GRUPO DE ESTANDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACION.

Relación de Estándares a Autoevaluar.

- ✓ Estándar 142. Código: (GI1)
- ✓ Estándar 143. Código: (GI2)
- ✓ Estándar 144. Código: (GI3)
- ✓ Estándar 145. Código: (GI4)
- ✓ Estándar 146. Código: (GI5)

- ✓ Estándar 147. Código: (GI6)
- ✓ Estándar 149. Código: (GI8)
- ✓ Estándar 150. Código: (GI9)
- ✓ Estándar 151. Código: (GI10)
- ✓ Estándar 152. Código: (GI11)
- ✓ Estándar 153. Código: (GI12)
- ✓ Estándar 154. Código: (GI13)
- ✓ Estándar 155. Código: (GIMCC1)

Evaluadores:

N°	Cargo	Nombre	Proceso/área	Rol
1	Ingeniera de sistemas	Yaneth Moreno	Gestión de las Tecnologías de la Información y Comunicaciones (TIC) e Imagen Corporativa.	Líder del grupo de estándar.
2	Líder de Vigilancia Epidemiológica	Stella Sepúlveda	Unidad de Vigilancia Epidemiológica	Secretario
3	Líder de Gestión de Calidad	Jesús Torres Sandoval	Gestión de Calidad	Controlador de Tiempo
5	Coordinador Médico	David Tegria.	Gestión Clínica.	Facilitador
6	Coordinadora de Enfermería	Carmen Parra.	Gestión Clínica.	Facilitador
7	Coordinadora UNAP	Angélica Rivera	Referente proceso Salud Publica	Facilitador
8	Líder de Seguridad de Paciente	Clara Nubia Rolón R	Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios de salud.	Facilitador
9	Líder de atención al Usuario	Oneyda Lesmes.	SIAU.	Facilitador
10	Líder de seguridad y salud laboral.	Addy Y. Vargas	Seguridad y Salud Laboral.	Facilitador
11	Líder de Gestión Ambiental	Diana Sánchez.	Gestión Ambiental	Facilitador

#### **GRUPO 8. GRUPO DE ESTANDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD.**

Relación de Estándares a Autoevaluar.

- ✓ Estándar 156. Código: (MCC1)
- ✓ Estándar 157. Código: (MCC2)
- ✓ Estándar 158. Código: (MCC3)
- ✓ Estándar 159. Código: (MCC4)
- ✓ Estándar 160. Código: (MCC5)

Evaluadores:

N°	Cargo	Nombre	Proceso/área	Rol
1	Gerente	Carlos Alberto Sánchez	Gerencia	Facilitador

2	Subgerente Científico	Gustavo Adolfo	Subdirección Científica	Controlador de tiempo.
3	Subgerente Financiero	Ariela Gelvis Quintero	Subdirección Financiera	Facilitador
4	Coordinador Médico	David Tegria	Gestión Clínica.	Facilitador
5	Coord. Enfermería	Carmen Parra.	Gestión Clínica.	Facilitador
6	Líder de Gestión de Calidad	Jesús Torres Sandoval	Gestión de Calidad	Líder del grupo de estándar
7	Planeación	Jhonatan M. Solano	Planeación	Secretario técnico
8	Asesor Control Interno		Control Interno	(Invitado)
9	Líder de Seguridad de Paciente	Clara Nubia Rolon R	Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios de salud.	Facilitador
10	Líder de Humanización	Nilce Milena Téllez	Gestión de la Seguridad del paciente y Humanización en los servicios de salud.	Facilitador

## EL ARTICULO 7. DEFINE LA METODOLOGIA PARA LA AUTOEVALUACION Y FORMULACION DEL PAMEC.

Mediante la implementación de la Ruta Crítica:

1. *Autoevaluación.*
2. *Selección de procesos de mejora.*
3. *Priorización de procesos.*
4. *Definición de la calidad esperada.*
5. *Medición inicial de la calidad esperada.*
6. *Plan de acción para procesos seleccionados.*
7. *Ejecución del Plan de Acción.*
8. *Evaluación del mejoramiento.*
9. *Aprendizaje organizacional.*
10. *Nuevamente Autoevalúo e inicio la ruta. (Mejora Continua)*

Después de designar de los equipos Autoevaluación, se comienza el proceso mismo de autoevaluación. Este proceso es llamado **AUTOEVALUACION Y MEJORAMIENTO**, punto donde los equipos examina que tan efectivamente están trabajando, comparando el quehacer diario contra los estándares contemplados en los manuales. Si bien el proceso de análisis de los estándares no tiene una norma básica que diga cómo se debe hacer, es pertinente sugerir el siguiente enfoque.

1. Una buena práctica es **leer inicialmente el manual** con todos los estándares antes de empezar la calificación el grupo, ya que como todos los estándares de un mismo grupo están interrelacionados, este procedimiento ayuda a los equipos a entender la globalidad y facilita grandemente el proceso de calificación del estándar individual.



Seguido preguntar si todos los participantes entendieron el estándar de la misma forma. Si la respuesta es afirmativa entonces se puede continuar, si es negativa debe buscar aclaración consenso del equipo acerca de la interpretación.

2. A continuación, **autoevaluar cada estándar**, el promedio ponderado de calificación de estándares será el resultado mismo del proceso de implementación de la Acreditación en Salud. La calificación se realiza según los criterios de calificación de la Hoja radar así:

-**Enfoque:** se refiere a la directrices, métodos y procesos que la institución utiliza para ejecutar y lograr el propósito solicitado en cada variable que se va a evaluar, se califica de 1 a 5.

- **Implementación:** se refiere a la aplicación del enfoque, a su alcance y extensión dentro de la institución; se califica de 1 a 5.

- **Resultados:** se refiere a los logros y efectos de la aplicación de los enfoques; se califica de 1 a 5.

3. Identifique y registre las **Fortalezas de la Institución**, que el equipo considere que están relacionadas con el estándar evaluado. Debe enfocarse puramente en la frase estándar.
4. Una vez discutidas todas las fortalezas de la organización hay que determinar que **Soportes pueden encontrarse en la organización**. Debe relacionar todos los soportes que se mencionen, recopilarlos y ordenarlos posteriormente será motivo de revisión por parte de los evaluadores externos.
5. El paso que sigue en el análisis es la redacción de todas de todas la **Oportunidades de Mejora** frente al estándar. Nuevamente, la redacción del estándar es la guía para el grupo, a cada debilidad del estándar se le debe elaborar una oportunidad de mejora que nos determinara cuales acciones de mejora que se van a trabajar en la vigencia.
6. **Priorización** de oportunidades de mejora **según criterios riesgo, costo y volumen**. El equipo deberá evaluar cada oportunidad de mejora y calificar según la escala numérica de 1 a 5, siendo el 1 el de menos riesgo o de menos impacto sobre el atributo y 5 el valor de que genera más riesgos o impacto sobre el atributo. El resultado de la multiplicación según riesgo, costo y volumen será quienes determine la priorización de las oportunidades de mejora para el estándar. Se priorizan en rojo las oportunidades de mejora que califiquen con 75 o más puntos ponderados en la priorización.
7. La respuesta lógica al encontrar debilidades es definir **acciones de mejoramiento** para las debilidades. Este ejercicio orientará de antemano conformará el plan de mejoramiento de la vigencia. Esta acción de mejoramiento.

8. Luego de definir las acciones de mejora se debe **Determinar Barreras de Mejoramiento y el Proceso Responsable** de implementar las acciones de mejora, seguidamente se define un indicador de cumplimiento
9. Finalmente, se establecen fechas en el cronograma del PAMEC y desde el área de calidad se programa los dos seguimientos normativos al cumplimiento.

**ACTIVIDADES CONCOMITANTES QUE DESARROLLAN LOS EQUIPOS DURANTE LA AUTOEVALUACION.** Existen tres tipos de actividades en la autoevaluación: primero, el equipo revisa y discute cada estándar, segundo se escribe un reporte de soporte, y tercero, el equipo llega a un acuerdo de que tan bien está cumpliendo los estándares y utiliza un indicador de cumplimiento para medirlo. En la práctica la autoevaluación no tiene fases, están son actividades concomitantes que realizan los equipos:

1. **Discusión de los estándares y textos.**
2. **Documentación del cumplimiento del estándar.**
3. **Fortalezas y oportunidades para el mejoramiento.**
4. **Indicador de desempeño.**
5. **Dimensiones a evaluar según hoja radar de evaluación.**
6. **Mejoramiento y aprendizaje organizacional.**
- 7.

### Resultado de la autoevaluación por grupos de estándar vigencia 2.022

A continuación, se presentan los datos por grupos de estándar, donde podemos evidenciar los resultados por grupo según el grado de avances del Enfoque, la implementación y los resultados.

### Calificación total estándar PACAS. (1-75).

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR 1. PACAS									1,26
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,640	1,387	1,333	1,320	1,293	1,200	1,227	1,093	1,093	1,000
1,453	Promedio Enfoque		1,307	Promedio Implementación	1,123	Promedio Resultados			

**Calificación total estándar Direccionamiento. DIR (76-88)**

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR 2. DIRECCIONAMIENTO									1,15
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,385	1,308	1,308	1,000	1,000	1,154	1,154	1,154	1,000	1,000
1,333	Promedio Enfoque		1,000	Promedio Implementación	1,092	Promedio Resultados			

**Calificación total estándar Gerencia. GER (89-103)**

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR 3. GERENCIA									1,19
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,467	1,467	1,467	1,067	1,067	1,067	1,133	1,133	1,000	1,000
1,467	Promedio Enfoque		1,067	Promedio Implementación	1,067	Promedio Resultados			

**Calificación total estándar de Gerencia de Talento Humano. TH (104-120)**

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR 4. GERENCIA DEL TALENTO HUMANO									1,08
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,176	1,235	1,176	1,059	1,059	1,059	1,059	1,000	1,000	1,000
1,196	Promedio Enfoque		1,059	Promedio Implementación	1,024	Promedio Resultados			

**Calificación total estándar de Gerencia del Ambiente Físico. GAF (121-131)**

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR 5. GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO									1,32
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y	Despliegue en la	Despliegue al cliente	Pertinencia	Consistencia	Avance de la	Tendencia	Comparación

		mejoramiento	institución	interno y/o externo			medición		
1,545	1,636	1,545	1,545	1,364	1,182	1,182	1,091	1,091	1,000
1,576	Promedio Enfoque		1,455		1,109	Promedio Resultados			

### Calificación total estándar Gestión Tecnología. GT (132-141)

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR 6. GESTIÓN TECNOLOGÍA									1,05
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,100	1,100	1,100	1,100	1,100	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1,100	Promedio Enfoque		1,100	Promedio Implementación	1,000	Promedio Resultados			

### Calificación total estándar Gerencia de la Información. GI (142-155)

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR 7. GERENCIA DE LA INFORMACIÓN									1,16
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,214	1,286	1,143	1,286	1,286	1,071	1,071	1,071	1,071	1,071
1,214	Promedio Enfoque		1,286	Promedio Implementación	1,071	Promedio Resultados			

### Calificación total estándar Mejoramiento de la Calidad. MCC (156-160)

CALIFICACIÓN TOTAL PARA EL ESTÁNDAR 8. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD									1,04
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS				
Sistematicidad y amplitud	Proactividad	Ciclo de evaluación y mejoramiento	Despliegue en la institución	Despliegue al cliente interno y/o externo	Pertinencia	Consistencia	Avance de la medición	Tendencia	Comparación
1,200	1,200	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
1,133	Promedio Enfoque		1,000	Promedio Implementación	1,000	Promedio Resultados			

### Resumen General de la autoevaluación vigencia 20.22

RESUMEN TOTAL PARA LA VIGENCIA 2022										1,20
ENFOQUE			IMPLEMENTACIÓN		RESULTADOS					
1,46	1,36	1,30	1,23	1,21	1,14	1,16	1,08	1,06	1,01	
1,37			1,22		1,09					

### Resultado autoevaluación comparativo - vigencia 2021 vs 2022

Según El Decreto 1011 de 2006 que define al Programa de Auditoria para el Mejoramiento como “el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada, respecto de la calidad esperada de la atención de salud” para el mejoramiento continuo de los procesos asistenciales y administrativos en las instituciones de Salud. A continuación, se presenta el resultado con respecto a la vigencia Inmediatamente anterior.

### Variación entre periodos.

GRUPO DE ESTÁNDARES	2021	2022	VARIACIÓN
Grupo De Estándares Del Proceso De Atención Al Cliente Asistencial	1,23	1,26	0,03
Grupo De Estándares De Direccionamiento	1,14	1,15	0,01
Grupo De Estándares De Gerencia	1,17	1,19	0,02
Grupo De Estándares De Gerencia Del Talento Humano	1,05	1,08	0,03
Grupo De Estándares De Gerencia Del Ambiente Físico	1,16	1,32	0,16
Grupo De Estándares De Gestión De Tecnología	1,05	1,05	0
Grupo De Estándares De Gerencia De La Información	1,16	1,16	0
Grupo De Estándares De Mejoramiento De La Calidad	1,04	1,04	0

### Resultado del indicador (Resolución 408 de 2018)

Mejoramiento continuo de la calidad aplicable a entidades no acreditadas con autoevaluación de la vigencia anterior =

Promedio de la Calificación de la Autoevaluación en la vigencia evaluada  
Promedio de la Calificación de la Autoevaluación en la vigencia Anterior

$$= \frac{1.20 \text{ (2022)}}{1.17 \text{ (2021)}} = \mathbf{1.02}$$

Una vez realizada la autoevaluación de los estándares de acreditación se puede concluir que el Hospital del Sarare ESE tuvo un avance pequeño en el proceso de acreditación, a pesar de que el proceso no fue continuo durante toda la vigencia 2021 algunos de los determinantes externos que impactaron fue la agudización del evento pandémico por covid19, donde la mayoría de los recursos institucionales fueron direccionados a la **fase de mitigación de la contingencia** dada la emergencia nacional. Asimismo, el proceso de avances en la acreditación es una decisión de la alta gerencia que debe ser aspirada y evidenciada dentro de sus planes estratégicos, plataforma estratégica y objetivos institucionales.



## **INDICADOR 2: EFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.**

## **EFFECTIVIDAD EN LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD.**

El Hospital del Sarare tiene implementado es su Sistema de Gestión, el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud como un mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto a la calidad esperada de la atención en salud que reciben los usuarios en el Departamento de Arauca.

Es así que, para el año 2021 la institución formuló actividades de mejoramiento continuo teniendo como punto de referencia los estándares del *Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1*; ordenados de la siguiente manera: una primera sección en la que aparece el grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, una segunda sección en la que se encuentran los grupos de estándares de apoyo administrativo gerencial a dichos procesos asistenciales y una tercera sección en la cual se encuentran los estándares de mejoramiento de la calidad.

La primera sección está diseñada de acuerdo con el proceso de atención genérico de un paciente en una institución hospitalaria o ambulatoria. Está compuesta por los subgrupos de estándares: derechos de los pacientes, seguridad del paciente, acceso, registro e ingreso, evaluación de necesidades al ingreso, planeación de la atención, ejecución del tratamiento, evaluación de la atención referencia, salida y seguimiento, y contrarreferencia. Finaliza con el subgrupo Sedes Integradas en Red, el cual incluye los procesos de articulación de las diferentes sedes tomando como base la gestión de calidad superior propuesta por la acreditación en salud. La segunda sección de los estándares incluye aquellos procesos administrativos gerenciales que son críticos en la organización para el apoyo de los procesos asistenciales. Esta sección se subdivide en seis grupos de estándares:

1. **Direccionamiento**; es el trabajo que se ha de realizar por parte de la organización frente a su proceso de planeación estratégica y el papel de los órganos de gobierno de la organización.
2. **Gerencia**; es el trabajo de las unidades funcionales y organismos de gobierno de la institución frente a las diferentes áreas y funciones clave que debe desarrollar permanentemente la institución.
3. **Gerencia del Talento Humano** se enfoca en la gestión del talento humano, desde su planeación hasta su retiro, y su proceso de mejoramiento continuo.
4. **Gerencia de la Información** se enfoca en la integración de todas las áreas asistenciales y administrativas en relación con la información clínica y administrativa y su uso para la toma de decisiones en cualquier nivel de la organización.

5. Ambiente Físico incluye las decisiones y procesos que deben ser tenidos en cuenta en la organización para que la funcionalidad de la estructura colabore con el adecuado funcionamiento de los procesos asistenciales.
6. Gestión de Tecnología se enfoca en la gestión integral de todos los recursos tecnológicos, desde su planeación hasta su renovación, y el análisis de los efectos de su utilización.

Y la tercera sección de los estándares está constituida por los cinco estándares de mejoramiento de la calidad que aplican a todos los procesos evaluados tanto en los estándares asistenciales como en los de apoyo.

### **Justificación**

El Hospital del Sarare reconoce que todas las prácticas de la institución son susceptibles de mejora, que la calidad no es absoluta si no dinámica, continua y sostenible en el tiempo; asimismo, todo ciclo de mejora en este caso la Acreditación, el centro de atención es el Cliente. El Hospital del Sarare E.S.E, busca mediante esta herramienta de Gestión de la Calidad, servicios de salud seguros, humanizados y con altos estándares de calidad.

Desde lo normativo el Decreto 780 de 2016 Decreto Único Reglamentario del Sector Salud. Reglamenta la implementación de un Programa de Mejora Continua en la Salud aplicado en base a las pautas expedidas por el ministerio de salud. Asimismo, la Resolución 2082 de 2014 Artículo 6 Parágrafo: define que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de **carácter público** deberán implementar la etapa de preparación para la acreditación, utilizando para el efecto los correspondientes manuales de acreditación, adoptados por este ministerio.

De manera que, más allá de ser un requerimiento normativo; es una decisión estratégica adoptar, apoyar, implementar y garantizar los mecanismos necesarios para direccionar las actividades relacionadas con el mejoramiento continuo que lleve a la institución a cerrar brechas entre la calidad observadas de la esperada. Como único fin, lograr la excelencia en la prestación de servicios de salud en el departamento de Arauca.

### **Objetivo general.**

Seguimiento a las actividades programas para el año 2021 en el Programa de Auditoria para el Mejoramiento continuo de la calidad, del Hospital el Sarare E.S.E.

### **Metodología**

El seguimiento a las actividades proyectadas para el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud estuvo definido en el siguiente cuadro.

Las fechas estimadas para el desarrollo del seguimiento son las siguientes:

**Cronograma de seguimiento a PAMEC 2021.**

Actividad	Fecha
Primer Seguimiento Institucional – PAMEC 20.21	24 DE JUNIO DE 2021
Segundo Seguimiento Institucional – PAMEC 20.21	20 DE DICIEMBRE DE 2021

El presente informe evidencia el segundo seguimiento institucional –PAMEC 20.21.

Los Objetivo y Alcance de la Auditoría fue:

1. Verificar el cumplimiento de las actividades programadas para el año.
2. Apoyar y dar asistencia técnica de las actividades programadas.
3. Medir el porcentaje (%) de cumplimiento y generar plan de mejorar.

Durante los seguimientos la metodología implementada estuvo direccionada bajo los siguientes criterios.

1. Saludo e introducción. -Apertura de Acta.
2. Objetivo del PAMEC.
3. Revisión del Número de actividades proyectadas para la vigencia 2021.
4. Lectura del estándar y actividades proyectadas para el estándar.
5. Revisión de Número de actividades completadas.
6. Revisión de Número de actividades en desarrollo.
7. Revisión de Número de actividades atrasadas.
8. Revisión de Numero de actividades No iniciadas.
9. Socialización de porcentaje (%) de cumplimiento a cohorte.
10. Revisión de barreras de mejoramiento.
11. Ajuste y formulación de estrategias para la ejecución.
12. Generación de compromisos.
13. Recolección de evidencia.
14. Cierre y firma de acta.

Para evaluar el mejoramiento continuo en el Hospital se tuvo en cuenta los tres niveles de control, determinados así:

1. Autocontrol: Por parte del Líder de estándar. Con una periodicidad mensual.

2. Auditoria interna: Por parte de la Oficina de Calidad. Con una periodicidad semestral.
3. Auditoria Externa: Por parte de la Oficina de Control Organizacional. Con periodicidad al cierre del plan.

La evaluación de los planes de mejora se realiza a través de dos mecanismos:

1. *Seguimiento a la eficacia*, semaforizando acorde al avance del cumplimiento de las acciones de mejoramiento planteadas en cada plan. Se clasifica en rojo si el cumplimiento de las acciones es menor o igual al 70%, en amarillo entre el 71% y el 84% y en verde entre el 85% y el 100%
2. *Seguimiento a la efectividad* a través del resultado de los indicadores definidos en los planes de mejora, estableciendo no solo el cumplimiento de las acciones de mejora sino el impacto que espera la organización como producto de la implementación de esas acciones.

Pasos:

1. Con las personas convocadas a la reunión de seguimiento al plan de mejoramiento de cada grupo de estándares, se lee cada una de las acciones de mejoramiento que para la fecha del seguimiento deberían estar cumplidas.
2. El responsable de la acción expone los avances logrados y presenta la evidencia del avance o del cumplimiento de la acción.
3. El Líder de Gestión de la Calidad revisa que efectivamente la evidencia permita dar cumplimiento o no a la acción de mejoramiento planteada.
4. El Líder de Gestión de la Calidad califica el estado de la acción acorde con las siguientes posibilidades:
5. **COMPLETADO:** Acción de mejora terminada a satisfacción de acuerdo a lo formulado en el plan de mejora.
6. **EN DESARROLLO:** Acción de mejora iniciada, en ejecución, y dentro de las fechas límites formuladas en el plan de mejora.
7. **ATRASADA:** Acción de mejora que de acuerdo a la fecha de inicio y/o finalización, no ha sido ejecutada, ya sea porque debería haber iniciado y estarse ejecutando o porque de acuerdo a la fecha límite ya debería haber finalizado.
8. **NO INICIADA:** Acción de mejora cuya ejecución no ha empezado porque aún no ha llegado la fecha de inicio.
9. Registrar en la matriz de seguimiento la calificación dada a cada una de las acciones y en observaciones registrar la justificación de la calificación dada, describiendo las evidencias presentadas.
10. Archivar las evidencias presentadas en cada seguimiento.



11. Según la periodicidad de medición definida en la ficha de los indicadores con los cuales se mide el impacto del plan de mejoramiento, realizar seguimiento a los resultados de éstos.

## **Seguimiento.**

### **Grupo de Estándares Asistenciales (As)**

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo, a partir de un enfoque de humanización de servicios, es:

1. El usuario durante la atención los usuarios conozcan sus deberes y derechos esto a través de la actualización de estos y la socialización con el Talento humano, adicionalmente se garanticen y se respeten sus derechos.
2. Se promueve la garantía de derechos de usuarios en procesos de investigación si se dieran esto a través de la incorporación de funciones y tópicos al comité de Docencia y servicio, la cual hace parte del Subproceso de Talento humano.
3. Fortaleciendo en talento humano de la Institución a través de procesos de inducción y reinducción en donde se ha incluido de código de ética e integridad.
4. Fortalecer documentalmente programa de seguridad de paciente, identificación de eventos adversos y promoviendo la cultura del reportar.
5. Formulación de indicadores y mecanismos para medir demanda insatisfecha consulta externa especializada, imagenología, cirugía para facilitar informe semestral, rechazo de muestras de patología, entrega de resultados especializados y crear planeas de mejora para la oportunidad.
6. Formulación indicadores para seguimiento semestral de Oportunidad en servicios de Apoyo diagnóstico y terapéutico.
7. Implementación de turno quirúrgico para programar de acuerdo a tiempo que requiera la realización del proceso y disponibilidad de profesionales.
8. Estandarización de asignación de citas a través de la Implementación de un sistema Call center, generando herramientas para identificar demanda insatisfecha.
9. Fortalecer documentalmente mecanismos de correlación resultados, mecanismos de alarma de resultados con el fin de realizar seguimiento a entrega de resultados de imágenes diagnósticas, laboratorio clínico.
10. Fortalecimiento documental del programa institucional de humanización teniendo en cuenta criterios de acreditación y normas de habilitación Resolución 3100 de 2019 tales como protocolo de dolor y cuidado paliativo, identificación de áreas deshumanizados.
11. Implementación de sistema de información remota en puesto de salud.

12. Implementación de mecanismos de verificación y validación de información del funcionario con aspectos Rethus, formación continua de acuerdo a Resolución 3100 habilitación.
13. A través de subdirección de Talento humano se documenta mecanismos de jubilación, retiro laboral, la identificación de necesidades de formación, la relación docencia servicio, previsión del recurso humano.
14. Fortalecimiento de proceso para identificación, evaluación y mejora de la gestión ambiental a través de documentación programa cultura ecológica institucional, programa reciclaje institucional, matriz de riesgo ambiental, programa de conservación del medio ambiente e implementación de capacitaciones al personal asistencial disposición de residuos.
15. Gestión de dotación para promover privacidad, respeto y comodidad a través de Barreras móviles.
16. Documentar auditoria de Historias clínicas para garantizar el plan individual de atención.
17. A través de instrumentos de encuestas se realizan evaluaciones de servicios post atención con el fin de identificar monitorizar sistemáticamente y periódicamente los comentarios de los usuarios o sugerencias y realizar proceso de capacitación, cambios entre otras con el fin de garantizar la calidad del servicio.

Para la vigencia se formularon 109 acciones de mejora para el Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial.

#### Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. –PACAS

EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	ESTADO DE AVANCE		CLIENTE ASISTENCIAL	
	COMPLETO	34	31%	
EN DESARROLLO	25	23%		
ATRASADO	0	0%		
NO INICIADO	51	45%		
PORCENTAJE DE EJECUCION	32%			
TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO	109			

Para la vigencia se formularon 109 acciones de mejora para el Grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial, de los cuales 53 son prioritarios.

**Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. –PACAS PRIORIZADAS.**

	ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL	
	EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	COMPLETO	46
EN DESARROLLO		3	6%
ATRASADO		0	0%
NO INICIADO		4	8%
PORCENTAJE DE EJECUCION		87%	
TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO		53	

**Grupo de Estándares de Direccionamiento (DIR)**

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

Que la organización esté alineada con el direccionamiento estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad. Para el efecto, la organización cuenta con procesos para:

1. La lectura del entorno.
2. La formulación y revisión periódica del direccionamiento estratégico.
3. La construcción de un plan de direccionamiento estratégico.
4. La comunicación, difusión y orientación del personal.
5. La sustentación de la gestión del personal ante la junta.
6. El seguimiento y evaluación del direccionamiento estratégico y del plan estratégico.
7. La evaluación integral de la gestión en salud.

Esto incluye:

1. El énfasis en los siguientes ejes: gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo, la seguridad del paciente, la humanización de la atención, la gestión de la

- tecnología, el enfoque de riesgos orientados a la transformación cultural de largo plazo y la responsabilidad social.
2. La incorporación de la normatividad relevante, los aspectos éticos, las necesidades del usuario y su familia, las necesidades de los trabajadores, la relación con la comunidad a la que sirve y la interacción con otras organizaciones en el desarrollo de un medio ambiente saludable.
  3. La política para promover, proteger y mejorar la salud de la población en el ámbito de los servicios que brinda y en colaboración con las organizaciones y comunidades relevantes.
  4. La articulación del direccionamiento estratégico con los procesos de las unidades funcionales.
  5. La educación continua de la junta directiva.
  6. La viabilidad financiera para la ejecución de los planes.
  7. El direccionamiento estratégico central cuando existen sedes organizadas en red.
  8. La conformación interdisciplinaria de los equipos de autoevaluación de estándares de acreditación.
  9. La sostenibilidad de la cultura de calidad, del mejoramiento continuo y el mantenimiento de los requisitos de entrada a la acreditación definidos por el organismo de acreditación.
  10. Política de atención humanizada.
  11. Indicadores para medición y seguimiento de atributos de calidad, gestión clínica, sistema de información para la calidad, utilización de los servicios.

Para la vigencia se formularon 17 acciones de mejora para el Grupo de estándares del Direccionamiento.

#### Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. – DIR

	ESTADO DE AVANCE	DIRECCIONAMIENTO	
		COMPLETO	5
EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	EN DESARROLLO	6	35%
	ATRASADO	0	0%
	NO INICIADO	6	29%
	PORCENTAJE DE EJECUCION	29%	
	TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO	17	

Para la vigencia se formularon 17 acciones de mejora para el Grupo de estándares del Direccionamiento de las cuales 5 son prioritarios.

**Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. – DIR PRIORIZADAS.**

	ESTADO DE AVANCE	DIRECCIONAMIENTO	
	EFFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	COMPLETO	5
EN DESARROLLO		0	0%
ATRASADO		0	0%
NO INICIADO		0	0%
PORCENTAJE DE EJECUCION		100%	
TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO		5	

**Grupo de Estándares de Gerencia (GER)**

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

1. Que los procesos organizacionales lleven a la operación los lineamientos estratégicos orientados hacia el logro de los resultados institucionales esperados, con el enfoque de gestión centrada en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad. Para tal efecto, la organización cuenta con procesos de:
2. Identificación de los clientes internos y externos de los procesos y de sus necesidades.
3. Definición y monitorización de metas y objetivos por unidad funcional, alineados con las metas y los objetivos institucionales.
4. Identificación y cumplimiento de los requisitos de entrada al proceso de acreditación.
5. Asignación de recursos físicos, financieros y de talento humano para las labores de mejoramiento.
6. La protección de los recursos.
7. Si la organización delega servicios, procesos para definir, acordar y monitorizar criterios de alineación entre el servicio delegado, los lineamientos y las políticas institucionales y los estándares de acreditación que apliquen, así como el mejoramiento de los servicios delegados.
8. Esto incluye estrategias y acciones de la alta gerencia para apoyar con recursos y acompañar a los niveles operativos en las actividades de mejoramiento de procesos,

un enfoque de autocontrol de los responsables de los procesos, el cumplimiento y el respeto de los deberes y los derechos de los pacientes.

9. Que la organización obtenga cada vez mejores resultados en los procesos institucionales o delegados en relación con los logros esperados institucionales. Para tal efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de direccionamiento estratégico de manera sistemática con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.

Esto incluye:

1. La definición de un plan con objetivos y estrategias, basado en la información obtenida del equipo de salud, del usuario y su familia.
2. La determinación de procesos prioritarios de atención e implementación de las actividades de mejoramiento en concordancia con las prioridades.
3. La monitorización del mejoramiento de los procesos mediante la medición de resultados.
4. La divulgación y despliegue de los resultados del mejoramiento entre los trabajadores de la institución.
5. Identificación y respuesta efectiva a las necesidades.
6. Fortalecimiento del talento humano en programa de Humanización, seguridad del paciente, y Gestión de la calidad.

Para la vigencia se formuló 21 acción de mejora para el Grupo de estándares de Gerencia.

#### Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. -GER

	ESTADO DE AVANCE	GERENCIA	
	EFFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	COMPLETO	3
EN DESARROLLO		7	33%
ATRASADO		0	0%
NO INICIADO		11	52%
PORCENTAJE DE EJECUCION		14%	
TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO		21	

Para la vigencia se formuló 21 acción de mejora para el Grupo de estándares de Gerencia de los cuales 9 son prioritarias.

#### Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. -GER PRIORIZADAS.

EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	ESTADO DE AVANCE	GERENCIA	
	COMPLETO	8	89%
	EN DESARROLLO	0	0%
	ATRASADO	0	0%
	NO INICIADO	1	11%
	<b>PORCENTAJE DE EJECUCION</b>	89%	
	<b>TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO</b>	9	

### Grupo de Estándares de Gerencia del Talento Humano (TH)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

Que el talento humano mejore sus competencias y desempeño en relación con las metas y los objetivos institucionales, particularmente en la atención de usuarios. Para ello, la organización cuenta con procesos de:

1. Identificación y respuesta efectivas a las necesidades del talento humano.
2. Planeación del talento humano institucional.
3. Desarrollo de estrategias para promover la seguridad del paciente, la humanización de la atención y el enfoque de riesgo.
4. Educación continuada.
5. Evaluación competencias y desempeño.
6. Mejoramiento de la salud ocupacional y seguridad industrial.
7. Evaluación sistemática de la satisfacción del cliente interno.
8. Desarrollo de la transformación cultural

Esto incluye:

1. Garantizar competencias del talento humano en el rol que desempeña en la institución.
2. Empoderar el talento humano para asumir las responsabilidades que le han sido asignadas.
3. Documentar los procesos al talento humano, incluidos todos los colaboradores de la institución, independientemente de la modalidad de vinculación.
4. Desarrollar estrategias para promover la comunicación y el diálogo permanente.
5. Implementar estrategias para evaluar la transformación cultural.

6. Documentar relación de docencia servicio incluyendo mecanismos de supervisión
7. Que la organización obtenga cada vez mejores resultados en el desempeño del talento humano alineado con los objetivos y las metas institucionales. Para el efecto, la organización desarrolla un plan para mejorar los procesos de direccionamiento estratégico, de manera sistemática, con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.

Esto incluye:

1. La definición de un plan con objetivos y estrategias, basado en la información obtenida del equipo de salud, el paciente y su familia.
2. La determinación de procesos prioritarios de atención e implementación de las actividades de mejoramiento en concordancia con las prioridades.
3. La monitorización del mejoramiento de los procesos mediante la medición de resultados.
4. La divulgación y el despliegue de los resultados del mejoramiento hacia los trabajadores de la institución.

Si la institución proporciona entrenamiento a personal en formación, abarca:

1. Balance de la relación docencia-servicio.
2. Articulación de la institución educativa en los procesos de acreditación de la organización.
3. Desarrollo de Investigación.

Para la vigencia se formularon 22 acciones de mejora para el Grupo de estándares de Gerencia del Talento Humano.

#### Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. – TH

EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	ESTADO DE AVANCE	TALENTO HUMANO	
	COMPLETO	9	41%
EN DESARROLLO	4	18%	
ATRASADO	0	0%	
NO INICIADO	9	41%	
PORCENTAJE DE EJECUCION		41%	
TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO		22	

Para la vigencia se formularon 22 acciones de mejora para el Grupo de estándares de Gerencia del Talento Humano de los cuales 6 son prioritarios.

**Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. – TH PRIORIZADAS.**

EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	ESTADO DE AVANCE	TALENTO HUMANO	
	COMPLETO	5	83%
EN DESARROLLO	0	0%	
ATRASADO	0	0%	
NO INICIADO	1	17%	
PORCENTAJE DE EJECUCION		83%	
TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO		6	

**Grupo de Estándares de Gerencia del Ambiente Físico (GAF)**

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

Que los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con los recursos físicos, tecnológicos y de infraestructura y con las características técnicas que respondan a las necesidades. En especial que las condiciones del ambiente físico garanticen la protección en un ambiente humanizado a los usuarios y los colaboradores. Para ello, la organización cuenta con procesos de:

1. Gestión de insumos y suministros.
2. Gestión de la infraestructura física.
3. Gestión ambiental.
4. Plan de emergencias y desastres internos y externos.
5. Seguridad industrial y salud ocupacional.

Esto incluye el manejo seguro del ambiente físico, con enfoque de riesgo, consistente con el direccionamiento estratégico, y la promoción de una cultura institucional para el buen manejo del ambiente físico.

Esto incluye:

Formulación de caracterización para identificar y responder necesidades relacionadas con el ambiente físico.

Actualizar política y objetivos de gestión ambiental.

Formular programas cultura ecológica, reciclaje, uso racional de recursos ambientales.

Para la vigencia se formularon 36 acciones de mejora para el Grupo de estándares de Gerencia de Ambiente Físico.

**Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. – GAF**

EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	ESTADO DE AVANCE	AMBIENTE FISICO	
	COMPLETO	6	17%
	EN DESARROLLO	9	25%
	ATRASADO	0	0%
	NO INICIADO	21	58%
	PORCENTAJE DE EJECUCION	17%	
	TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO	36	

Para la vigencia se formularon 36 acciones de mejora para el Grupo de estándares de Gerencia de Ambiente Físico de los cuales 13 son Prioritarios.

**Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. – GAF PRIORIZADAS.**

EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	ESTADO DE AVANCE	AMBIENTE FISICO	
	COMPLETO	13	100%
	EN DESARROLLO	0	0%
	ATRASADO	0	0%
	NO INICIADO	0	0%
	PORCENTAJE DE EJECUCION	100%	
	TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO	13	

**Grupo de Estándares de Gestión de Tecnología (GT)**

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de los estándares de este grupo es:

Que los procesos institucionales, y en particular los de atención del paciente, cuenten con el respaldo de una gestión tecnológica, orientada a la eficiencia, la efectividad y la seguridad, en un marco de aplicación sensible a las necesidades de los usuarios y los colaboradores. Para tal efecto, la organización cuenta con procesos de:

1. Gestión de equipos biomédicos.
2. Gestión de medicamentos y dispositivos médicos.
3. Mejoramiento de la gestión de Tecnovigilancia y Farmacovigilancia.
4. Incorporación de nuevas tecnologías.
5. Gestión de tecnologías de la información.
6. Gestión de tecnologías de soporte.

Esto incluye el manejo seguro de la tecnología, con enfoque de riesgo, la consistencia con el direccionamiento estratégico y la promoción de cultura institucional para el buen manejo de la tecnología.

Para la vigencia se formularon 6 acciones de mejora para el Grupo de estándares de Gerencia de Tecnología, de los cuales ninguno tiene prioridad mayor a 80 puntos.

#### Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. – GT

	ESTADO DE AVANCE	GESTION DE TECNOLOGIA	
	EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	COMPLETO	0
EN DESARROLLO		3	50%
ATRASADO		0	0%
NO INICIADO		3	50%
PORCENTAJE DE EJECUCION		0%	
TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO		6	

#### Grupo de Estándares de Gerencia de la Información (GI)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de este grupo de estándares es:

1. Que los procesos institucionales cuenten con la información necesaria para la toma de decisiones basada en hechos y datos.
2. La implementación de estrategias y mecanismos para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información, los sistemas de evaluación y mejoramiento de la gerencia de la información, las políticas y estrategias

para el uso de nuevas tecnologías para el manejo de la información, las políticas y las estrategias en el manejo de registros clínicos del paciente de manera que estén disponibles para los equipos de salud responsables de la atención, la unificación centralizada en las instituciones organizadas en red y, la definición de planes de contingencia en caso de fallas en sistemas primarios, entre otros.

3. Que la información a que se refiere esta sección incluya todos los procesos organizacionales, las necesidades del usuario, su familia y la comunidad.
4. Que la organización obtenga cada vez mejores resultados en el desempeño de la gestión de información. Para esto, la organización desarrolla un plan para la gerencia de la información, de manera sistemática con fundamento en el ciclo de mejoramiento continuo de la calidad.
5. Que sea útil en el proceso de información y en la investigación. Para este fin, la organización requiere de procesos para:
  6. Identificación y respuesta efectiva a las necesidades de información.
  7. Planificación de la gerencia de la información.
  8. Gestión de los datos y realización de minería de datos.
  9. Estandarización de la información.
  10. Desarrollo y gestión de registros clínicos.
  11. Tablero de mando integral institucional.
  12. Análisis de la información y toma de decisiones.
  13. Análisis de causas de las brechas observadas frente a lo esperado.
  14. Uso seguro y confiable de la tecnología.
  15. Soporte tecnológico, redes y licencias para el sistema de información.
  16. Implementación basada en prioridades.
  17. Almacenamiento, conservación y depuración de la información.
  18. Uso de la información para la toma de decisiones.
  19. Políticas de confidencialidad y respeto en la difusión de información.
  20. Evaluación de la veracidad y transparencia de la información.
  21. Análisis y evaluación de riesgos de la información.
  22. Apoyo de la dirección al proceso de información.
  23. Costos del sistema de información y proyecciones.
  24. Controles de la información y selección de los mismos.
  25. Sistemas de comunicación organizacionales y efectividad de los mismos.

Para la vigencia se formularon 11 acciones de mejora para el Grupo de estándares de Gerencia de la Información.

### **Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. – GI**

EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL	ESTADO DE AVANCE	GERENCIA DE INFORMACION
-------------------------------------	------------------	-------------------------

MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	COMPLETO	3	27%
	EN DESARROLLO	3	27%
	ATRASADO	0	0%
	NO INICIADO	5	45%
	PORCENTAJE DE EJECUCION	27%	
	TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO	11	

Para la vigencia se formularon 11 acciones de mejora para el Grupo de estándares de Gerencia de la Información de los cuales 3 son Prioritarios.

**Tabla 24.** Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. – **GI PRIORIZADAS.**

EFFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	ESTADO DE AVANCE	GERENCIA DE INFORMACION	
	COMPLETO	3	100%
EN DESARROLLO	0	0%	
ATRASADO	0	0%	
NO INICIADO	0	0%	
PORCENTAJE DE EJECUCION	100%		
TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO	3		

### Grupo de Estándares de Mejoramiento de la Calidad (MCC)

El resultado que se espera cuando una institución obtiene el cumplimiento de este grupo de estándares es:

- Que la institución tenga un proceso de calidad que genere resultados centrados en el paciente, tanto en la dimensión técnica como en la interpersonal de la atención, superando la simple documentación de procesos.
- Que el proceso de calidad de la institución integre de manera sistémica a las diferentes áreas de la organización para que los procesos de calidad que se desarrollen sean efectivos y eficientes.

1. Que los procesos de calidad estén íntimamente integrados en los procesos organizacionales y que el mejoramiento organizacional se transforme en cultura de calidad en la organización.
2. Que los procesos de mejora de la calidad sean sostenibles en el tiempo.
3. Que los procesos de mejora de la calidad general produzcan aprendizaje que sea útil tanto para la organización como para el sistema en general.

Para la vigencia se formularon 4 acciones de mejora para el Grupo de estándares de Mejoramiento Continuo.

#### Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. – MCC

EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	ESTADO DE AVANCE		MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	
	COMPLETO	3	75%	
	EN DESARROLLO	0	0%	
	ATRASADO	0	0%	
	NO INICIADO	1	25%	
	PORCENTAJE DE EJECUCION		75%	
	TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO		4	

Para la vigencia se formularon 4 acciones de mejora para el Grupo de estándares de Mejoramiento Continuo de los cuales 1 es Prioritario.

#### Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. – MCC PRIORIZADAS.

EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	ESTADO DE AVANCE		MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	
	COMPLETO	1	100%	
	EN DESARROLLO	0	0%	
	ATRASADO	0	0%	
	NO INICIADO	0	0%	

	<b>PORCENTAJE DE EJECUCION</b>	100%
	<b>TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO</b>	1

**Conclusiones.**

**Porcentaje de ejecución de seguimientos programados para la vigencia.**

Actividad	Fecha	Cumplimiento
Primer Seguimiento Institucional – PAMEC 20.21	24 DE JUNIO DE 2021	100%
Segundo Seguimiento Institucional – PAMEC 20.21	20 DE DICIEMBRE DE 2021	100%

El porcentaje de ejecución de seguimientos programados en relación a las ejecutadas es del 100 % de cumplimiento, (2/2). El seguimiento 1 programado para el 24 de junio de 2021 al cual se ha cumplimiento con el informe parcial 01, y el seguimiento 2 programado para el 20 de diciembre de 2021 al cual se da cumplimiento con el presente informe.

**Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. 2021 por Grupo de Estándares.**

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PAMEC VIGENCIA 2021: HOSPITAL DEL SARARE ESE											FECHA DE CORTE		20/12/2021					
ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL (1-75)		DIRECCIONAMIENTO (76-88)		GERENCIA (89-103)		TALENTO HUMANO (104-120)		AMBIENTE FISICO (121-131)		GESTION DE TECNOLOGIA (132-141)		GERENCIA DE INFORMACION (142-155)		MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (156-160)		ACCIONES	%
	COMPLETO	EN DESARROLLO	ATRASADO	NO INICIADO	PORCENTAJE DE EJECUCION		TOTAL DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO											
EFFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	35	32%	5	29%	3	14%	9	41%	6	17%	0	0%	3	27%	3	75%	64	28%
	25	23%	6	35%	7	33%	4	18%	9	25%	3	50%	3	27%	0	0%	57	25%
	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	49	45%	6	35%	11	52%	9	41%	21	58%	3	50%	5	45%	1	25%	105	46%
	32%		29%		14%		41%		17%		0%		27%		75%		28,32%	
	109		17		21		22		36		6		11		4		226	

De 226 acciones de mejoras proyectadas; el informe Final de ejecución global para el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud en la vigencia 20.21 a

fue de: un 28 % completo, en desarrollo 25% y no iniciado 46%. *Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud. Pero **los esfuerzos se concentraron en dar cumplimiento en oportunidades de mejora Prioritarias es decir aquellas que se ha otorgado 80 o más puntaje en su priorización de acuerdo al riesgo, costo y volumen identificado***, adicional a lo anterior la Emergencia Nacional por Covid-19 ha generado que el Hospital del Sarare E.S.E. en base a los planes de contingencia y responsabilidades de prestador, direcciona recursos financieros y humanos a la prevención, contención y mitigación de la Pandemia; y que hasta el día de hoy sigue priorizando dado a que el Hospital es de Georreferencia departamental.

### Resumen de número de actividades formuladas para la Vigencia. 2021 por Grupo de Estándares. PRIORIZADOS.

INFORME DE SEGUIMIENTO AL PAMEC VIGENCIA 2021: HOSPITAL DEL SARARE													FECHA DE CORTE		20/12/2021				
	ESTADO DE AVANCE	CLIENTE ASISTENCIAL (1-75)		DIRECCIONAMIENTO (76-88)		GERENCIA (89-103)		TALENTO HUMANO (104-120)		AMBIENTE FISICO (121-131)		GESTION DE TECNOLOGIA (132-141)		GERENCIA DE INFORMACION (142-155)		MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD (156-160)		ACCION	%
EFECTIVIDAD DE LA AUDITORIA PARA EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LA ATENCION EN SALUD	COMPLETO	46	87%	5	100%	8	89%	5	83%	13	100%	0	0%	3	100%	1	100%	81	90%
	EN DESARROLLO	3	6%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	3	3%
	ATRASADO	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	NO INICIADO	4	8%	0	0%	1	11%	1	17%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	6	7%
	<b>PORCENTAJE DE EJECUCION ACCIONES PRIORIZADAS PARA LA VIGENCIA 2021 POR GRUPO</b>		87%		100%		89%		83%		100%		0%		100%		100%		90,00%
		53		5		9		6		13		0		3		1		90	

De 226 acciones de mejoras proyectadas, 90 de estas son prioritarias las cuales corresponden a aquellas que cuenta con puntaje priorización de 80 o más de acuerdo al riesgo, volumen y costo identificado; en el informe Final de ejecución global para el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad en Salud en la vigencia 20.21 específicamente en las oportunidades de mejora fue de: un **90% completo**, en desarrollo 3% y no iniciado 7%. El **porcentaje completado es favorable** para el indicador Gerencial N°2. *Efectividad en la auditoria para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud.*

### Recomendaciones.

Es necesario implementar mecanismos para lograr el aprendizaje organizacional en donde se articulen los procesos y la información fluya a través de la comunicación asertiva.

Realizar acciones de formación continua para formulación, seguimiento y cumplimiento del PAMEC, socializando los beneficios que trae a la institución avanzar en los estándares de acreditación.

Es necesario realizar actividades de acompañamiento y formación a líderes de subprocesos para garantizar enfoque teniendo en cuenta tópicos de acreditación.

Es necesario implementar estrategias de seguimiento y mejoramiento continuo para procurar el alcance de las metas planteadas; asimismo como garantizar los recursos necesarios para su implementación y mantenimiento.

Realizar seguimiento mensual con compromisos con responsables de las actividades de cada subproceso para garantizar un avance continuo y oportuno.



## **INDICADOR 3: GESTIÓN DE EJECUCIÓN DEL PLAN DE DESARROLLO INSTITUCIONAL**

## PLAN DESARROLLO ESTRATEGICO 2020-2023.

Teniendo en cuenta el diagnóstico realizado, las necesidades y expectativas de usuarios y grupos de interés, la dinámica de la red prestadora de servicios de salud del departamento y el crecimiento exponencial en la capacidad instalada del Hospital del Sarare ESE, proyectó las siguientes líneas estratégicas y programas como pilares del plan de desarrollo institucional 2020-2023 “**SALUD, BIENESTAR y DESARROLLO PARA TODOS**”.

## PLAN OPERATIVO 2021.

Programa	Objetivo	No	Meta	INDICADOR o PRODUCTO	CUMPLIMIENTO
Hospital del Sarare Sostenible	Garantizar la Sostenibilidad Financiera de la Institución.	1	Mejorar la efectividad del Promedio de Recaudo Mensual.	≥56% del Valor Reconocido	CUMPLIDO
		2	Diseñar un sistema de Costos, como herramienta fundamental para la contratación y Venta de Servicios de Salud.	Acciones Implementadas	CUMPLIDO
	Fortalecer la Política de Contratación y Defensa Jurídica	6	Elaboración de Plan de Acción de Defensa Jurídica	(Acto administrativo que Contenga la Aprobación del Plan de Defensa Jurídica).	CUMPLIDO
		7	Ejecución del 85% del Plan de Acción para cada vigencia	(Actividades ejecutas/Actividades Programadas; >0= al 85%).	CUMPLIDO
		11	Realizar Inversión para el Diseño de la Construcción del la Nueva área de Urgencias	Contrato adjudicado.	CUMPLIDO
		12	Realizar Gestión de recursos para la Construcción del la Nueva área de Urgencias, mediante la Formulación y Presentación de Proyecto de Inversión	Proyecto presentado.	CUMPLIDO
Fortalecimiento de Infraestructura Hospitalaria y Modernización Tecnológica.	Mejorar la Tecnología y mobiliario Requeridos para el adecuado funcionamiento de los procesos del Hospital del Sarare	17	Realizar Adquisición de bienes y servicios de equipo de Computo	Comprobante de Entrada Almacen. (0,3% del Presupuesto)	CUMPLIDO
		18	Realizar adquisición de bienes y servicios de muebles y enseres, y equipos oficina	Comprobante de Entrada Almacen. (0,18% del Presupuesto).	CUMPLIDO
		19	Realizar adquisición de bienes de uso hospitalario	Comprobante de Entrada Almacen. (0,35% del Presupuesto).	CUMPLIDO

Programa	Objetivo	No	Meta	INDICADOR o PRODUCTO	CUMPLIMIENTO
		20	Realizar adquisición de Elementos para Consultorios	Comprobante de Entrada Almacen. (0,08% del Presupuesto).	NO CUMPLIDO
		21	Realizar adquisición de Equipos biomédicos para la prestación de Servicios	Comprobante de Entrada Almacen. (1,3% del Presupuesto).	CUMPLIDO
<b>Fortalecimiento en prestación de Servicios</b>	Mejorar el Acceso a los Servicios de Nivel Primario y Complementario	22	Fortalecer el acceso a la Salud, mediante la operación de al menos 2 equipos Interdisciplinarios de Salud Extramural en la zona rural. Incluyendo jornadas en los puestos de Salud Habilitados	Número de equipos extramurales en operación de manera mensual/Número de equipos extramurales programados.	CUMPLIDO
		23	Fortalecer el acceso a la Salud Rural mediante la puesta en Funcionamiento de Puestos de Salud	Puestos de Salud en Funcionamiento.	CUMPLIDO
		24	Realizar gestión del riesgo en Salud a través del fortalecimiento de Estrategias de Atención Primaria, ajustadas las Rutas de Mantenimiento de la Salud y Materno-Perinatal	Porcentaje de Cumplimiento de las Metas Contratadas $\geq 70$	CUMPLIDO
		25	Ampliar la zona de influencia directa del Hospital del Sarare a través de la Prestación de Servicios de Consulta especializada en los municipios de Arauquita, Fortul y Tame	Al menos una jornada de especialistas en otro municipio	CUMPLIDO
		26	Ampliar el Portafolio de Servicios (Cuidado Intensivo)	Certificación de Habilitación de Servicios.	CUMPLIDO
		28	Ampliar el Portafolio de Servicios/ Urgenciología (2021 o 2022)	Certificación de Habilitación de Servicios.	NO CUMPLIDO
		29	Ampliar el Portafolio de Servicios/ Gineco-Oncología 2021 o 2022)	Certificación de Habilitación de Servicios.	CUMPLIDO
		30	Ampliar el Portafolio de Servicios/ Cirugía Plástica (2021 o 2022)	Certificación de Habilitación de Servicios.	NO CUMPLIDO
<b>Hospital Verde</b>	Fortalecer la gestión Ambiental del Hospital del Sarare.	33	Realizar prácticas ambientales en el entorno Hospitalario Institucional, que promuevan la protección y conservación del medio ambiente.	Acciones ambientales realizadas/Acciones Programadas.	CUMPLIDO

Programa	Objetivo	No	Meta	INDICADOR o PRODUCTO	CUMPLIMIENTO
		34	Desarrollar los Programas ambientales que minimicen los aspectos e impactos ambientales generados por el Hospital a causa de la prestación de servicios.	Programas ambientales desarrollados.	CUMPLIDO
<b>Mejoramiento Continuo de la Calidad en Salud y gestión del Riesgo</b>	Mejorar los Componentes del SOGCS (Sistema único de Habilitación, Sistema Único de Acreditación; PAMEC, Sistema de Información); articulados Con el MIPG y las NTC ISO 9001, ISO 14001 y las aplicables a la seguridad y salud en el Trabajo	37	Actualización del Sistema Único de Habilitación a la Resolución 3100 de 2019	Constancias de Habilitación	CUMPLIDO
		38	Realizar autoevaluación del Sistema único de Acreditación de Acuerdo a la Normatividad vigente	Resultado mayor o igual a la vigencia anterior.	CUMPLIDO
		39	Cumplimiento de PAMEC	Porcentaje de Cumplimiento >85 %	CUMPLIDO
		41	Diseñar un Manual de Indicadores, para seguimiento al Sistema de Información del SOGCS, articulado con la política de Seguimiento y evaluación del desempeño institucional de MIPG	Manual Aprobado	CUMPLIDO
		42	Realizar seguimiento a Indicadores definidos y Socializar el Informe de Cumplimiento con una Periodicidad Trimestral	Realizar seguimiento a Indicadores	CUMPLIDO
	44	Actualizar el Sistema Integrado de Gestión de Acuerdo a Componentes del SOGCS );articulados Con el MIPG y las NTC ISO 9001, ISO 14001 y las aplicables a la seguridad y salud en el Trabajo.	Manual del Sistema Integrado de Gestión aprobado.	CUMPLIDO	
		46	Creación del Banco de Proyectos del Hospital del Sarare.	Proyectos Formulados y Presentados	CUMPLIDO
<b>Talento Humano de Calidad y con vocación de Servicio</b>	Fortalecer la Gestión estratégica del Talento Humano	48	Fortalecer el Plan Institucional de Capacitación	0,2% del Presupuesto Asignado para la Vigencia	CUMPLIDO
		49	Garantizar la ejecución del Plan de Bienestar y estímulos	0,3% del Presupuesto Asignado para la Vigencia	CUMPLIDO
		50	Implementar el programa "Cuidando al Cuidador" con el fin de mejorar la Salud mental y física de los colaboradores de la Institución	Desarrollo de Actividades extralaborales que tiendan a mejorar la Salud mental y física de los colaboradores de la Institución.	CUMPLIDO

Programa	Objetivo	No	Meta	INDICADOR o PRODUCTO	CUMPLIMIENTO
		52	Realizar Ocupación de Cargos Vacantes	Nombramiento de 100% de las vacantes misionales.	CUMPLIDO
		53	Realizar Convenio con Institución de educación superior para prácticas profesionales de pregrado y posgrado en Salud.	Convenio Firmado para la vigencia.	CUMPLIDO
<b>De la mano con la Comunidad</b>	Fortalecer las políticas de Participación ciudadana, servicio al ciudadano y transparencia y acceso a la Información	59	Formular y aprobar el Plan Anticorrupción y de Atención al ciudadano, de acuerdo a los lineamientos de las políticas del MIPG	Plan aprobado y Publicado en página web.	CUMPLIDO
<b>Respuesta a Emergencias</b>	Formular y ejecutar planes de Contingencia que permitan al Hospital del Sarare, dar respuesta efectiva a las emergencias como el actual Covid-19 y las demás que puedan generarse en el periodo del plan.	60	Diseñar el Plan de Contingencia hospitalario para la atención de emergencias y eventos pandémicos.	Plan aprobado.	CUMPLIDO
		61	Implementar el Plan de Contingencia hospitalario para la atención de emergencias y eventos pandémicos.	Informe de Seguimiento	CUMPLIDO
		62	Realizar seguimiento al Plan de Contingencia Hospitalario.	Actas de Comité	CUMPLIDO

#### CALCULO DEL INDICADOR RESOLUCIÓN 408

- **Porcentaje de cumplimiento de plan desarrollo** = (Numero de metas del plan operativo cumplidas en la vigencia/Numero de metas del plan operativo programadas para la vigencia) \*100
- Porcentaje de cumplimiento de plan desarrollo = (35/38) \*100= **92.1%**

De acuerdo al plan operativo anual correspondiente al 2021 se observa un cumplimiento del **92.1%** de las metas programadas.

**NOTA: EL INFORME DETALLADO CON LOS RESPECTIVOS SOPORTES PUEDE SER CONSULTADO EN LA PAGINA WEB:**

<http://www.hospitaldelsarare.gov.co/publicaciones/planeaci%C3%B3n/planeaci%C3%B3n-6.html>



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

Vigilado:  
**Supersalud**  
Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social**  
Departamento de Arauca

# FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA



## **INDICADOR 4: RIESGO FISCAL Y FINANCIERO**

## RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO

De conformidad con el artículo 6 de la Resolución 856 de 2020 de Ministerio de Salud y Protección Social, se encuentra suspendida la categorización del riesgo "Hasta el termino de emergencia Sanitaria".

CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO	
Variable	Calificación
Año 2021 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2020 Suspendida por Artículo 6 Resolución 856 "hasta el termino de emergencia sanitaria."	No aplica
Año 2019 Resolución 1342 (con información cierre año 2018)	Sin riesgo
Año 2018 Resolución 2249 (con información cierre año 2017)	Sin riesgo
Año 2017 Resolución 1755 (con información cierre año 2016)	Sin riesgo

Fuente:SIHO



## **INDICADOR 5: EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA**

## EVOLUCIÓN DE GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA

INDICADOR No.5 : EVOLUCIÓN DEL GASTO POR UNIDAD DE VALOR RELATIVO PRODUCIDA			
Gasto de Funcionamiento+Gasto Operación Comercial y Prestación de Servicios Comprometidos 2021			
	73,887,355.89		
Numero de UVR producidas 2021	4,505,945.89	=	1.03
			15,950.31
Gasto de Funcionamiento + Gasto Comercial y Prestacion de Servicios comprometidos 2020			
	57,943,238.19		
Numero de UVR producidas 2020	3,632,733.20		

META  $\leq$  0,90

El resultado de este indicador nos mide la variación entre los años 2021 y 2020 de los gastos de funcionamiento y operación comercial con respecto a las unidades de valor relativo producidas en la vigencia evaluada con respecto a la vigencia inmediatamente anterior, el estándar es  $\leq$  0,90; en la vigencia 2020 fue de 1.27, en la actual vigencia es de 1.03 lo que muestra una leve eficiencia en la producción en UVR, es decir que con menos costos de producción se obtuvo más unidades producidas.

Para el 2021, la evolución del gasto por unidad de valor relativo (UVR) producida fue de 1.03, encontrándose por encima de la meta establecida por el Ministerio de la Protección Social que es de MENOR O IGUAL 0.90, reflejando que están elevados los costos de producción en un UVR con respecto al estándar.

Se anexa ficha técnica de la página web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA				
Variable	2018	2019	2020	2021
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,51	1,6	1,55	1,48
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,98	1,09	1,04	1,03
Equilibrio presupuestal con reconocimiento ( Sin CXC y CXP)	1,39	1,36	1,58	1,25
Equilibrio presupuestal con recaudo ( Sin CXC y CXP)	0,77	0,79	0,92	0,76
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	16.486,67	16.365,92	18.289,8	18.951,37
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	12.566,93	12.518,93	15.950,31	16.397,75
Gasto de personal por UVR (\$)	8.393,57	8.114,88	10.193	10.353,83



**INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICOQUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE LOS SIGIENTES MECANISMOS:**

- a) COMPRAS CONJUNTOS**
- b) COMPRAS A TRAVES DE COOPERATIVAS DE E.S.E**
- c) COMPRA A TRAVES DE MECANISMOS ELECTRONICOS**



EL SUSCRITO REVISOR FISCAL CERTIFICA QUE:

<b>INDICADOR 6: PROPORCIÓN DE MEDICAMENTOS Y MATERIAL MEDICO QUIRÚRGICO ADQUIRIDOS MEDIANTE MECANISMOS DE COMPRAS CONJUNTAS, A TRAVÉS DE COOPERATIVAS DE EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y/O DE MECANISMOS ELECTRÓNICOS POR EL AÑO 2021.</b>		
INDICADOR	FORMULA	VALOR
Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismo: a) Compras conjuntas b) Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	a) Compras conjuntas	0
	b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado	0
	c) Compras a través de mecanismos electrónicos	0
	Total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia 2021	8.335.733.908
INDICADOR	FORMULA	VALOR
Proporción de medicamentos y material médico quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismo: a) Compras conjuntas b) Compras a través de Cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos.	(Valor total adquisiciones de medicamentos y material médico - quirúrgico realizadas en la vigencia evaluada mediante uno o más de los siguientes mecanismos a) compras conjuntas b) compras a través de cooperativas de ESEs c) compras a través de mecanismos electrónicos) / (Valor total de adquisiciones de la ESE por medicamentos y material médico quirúrgico en la vigencia evaluada)	0

**JORGE ALBERTO POSADA BARRIOS**  
Revisor Fiscal  
T.P 73352-T

Cra. 16 No. 26-70 Centro  
Tel. 8822481 Fax. 8892243  
Saravena - Arauca  
E- mail: Sinceconta@hotmail.com

### CALIFICACIÓN.

De acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 408 de 2018, se obtiene una calificación de 0 para el presente Indicador.

Area de gestión	No.	Tipo de ESE	Indicador	Calificación del resultado o variación observada en el periodo evaluado			
A	B	C	D	H			
		Nivel I, II y III	y material médico-quirúrgico adquiridos mediante los siguientes mecanismos: a) Compras conjuntas b) Compras a través de cooperativas de Empresas Sociales del Estado c) Compras a través de mecanismos electrónicos	- Si el indicador arroja un valor menor de 0,30	- Si el indicador arroja un valor entre 0.30 y 0.50	- Si el indicador arroja un valor entre 0,51 y 0,69	- Si el indicador arroja un valor mayor o igual a 0,70



El indicador se encuentra en 0, puesto que el Hospital del Sarare realiza sus adquisiciones directamente con grandes distribuidores, lo que permite realizar las compras a mejor precio que utilizando las compras conjuntas o a través de cooperativas como se muestra en el siguiente cuadro comparativo:

ITEM	PRODUCTO	PRESENTACION	SOLUMEDICS	NITROMEDICAS	DISPROFARM	COHOSAN
1	ALGODON HOSPITALARIO X TORUNDAS x 500g	BOLSA	\$ 15.363	\$ 14.973	\$ 13.020	\$ 15.572
2	APOSITO PARA FIJACION DE CATETER TRANSPARENTE IV 7X9CM	UNIDAD	\$ 3.875	\$ 3.776	\$ 3.284	\$ 3.927
3	ASA DE POLIPECTOMIA # 15	UNIDAD	\$ 286.566	\$ 279.281	\$ 242.853	\$ 290.452
4	ASA DE POLIPECTOMIA # 20	UNIDAD	\$ 286.566	\$ 279.281	\$ 242.853	\$ 290.452
5	ASA DE POLIPECTOMIA # 25	UNIDAD	\$ 286.566	\$ 279.281	\$ 242.853	\$ 290.452
6	BANDAS DE CAUCHO PARA LIGADURA DE VARICES ESOFAGICAS DE 6 BANDAS	UNIDAD	\$ 906.571	\$ 883.523	\$ 768.281	\$ 918.864
7	BOLSA DE RECOLECCION DE FLUIDOS 1300CC CON 1 SOLIDIFICANTE	UNIDAD	\$ 16.794	\$ 16.367	\$ 14.232	\$ 17.022
8	BOLSA DE RECOLECCION DE FLUIDOS 1800CC CON 1 SOLIDIFICANTE	UNIDAD	\$ 21.459	\$ 20.914	\$ 18.186	\$ 21.751
9	BOLSA DE RECOLECCION DE FLUIDOS 3200CC CON 1 SOLIDIFICANTE	UNIDAD	\$ 23.792	\$ 23.187	\$ 20.162	\$ 24.114
10	CATGUT CROMADO 0 HR26	CAJA X 24	\$ 16.295	\$ 15.881	\$ 13.810	\$ 16.516
11	CATGUT CROMADO 0 HR43	CAJA X 24	\$ 16.295	\$ 15.881	\$ 13.810	\$ 16.516
12	CATGUT CROMADO 2/0 HR26	CAJA X 24	\$ 10.698	\$ 10.426	\$ 9.066	\$ 10.843
13	CATGUT CROMADO 3/0 HR17	CAJA X 24	\$ 16.295	\$ 15.881	\$ 13.810	\$ 16.516
14	CAUCHO DE SUCCION SILICONIZADO	UNIDAD	\$ 9.552	\$ 9.309	\$ 8.095	\$ 9.681
15	CIRCUITO DE ANESTESIA ADULTO	UNIDAD	\$ 41.052	\$ 40.009	\$ 34.790	\$ 41.609
16	CIRCUITO DE ANESTESIA PEDIATRICO	UNIDAD	\$ 38.999	\$ 38.008	\$ 33.050	\$ 39.528
17	CLIPS PARA LIGADURA Y MARCACION	CAJA X 20	\$ 91.818	\$ 89.484	\$ 77.812	\$ 93.063
18	COMPRESA DE GASA ESTÉRIL CON ELEMENTO RADIO-OPACO (45cm x 45cm)	PAQUETE X 5	\$ 12.787	\$ 12.462	\$ 10.837	\$ 12.960
19	COMPRESA DE GASA NO ESTÉRIL (45cm x	UNIDAD	\$ 2.528	\$ 2.464	\$ 2.142	\$ 2.563



## **INDICADOR 7: MONTO DE LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACIÓN DE SERVICIOS, Y VARIACIÓN DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR**



EL SUSCRITO REVISOR FISCAL CERTIFICA QUE:		
<b>INDICADOR 7: MONTO A LA DEUDA SUPERIOR A 30 DIAS POR CONCEPTO DE SALARIOS DEL PERSONAL DE PLANTA Y POR CONCEPTO DE CONTRATACION DE SERVICIOS Y VARIACION DEL MONTO FRENTE A LA VIGENCIA ANTERIOR. (2021 y 2020)</b>		
CONCEPTO MAYOR A 30 DÍAS	VIGENCIA 2020	VIGENCIA 2021
Deuda Salarios de planta	0	42.288.598
Contratación de servicios	135.602.768	12.262.774
<b>TOTAL</b>	<b>135.602.768</b>	<b>54.551.372</b>
Contratación de servicios y variación del monto frente a la vigencia anterior:	Valor de la deuda > a 30 días por concepto de salarios del personal de planta de personal y contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de 2021	-0,7
	(Valor de la deuda > a 30 días por concepto de salarios del personal de planta de personal y contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de 2021) <b>Menos</b> (Valor de la deuda > a 30 días por concepto de salarios del personal de planta de personal y contratación de servicios con corte a 31 de diciembre de 2020)	

**JORGE ALBERTO POSADA BARRIOS**  
Revisor Fiscal  
T.P 73352-T

**CALIFICACIÓN.**

De acuerdo a los parámetros establecidos en la resolución 408 de 2018, se obtiene una calificación de 3 para el presente Indicador

7	Nivel I, II y III	Monto de la deuda superior a 30 días por concepto de salarios del personal de planta y por concepto de contratación de servicios, y variación del monto frente a la vigencia anterior	Califique con cero (0):	Califique con uno (1):	Califique con tres (3):	Califique con cinco (5):
			- Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es positiva	- Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual arroja valor cero (0)	- Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda y la variación interanual es negativa	- Si en la vigencia evaluada la ESE registra deuda cero (0)



## **INDICADOR 8: UTILIZACIÓN DE INFORMACIÓN DE REGISTRO INDIVIDUAL DE PRESTACIONES -RIPS**

## INTRODUCCION

Los RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud) “son el conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud requiere para los procesos de dirección, regulación y control, y como soporte de la venta de servicio, cuya denominación, estructura y características se ha unificado y estandarizado para todas las entidades a que hace referencia el artículo segundo de la Resolución No. 3374 de 27 de Diciembre de 2000”

Partiendo de las disposiciones dadas por las resoluciones 710 de 2012 y 743 de 2013 del Ministerio de Salud y protección social, establecen que las instituciones prestadoras de servicios deben generar planes de gestión orientados a la generación de resultados gerenciales, administrativos y clínicos. Este informe realiza un análisis que incluye todas las actividades, procedimientos o intervenciones de salud que realiza la E.S.E Hospital del Sarare en la vigencia 2021, en aras de realizar una mejora constante en su productividad y en la humanización del servicio de salud.

Para el registro de los procesos asistenciales, se cuenta con el sistema Dinámica gerencial, en el que se tiene un modelo de Historia Clínica que cumple con los requisitos de ley, de donde se toman los insumos para generar el informe RIPS

## **OBJETIVO GENERAL DE LOS INFORMES RIPS PRESENTADOS**

Recopilar y analizar la información generada por los RIPS para la prestación de los servicios por las diferentes áreas de atención como requerimiento del plan de gestión 2021 de acuerdo a resolución 408 de 2018.

Objetivos específicos

Calcular el nivel de demanda de los servicios de salud.  
Establecer el perfil de los usuarios de cada tipo de servicio.  
Establecer el perfil de morbilidad y mortalidad

## **CONTENIDO DEL INFORME DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PRESENTADO TRIMESTRALME**

El Hospital del Sarare ESE realiza de manera periódica el análisis de prestación de servicios de la institución, que es presentado trimestralmente a la Junta directiva mediante el informe de RIPS, que contiene:

- Introducción del Informe
- Objetivo general y Objetivos específicos
- Datos demográficos:
- Población Atendida
- Frecuencia de Atención por EPS
- Población Atendida por municipio
- Morbilidad General:
- Morbilidad < de un año
- Morbilidad de 1 a 5 años
- Morbilidad de 6 a 11 años
- Morbilidad de 12 a 17 años
- Morbilidad de 18 a 28 años
- Morbilidad de 29 a 59 años
- Morbilidad > de 60 años
- Morbilidad en el Servicio de Urgencias:
- Morbilidad < de un año
- Morbilidad de 1 a 5 años
- Morbilidad de 6 a 11 años
- Morbilidad de 12 a 17 años
- Morbilidad de 18 a 28 años



- Morbilidad de 29 a 59 años
- Morbilidad > de 60 años
- Morbilidad Por Egreso Hospitalario:
- Morbilidad < de un año
- Morbilidad de 1 a 5 años
- Morbilidad de 6 a 11 años
- Morbilidad de 12 a 17 años
- Morbilidad de 18 a 28 años
- Morbilidad de 29 a 59 años
- Morbilidad > de 60 años
- Estadísticas Vitales:
- Nacimientos por grupo de edad de la madre
- Nacimientos por procedencia
- Nacimientos por Zona
- Nivel educativo de la madre
- Nacimientos por grupo étnico.
- Mortalidad Hospitalaria:
- Mortalidad en horas de estancia hospitalaria
- Causas de Mortalidad
- Eventos de Interés en Salud Pública.
- Comportamiento de la IRA
- Comportamiento de la EDA
- Comportamiento epidemiológico del Dengue
- Comportamiento del accidente ofídico
- Comportamiento epidemiológico del paludismo
- Comportamiento epidemiológico de la tuberculosis
- Comportamiento epidemiológico del intento suicida
- Conclusiones
- Recomendaciones

Los informes de RIPS con la anterior información, fueron presentados a la Junta Directiva, según consta en las siguientes actas de junta:

PERIODO DEL INFORME	FECHA DE PRESENTACIÓN	NÚMERO DE ACTA DE JUNTA
Informe RIPS primer trimestre 2021 (Enero-Marzo)	02/07/2021	Acta N 003 de 2021

PERIODO DEL INFORME	FECHA DE PRESENTACIÓN	NÚMERO DE ACTA DE JUNTA
Informe RIPS Segundo trimestre 2021 (Abril-Junio)	08/10/2021	Acta N 005 de 2021
Informe RIPS Tercer trimestre 2021 (Julio-Septiembre)	15/12/2021	Acta N 007 de 2021
Informe RIPS cuarto trimestre 2021 (Octubre-Diciembre)	11/02/2022	Acta N 001 de 2022

**Nota: La evidencia de las Actas de Junta reposa en el archivo de gestión de la gerencia de la Institución**

### **CALIFICACIÓN**

El indicador presenta una calificación de **5**, teniendo en cuenta que los RIPS correspondientes a cada trimestre de la vigencia 2021 fueron presentados a la junta directiva.

Atentamente:



**JHONATAN SOLANO CARRILLO**  
Asesor de Planeación



## **INDICADOR 9: RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO**

## RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO.

INDICADOR No.9 : RESULTADO EQUILIBRIO PRESUPUESTAL CON RECAUDO	
Valor de la Ejecución de Ingresos Totales con el Recaudos en la Vigencia 2021, incluyendo CXC Vigencia Anteriores	88,980,331.58 = 1.03
	86,157,144.17
Valor de la Ejecución de Gastos Comprometidos en la Vigencia 2021, incluyendo CXP de Vigencia Anteriores	

### Meta =1

Este indicador nos muestra la relación entre el Total de Recaudo y Gastos Comprometidos durante la vigencia 2021, arrojando un resultado 1.03 que evidencia la responsabilidad de la administración de responder por los pagos de sus compromisos adquiridos, en esta vigencia la institución tiene para responder por cada pesos que adeuda un peso con cero tres centavos, sin tener en cuenta su cartera.

Es un excelente indicador, que refleja el compromiso de la administración en dar continuidad y afinar los esfuerzos necesarios en todos los niveles de la organización, de manera que se mantengan el resultado del indicador dentro del estándar esperado.

Se anexa la ficha técnica de la página Web del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

EQUILIBRIO Y EFICIENCIA				
Variable	2018	2019	2020	2021
Equilibrio presupuestal con reconocimiento	1,51	1,6	1,55	1,48
Equilibrio presupuestal con recaudo (Indicador 9 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	0,98	1,09	1,04	1,03
Equilibrio presupuestal con reconocimiento ( Sin CXC y CXP)	1,39	1,36	1,58	1,25
Equilibrio presupuestal con recaudo ( Sin CXC y CXP)	0,77	0,79	0,92	0,76
Ingreso reconocido por Venta de Servicios de Salud por UVR (\$)	16.486,67	16.365,92	18.289,8	18.951,37
Gasto de funcionamiento + de operación comercial y prestación de servicios por UVR \$ (Indicador 5 Anexo 2 Resolución 408 de 2018)	12.566,93	12.518,93	15.950,31	16.397,75
Gasto de personal por UVR (\$)	8.393,57	8.114,88	10.193	10.353,83



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 800231215-1

Vigilado:  
**Supersalud**  
Por la defensa de los derechos de los usuarios

*Evolucionamos pensando en usted*

**Ministerio de la Protección Social**  
**Departamento de Arauca**



**INDICADOR 10: OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA  
DE REPORTE DE INFORMACIÓN DE  
CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA  
EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA  
NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA  
SUSTITUYA**

**OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE REPORTE DE INFORMACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LA CIRCULAR ÚNICA EXPEDIDA POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA**

**INFORMES A REPORTAR**

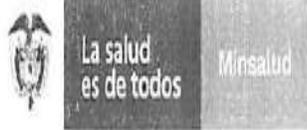
ARCHIVO	NOMBRE	PERIODICIDAD	PERIODO / VIGENCIA	AÑO DE REPORTE	OBSERVACION
FT002	Publicación Estados Financieros	ANUAL	80/2020	2021	
FT004	Cuentas por Pagar - Acreedores	TRIMESTRAL	43/2020 40/2021 41/2021 42/2021	2021	
FT025	Reporte de Facturación Radicada por IPS a entidades del aseguramiento Semestral	MENSUAL	01/2021 02/2021 03/2021 04/2021 05/2021 06/2021 07/2021 08/2021 09/2021 10/2021 11/2021	2021	El plazo de reporte es hasta el 20 de cada mes siguiente con envío extemporaneo el mes de mayo
GT001	Reporte de implementación del Código de Conducta y de Buen Gobierno Anual	ANUAL	2020-2021	20/10/2021	Se cargo de forma extemporanea
GT003	Rendición de cuentas	ANUAL	2020	10/04/2021	
GT004	Alianza o asociación de usuarios	ANUAL	2020	20/02/2021	
ST006	Reclamaciones por Accidentes de Tránsito	ANUAL	80/2020	20/02/2021	
ST002	Aplicacion del PAMEC	ANUAL	80/2020	28/02/2021	

800231215	HOSPITAL DEL SARARE ESE	0.9	NO CUMPLE
-----------	-------------------------	-----	-----------

**RESULTADO. NO OPORTUNO**



**INDICADOR 11: OPORTUNIDAD EN EL REPORTE DE INFORMACIÓN EN CUMPLIMIENTO DEL DECRETO 2193 DE 2004 COMPILADO EN LA SECCIÓN 2, CAPITULO 8, TITULO 3, PARTE 5 DEL LIBRO 2 DEL DECRETO 780 DE 2016- DECRETO ÚNICO REGLAMENTARIO DEL SECTOR SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL, O LA NORMA QUE LA SUSTITUYA**



DIRECCIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y ATENCIÓN PRIMARIA

Oportunidad en el reporte de información trimestral del año 2021 de que trata el Decreto 2193 de 2004, compilado en la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016 -Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social

Indicador No. 11 del anexo 2 de la Resolución 710 de 2012, modificada por las Resoluciones 743 de 2013 y 408 de 2018.

Nota: Se considera que una ESE presentó oportunamente la información, si los cuatro informes trimestrales de 2021 de que trata la Sección 2, Capítulo 8, Título 3, Parte 5 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, fueron entregados oportunamente al Ministerio de Salud y Protección Social por parte de las Direcciones Territoriales de Salud.

Departamento	Municipio	Nombre Institución	Nivel	Primer Trimestre		Segundo Trimestre		Tercer trimestre		Cuarto trimestre		Resultado Final de Cumplimiento
				Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	Fecha de entrega	Oportunidad en el reporte	
Amazonas	LETICIA	E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE LETICIA	2	8/06/2021	Oportuno	31/08/2021	Oportuno	7/12/2021	Oportuno	7/03/2022	Oportuno	Cumple
Antioquia	BELLO	E.S.E. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA "MARIA UJEGUI - HOMO"	2	27/05/2021	Oportuno	28/08/2021	Oportuno	22/11/2021	Oportuno	7/03/2022	Oportuno	Cumple
Antioquia	BELLO	ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ	2	28/05/2021	Oportuno	21/08/2021	Oportuno	26/11/2021	Oportuno	18/02/2022	Oportuno	Cumple
Antioquia	CALDAS	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL	2	24/05/2021	Oportuno	25/08/2021	Oportuno	29/11/2021	Oportuno	7/03/2022	Oportuno	Cumple
Antioquia	CAUCASIA	ESE HOSPITAL CESAR URIBE PIEDRAHITA	2	26/05/2021	Oportuno	27/08/2021	Oportuno	30/11/2021	Oportuno	1/03/2022	Oportuno	Cumple
Antioquia	ITAGUI	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL-ITAGUI	2	1/06/2021	Oportuno	30/08/2021	Oportuno	30/11/2021	Oportuno	1/03/2022	Oportuno	Cumple
Antioquia	MEDELLIN	ESE HOSPITAL CARISMA	2	21/05/2021	Oportuno	21/08/2021	Oportuno	1/12/2021	Oportuno	7/03/2022	Oportuno	Cumple
Antioquia	MEDELLIN	ESE HOSPITAL LA MARIA	3	31/05/2021	Oportuno	4/09/2021	Oportuno	1/12/2021	Oportuno	7/03/2022	Oportuno	Cumple
Arauca	ARAUCA	ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA	2	4/06/2021	Oportuno	3/09/2021	Oportuno	3/12/2021	Oportuno	3/03/2022	Oportuno	Cumple
Arauca	SARAVENA	HOSPITAL DEL SARARE ESE	2	4/06/2021	Oportuno	4/09/2021	Oportuno	3/12/2021	Oportuno	3/03/2022	Oportuno	Cumple
Arauca	TAME	ESE MORENO Y CLAVIO	1	5/06/2021	Oportuno	3/09/2021	Oportuno	3/12/2021	Oportuno	3/03/2022	Oportuno	Cumple
Arhuaco de San		Empresa Social del Estado Hospital Departamental										



# GESTIÓN CLÍNICA O ASISTENCIAL



## **INDICADOR 12: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO ESPECÍFICA PARA HEMORRAGIAS III TRIMESTRES O TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES**

## **EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE LA GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICO PARA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES DURANTE EL AÑO 2021 EN EL HOSPITAL DEL SARARE**

### **1. INTRODUCCION**

En todo el mundo, los trastornos hipertensivos constituyen una de las complicaciones más habituales del embarazo y son responsables de un importante porcentaje de morbilidad tanto materna como perinatal, especialmente en los lugares de escasos recursos.

Un análisis sistemático de la OMS sobre las causas de muerte materna ha mostrado que los trastornos hipertensivos constituyen una de las principales causas de muerte materna en los países en vías de desarrollo, especialmente en África, América Latina y El Caribe.

Los países en vías de desarrollo continúan registrando tasas comparativamente más elevadas de muertes maternas y perinatales por embarazos complicados debido a la hipertensión como resultado de la escasa utilización de los servicios de control prenatal y de asistencia obstétrica, así como la presentación tardía a las unidades especializadas para la atención de emergencia. Los problemas con el manejo de la hipertensión en el embarazo se encuentran no solo en su etiopatogenia desconocida, sino también en la variación en sus definiciones, medidas y clasificaciones utilizadas para categorizar la hipertensión en las embarazadas.

La pre eclampsia-eclampsia es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal mundial. Optimizar la atención de la salud para prevenir y tratar a las mujeres con trastornos hipertensivos es un paso necesario hacia la consecución de los objetivos de desarrollo nacional e internacional (Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015) planteados en el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal

El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) propone un fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, basado en atención integral, con continuidad y con un enfoque familiar, comunitario e individual. La especificidad del primer nivel de atención será explícita en el set de instrumentos asistenciales en salud; las acciones que deben realizarse en los niveles superiores se mencionarán según su especificidad teniendo en cuenta la realidad y los principios de accesibilidad, calidad y eficiencia consagrados en la Constitución de la República y el Sistema Nacional de Salud.

## 1.1. Historia natural

Los trastornos hipertensivos gestacionales son multisistémicos y de causa desconocida; se caracterizan por una atribuible placentación anómala, con hipoxia/isquemia placentaria, disfunción del endotelio materno, probablemente favorecida por una predisposición inmunogenética, con una inapropiada o exagerada respuesta inflamatoria sistémica.

La enfermedad se caracteriza por la disfunción endotelial de todo el sistema materno y del lecho placentario, debido a un desbalance de los factores que promueven la normal angiogénesis a favor de factores antiangiogénicos (sFlt-1 o sVEGFr, Factor de Crecimiento Placentario PlGF, Endoglina). Estos factores están presentes en exceso en la circulación de pacientes varias semanas antes de la aparición de las primeras manifestaciones clínicas con evidencia de alteraciones metabólicas e inmunogenéticas. Se comprobó que existe alteración enzimática para la síntesis normal del óxido nítrico (NO), que conduce al estrés oxidativo en todos los endotelios maternos y placentarios con aumento del Tromboxano A2 y disminución de Prostaciclina, estimulación del Sistema Renina-Angiotensina, con aumento de la resistencia periférica y vasoconstricción generalizada. Estos cambios reducen el flujo útero placentario, con trombosis del lecho vascular placentario, depósitos de fibrina, isquemia e infartos de la placenta. Todos estos factores circulantes conducen al daño endotelial, con el consecuente aumento de la permeabilidad endotelial, la pérdida de la capacidad vasodilatadora y de la función antiagregante plaquetaria. Los hallazgos clínicos de la preeclampsia pueden manifestarse como un síndrome materno (hipertensión y proteinuria con o sin anomalías sistémicas), y/o un síndrome fetal (restricción de crecimiento fetal, reducción del líquido amniótico e hipoxia fetal).

Aquellas madres con hipertensión asociada al embarazo tienen riesgo aumentado para desarrollar complicaciones potencialmente letales, tales como desprendimiento de placenta normo inserta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, falla hepática e insuficiencia renal aguda. Es mucho más frecuente este tipo de complicaciones en la pre eclampsia–eclampsia, aunque dos tercios de casos ocurren en embarazadas nulíparas sin otras complicaciones o factores de riesgo aparentes.

## 1.2. Definición:

La definición de la OMS respecto a hipertensión arterial (HTA) aplica también para la gestante: tensión arterial (TA) igual o mayor a 140 mm Hg de sistólica y/o 90 mm Hg de diastólica, registrada en dos tomas separadas por lo menos por cuatro a seis horas.

Los trastornos hipertensivos en el embarazo (THE) son grupo de complicaciones asociada al embarazo, para hablar de esta patología se debe conocer que se dividen en 5 grandes subgrupos dependiendo su característica, según el colegio americano de ginecología y obstetricia, la federación internacional de ginecología y obstetricia, el ministerio de salud, las cuales son:

- Hipertensión arterial crónica
- Pre eclampsia (leve y severa)
- Eclampsia
- Hipertensión crónica más pre eclampsia agregada
- Hipertensión gestacional

Clasificación	frecuencia
Pre eclampsia	2-8%
Hipertensión crónica	2-5%
Hipertensión gestacional	2-3%
preclamsia agregada	1-3%
Eclampsia	0.1%-1,0

### 1.3. Clasificación:

#### 1.3.1 Hipertensión arterial crónica:

Hipertensión diagnosticada antes del embarazo o durante las primeras 20 semanas de gestación, o hipertensión que se diagnostica durante el embarazo y no se resuelve a las 12 semanas posparto. Puede ser primaria o esencial, o secundaria a patología renal, reno vascular, endócrina (tiroidea, suprarrenal) y/o coartación de aorta.

#### 1.3.2 Preeclamsia leve.

Se define cuando una materna con embarazo mayor de 20 semanas con una tensión arterial mayor o igual a 140 / 90 mm de Hg tomada en dos ocasiones separada de 4 hora como mínimo más proteinuria mayor o igual a 300 mg / 24 horas.

pre eclampsia Severa.

- Tensión arterial  $\geq 160/110$  mm Hg, con proteinuria positiva y asociada a uno o varios de los siguientes eventos clínicos o de laboratorio (indicativos de daño endotelial en órgano blanco):

- Proteinuria  $>5g/24$  h.

- Alteraciones hepáticas (aumento de transaminasas, epigastralgia persistente, náuseas/vómitos, dolor en cuadrante superior en el abdomen).
- Alteraciones hematológicas (Trombocitopenia 0,9 mg /dL Oliguria de <50 mL/hora).
- Alteraciones neurológicas (hiperreflexia tendinosa, cefalea persistente, hiperexcitabilidad Psicomotriz, alteración del sensorio - confusión).
- Alteraciones visuales (visión borrosa, escotomas centellantes, diplopía, fotofobia).
- Restricción del crecimiento intrauterino.
- Oligohidramnios.
- Desprendimiento de placenta.
- Cianosis - Edema Agudo de Pulmón (no atribuible a otras causas,

### **1.3.3 Eclampsia**

Cuando una paciente con trastorno hipertensivo del embarazo sin alteraciones vasculares cerebrales o patología neurológica presenta una convulsión

### **1.3.4 Hipertensión crónica más pre eclampsia sobre agregada:**

Es el desarrollo de pre eclampsia o eclampsia en una mujer con hipertensión crónica preexistente.

### **1.3.4 Hipertensión gestacional:**

Es un diagnóstico provisional que amerita reclasificación en posparto; si el cuadro es de rápida recuperación y las cifras retornan a lo normal se clasifican como *hipertensión transitoria* y si las cifras tensionales permanecen elevadas por más de seis semanas se clasifica como *hipertensión crónica* y no se acompañan de proteinuria.

## **COMPLICACIÓN**

### **SINDROME DE HELLP**

El síndrome de HELLP una complicación de los trastornos hipertensivo del embarazo principalmente encontrado en paciente con pre eclampsia agregada y en mujeres con hipertensión gestacional. Esta complicación donde existe una anemia hemolítica microangiopática se caracteriza por la presencia de hemólisis extravascular, elevación de enzimas hepática y descenso del conteo plaquetario

Criterios:

- HEMÓLISIS Anormalidades en el frotis de sangre periférica: esquistocitos. Esferocitos. Bilirrubina total > 1,2 mg /dL. Deshidrogenasa láctica > 600 U/L.
- ELEVACIÓN DE LAS ENZIMAS HEPÁTICAS  
Transaminasas > 70 UI.

- Deshidrogenasa láctica > 600 U/L.
  - TROMBOCITOPENIA < 100.000 plaquetas /mm.
  - SÍNTOMAS: el 20 % son normotensa y sin proteinuria.
- Dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho.  
Náusea y vómito.

## **2. OBJETIVO:**

Presentación de resultados de evaluación de calidad de historias clínicas con aplicación de la guía de manejo específico para trastornos hipertensivos en gestantes adoptadas por el HOSPITAL DEL SARARE ESE durante el año 2017.

### **Objetivo de la guía**

Diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo, orientar el tratamiento adecuado, ofrecer educación individual y referir al nivel de mayor Complejidad cuando se requiera, para salvar la vida de la madre y su hijo.

## **3. MARCO LEGAL**

Constitución Política Colombiana ARTICULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Decreto 1011 de 2006 reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1438 de 2011 Artículo 74, establece la evaluación del plan de gestión del director o gerente de empresas sociales del estado del orden territorial.

Resolución 408 de 2018 en su considerando establece que con la expedición de la resolución 256 de 2016 se dictan disposiciones relacionadas con el sistema de información para la calidad.

Resolución 408 de 2018 en el artículo 3, ajustes a los planes de gestión presentados en 2017

Resolución de adopción de las guías de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo o trastornos hipertensivos en la gestante, guía de manejo de la

primera causa de egreso de la institución que para este caso la atención del parto, en el Hospital del Sarare ESE,

#### **4. ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCIÓN DE LA GUÍA: RESOLUCIÓN 38A FEBRERO 27 DE 2018**

Resolución 38A de febrero 27 del 2018 del Hospital del Sarare sobre adopción de las guías de atención de las complicaciones o trastornos hipertensivos en la gestante, guía de manejo de la primera causa de egreso de la institución que para este caso es la atención del parto, oportunidad en la atención específica en paciente al egreso con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) en el Hospital del Sarare ESE.

#### **5. DEFINICIONES**

- ✓ **ADHERENCIA:** Ceñirse o apegarse a un referente
- ✓ **INDICADORES DE GESTION:** *\*Son expresiones cuantitativas de las variables que intervienen en un proceso, que permiten verificar o medir la cobertura de las demandas, la calidad de los satisfactores o productos y el impacto de la solución de la necesidad de la sociedad\*.*
- ✓ **GUÍAS** son "el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de toma de decisiones, sobre los cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas." Su objetivo es "elaborar recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos"

Las guías proporcionan a los profesionales de la salud una referencia de una determinada enfermedad, su fisiopatología, signos y síntomas, métodos diagnósticos, diagnósticos diferenciales, tratamiento, manejo y evolución de la enfermedad, disminuyen la posibilidad de que los pacientes sean diagnosticados erróneamente, reciban medicamentos innecesarios o sean sometidos a procedimientos diagnósticos o terapéuticos Injustificados, permiten estandarizar procesos de atención en salud, facilitan la medición de resultados y son un gran aporte para la calidad del servicio a la vez que impactan de manera positiva en los costos institucionales.

#### **6. METODOLOGÍA APLICADA**

Para la revisión de la adherencia a las guías -Manejo específico para trastornos hipertensivos en gestantes, se toman las embarazadas que aplican por la patología

enunciada y a través de la lista de chequeo se determina el porcentaje de adherencia en el manejo de estas pacientes por los profesionales médicos y especialistas.

Se tomaron los datos de historias clínicas con códigos de diagnóstico de egreso (número de historia clínica) por trimestre y se asignó al médico responsable del servicio para que aplicara las listas de chequeo que llevarían a arrojar unos resultados numéricos.

Teniendo en cuenta criterio de inclusión y criterio de exclusión

. Criterio de inclusión:

Todas gestantes con trastorno hipertensivo manejada por urgencia con embarazo mayor a 27 semanas

. Criterio de exclusión:

- Trastorno hipertensivo menor de 27 semanas de gestación
- Gestante manejada por consulta externa

## **7. EVALUACIÓN DE APLICACIÓN ESPECÍFICO PARA GUÍA DE MANEJO HIPERTENSIÓN EN LA GESTACIÓN 2021**

### **7.1. Definición y cuantificación de la muestra hipertensión en la gestación:**

Para obtención de los datos a analizar en este indicador se utilizó muestreo aleatorio simple para poblaciones finitas que determinará el número de historias clínicas a analizar; En donde  $N$  = tamaño de la población,  $Z$  = nivel de confianza,  $P$  = probabilidad de éxito o proporción esperada,  $Q$  = probabilidad de fracaso,  $D$  = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

Durante la vigencia 2021 se presentaron 332 eventos de trastornos hipertensivos en gestantes: (casos totales o  $N$ ), de los cuales al aplicar la fórmula de tamaño muestra se analizaron 44 de ellos (muestra o  $n$ ).

**$N=332$ ,  $n: 44$**

Nivel de confianza de 90% con margen de error 5,0% con probabilidad de ocurrencia 0.05

### **7.2 PAPELES DE TRABAJO**

**Matriz de Tamaños Muestrales para diversos margenes de error y niveles de confianza, al estimar una proporción en poblaciones Finitas**

<b>N</b> [tamaño del universo]	<b>332</b>
--------------------------------	------------

← **Escriba aquí el tamaño del universo**

<b>p</b> [probabilidad de ocurrencia]	<b>0,05</b>
---------------------------------------	-------------

← **Escriba aquí el valor de p**

Nivel de Confianza (alfa)	1-alfa/2	z (1-alfa/2)
90%	0,05	1,64
95%	0,025	1,96
97%	0,015	2,17
99%	0,005	2,58

**Fórmula empleada**

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_o = p^*(1-p)^* \left( \frac{z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

**Matriz de Tamaños muestrales para un universo de 332 con una p de 0,05**

Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10,0%	9,0%	8,0%	7,0%	6,0%	5,0%	4,0%	3,0%	2,0%	1,0%
<b>90%</b>	12	15	19	24	32	44	64	99	163	264
<b>95%</b>	17	21	26	33	44	60	85	126	192	281
<b>97%</b>	21	25	32	40	52	70	98	142	208	289
<b>99%</b>	29	35	43	54	69	92	124	171	234	300



**LISTA DE CHEQUEO ADHERENCIA**

**GUÍA DE MANEJO ESPECÍFICO PARA TRASTORNOS HIPERTENSIVOS EN GESTANTES:**

N° ORDE N	VARIABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NA
1	¿Se registró en la historia clínica tensión arterial durante el control prenatal?			
2	identificación de factores de riesgo			
3	¿Se realiza monitoreo fetal a paciente con trastorno hipertensivo?			
4	¿Registro del peso materno en historia clínica?			
5	toma de tensión arterial al ingreso			
6	se tiene en cuenta los signos premonitorio en paciente con trastornos hipertensivo			
7	en paciente con trastorno hipertensivo se indica control de tensión arterial cada 4 horas o menos			
8	valoración por ginecología paciente con trastornos hipertensivo			
9	se realiza perfil toxémico en paciente con pre eclampsia			
10	se clasifica trastorno hipertensivo teniendo en cuenta criterio de severidad			
11	según clasificación de trastorno hipertensivo manejo antihipertensivo según guía institucional			
12	se da manejo conservador a gestante con embarazo menor de 34 semana según criterio de severidad			
13	se realiza manejo con corticoide a paciente con embarazo menor de 34 semanas que cursan con pre eclampsia			
14	se estabilizo tensión arterial a gestante con pre eclampsia con criterio de severidad antes de desembarazar			
15	se hizo remisión oportuna en gestante con pre eclampsia con criterio de severidad en embarazos menor de 34 semanas			
16	se inicia manejo con sulfato de magnesio en paciente con pre eclampsia con criterio de severidad			
17	se hace manejo con dosis de impregnación de sulfato de acorde a guía institucional			
18	se indicó manejo con sulfato de magnesio como anti convulsionante de primera elección en eclampsia			
19	monitoreo de paciente con sulfato magnesio (gasto urinario , tensión arterial , fcf aún está embarazada , Fc, fr, signos de intoxicación por sulfato )			
20	paciente fue monitorizada en cuidados intermedio a quien se le indico manejo con sulfato de magnesio			
21	en caso de intoxicación por sulfato se realizó manejo oportuno según guía institucional			
22	en paciente con complicaciones de trastorno hipertensivo se realiza vigilancia estricta médica y paraclínica durante las 72 horas de puerperio según guía institucional			

### CRITERIOS DE EVALUACION:

1. Aplicación de la lista de chequeo
2. Sumatoria de los respondidos SI/NO
3. Excluir los respondidos NA
4. Hacer porcentaje de cumplimiento  $(\sum \text{"SI"} / (\sum \text{"SI"} + \sum \text{"NO"})) * 100$
5. Aplicar la tabla de cumplimiento, a saber:

CALIFICACION	CRITERIO
≥ 90%	CUMPLE
80% a 89.99%	ALERTA
< 80%	NO CUMPLE

### RESULTADOS

En esta tabla se denota el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los 22 ítems evaluados, para efectos del indicador se tomarán todas las historias auditadas

USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL
1	100%	16	94%	31	93%
2	79%	17	94%	32	91%
3	100%	18	100%	33	100%
4	89	19	94%	34	100%
5	100%	20	100%	35	100%
6	100%	21	100%	36	100%
7	90%	22	100%	37	100%
8	100%	23	100%	38	100%
9	100%	24	100%	39	100%
10	100%	25	100%	40	88%
11	100%	26	100%	41	94%
12	100%	27	100%	42	100%
13	100%	28	100%	43	100%
14	100%	29	100%	44	100%
15	100%	30	100%	45	

### 8. **Formula del indicador (Resolución 408/2018) =**

*Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo para diagnóstico de trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación*

*número total de historias clínicas auditadas de muestra representativa de pacientes con edad gestacional mayor a 27 semanas atendidas en la ESE, con diagnóstico de trastornos hipertensivos en la gestación en la vigencia objeto de evaluación*

#### **Aplicación Formula del indicador =**

$$X = \frac{41}{44}$$

$$X = 93\%$$

#### **ANALISIS DEL INDICADOR**

De 44 historias auditadas 41 cumplieron con la aplicación de la guía técnica de manejo de trastornos hipertensivos en la gestación. Lo que corresponde a 93%. Aquellas atenciones donde no se cumplió a cabalidad con lo especificado en la guía motivó la elaboración de plan de mejoramiento,

#### **ANALISIS DEL RESULTADO**

Durante el 2021 en el hospital de Sarare se atendieron 332 paciente con trastorno hipertensivo en el embarazo por el servicio de urgencia, para el cumplimiento del indicador 13 de la resolución de 408 en la cual consiste en estricta de la guía de manejo para diagnóstico de trastornos hipertensivos en la gestación en pacientes con edad gestacional mayor a 27 semanas atendidas en la ESE, en la cual se auditaron 44 historia clínica, la muestra fue obtenida por la formula anteriormente descrita el tipo de muestra fue aleatoria acumulativa en la siguiente tabla se aprecia el número de historia clínica auditada por trimestre

TRIMESTRES	TOTAL	MUESTRA
PRIMERO	88	32
SEGUNDO	59	6
TERCER	104	4
CUARTO	81	2

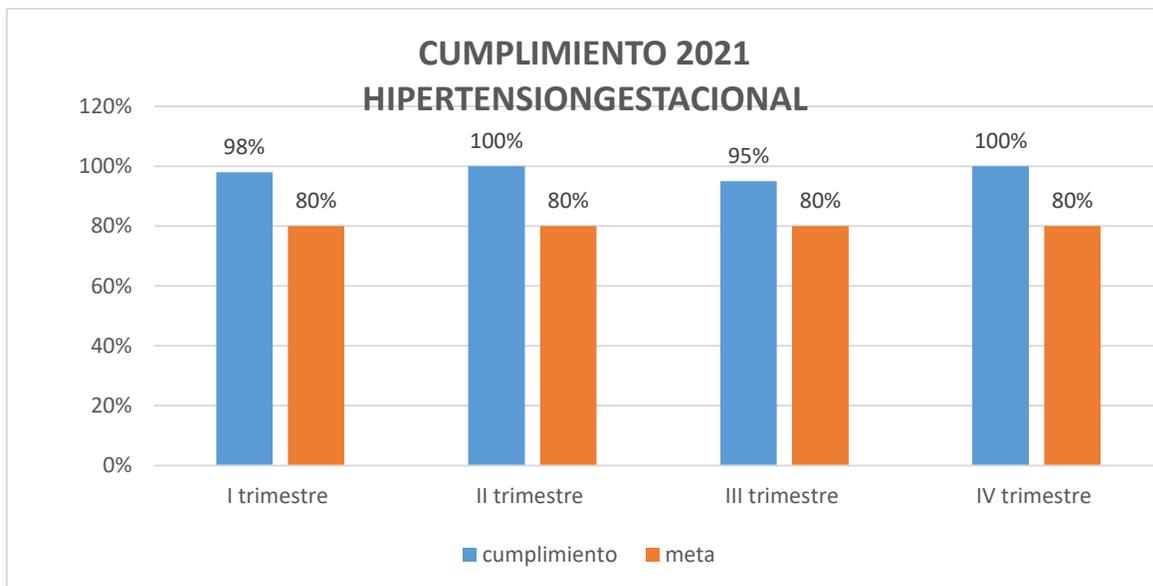
TOTAL	332	44
-------	-----	----

Las historias clínicas fueron auditadas por coordinador médico del servicio de Ginecoobstetricia para darle cumplimiento a los indicadores de la resolución , por directriz gerencial , teniendo en cuenta la importancia del cumplimiento de este indicador ya que los trastorno hipertensivo en las gestantes hacen para del grupo de patología de emergencia obstétrica, y son una de las mayores complicaciones en el embarazo, teniendo como finalidad la reducción de morbilidad materna extrema y muerte perinatales.

Para el cumplimiento del indicador se crearon estrategia por la parte administrativa junto con la parte asistencial con la finalidad del cumplimiento de indicador las cuales fueron:

- se realizó capacitaciones al personal médico que labora en el hospital del Sarare, en el servicio de maternidad ya que son médicos exclusivos del servicio
- Se realizan auditorias trimestrales a las historias clínicas de trastorno hipertensivo en el embarazo, teniendo en cuenta la muestra seleccionada.
- Asignación de médico responsable para el análisis del indicador y seguimiento de este.
- Compromiso de parte de gerencia, subgerencia y comité de historia clínica en supervisión de los indicadores, y verificación de su cumplimiento

En la siguiente imagen se grafica el cumplimiento del indicador 13 de la resolución 408 el cual fue del 93% con una meta del 80%



**Fuente historias clínicas base de datos por diagnóstico de trastorno hipertensivo Hospital del Sarare ESE.**

<i>Trimestre</i>	<i>cumplimiento</i>	<i>Meta</i>
<i>I</i>	<b>98%</b>	<b>80%</b>
<i>II</i>	<b>100%</b>	<b>80%</b>
<i>III</i>	<b>95%</b>	<b>80%</b>
<i>IV</i>	<b>100%</b>	<b>80%</b>

**CONCLUSION**

En nuestra práctica clínica en el hospital del Sarare se ha tratado de disminuir las complicaciones y morbilidad materna extrema por trastorno hipertensivo en embarazo e identificar oportunamente los factores de riesgo en materna, como habíamos mencionado anteriormente es una complicación muy frecuente y responsable de un porcentaje importante de morbimortalidad materna y perinatal, se han realizado protocolos institucionales y capacitaciones continuas a profesionales de la salud que se involucran en la atención de estas paciente, como seguimiento clínico a paciente con alto riesgo de desencadenar esta patología, ya que somos hospital de II nivel de complejidad y referente departamental Arauca, teniendo así una gran población de paciente y materna con trastornos hipertensivos.

El enfoque principal es durante el inicio del embarazo, detectar durante la primeras consulta factores de riesgo de la materna como hábitos alimentarios y tóxicos, como también identificar tensiones arteriales y descartar trastorno hipertensivo crónico para manejo inicial oportuno, así mismo identificar antecedente personal o familiar de pre eclampsia ya que este es un indicador de factor de riesgo fundamental para detención de factores, así como la primipaternidad o secundipaternidad. Educación a las maternas y familiares es de suma importancia para la identificación oportuna de signos y síntomas relacionados a esta patología para el ingreso y manejo oportuno.

Existen a nivel institucional una lista de chequeo y adherencia guía del manejo de trastorno hipertensivo en el embrazo en la cual medimos la oportunidad en la detección y manejo adecuado para estas pacientes con el fin de mejorar en la atención y disminuir complicaciones, morbimortalidad materna y perinatal. Teniendo como objetivo diagnosticar y controlar oportunamente las complicaciones hipertensivas del embarazo y tratamiento adecuado, ofrecer educación individual a todas las gestantes que consulten a nuestra

institución por signos o síntomas de hipertensión relacionada con el embarazo desde su ingreso a la misma hasta su salida ya sea estabilizada con Manejo ambulatorio, desembrazada o remitida a mayor nivel de atención. Para salvar la vida de la madre y su hijo.

**Se debe anotar que según el mecanismo de evaluación anterior (resolución 743 de 2013 y 710 de 2012) el indicador en cuestión incluía ambos eventos. Para esta oportunidad la resolución 408 de 2018 permite tomar cualquiera de los dos eventos. En este caso se presentan los resultados de ambas auditorías y se colocan a consideración de la junta directiva.**



## **INDICADOR 13: EVALUACIÓN DE APLICACIÓN DE GUIA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE LA MORBILIDAD ATENDIDA**

## **EVALUCION DE APLICACION DE GUIA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE AGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA**

### **1. INTRODUCCION**

La antigüedad del nacimiento de un nuevo ser humano es comparable con el antiquísimo que resultan las técnicas de atención del parto y de aquellas dirigidas a hacer más reconfortante esta inigualable experiencia.

Entre los aztecas por ejemplo las embarazadas eran cuidadas celosamente a través de rituales y ceremonias, baños con hiervas aromáticas así con sesiones de relajación y ejercicios, todo con la intención de favorecer una experiencia de parto sin dolor; cuidado al que posteriormente se denominó preparación psicoprofiláctica. No obstante, los beneficio y popularidad lograda por la técnica psicoprofilaxis, el hecho que su enfoque principal fuese el de mitigar el dolor provocado por las contracciones y dilatación cervical, dejó de lado otros aspectos del cuidado del parto que hoy se colocan en palestra del debate y las agendas de atención de la salud obstetra.

El tema de la agenda precitada se ha denominado humanización del cuidado de la gestante durante la labor y el parto. Por tal motivo la OMS realiza recomendaciones sobre Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.

La mayoría de los aproximadamente 140 millones de nacimientos que ocurren a nivel mundial cada año se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de tener complicaciones para ellas ni para sus bebés, al comienzo y durante el trabajo de parto. Sin embargo, el momento del nacimiento es crítico para la sobrevivencia de las mujeres y los bebés, ya que el riesgo de morbilidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones. De acuerdo con las metas establecidas en el Objetivo de Desarrollo Sostenible garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, y la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030), la agenda mundial está ampliando su enfoque con el fin de garantizar que las mujeres y los bebés no solo sobrevivan a las complicaciones del parto (si ocurrieran) sino también que se desarrollen y alcancen su potencial de salud y vida.

A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, el concepto de “normalidad” en el trabajo de parto y el parto no es universal ni está estandarizado. En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho

proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia de parto. Además, el mayor uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con muchos recursos y aquellos con pocos recursos. Esta directriz aborda estos problemas e identifica las prácticas más comunes utilizadas durante el parto a fin de establecer normas de buenas prácticas para llevar adelante un trabajo de parto y un parto sin complicaciones. Promueve el concepto de la experiencia en la atención como un aspecto fundamental para asegurar una atención de alta calidad en el trabajo de parto y el parto y mejores resultados centrados en la mujer, y no simplemente como un complemento de las prácticas clínicas de rutina. Es relevante para todas las embarazadas sanas y sus bebés, y toma en cuenta que el parto es un proceso fisiológico que se puede llevar a cabo sin complicaciones para la mayoría de las mujeres y los bebés.

La directriz reconoce una “experiencia de parto positiva” como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Define una experiencia de parto positiva como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas. Esta directriz actualizada, integral y consolidada sobre los cuidados esenciales durante el parto reúne las recomendaciones nuevas y existentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que, al ser parte de un paquete de recomendaciones, garantizará la calidad de la atención basada en la evidencia, independientemente del entorno o del nivel de atención de salud. Las recomendaciones que se presentan en esta directriz no son específicas a ningún país o región, y reconocen las diferencias que existen a nivel mundial en cuanto al nivel de servicios de salud disponibles dentro de cada país y entre ellos. La directriz resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el parto para las mujeres y sus bebés a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos. Presenta un modelo global de cuidados durante el parto que considera la complejidad y la heterogeneidad de los modelos predominantes de atención y la práctica actual.

En nuestro hospital, estamos trabajando con el grupo asistencial que pertenece al servicio de maternidad en prácticas de atención del parto humanizados y prácticas seguras, teniendo como herramientas capacitaciones continuas, intervenciones psicológicas y mejoramiento en equipos, insumo y talento humano, para prestar atención teniendo en cuenta seguridad del paciente, ya que el futuro de nuestra región puede variar en la forma que nacemos.

## 1.1 DEFINICIONES

### TRABAJO DE PARTO:

Es el conjunto de fenómenos pasivo y activos que desencadenados al final de la gestación tiene como objetivo la expulsión de un producto viable, placenta y sus anexos a través del canal del parto. En su conjunto, se define como <una lucha entablada entre fuerza activa (contracciones uterinas y musculatura abdominal), que coinciden para hacer avanzar un móvil (feto por un camino determinado vía o canal del parto), y resistencia que dificultan su progresión.

#### 1.1.1 ATENCIONES INCLUIDAS

- admisión de gestante en trabajo de parto
- atención del primer periodo del trabajo de parto
- atención del expulsivo
- atención del alumbramiento

Existen normas técnicas para la atención de gestante en trabajo de parto las cuales consisten:

**1.1.2 ADMISIÓN DE LA GESTANTE EN TRABAJO DE PARTO:** Si la gestante tuvo control prenatal, solicitar y analizar los datos del carné materno.

- **ELABORACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA**

- Identificación

- identificación, Motivo de consulta y anamnesis:
- Fecha probable del parto
- Iniciación de las contracciones
- Percepción de movimientos fetales
- Expulsión de tapón mucoso y ruptura de membranas.
- Sangrado.

- indagar por la presencia o ausencia de síntomas premonitorio de preeclamsia (cefalea, visión borrosa, tinitus, fosfenos, epigastralgia, vómitos en iii trimestres

Antecedentes:

- Personales: Patológicos, quirúrgicos, alérgicos, ginecológicos, obstétricos y farmacológicos.



- Familiares
- Fecha de ultima regla y fecha de ultimo parto
  
- **EXAMEN FÍSICO**
  - Valoración del aspecto general, color de la piel, mucosas e hidratación
  - Toma de signos vitales
  - Revisión completa por sistemas
  - Valoración del estado emocional
  - Valoración obstétrica que analice la actividad uterina, las condiciones del cuello, la posición, situación y estación del feto.
  - Retocaría
  - Tamaño del feto
  - Número de fetos
  - Estado de las membranas
  - Polimetría
  
- **SOLICITUD DE EXÁMENES PARACLÍNICOS**
  - VDRL
  - Hemoclasificación, si la gestante no tuvo control prenatal.
  - hemograma
  - treponema
  - VIH si no se realizó en el último trimestre
  - hep b si la gestante n tuvo control prenatal
  - uro análisis
  
- **IDENTIFICAICON DE FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONES PATOLOGICA**

En el hospital del Sarare según guía institucional se estratifica según la escala de herrera y hurtado



**Cuadro 1**  
**Escala de riesgo biopsicosocial prenatal**

	<b>Clasificación</b>	<b>Puntos</b>
<b>Historia reproductiva</b>		
Edad	<16 años	1
	16-35 años	0
	>35 años	2
Paridad	0	1
	1-4	0
	>4	2
Cesárea previa		1
Pre eclampsia o hipertensión		1
Abortos recurrentes o infertilidad		1
Hemorragia postparto o remoción Manual de placenta		1
Peso del recién nacido	<2,500 g ó >4,000 g	1
Mortalidad fetal tardía o neonatal temprana		1
Trabajo de parto anormal o dificultoso		1
Cirugía ginecológica previa		1
<b>Embarazo actual</b>		
Enfermedad renal crónica		2
Diabetes gestacional		2
Diabetes pre concepcional		3
Hemorragia	<20 semanas	1
	≥20 semanas (Hb <10 g/l)	2
Anemia	(>42 semanas)	1
Embarazo prolongado		1
Hipertensión arterial		2
Polihidramnios		2
Embarazo múltiple		3
Presentación de frente o transversa		3
Isoinmunización		3
<b>Riesgo psicosocial</b>		
Ansiedad severa		1
Soporte social familiar inadecuado		1

Fuente: Herrera *et al.*<sup>28</sup>

**Ansiedad severa:** Tensión emocional, humor depresivo, síntomas neurovegetativos de angustia (dos o tres síntomas intensos).

**Soporte social inadecuado:** Insatisfacción con el apoyo recibido por la familia y/o compañero en el embarazo en tiempo, espacio y dinero (dos o tres aspectos insatisfechos)

**Alto riesgo biopsicosocial:** ≥3 puntos

Las actividades realizadas en la fase de admisión deben permitir definir si la gestante se encuentra en verdadero trabajo de parto o si, por el contrario, se halla aún en el parto. Si la conclusión es que no se encuentra en trabajo de parto, es preciso evaluar las condiciones de accesibilidad de las mujeres al servicio y en consecuencia indicar deambulación y un nuevo examen, según criterio médico, en un período no superior a dos horas. En caso contrario se debe hospitalizar. En caso de egreso se dan recomendaciones verbales y escritas signos de alarma para re consultar

### 1.1.2 ATENCIÓN DEL PRIMER PERIODO DEL PARTO (DILATACIÓN Y BORRAMIENTO).

Una vez decidida la hospitalización, se le explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo. Debe hacerse énfasis en el apoyo psicológico a fin de tranquilizarla y obtener su colaboración. Posteriormente, se procede a efectuar las siguientes medidas:

- Canalizar vena periférica que permita, en caso necesario, la administración de cristaloides a chorro, preferiblemente Lactato de Ringer o Solución de Hartmann.

Debe evitarse dextrosa en agua destilada, para prevenir la hipoglicemia del Recién Nacido.

- Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
- Iniciar el registro en el programa y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.
- Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el Partograma.
- Evaluar la fetocardia en reposo y pos contracción y registrarlas en el Partograma.
- Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en el Partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación.

Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal. Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería.

La anatomía no tiene indicación como maniobra habitual durante el trabajo de parto.

Cuando la curva de alerta registrada en el Partograma sea cruzada por la curva de progresión (prolongación anormal de la dilatación), debe hacerse un esfuerzo por encontrar y corregir el factor causante. Los factores causantes de distocia en el primer período del parto, pueden dividirse en dos grandes grupos:

- Distocia mecánica: en la mayoría de los casos hace referencia a la desproporción céfalo-pélvica. Si la gestante no progresa significativamente luego de la prueba de encajamiento y existe la sospecha de desproporción céfalo-pélvica, se indicar realización de cesárea
- Distocia dinámica: En este caso, los factores afectan el mecanismo de la contracción en presencia de una relación céfalo-pélvica adecuada. Los factores que se deben descartar son: Mal control del dolor, Hipodinamia uterina, Deshidratación e Infección amniótica.

El tratamiento a instaurar deberá corregir el factor identificado. Si luego de aplicadas las medidas correctivas, no se logra progresión, se debe evaluar la capacidad resolutive de la institución y en caso necesario remitir a un nivel de mayor complejidad.

### **1.1.3 ATENCIÓN DEL SEGUNDO PERIODO DEL PARTO (EXPULSIVO)**

El descenso y posterior encajamiento de la presentación, son fenómenos relativamente tardíos en relación con la dilatación cervical; esta circunstancia es particularmente válida en las primíparas más que en las múltiparas. Por otro lado, estas últimas tienden a exhibir mayores velocidades de dilatación y descenso. Durante este período es de capital importancia el contacto visual y verbal con la gestante a fin de disminuir su ansiedad; así como la vigilancia estrecha de la fetocardia. Inicialmente es preciso evaluar el estado de las membranas, si se encuentran íntegras, se procede a la anatomía y al examen del líquido amniótico. El pujo voluntario sólo debe estimularse durante el expulsivo y en las contracciones. Si el líquido amniótico se encuentra mencionado y si no hay progresión del expulsivo, es necesario evaluar las condiciones para la remisión, si estas son favorables la gestante deberá ser remitida al nivel de mayor complejidad bajo cuidado médico

Actualmente no se indica la episiotomía de rutina y sólo debe practicarse a juicio del médico. La atención del recién nacido debe hacerse de acuerdo con la Norma Técnica para la Atención del Recién Nacido. En caso de mortinato, remitir con la placenta a patología para estudio anatomopatológico

#### **1.1.4 ATENCIÓN DEL ALUMBRAMIENTO**

Generalmente la placenta se desprende de la pared uterina y se expulsa de manera espontánea. La atención en este período comprende: Esperar a que se presenten los signos de desprendimiento de la placenta para traicionar el cordón. Estos signos son:

- Contracción del fondo uterino
- Formación del globo de seguridad.
- Expulsión súbita de sangre por genitales.
- Descenso de la pinza señal (descenso del cordón umbilical).
- Reparición de contracciones dolorosas.
- Palpación de la placenta en la vagina.
- Signo del pescador: tracción leve del cordón para valorar el descenso del fondo uterino si no ha ocurrido el desprendimiento.
- Signo del pistón: Tracción cefálica del segmento para valorar el ascenso del cordón cuando no ha ocurrido el desprendimiento.

Al visualizar la placenta, se toma con las dos manos, se inicia un movimiento de rotación para enrollar las membranas y favorecer su expulsión completa. Es importante tener en cuenta que durante este período del parto ocurre el mayor número de complicaciones graves y eventualmente fatales, por lo que este proceso debe vigilarse estrechamente. Debe revisarse la placenta tanto por su cara materna (observar su integridad), como por

su cara fetal (presencia de infartos, quistes, etc.). También debe verificarse la integridad de las membranas, el aspecto del cordón umbilical, su inserción y el número de vasos (lo normal, dos arterias y una vena). Ante la duda de que haya alumbramiento incompleto, debe procederse a la revisión uterina y extracción manual de los restos retenidos. Normalmente el útero se contrae adecuadamente una vez ha ocurrido el alumbramiento, pero se administra una infusión I.V. de 5-10 Unidades de Oxitócica diluidas en 500 o 1.000 cc de Cristaloides para prevenir la hemorragia postparto por atonía uterina al salir hombro anterior o nace le recién nacido. Se considera normal una pérdida de 500 cc de sangre luego del parto vaginal normal.

El médico que atiende el parto debe diligenciar la historia clínica materna y del recién nacido, el certificado de nacido vivo y el carné materno

### **1.1.5 ATENCIÓN DEL PUERPERIO INMEDIATO**

Este período comprende las dos primeras horas postparto. Durante éste, se producen la mayoría de hemorragias por lo cual es preciso vigilar la hemostasia uterina, teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Signos vitales maternos
- Globo de seguridad
- Sangrado genital
- Episiotomía para descartar la formación de hematomas. Si no se producen alteraciones en este período, la madre debe trasladarse al sector de alojamiento conjunto y allí se le instruirá y apoyará sobre la lactancia materna a libre demanda. En caso de presentarse hemorragia, debe evaluarse la capacidad resolutoria de la institución y si es necesario deberá ser remitida a un nivel de mayor complejidad, previa identificación de su causa, estabilización hemodinámica e inicio del tratamiento, asegurando su ingreso en la institución de referencia.

### **1.1.6 ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO MEDIATO**

Este período comprende desde las primeras 2 hasta las 48 horas postparto. Las siguientes acciones deben incluirse durante este período, además de las acciones descritas en el puerperio inmediato:

- Vigilar y controlar la involución uterina y el aspecto de los loquios.
- Detectar tempranamente las complicaciones como hemorragia, infección puerperal, taquicardia, fiebre, taquipnea, su involución uterina, hipersensibilidad a la palpación uterina y loquios fétidos.
- Deambulación temprana.

- Alimentación adecuada a la madre. Si no se han presentado complicaciones se puede dar de alta a la madre con su recién nacido.

### **1.1.7 ATENCIÓN PARA LA SALIDA DE LA MADRE Y SU NEONATO.**

En esta fase es preciso dar información a la madre sobre:

- Medidas higiénicas para prevenir infección materna y del recién nacido.
- Signos de alarma de la madre: fiebre, sangrado genital abundante, dolor en hipogastrio y/o en área perineal, vómito, diarrea. En caso de presentarse alguno de ellos debe regresar a la institución.
- Importancia de la lactancia materna exclusiva
- Puericultura básica
- Alimentación balanceada adecuada para la madre.
- Informar, dar consejería y suministrar el método de planificación familiar elegido, de acuerdo con lo establecido en la Norma Técnica de Atención para Planificación familiar en Hombres y Mujeres.
- Inscribir al recién nacido en los programas de crecimiento y desarrollo y vacunación.
- Estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar.
- Entregar el registro de nacido vivo y promover que se haga el registro civil del recién nacido en forma inmediata La gestante debe egresar con una cita médica ya establecida a fin de controlar el puerperio después de los primeros 7 días del parto.

## **2. MARCO LEGAL**

- ✓ Constitución Política Colombiana ARTICULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.
- ✓ Decreto 1011 de 2006 reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.
- ✓ Resolución 1438 de 2011 Artículo 74, establece la evaluación del plan de gestión del director o gerente de empresas sociales del estado del orden territorial.
- ✓ Resolución 408 de 2018 en su considerando establece que con la expedición de la resolución 256 de 2016 se dictan disposiciones relacionadas con el sistema de información para la calidad.
- ✓ Resolución 408 de 2018 en el artículo 3, ajustes a los planes de gestión presentados en 2017

- ✓ Resolución 38A de febrero 27 del 2018 del Hospital del Sarare sobre adopción de las guías de atención de las complicaciones o trastornos hipertensivos en la gestante, guía de manejo de la primera causa de egreso de la institución que para este caso es la atención del parto, oportunidad en la atención específica en paciente al egreso con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) en el Hospital del Sarare ESE.

### 3. DEFINICIONES

- ✓ **ADHERENCIA:** Ceñirse o apegarse a un referente
- ✓ **INDICADORES DE GESTION:** *\*Son expresiones cuantitativas de las variables que intervienen en un proceso, que permiten verificar o medir la cobertura de las demandas, la calidad de los satisfactores o productos y el impacto de la solución de la necesidad de la sociedad\*.*
- ✓ **GUÍAS** son "el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de toma de decisiones, sobre los cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas." Su objetivo es "elaborar recomendaciones explícitas con la intención definida de influir en la práctica de los clínicos"

### 4. METODOLOGÍA APLICADA

#### Para la revisión de la adherencia a las guías:

- ❖ Atención del parto (primera causa de egreso del año 2021)
- ❖ Para la revisión de la adherencia a las guías -Manejo específico para atención del parto, se toman historias clínicas por nacimiento vía vaginal y a través de la lista de chequeo se determina el porcentaje de adherencia en el manejo de estas pacientes por los profesionales médicos y especialistas.
- ❖ Se tomaron los datos de historias clínicas con códigos de diagnóstico de egreso (número de historia clínica) por trimestre y se asignó al médico responsable del servicio para que aplicara las listas de chequeo que llevarían a arrojar unos resultados numéricos.

#### **4.2 EVALUACION DE APLICACIÓN DE LA GUIA DE MANEJO DE LA PRIMERA CAUSA DE EGRESO HOSPITALARIO O DE MORBILIDAD ATENDIDA. (ANALISIS DE ADHERENCIA A GUIA DE MANEJO ATENCION DEL PARTO)**

Para el año 2021 de acuerdo al informe del perfil epidemiológico del Hospital del Sarare, la primera causa de egreso o morbilidad atendida fue atención del parto vaginal.

➤ **Acto administrativo de adopción de la guía: Resolución 38A febrero 27 de 2018**

**Definición y cuantificación de la muestra de atención del parto**

Para obtención de los datos a analizar en este indicador se utilizó muestreo aleatorio simple para poblaciones finitas que determinará el número de historias clínicas a analizar; En donde N = tamaño de la población, Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito o proporción esperada, Q = probabilidad de fracaso, D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

Durante la vigencia primeros tres trimestres 2021 se presentaron 1566 atención de parto vaginales (casos totales o N), de los cuales al aplicar la fórmula de tamaño muestra se analizaron 230 historias clínicas (muestra o n).

**Matriz de Tamaños Muestrales para diversos márgenes de error y niveles de confianza, al estimar una proporción en poblaciones Finitas**

<b>N</b> [tamaño del universo]	<b>1.566</b>	←	<b>Escriba aquí el tamaño del universo</b>
<b>p</b> [probabilidad de ocurrencia]	<b>0,5</b>	←	<b>Escriba aquí el valor de p</b>

Nivel de Confianza (alfa)	1-alfa/2	z (1-alfa/2)
90%	0,05	1,64
95%	0,025	1,96
97%	0,015	2,17
99%	0,005	2,58

**Fórmula empleada**

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}} \quad \text{donde:} \quad n_o = p^*(1-p)^* \left( \frac{Z(1-\frac{\alpha}{2})}{d} \right)^2$$

Nivel de Confianza	d [error máximo de estimación]									
	10,0%	9,0%	8,0%	7,0%	6,0%	5,0%	4,0%	3,0%	2,0%	1,0%
90%	64	79	98	126	167	230	331	506	811	1.270
95%	90	110	137	174	228	308	434	635	948	1.346
97%	109	133	165	208	271	362	501	713	1.022	1.382
99%	150	182	223	279	357	467	625	848	1.138	1.431

**N= 1566 n230**

Nivel de confianza 95% con margen de error de 5% con probabilidad de ocurrencia 0,5



**PAPELES DE TRABAJO**

ORDE N	VARIABLE	CUMPLE	NO CUMPLE	NA
1	En la elaboración de historia clínica de ingreso en gestante en trabajo de parto se registra anamnesis completa según guía institucional			
2	Se registran los Antecedentes: Personales, ginecológicos y obstétricos			
3	se registra examen físico obstétrico completo según guía institucional			
4	se solicita y analiza el carnet de control prenatal al ingreso de gestante			
5	se registraron las pruebas realizadas durante el control prenatal			
6	en paciente que no se realizaron control prenatal se registra solicitud de pruebas rápidas de sífilis y vih			
7	se registra en la historia clínica factores de riesgo de gestante en trabajo de parto			
8	se solicita valoración por gineco-obstetricia a gestante en trabajo de parto con factores de riesgo o condiciones patológica			
9	se realiza monitoreo fetal como prueba de bienestar fetal al ingreso y durante trabajo de parto			
10	se administra dieta líquida clara en gestante en trabajo de parto			
11	Se evidencia en la historia clínica registro se explica a la gestante y a su acompañante la situación y el plan de trabajo informado y firma del consentimiento informado?			
12	Se evidencia en los registros clínicos orden medica de canalizar vena periférica y uso de soluciones cristaloides			
13	en la historia clínica se evidencia registro de partograma cada hora en gestante en trabajo de parto fase activa			
14	Se evidencia registros clínicos de evaluación del estado de las membranas, si se encuentran integras, se procede a la anatomía y al examen del líquido			
15	se evidencia en la historia clínica protección activa de periné para evitar desgarros perineal			
16	se registra atención del recién nacido, tiempo de pinzamiento del cordón umbilical y contacto piel a piel materno fetal			
17	se evidencia registro medico en ordenes medica de infusión de oxitócica a dosis según guía institucional para evitar hemorragias posparto			
18	se evidencia el registro en la historia clínica la vigilancia de la hemostasia uterina en puerperio inmediato (las dos primeras horas posparto)			
19	durante el puerperio se relaza examen físico obstétrico completo para detención temprana de complicaciones según guía institucional			
20	en el momento de egreso se registra la información que se brinda a la paciente posparto sobre planificación familiar, recomendaciones y signos de alarmar para re consultar			
21	se da orden médica a gestante posparto de cita control por médico general 7 días posparto			

**CRITERIOS DE EVALUACION:**

6. Aplicación de la lista de chequeo
7. Sumatoria de los respondidos SI/NO
8. Excluir los respondidos NA
9. Hacer porcentaje de cumplimiento  $(\sum \text{"SI"} / (\sum \text{"SI"} + \text{"NO"})) * 100$
10. Aplicar la tabla de cumplimiento, a saber:

CALIFICACION	CRITERIO
≥ 90%	CUMPLE
80% a 89.99%	ALERTA
< 80%	NO CUMPLE

En esta tabla se denota el porcentaje de cumplimiento de cada uno de los 21 ítems evaluados, para efectos del indicador se tomarán todos aquellos que sean iguales o superiores al 80%.

USURIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	%CUMPL
1	91%	77	100%	153	100%	229	100
2	95%	78	95%	154	95%	230	95%
3	100%	79	96%	155	96%		
4	96%	80	100%	156	100%		
5	95%	81	96%	157	100%		
6	100%	82	95%	158	95%		
7	95%	83	96%	159	100%		
8	96%	84	96%	160	95%		
9	96%	85	100%	161	100%		
10	100%	86	100%	162	95%		
11	95%	87	96%	163	100%		
12	96%	88	100%	164	96%		
13	95%	89	100%	165	100%		
14	100%	90	100%	166	95%		
15	95%	91	95%	167	100%		
16	100%	92	100%	168	100%		
17	100%	93	96%	169	95%		
18	100%	94	96%	170	100%		
19	100%	95	95%	171	100%		
20	100%	96	96%	172	96%		
21	96%	97	96%	173	100%		
22	100%	98	100%	174	100%		



USURIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	%CUMPL
23	95%	99	100%	175	100%		
24	96%	100	100%	176	96%		
25	100%	101	96%	177	98%		
26	100%	102	91%	178	100%		
27	100%	103	100%	179	95%		
28	100%	104	100%	180	100%		
29	95%	105	96%	181	100%		
30	95%	106	96%	182	100%		
31	100%	107	100%	183	95%		
32	100%	108	95%	184	100%		
33	95%	109	96%	185	100%		
34	100%	110	96%	186	100%		
35	95%	111	96%	187	96%		
36	96%	112	100%	188	100%		
37	96%	113	100%	189	100%		
38	96%	114	100%	190	96%		
39	95%	115	96%	191	100%		
40	95%	116	96%	192	100%		
41	100%	117	96%	193	100%		
42	100%	118	100%	194	100%		
43	95%	119	96%	195	100%		
44	96%	120	100%	196	100%		
45	95%	121	96%	197	100%		
46	100%	122	96%	198	100%		
47	96%	123	96%	199	96%		
48	100%	124	100%	200	100%		
49	100%	125	96%	201	100%		
50	95%	126	100%	202	100%		
51	100%	127	96%	203	100%		
52	96%	128	100%	204	100%		
53	96%	129	95%	205	100%		
54	100%	130	96%	206	100%		
55	100%	131	95%	207	96%		
56	100%	132	100%	208	100%		
57	100%	133	95%	209	100%		
58	100%	134	100%	210	96%		
59	95%	135	95%	211	100%		
60	95%	136	100%	212	100%		
61	96%	137	95%	213	96%		
62	96%	138	95%	214	100%		
63	95%	139	95%	215	100%		
64	96%	140	96%	216	100%		
65	100%	141	95%	217	100%		

USURIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	% CUMPL	USUARIO	%CUMPL
66	100%	142	100%	218	100%		
67	100%	143	100%	219	100%		
68	100%	144	96%	220	100%		
69	100%	145	100%	221	100%		
70	95%	146	96%	222	100%		
71	95%	147	100%	223	100%		
72	96%	148	100%	224	100%		
73	95%	149	100%	225	100%		
74	100%	150	100%	226	100%		
75	95%	151	100%	227	100		
76	100%	152	95%	228	95		

### 9. Formula del indicador (Resolución 408/2018) =

Numero de historias clínicas auditadas que hacen parte de la muestra representativa con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida (parto) en la vigencia objeto de evaluación

-----  
-----

número total de historias clínicas auditadas de muestra representativa de pacientes con el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida (parto) en la vigencia objeto de evaluación

### Aplicación Formula del indicador =

$$X = \frac{230}{230} \cdot 100$$

$$X = 100\%$$

### ANALISIS DEL INDICADOR

De las 230 historias auditadas 230 cumplieron con la aplicación de la guía técnica de manejo adoptada por el hospital del Sarare para el diagnóstico de primera causa de egreso hospitalario en este caso atención del parto. Lo que corresponde a 100%. Aquellas atenciones donde no se cumplió a cabalidad con lo especificado en la guía motivó la elaboración de plan de mejoramiento

PRIMER TRIMESTRE	377	157
SEGUNDO TRIMESTRE	392	42
TERCER TRIMESTRE	361	18
CUARTO TRIMESTRE	436	13
<b>TOTAL</b>	<b>1566</b>	<b>230</b>

### ANALISIS DEL RESULTADO:

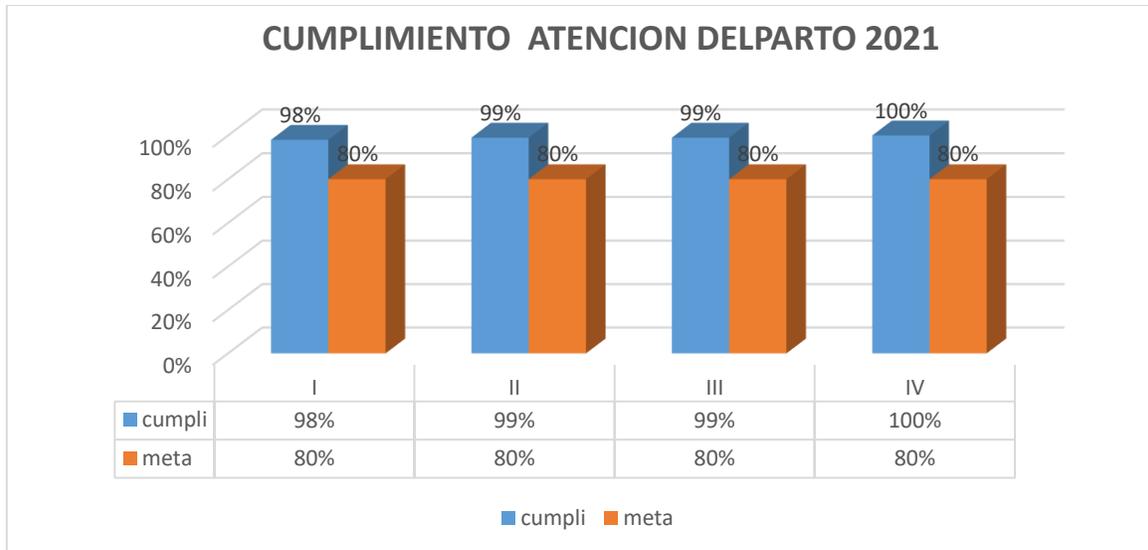
Durante los cuatro trimestres del 2021 en el hospital del Sarare tuvo 2597 nacimientos, en la cual 1566 fueron por parto vía vaginal de donde se toma la muestra para la evaluación del indicador 13 de la resolución 408, que consiste en con aplicación estricta de la guía de manejo adoptada por la ESE para el diagnóstico de la primera causa de egreso hospitalario o morbilidad atendida (parto), se cumplió con el 100% teniendo en cuenta que la meta es de 80%, teniendo como muestra 230 historia clínica la cual se obtuvo de la fórmula explicada anteriormente, el estudio de muestra fue aleatoria acumulativa del año en trimestres por trimestre, como se muestra en la siguiente tabla, estas historias fueron auditadas por coordinador médico del servicio gineco-obstetricia por directriz gerencial para mejoramiento en el cumplimiento del indicador y como planes de mejora de los años anteriores, teniendo en cuenta la gran importancia de este indicador ya que por medio del cual se puede disminuir las complicaciones, morbilidades y mortalidades maternas y fetales, ofreciendo una atención oportuna a las usuarias de la región araucana

Se crearon estrategias para el cumplimiento de este indicador, la cual consisten en lo siguiente:

- ✓ Primero se realizó capacitaciones al personal médico que labora en el hospital del Sarare, enfatizando los del servicio de maternidad ya que son médicos exclusivos del servicio
- ✓ Se realizan auditorias trimestrales a las historias clínicas de atención del parto, teniendo en cuenta la muestra seleccionada
- ✓ En este año 2021 que fue algo atípico debido a la pandemia del covid 19 lo cual hizo que en los hospitales se restringieran los acompañantes por tal motivo en el hospital del Sarare se tiene como plan de mejora para lograr el cumplimiento de uno de los indicadores a evaluar que es el de brindar información al familiar sobre la conducta a seguir la cual se realiza vía telefónica en los horarios 8am, 2pm, 8 pm en el servicio de urgencias y sala de partos

- ✓ Compromiso de parte de gerencia, subgerencia y comité de historia clínica en supervisión de los indicadores, y verificación de su cumplimiento

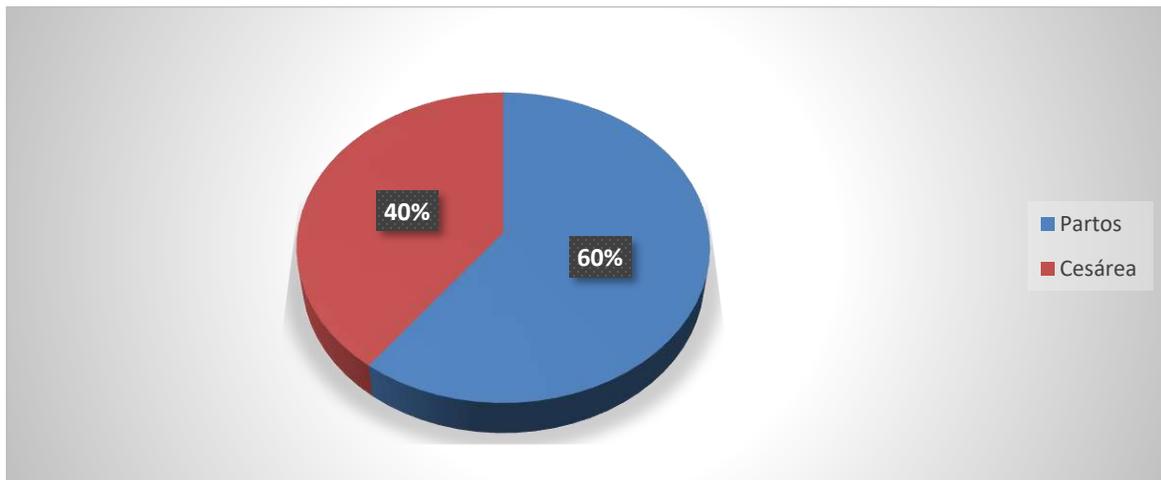
El cumplimiento de indicador 13 de la resolución 408 durante el 2021 en el hospital del Sarare es:



TRIMESTRE	CUMPLIMIENTO	META
I	98%	80%
II	99%	80%
III	99%	80%
IV	99%	80%

### **PERFIL DE COMPORTAMIENTO EN ATENCION DEL PARTO**

En el hospital del Sarare en el 2021 tuvimos un total de 2597 nacimiento, de los cuales 1566 fueron por parto vaginal y 1031 nacimiento por cesárea





## **INDICADOR 14: OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA**

## **INFORME OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICETOMÍA**

### **INDICADOR - AÑO 2021**

#### **1. INTRODUCCION**

El concepto de abdomen agudo fue incluido en la literatura científica médica por John B. Deaver, profesor de la Universidad de Pennsylvania y cirujano del Hospital Lankenau de Filadelfia. Aunque el término es bastante amplio, goza de mucha aceptación en la medicina contemporánea y en general, se emplea para referirse a eventos clínicos que caracterizan a una afección aguda intraabdominal que necesita tratamiento quirúrgico urgente. Se considera que la Apendicitis Aguda (AA), es la enfermedad más característica de este síndrome. Se estima que anualmente se operan más de 250 000 personas en los Estados Unidos, de ellas unas 2000 fallecen por complicaciones postoperatorias. Con el avance de las metodologías diagnósticas y el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y terapéuticas, la mortalidad por causa de la AA ha venido disminuyendo paulatinamente desde la segunda mitad del siglo XX. No obstante, sigue siendo la enfermedad que con mayor frecuencia obliga a una intervención quirúrgica; se estima que esta urgencia afecta hasta un 7% de cualquier población, sin ajustar por covariables como género y edad. Por otro lado, el tiempo transcurrido antes del ingreso del paciente, así como las demoras en el diagnóstico y la intervención pueden llevar a que ocurran complicaciones postquirúrgicas las cuales oscilan entre 5 y 18% de los casos. La taxonomía de la AA también se expresa en un amplio espectro de clasificaciones: Ellis la divide en perforada y no perforada ; Caballero las clasifica en tres estados conocidos como edematosa, supurativa y perforada ; Pera las identifica en catarral cuando predomina el fenómeno de hiperemia y congestión (grado I); flegmonosa, cuando aparecen erosiones de la mucosa con supuración y exudados fibrinopurulentos en la serosa (grado II); gangrenosa, cuando hay necrosis de la pared (grado III), perforada (grado IV) y absceso apendicular (grado V). En el medio local, la historia clínica y el examen físico siguen siendo considerados como las herramientas más útiles en el diagnóstico de la AA.

No obstante, en un significativo número de casos la forma de presentación clínica es bastante atípica e inespecífica, lo que predispone a errores diagnósticos, incluso entre los profesionales más experimentados. Por otra parte, la tendencia más frecuente entre los cirujanos es adelantar un procedimiento quirúrgico lo más pronto posible para disminuir la probabilidad de perforación, lo que se traduce en una elevada tasa de falsos positivos que, según los reportes de la literatura, puede ir desde el 13% hasta el 40%. Varios intentos se han realizado para disminuir estas estimaciones de equivocación, de las cuales las más significativas han sido la incorporación de tecnologías de diagnóstico por imagen como la

ecografía y la tomografía computarizada. Lamentablemente, estas no están al alcance de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud en el país. Por esta razón, el diagnóstico oportuno sigue estando sujeto a la pericia y agudeza de los clínicos. Diversos análisis han demostrado que el diagnóstico clínico sigue siendo un enorme desafío, particularmente en los casos de mujeres en edad fértil, en los que la AA tiende a enmascararse con las características clínicas de otras patologías de origen ovárico. La AA constituye la urgencia abdominal quirúrgica más frecuente en la infancia con una incidencia entre 4-5 x 1000, con mayor frecuencia de presentación entre los seis y los diez años de edad, muy poco frecuente entre los preescolares y de presentación muy excepcional antes del primer año de edad.

### **OPORTUNIDAD QUIRURGICA**

La apendicitis se ha convertido en la enfermedad abdominal más común para el cirujano general. Tradicionalmente, se han buscado variables clínicas que puedan predecir cuáles pacientes con dolor en el cuadrante inferior derecho efectivamente tienen apendicitis. De tal forma, se ha podido establecer que el sexo y la edad son variables que ayudan a determinar el riesgo de tener apendicitis. Una variable que ha sido explorada tímidamente es la del tiempo de evolución. Generalmente, se ha considerado que un mayor tiempo de evolución de los síntomas implica una fase más avanzada de la apendicitis y mayor riesgo de perforación, de acuerdo con la clásica descripción de la evolución de la enfermedad: edematosa, fibrino-purulenta, gangrenosa o perforada. Sin embargo, es escasa la información que sustenta esta creencia. En algunos estudios se ha sugerido que el retraso en el tratamiento quirúrgico determina una mayor frecuencia de apendicitis complicada o perforada, mientras que en otros no lo han logrado demostrar.

Por otro lado, en muchos de estos estudios se compara retrospectivamente el tiempo de evolución de acuerdo con los hallazgos histopatológicos, lo cual no toma en cuenta las condiciones propias de la enfermedad y el paciente que la padece. Es ampliamente aceptado que los pacientes de edades extremas y con enfermedades concomitantes, presentan una incidencia mayor de apendicitis perforada. Estos casos representan un reto mayor y en ellos un retraso en el diagnóstico es el común denominador, por asistencia tardía o por exámenes de laboratorio poco específicos. En este orden de ideas, se espera que el tiempo de evolución de la enfermedad hasta la cirugía sea más prolongado, por lo cual la comunidad médica y la sociedad han establecido una relación de causa y efecto basada en la temporalidad (“perforación por retraso diagnóstico”). Lo que no es posible discernir es si este tiempo intrahospitalario influye en la perforación. Si se pretendiera diseñar un estudio para determinar dicha relación de causalidad (el tiempo de evolución es un factor que determina la incidencia de perforación), la manera ideal debería ser ensamblando una cohorte para comparar el tipo de apendicitis según el tiempo de los síntomas; esto es, deberían compararse por grupos los pacientes que tuvieron 6 horas de

evolución, luego los que tenían 12, y así sucesivamente. Si el factor tiempo es en efecto un factor determinante de perforación, el resultado esperado sería que, a mayor tiempo de evolución, el número de apendicitis complicadas aumentara progresivamente. Si se aceptan las tradicionales fases de evolución de la apendicitis, se esperaría que a las 36 horas todas ellas estuvieran complicadas o perforadas. No obstante, los resultados obtenidos en este estudio no confirman esta teoría. Las curvas de supervivencia que documentan el tiempo de evolución hasta el momento de la cirugía, no mostraron diferencias en el tiempo al evento por tipo de apendicitis complicada o no complicada, pero sí cuando se comparan las perforadas. Esto sugiere que los pacientes que van a seguir el curso de la complicación, esto es, la evolución hacia fibrino-purulenta-gangrenosa y perforada, están determinados desde un principio, sin que el tiempo sea una variable importante. No obstante, una vez que este camino se toma, el tiempo hasta la perforación sigue una tendencia progresiva, aunque no lineal.

Los anteriores hallazgos comprueban una vez más que el cuerpo humano actúa como un sistema orgánico complejo, en el cual existen otros factores, no relacionados con el tiempo de evolución de los síntomas, que interactúan y pueden determinar cambios en la presentación de la enfermedad. Dado que el fenómeno central de la apendicitis es la inflamación, es posible aventurar que existen perfiles diferenciales, como se ha demostrado para otro tipo de enfermedades como la pancreatitis o la sepsis, y que antes que el tiempo, es el tipo de respuesta inflamatoria personal la que determina el tipo de apendicitis. Esta teoría ha sido sugerida por otros autores. Por otra parte, un concepto ampliamente aceptado y que debe ponerse en duda, es la explicación fisiopatológica de los hallazgos quirúrgicos del apéndice de acuerdo con la tradicional descripción de las fases de evolución de la apendicitis producto de la obstrucción intraluminal. Si esto fuera correcto en todos los casos, se esperaría no encontrar apendicitis edematosas después de varias horas de evolución, hallazgo que no se puede corroborar con estos resultados. Otros estudios epidemiológicos han demostrado que, a pesar del uso creciente de métodos diagnósticos y de los cambios en variables clínicas productos del desarrollo, las tasas de apendicitis perforada no han disminuido, lo que sugiere que pueden existir dos patrones clínicos de apendicitis aguda, es decir, dos entidades diferentes.

Se han determinado como factores de riesgo para la perforación de la apéndice, en los pacientes con apendicitis aguda: la inoportunidad para el manejo quirúrgico, dada por el tiempo transcurrido antes del ingreso del paciente, así como las demoras en el diagnóstico y la intervención; aspectos que pueden llevar a que ocurran complicaciones postquirúrgicas, que oscilan del 5 al 18% de los casos, mayor riesgo de re-intervención y aumento en la estancia hospitalaria; sin que esto demuestre ser influenciado por el género(21–23), cirugía realizada por cirujanos en formación en los países en desarrollo, respecto a la tasa de re-

intervención(22)(21), se ha visto relacionada con aumento de la mortalidad; sin relación demostrada con los ingresos económicos de la población general.

*(Rev. Colomb Cirugía. 2013;28:24-30 “Tiempo de evolución de la apendicitis”)*

## **MARCO LEGAL**

Constitución Política Colombiana ARTICULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Decreto 1011 de 2006 reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1438 de 2011 Artículo 74, establece la evaluación del plan de gestión del director o gerente de empresas sociales del estado del orden territorial.

Resolución 408 de 2018 en su considerando 3 establece que con la expedición de la resolución 256 de 2016 se dictan disposiciones relacionadas con el sistema de información para la calidad.

Resolución 38A de febrero 27 del 2018 del Hospital del Sarare sobre adopción de las guías de atención de las complicaciones o trastornos hipertensivos en la gestante, guía de manejo de la primera causa de egreso de la institución que para este caso es la atención del parto, oportunidad en la atención específica en paciente al egreso con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) en el Hospital del Sarare ESE.

## **VARIABLE A MEDIR: INDICADOR 14: “OPORTUNIDAD EN LA REALIZACIÓN DE APENDICECTOMÍA”**

### **1. DEFINICIONES**

2.

**Apendicitis Aguda (AA):** La apendicitis aguda se inicia con la inflamación del apéndice, que se desencadena, en la mayoría de los casos, por una obstrucción de la luz apendicular; esta induce acumulación del moco, que, asociada con la poca elasticidad de la serosa, resulta en incremento de la presión intraluminal, fenómeno que compromete primero el retorno venoso y linfático. Al comienzo de la enfermedad, el paciente refiere dolor abdominal difuso, usualmente de tipo cólico, de ubicación periumbilical, que posteriormente se localiza en el cuadrante inferior derecho, acompañado de náusea, vómito y fiebre.

**Tratamiento quirúrgico** Con el diagnóstico bien establecido, o con diagnóstico altamente probable, está indicada la intervención quirúrgica urgente.

Demoras en practicar la operación pueden significar la progresión de la apendicitis a gangrena y perforación con peritonitis.

### **3. EVALUACIÓN DEL INDICADOR**

#### **3.1. Criterios de inclusión:**

Se tomó el 100% de los casos de pacientes con estos diagnósticos, según lo establecido en la Resolución 408 de 2018.

#### **3.2. Criterios de exclusión:**

- Se excluyen todos los usuarios con apendicetomía, la cual fue realizada en forma profiláctica y no por presencia de apendicitis de cualquier tipo
- Se excluyen los pacientes con diagnóstico de apendicitis que por tratarse de “plastrón apendicular”, es candidato a realización apendicetomía diferida ambulatoria, y teniendo en cuenta que en alguna gestante con apendicitis se da manejo conservador.

#### **3.3. Factores evaluados**

Para la medición del indicador hay que tomar 2 conceptos que se tomaron de la siguiente forma, donde se busca la fecha y la hora por medio del Historial Clínico.

**a. Diagnóstico de Apendicitis aguda:** Para este parámetro se tiene en cuenta tres escenarios:

- Sospecha clínica, examen médico dudoso, que se confirma por Ecografía/Tomografía
- Sospecha clínica en el servicio de urgencias y confirmación clínica por parte del cirujano general
- Hallazgo intraoperatorio incidental que se encuentre con apéndice en Fase I o mayor

Cabe anotar que hay numerosos casos en que la hora de diagnóstico no es precisa, porque en ronda medica se hace diagnóstico, se hace orden de pasar a cirugía, pero la nota medicas queda en forma posterior, cuando la ronda del piso o del servicio de urgencias culmine, esto agrega minutos valiosos para la evaluación.

Para ello se hace búsqueda en las notas médica y de enfermería y se determina la de mayor precisión para la variable buscada.

- b. Procedimiento quirúrgico:** Se toma como la hora en que el paciente entra a la sala de cirugía específica donde será intervenido, previo a la realización del acto anestésico
- c. Diagnóstico de apendicitis:** Este solo se toma cuando haya sido registrado en la hoja de egresos. Cabe anotar que para apendicitis existe un intervalo en el CIE que los incluye. Ahora bien, se resalta que, a pesar del diagnóstico, se excluye el plastrón apendicular, porque la intervención quirúrgica se realiza en forma diferida en algunas ocasiones.

#### 4. MEDICION DEL INDICADOR

##### METODOLOGIA:

- 4.1.** Área de información de la ESE del Sarare, mediante un reporte del sistema información de la institución (dinámica gerencial), se sustrae una base de datos que contiene algunos de los datos del papel del trabajo. Estos datos son sustraídos del informe quirúrgico.
- 4.2.** El responsable de la medición con la identificación del usuario objeto de apendicetomía evalúa una por una cada historia clínica, verificando tanto el historial médico como el de enfermería.
- 4.3.** Mediante hoja de Excel, con estos 2 tiempos del indicador, se mide el intervalo en minutos del tiempo ocurrido entre el diagnóstico y el acto quirúrgico.

##### 4.4. PAPELES DE TRABAJO

La hoja de cálculo de Excel, que contiene la base de datos y los tiempos buscados para la construcción del indicador, es diligenciada para cada uno de los usuarios producto del indicador

DOCUMENTO	SEXO	EDAD	FECHA Y HORA DE DIAGNÓSTICO	FECHA Y HORA DE CIRUGÍA	HALLAZGO QUIRÚRGICO	OPORTUNIDAD
-----------	------	------	-----------------------------	-------------------------	---------------------	-------------


Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2021

**4.5. BASE DE DATOS DE LOS PACIENTES A QUIENES SE LES REALIZO APENDICECTOMIA QUE CONTENA IDENTIFICACION DEL PACIENTE, FECHA Y HORA DE CONFIRMACION DEL DIAGNOSTICO DE APENDICITIS Y FECHA Y HORA DE LA INTERVENCION QUIRURGICA: (N=433; Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2021)**

## 5. APLICACIÓN DE LA FORMULA DEL INDICADOR:

### FORMULA INDICADOR A EVALUAR (INDICADOR 14 - RESOLUCIÓN 408/2018)

La fórmula del indicador exigida por la Resolución 408 del 2018, es: (para efectos de este informe se entiende el 100% de los casos para el año 2021:

<p style="text-align: center;">Numero de paciente con diagnóstico de apendicitis al egreso, a quienes se le realizo apendicetomía dentro de las seis horas de confirmado el diagnostico en la vigencia objeto de la evaluación</p> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> <p style="text-align: center;">Total, de paciente con diagnóstico de apendicitis al egreso en la vigencia del objeto de evaluación</p>
---

### APLICACIÓN DE LA FORMULA OPORTUNIDAD

$$= \frac{\text{usuarios que cumplen oportunidad de apendicectomia en menos de 6 horas del diagnostico}}{\text{total usuarios con diagnostico de apendicitis intervenidos quirurgicamente}} \times 100$$

$$x = \frac{471}{499} \times 100$$

$$x = 94.38\%$$

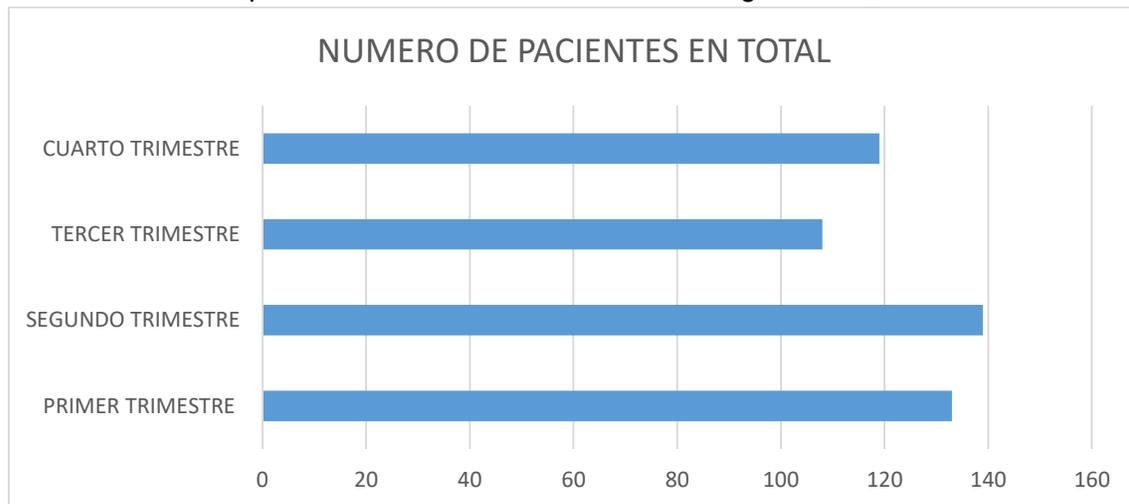
Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2021

## 6. ANÁLISIS DEL INDICADOR

En el año 2021, el Hospital del Sarare egresó un número de **499** usuarios a quien se le hizo apendicetomía por concepto de apendicitis aguda **471** cumplieron con la oportunidad del indicador, en las que no cumplieron se hizo plan de mejoramiento.

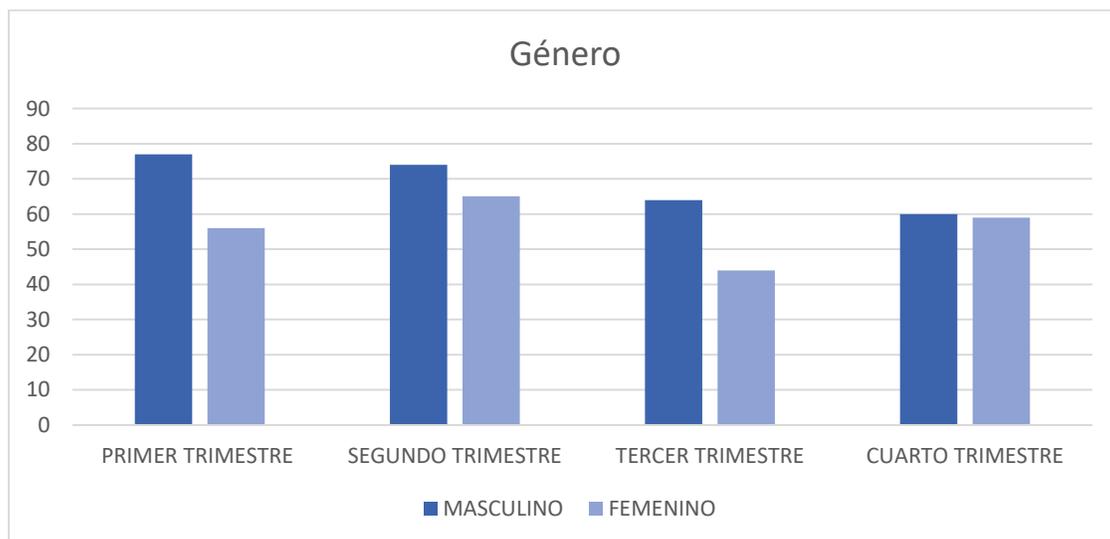
**PERFIL DEL COMPORTAMIENTO DE APENDICECTOMIA EN EL HOSPITAL DEL SARARE**

Por trimestre el comportamiento no es estadísticamente significativo, siendo:



**N= 499, n=471.**

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2021



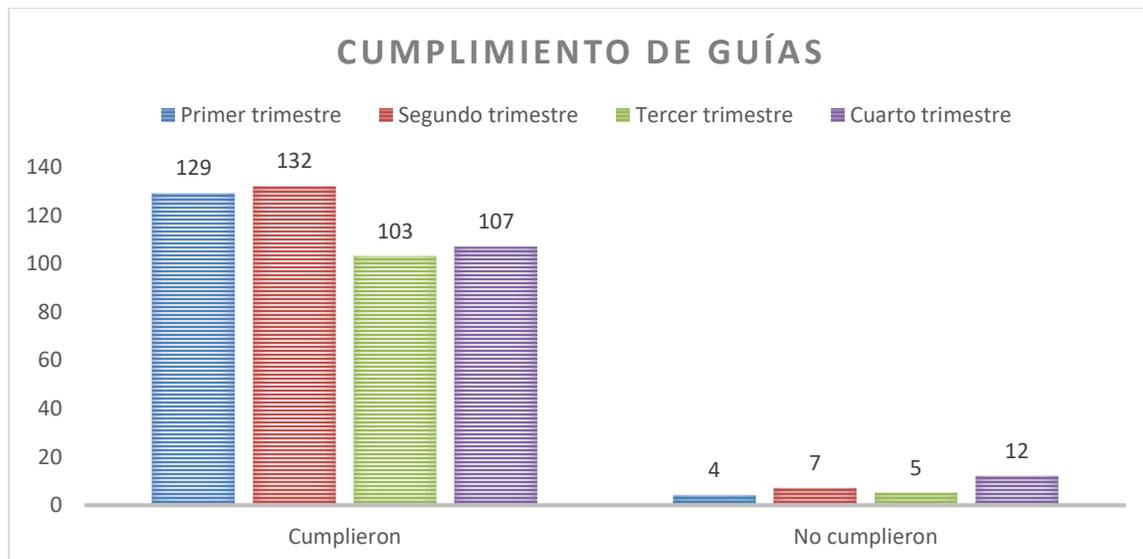
**N= 499, n=471.**

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2021

Aunque no es un dato relevante para el indicador, el tiempo transcurrido entre un posible diagnóstico en su I nivel de atención y la llegada al Hospital del Sarare, nos sirve para evaluación de las complicaciones porque el tiempo que el paciente ha consumido llegando a su I nivel su evaluación, toma de paraclínicos, observación de paciente con abdomen quirúrgico, decisión de remisión más el logro del mismo, tiempo de ambulancia, son minutos de oro en que el paciente llega a nuestra institución con presencia de mayor avance de la enfermedad como apendicitis perforada, o con necrosis, haciendo que las complicaciones sean mayores, las posibles Infecciones del sitio operatorio, y peritonitis.

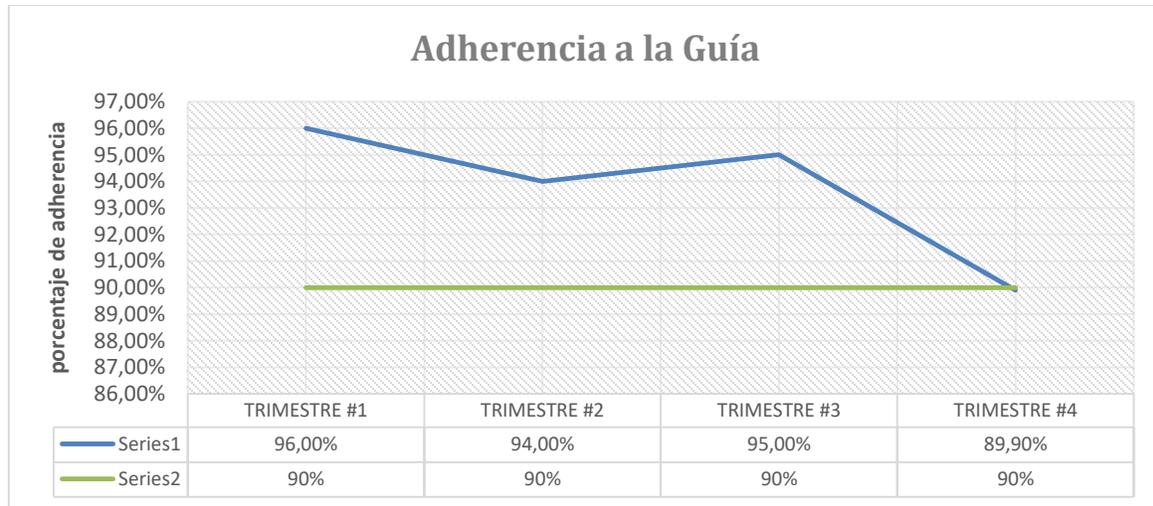
**ANALISIS DEL RESULTADO**

La apendicitis se ha convertido en la enfermedad abdominal más común para los servicios de urgencias y para el cirujano general, de los **499** apendicectomizados **275** son de sexo masculino y **224** femenino, En el primer trimestre hubo un cumplimiento del 96%, el segundo trimestre un cumplimiento del 94%, el tercer trimestre del 95% y en el cuarto trimestre hubo un cumplimiento del 89,9% , la información que atañe a este indicador se observa un cumplimiento de la meta en cada trimestre excepto en el cuarto trimestre donde su porcentaje es menor de 90%. Sin embargo, la contratación de personal nuevo interrumpe el adecuado proceso debido a que están iniciando dificultad un poco el sistema de la institución, planes de mejora para la parte médica y la disponibilidad de las salas de quirófano.



**N= 499, n=471.**

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2021



**N= 499, n=471.**

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2021

## 7. DISCUSIÓN:

Al realizar la revisión del informe del año 2018 nos damos cuenta que ha aumentado en número de pacientes apendicectomizados comparando los tres últimos años, conservando el cumplimiento del indicador por encima del 90% anual; destacando el año 2021 con acenso del cumplimiento, cabe resaltar que el porcentaje de cumplimiento del indicador tuvo un decenso en el cuarto trimestre, según lo analizado se evidencia que es debido a los pacientes que ingresan en las horas de la noche y se pospone la intervención quirúrgica para el siguiente día, además de nuevo personal que dificultad manejo del sistema Dinamica.

TABLA COMPARATIVA	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TOTAL
USUARIOS CON APENDICECTOMIA 2018	104	111	85	88	392

TABLA COMPARATIVA	TRIMESTRE 1	TRIMESTRE 2	TRIMESTRE 3	TRIMESTRE 4	TOTAL
USUARIOS CON APENDICECTOMIA 2019	93	118	108	114	433
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR 2018	90%	94%	94%	91%	92,6%
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR 2019	91,39%	93,22%	89,81%	94,73%	92,28%
USUARIOS CON APENDICECTOMIA 2020	131	109	99	123	462
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR 2020	93.1%	89%	95.98%	96.74%	93.72%
USUARIOS CON APENDICECTOMIA 2021	133	139	108	119	499
CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR 2021	96%	94%	95%	89%	94.38%

### INCONSISTENCIAS ENCONTRADAS:

Ahora bien, ya en el análisis integral de los incumplimientos encontramos varias causas que serán soporte de planes de acción de mejora para el año 2022, teniendo en cuenta el comportamiento del último trimestre donde se evidencia descenso en el indicador de oportunidad por debajo de las metas que son sobre el 90%, con el fin de mejorar estas falencias, a saber:

1. Seguimos con los diagnósticos en hora nocturna o en horas de la madrugada el cirujano ordena preparar la cirugía a primer hora de la mañana, porque en ocasiones hay algunos dolores abdominales bizarros que se requiere de imagenología para un mejor diagnóstico.
2. Se realiza el diagnóstico de apendicitis en la historia clínica pero no lo seleccionan en el sistema para que quede registrado el CIE 10, esto hace que se vea afectado el tiempo real en el diagnóstico.
3. Ahora nuestra institución es el centro de referencia del departamento de Arauca, esto hace que la demanda de pacientes apendicectomizados aumente, la cual aún no contamos con infraestructura ya que los pacientes que diagnostican con apendicitis y esta perforada se considera contaminada por lo que primero sacan los procedimientos

limpios para ingresar estas. Se debe aclarar que ya se está trabajando en el mejoramiento de ofertas de turnos quirúrgicos.

4. Tiempo de respuesta de interconsulta donde se confirma apendicitis posterior al procedimiento.

Aún continúa la crisis institucional y funcional de la otra gran empresa social del estado del Departamento, el Hospital San Vicente de Arauca, hacen que la sobredemanda sea amplia, y con ello las dificultades técnicas para cumplir con los deberes en forma oportuna, debido a la falta de infraestructura y recurso humano de nuestra institución.



**INDICADOR 15: NÚMERO DE PACIENTES  
PEDIÁTRICOS CON NEUMONIAS  
BRONCOASPIRATIVAS DE ORIGEN  
INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL**

## **INFORME DEL ANALISIS NEUMONIAS BRONCOASPIRATIVAS E INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCION EN SALUD (IAAS) EN PACIENTES PEDIATRICOS DE ORIGEN INTRAHOSPITALARIO Y VARIACIÓN INTERANUAL 2020-2021**

### **1. MARCO LEGAL**

Dentro de las estrategias de vigilancias de las infecciones asociadas a los dispositivos médicos, el instituto nacional de salud ha venido fortaleciendo a nivel nacional la Vigilancia activa, diaria y prospectiva basada en el paciente a través de la revisión de fuentes de información (HC, registros de microbiología, uso de antibióticos, entrevistas al personal de salud) teniendo en cuenta la población en riesgo días dispositivo, días paciente que conlleva dentro del análisis epidemiológico a casos confirmados (de NAV, ITS-AC, ISTU-AC e ISQ) según cumplan criterios clínicos, radiológicos y de laboratorio del NHSN/CDC Red Nacional de Seguridad en el Cuidado de la Salud del Centro para la Prevención y Control de enfermedades (NSHN/CDC), National Healthcare Safety Network, Centers for Disease Control and Prevention por sus siglas en inglés, en el año 2015; adaptados para Colombia.

Constitución Política Colombiana ARTICULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Decreto 1011 de 2006 reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Resolución 1438 de 2011 Artículo 74, establece la evaluación del plan de gestión del director o gerente de empresas sociales del estado del orden territorial.

Resolución 408 de 2018 en su considerando establece que con la expedición de la resolución 256 de 2016, se dictan disposiciones relacionadas con el sistema de información para la calidad.

Resolución 408 de 2018 en el artículo 3, ajustes a los planes de gestión presentados en 2017.

varias veces superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos.

Cada día, las Infecciones Asociada a la Atención en Salud provocan la prolongación de las estancias hospitalarias, discapacidad a largo plazo, una mayor resistencia de los microorganismos a los antimicrobianos, enormes costos adicionales para los sistemas de salud, elevados costos para los pacientes y sus familias, y muertes innecesarias.

El riesgo para desarrollar infecciones durante los procesos de atención en salud, se relaciona directamente con el modo de transmisión de los agentes infecciosos, el tipo de cuidado y las condiciones inmunológicas de base de los pacientes. Entre estos últimos se destacan la presencia de comorbilidades como antecedente de enfermedad neoplásica, diabetes, desnutrición, presencia de quemaduras extensas o trauma.

El riesgo de adquirir una IAAS es significativamente mayor en Unidades de Cuidados Intensivo (UCI) ya que la población internada en este servicio es considerada de alto riesgo por su condición clínica y por los múltiples procedimientos invasivos a los que están expuestos.

La OMS estima que entre el 5% y el 10% de los pacientes atendidos en instituciones de salud de países desarrollados contraerán una o más infecciones asociadas y que en los países en desarrollo, se calcula que la proporción de pacientes afectados podría superar el 25%.

Más de 1,4 millones de personas en el mundo padecen IAAS; más de 4.384 niños fallecen diariamente por esta causa en países en desarrollo. En Inglaterra, más de 100.000 casos de infecciones nosocomiales causan cada año más de 5.000 muertes relacionadas directamente con dichas infecciones. El impacto de las infecciones asociadas a la atención en salud no es más alentador en América; en Estados Unidos 1 de cada 136 pacientes hospitalizados se enferma gravemente a causa de una infección intrahospitalaria, lo que equivale a 2 millones de casos y aproximadamente 80.000 muertes al año.

En el 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentó formalmente a través de la Circular 045, la Implementación de las estrategias de vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, Resistencia y Consumo de Antibióticos, permitiendo así monitorizar el comportamiento de las Infecciones Asociadas a Dispositivos (IAD): Neumonía Asociada

a Ventilador Mecánico (NAV) en Unidades de Cuidados Intensivos e intermedios (UCI, UCI/I) adulto, pediátrica y neonatal, Infección de Torrente Sanguíneo Asociada a Catéter (ITS-AC) en Unidades de Cuidados Intensivos e intermedios (UCI, UCI/I) adulto, Pediátrica y neonatal e Infección Sintomática del Tracto Urinario Asociada a Catéter (ISTU-AC) en Unidades de Cuidados Intensivos e intermedios (UCI, UCI/I) adulto y Pediátrica y sus agentes causales más frecuentes.

En Colombia se generó un esfuerzo para la creación de la vigilancia nacional de las IAAS, priorizando aquellas asociadas a dispositivos e igualmente la resistencia bacteriana y consumo de antibióticos, en donde en el 2011 el Instituto Nacional de Salud - INS ejecutó una prueba piloto de estos eventos en hospitales de alta complejidad, con el fin de integrar la vigilancia de los eventos anteriormente mencionados al Sistema Nacional de Vigilancia.

Las IAAS en Colombia se encuentran según los lineamientos contenidas en el Decreto 3518 de octubre 9 de 2006 del Ministerio de la Protección Social por el cual se crea y reglamenta el Sistema de vigilancia en salud pública y se dictan otras disposiciones.

En Colombia, teniendo en cuenta la necesidad de contar con información nacional que permita una mejor aproximación a esta problemática y generar acciones para su contención, desde el 2012 mediante la circular 045 de 2012 del MSPS se dio inicio la implementación de la vigilancia de las IAAS en el país priorizando la monitorización de las IAD.

Localmente se tienen diferentes experiencias en cuanto la caracterización del evento y los programas de control de infecciones. En el Distrito de Bogotá el subsistema de vigilancia epidemiológica monitoriza las IAAS desde el año 1998, reportó para el periodo 2012-2013 un aumento de los casos, predominando las infecciones del sitio quirúrgico, seguida de la ISTU asociada y no asociada al catéter.

Las principales infecciones asociadas a dispositivos fueron las infecciones del torrente sanguíneo asociada a catéter en 5,1 casos por 1000 días dispositivo, infecciones urinarias asociadas a catéter con 3,9 casos por 1000 días dispositivo y por último la neumonía asociada a ventilador en 3,6 casos por 1000 días dispositivo.

Así mismo existen grandes avances en ciudades como Medellín en donde el grupo GERMEN y la Secretaria de Salud de Antioquia realizó el seguimiento las entidades

hospitalarias encontrándose que todas contaban con comité de infecciones, conocían de las definiciones de IAAS, poseían protocolos de higiene de manos, ejercían precauciones de aislamiento y el 62,5% tenían protocolo para el estudio de brotes.

### **Descripción del evento**

Se ha establecido que las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) son aquellos procesos infecciosos que no están presentes ni incubándose en el momento de la admisión, pero que se observan durante la estadía hospitalaria o al alta del paciente.

Las IAAS ocurren en cualquier ámbito de atención, incluyendo hospitales, centros de atención ambulatoria, sitios de cuidado crónico y centros de rehabilitación.

Las infecciones se asocian con varias causas, incluyendo, pero no limitándose al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos. Además, las IAAS son causadas por una variedad de agentes infecciosos, incluyendo bacterias, hongos y virus que con frecuencia son de difícil manejo debido a que están asociadas en su mayoría a microorganismos altamente resistentes a la acción de los antimicrobianos.

La definición de IAAS expuesta en el presente protocolo, corresponde a la definición de Infección asociada a la atención en salud (IAAS) y reemplaza otras definiciones previamente utilizadas en otros escenarios tales como infección asociada al cuidado de la salud, infección nosocomial e infección intrahospitalaria.

Las IAAS pueden presentarse en los pacientes de manera localizada o sistémica, como resultado de una reacción adversa en la atención, que conlleva como consecuencia a la presencia de un agente(s) infeccioso(s) o su toxina(s), y pueden ser detectadas durante la estancia hospitalaria o al alta del paciente. Las IAAS en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son las infecciones que no se encuentran presentes ni incubándose en el momento de la admisión a la UCI y que pueden estar relacionadas con el período de internación en la UCI e incluso detectarse después del alta de la unidad.

Dentro del área de Gestión asistencial la ESE Hospital del Sarare, cuenta con un comité institucional creado bajo la resolución #036 cuyo líder responsable es el referente de seguridad del paciente, el cual se reúne mensualmente y analiza los eventos adversos,

incidentes e indicios de atención insegura de los diferentes programas como IAAS, Farmacovigilancia, Tecnovigilancia, Hemovigilancia, Reactivovigilancia, bioseguridad y PGIRASA, y se adoptan planes de mejora y de acuerdo a las alertas tempranas se realizan comités extraordinarios que conllevan a mejorar el indicador de calidad en la atención en salud de nuestros servicios.

También, se dio la adopción de las guías de atención de las complicaciones hemorrágicas asociadas al embarazo o trastornos hipertensivos en la gestante, guía de manejo de la primera causa de egreso de la institución que para este caso es la atención del parto.

Las infecciones serán diagnosticadas y clasificadas a fines del registro epidemiológico según las guías del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC/NHSN; ajuste, 2008) vigilancia de la definición de infecciones asociadas a la atención en salud y criterios específicos).

### **INFECCIÓN ASOCIADA A LA ATENCIÓN EN SALUD (IAAS):**

Toda infección adquirida durante la internación y que no estuviese presente o incubándose al momento de la admisión del paciente, o bien en el caso de un recién nacido, cuando ésta fue adquirida durante su pasaje a través del canal del parto. En el caso de las heridas quirúrgicas la infección puede manifestarse luego del alta del paciente, hasta 30 días o un año dependiendo de la colocación o no de prótesis. Las infecciones que ocurren a las 48 horas después del ingreso suelen considerarse infecciones asociadas a la atención en salud, manifestándose en el tiempo de internación o después del egreso del paciente así: Paciente que ingresó infectado y sale infectado (extra-hospitalaria).

Paciente que ingresó en período de incubación y desarrolló la infección por fuera del hospital (extra-hospitalaria).

Paciente que ingresó sano, adquirió la infección y la desarrolló en el hospital (intrahospitalaria).

Ingresó infectado, se cura, adquiere una nueva infección intrahospitalaria y egresa en período de incubación, pero desarrolla la infección por fuera del hospital (infección intrahospitalaria).

### **NEUMONIA (PNEU):**

La neumonía se identifica utilizando una combinación de criterios radiológicos, clínicos y de laboratorio. Solo se deben reportar los eventos que ocurren en áreas donde están

internados los pacientes cuando la neumonía ocurre, y está asociada a ARM (el paciente fue intubado y colocado en el respirador en ese momento determinado o dentro de las 48 horas previas a presentar el evento). Si la neumonía ocurre 48 horas después del alta del paciente de un sector de hospitalización a otro, se reporta la infección al sector del cual fue dado de alta, no al área actual de internación del paciente.

**NOTA:** no hay un periodo mínimo de tiempo de colocación en ventilación mecánica para que la neumonía se considera asociada al mismo.

**VENTILADOR MECÁNICO:** Es un dispositivo médico que se utiliza para ayudar al paciente a respirar o controlar la respiración continuamente, inclusive durante el período de transición en que se retira el dispositivo, a través de una traqueotomía o intubación endotraqueal.

**NOTA:** No se considera Ventilador mecánico los dispositivos para expandir el pulmón como presión positiva intermitente (IPPB): presión positiva al final de la espiración nasal (PEEP) y presión positiva continua en la vía respiratoria (CPAP, hypoCPAP), no son considerados respiradores a menos que el aire se entregue al paciente utilizando traqueostomía o tubo endotraqueal (ejemplo: CPAP por tubo endotraqueal).

A menos que por traqueotomía o intubación endotraqueal (por ejemplo, dispositivo de presión positiva de la vía aérea endotraqueal (ET-CPAP).

### **CRITERIOS PARA DEFINIR LA NEUMONÍA ASOCIADA A LA ATENCION EN SALUD:**

Aplicables a todas las neumonías.

Periodo de ventana: hace referencia a los 7 días durante los cuales se deben cumplir todos los criterios específicos de infección. Incluye el día en el cual se obtiene la muestra o pruebas diagnósticas cuando es positiva. Se tienen en cuenta los 3 días antes y los tres días después de día de toma de muestra.

Fecha del evento: Se define como la fecha en la cual se detecta el primer elemento diagnóstico de una infección específica (según la definición del CDC) que se produce por primera vez dentro del periodo de ventana el cual comprende 7 días.

Localización de la atribución de la IAD: hace referencia al servicio de hospitalización donde el paciente fue hospitalizado en la fecha que desarrollo la IAD (NAV, ITS-AC, ISTU-AC), la cual, es definida como la fecha de aparición de la primera evidencia clínica o la fecha de la toma de la muestra utilizada para cumplir los criterios de IAD.

Regla de Transferencia: Si una IAD (NAV, ITS-AC, ISTU-AC), se desarrolla dentro de las 48 horas de traslado de un paciente de un servicio de hospitalización a otro en la misma institución ó en una nueva institución, la infección es atribuida al servicio de donde viene trasladado.

Neumonía Asociada a Ventilador mecánico (NAV): Es identificada usando la combinación de criterios radiológicos, clínicos y de laboratorio.

Reportar NEU como asociada a ventilador (NAV) si un paciente cumplió criterios para esta infección y estuvo intubado y ventilado en el momento o dentro de las 48 horas previas al inicio del evento.

NOTA: No hay un período mínimo de tiempo que deba estar puesto el ventilador mecánico para que una NEU sea considerada como asociada a ventilador.

El diagnostico de PNEU efectuado por un médico no es criterio suficiente para considerar una PNEU asociada a la atención en salud IAAS (nosocomial o intrahospitalaria).

La NAV inclusive durante el período de transición en que se retira el dispositivo deberá ser reportada.

Cuando se evalúe un paciente para la presencia de Neumonía, es importante distinguir entre los cambios en el estado clínico debido a otras condiciones de base.

Se debe tener cuidado cuando se evalúen pacientes intubados para distinguir entre la colonización traqueal, las infecciones del tracto respiratorio superior (por ejemplo, traqueobronquitis) y la neumonía de aparición temprana.

La Neumonía debida a aspiración es considerada asociada a la atención en salud no estaba claramente presente o incubándose en el momento de la admisión a la institución.

Aunque hay criterios específicos para pacientes pediátricas, dentro de estos está la neumonía por aspiración es una lesión del parénquima pulmonar producida por la entrada de una sustancia extraña en las vías respiratorias de forma aguda.

Las neumonías aspirativas adquiridas IAAS (de origen intrahospitalaria) representan una parte importante en el contexto de la sepsis nosocomial en general y condicionan, como es bien conocido, un incremento notable en la mortalidad y los costos. Generalmente, los pacientes ingresados a la UCI cursan con alguna enfermedad subyacente que altera su

estado inmunológico y agrava la evolución de las infecciones adquiridas, muchos de los cuales son pacientes debilitados que han sufrido procedimientos invasivos.

Este indicador de calidad se revisó y se analizó mes a mes en el año 2021.

Número de pacientes pediátricos con Neumonías bronco-aspirativas de origen (IAAS) intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación.

Indicador = 
$$\frac{\text{Número de pacientes pediátricos con neumonías bronco-aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia objeto de evaluación}}{\text{Número de pacientes pediátricos con de pacientes pediátricos con neumonías bronco aspirativas de origen intrahospitalario en la vigencia anterior}}$$

El resultado obtenido en la tasa de neumonías broncoaspirativas de origen (IAAS) intrahospitalario fue:

Indicador = 0/0=0.

En conclusión, en el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2021, tenemos un indicador de **cero (0) eventos** de neumonía broncoaspirativa pediátrica (IAAS) intrahospitalaria.

Este resultado se obtuvo mediante la vigilancia epidemiológica activa prospectiva y permanente, se ejecutó el seguimiento a los pacientes nacidos en el hospital del Sarare-ESE y el control y seguimiento, al uso de dispositivos médicos (catéter umbilical, catéter periférico, etc.) y aquellas que comparten espacio físico neonatal.

También a través de la búsqueda activa diaria, en dinámica gerencial estadístico diagnóstico por presuntivos y como cumplimiento de seguimiento a este indicador mensualmente se realiza vigilancia epidemiológica activa, vigilancia epidemiológica dirigida y vigilancia epidemiológica prospectiva, por parte de la referente de seguridad del paciente de la institución, quien cuenta con especialidad en epidemiología; y una auxiliar de 100% dedicada a la labor de rondas diarias de seguridad del paciente y listas de chequeo; dentro

de las fortalezas el Hospital del Sarare – ESE, ha implementado un sistema de educación continua basada en casos clínicos que se analizan mediante el modelo de gestión, según el protocolo de Londres, para obtener herramientas de prevención de eventos adversos para el personal asistencial.

La adherencia del personal asistencial a la adecuada caja de herramientas con la que cuenta la Hospital del Sarare- ESE, entre ellos a capacitaciones continuas, manuales, guías, protocolos, procedimientos etc. Y la puesta en práctica de la guía técnica de buenas prácticas para la seguridad del paciente en atención en salud, ha demostrado gran porcentaje de aceptación.



**CLARA NUBIA ROLON RODRIQUEZ**

Referente de Seguridad del Paciente. Enfermera especialista en Epidemiología.



## **INDICADOR 16: OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)**

## **OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)**

### **INTRODUCCION**

El avance en el diagnóstico y tratamiento de los eventos coronarios agudos ha beneficiado a la población, por el incremento de la sobrevivencia y la mejoría en la calidad de vida después de un episodio índice, debido a la utilización de estrategias como la creación de unidades de dolor torácico, cuyo objetivo ha sido conocer la frecuencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población local, agilizar la atención de los pacientes, incrementar la certeza diagnóstica, establecer la adherencia a las guías de manejo vigentes, disminuir costos y mejorar el pronóstico. Conocemos las estadísticas y publicaciones de países desarrollados, sin embargo, los datos de Latinoamérica son mucho más difíciles de obtener a pesar de presentar en los últimos años, una mayor incidencia y prevalencia de enfermedad coronaria. Entre otros estudios, contamos con la información suministrada por el registro CARMELA, que es un análisis sobre la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular realizado en siete ciudades latinoamericanas (1553 colombianos de 11550 pacientes latinos), en los cuales se documentó que los factores de riesgo más comunes fueron tabaquismo (30%), obesidad (23%), síndrome metabólico (20%), hipertensión arterial (18%), hipercolesterolemia (14%), diabetes mellitus (7%) y placa carotídea en el 8%. También se cuenta con el estudio INTERHEART, el cual evaluó la presencia de factores de riesgo en pacientes hospitalizados por infarto agudo de miocardio y los comparó con una población “sana”. Se desarrolló en 52 países e incluyó a 1888 pacientes latinoamericanos y 1200 controles, (cerca de 3000 personas, 11% del total mundial) de los cuales 800 fueron colombianos y sus resultados demostraron alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en todo el mundo, incremento del riesgo de un evento coronario entre 2 a 4 veces si fuma o si es diabético, hipertenso o dislipidémico; si se combinan factores el riesgo aumenta, hasta 13 veces si fuma y es diabético o hipertenso; si además tiene niveles lipídicos inadecuados, el riesgo aumenta 42 veces. El análisis univariado del riesgo demuestra que los niveles inadecuados de lípidos son responsables de casi 50% de los infartos agudo de miocardio (IAM) en el mundo; el tabaco da cuenta de un tercio y los factores psicosociales, como estrés y depresión, de casi un tercio más; la obesidad representa el 20%. El consumo de alcohol, el ejercicio y el consumo diario de frutas y vegetales son factores protectores y la ausencia de ellos constituye un factor de riesgo. Por último el registro internacional más importante hasta el momento es el GRACE que cuenta con más de 102000 pacientes, de los cuales un porcentaje no despreciable son latinoamericanos. En este se ha reportado la incidencia de factores de riesgo cardiovascular así: Diabetes mellitus 23%, hipertensión arterial 58%, infarto de miocardio previo 32%, dislipidemia 45% y tabaquismo 58%. La mortalidad establecida en el registro GRACE es del 7% para el IAMST, 4% para el IAMNST y del 3% para la AI. Según la organización

Mundial de la salud (OMS) cada dos segundos se produce una muerte por enfermedad cardiovascular en el mundo, cada cinco segundos un infarto de miocardio y cada seis segundos un evento cerebrovascular, esto sitúa la cardiopatía isquémica como responsable del treinta por ciento de muertes en todo el mundo constituyendo la principal causa de fallecimiento. Estados Unidos reporta casi 700000 personas fallecidas anualmente por enfermedades cardiovasculares. En España en el año 2000 se reportaron 125723 muertes, lo que supone el 35% de todas las defunciones, con una tasa bruta de mortalidad de 315 por 100.000 habitantes. En Colombia existe información basada en estudios que tienen en cuenta los certificados de defunción y muestran que entre el año 1970 y 2000 no ha disminuido significativamente la mortalidad, en 1970 era de 94 muertes por 100000 habitantes y para el 2000 de 93 por 100000 habitantes. Esta información de la población general del país, revela la gravedad de la enfermedad coronaria y la sitúa como la principal causa de muerte en el país, mayor aún que los homicidios que ocupan el segundo lugar. Sin embargo, no se cuenta con información acerca de la mortalidad del síndrome coronario agudo. De acuerdo con las estadísticas publicadas por el ministerio de la protección social en el informe sobre la situación de salud en Colombia, indicadores de salud 2007, la enfermedad isquémica del corazón es la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años de edad o más, e incluso supera las muertes violentas o el cáncer, combinados

A pesar de los efectos causados por la enfermedad aterosclerótica y en especial por su manifestación como síndrome coronario agudo, existe evidencia científica suficiente para demostrar que la intervención adecuada, específicamente en la etapa aguda, permite modificar la progresión de la enfermedad y minimizar el daño que se produce en el corazón, con la consecuente disminución en la mortalidad y la mejoría en la calidad de vida del grupo poblacional afectado o en riesgo. La atención de las personas con enfermedad cardiovascular comienza antes de que se haga clínicamente manifiesta, y es posible que este tipo de acercamiento sea el que produzca mejores resultados. La eliminación completa de la enfermedad coronaria, mejoraría la expectativa de vida en 9,8 años, mientras que la eliminación completa de todas las formas de cáncer lo haría en tan sólo 3 años. La asistencia médica temprana, el diagnóstico precoz y la instauración del tratamiento adecuado, de acuerdo con la estratificación del riesgo, permitirán cambiar el impacto en la morbimortalidad causada por el síndrome coronario agudo.

## **MARCO LEGAL**

Constitución Política Colombiana ARTICULO 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Decreto 1011 de 2006 reglamenta el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en salud del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Los artículos 72 y 74 de la Ley 1438 de 2011 definieron los contenidos, términos y procedimientos para la presentación, aprobación y evaluación del plan de gestión a presentar por parte de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado - ESE del orden territorial; además en desarrollo de tales disposiciones se expidió la Resolución 710 de 2012, modificada por la Resolución 743 de 2013, que contiene los Anexos 1, 2, 3, 4, y 5, en la que se encuentran las condiciones y metodología para la elaboración y presentación del plan de gestión por parte de los gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado del orden territorial, los indicadores y estándares por áreas de gestión, el instructivo para la calificación, la matriz de calificación y la escala de resultados

Resolución 408 de 2018 en su considerando 3 establece que con la expedición de la resolución 256 de 2016 se dictan disposiciones relacionadas con el sistema de información para la calidad.

Resolución 408 de 2018 en el artículo 3, ajustes a los planes de gestión presentados en 2017 y a los informes de cumplimiento de dicho plan.

Resolución 38A de febrero 27 del 2018 del Hospital del Sarare sobre adopción de las guías de atención de las complicaciones o trastornos hipertensivos en la gestante, guía de manejo de la primera causa de egreso de la institución que para este caso es la atención del parto, oportunidad en la atención específica en paciente al egreso con diagnóstico de infarto agudo de miocardio (IAM) en el Hospital del Sarare ESE.

## **VARIABLE A MEDIR: INDICADOR 16: “OPORTUNIDAD EN LA ATENCIÓN ESPECÍFICA DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO AL EGRESO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IAM)”**

### **1. ACTO ADMINISTRATIVO DE ADOPCIÓN DE LA GUÍAS**

Resolución 38A febrero 27 de 2018 “Por lo cual se adoptan las guías de atención de las complicaciones o trastornos hipertensivos en las gestantes, la guía de atención del parto y la guía de atención de infarto agudo de miocardio IAM.

### **2. DEFINICIONES**

**-Infarto Agudo de Miocardio:** El infarto agudo de miocardio es una patología que se caracteriza por la muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente una arteria coronaria que ocasiona una deficiencia total de oxígeno a la región distal de su área de irrigación.

**-Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios (Dec 1011/2006).

**-Hora Dorada (Gold Hour):** En caso de infarto de miocardio, los especialistas hablan de la hora de oro para referirse a los primeros sesenta minutos que siguen a los primeros síntomas, en los que si se consigue atender al paciente, la mortalidad se reduce considerablemente. Sin embargo, muchos pacientes suelen esperar demasiado antes de llamar a los servicios de emergencia médicas, desperdiciando un tiempo vital.

**-Terapia Específica:** aquella en la que el tratamiento se dirige a la erradicación de uno o más de los agentes etiológicos o causantes de la enfermedad.

### 3. EVALUACIÓN DEL INDICADOR

Para la evaluación de este indicador se tuvieron en cuenta diferentes variables:

#### 5.1. Factores de inclusión

Todo paciente quien ingresa por el servicio de urgencia del hospital del Sarare que presente clínica de infarto agudo de miocardio.

#### 5.2. Factores de exclusión

Se excluyen todos los pacientes que cumplen el criterio de síntomas de Síndrome Coronario Agudo que no posee positiva en la Troponina, con cambios o no electrocardiográficos

#### 5.3. Factores evaluados

El mejor tratamiento del infarto agudo de miocardio es la **intervención coronaria percutánea primaria (ICPP)** siempre que se cumplan una serie de condiciones, entre las que destaca que el tiempo puerta-balón sea inferior a 90 minutos.

Siguiendo el indicador de la Resolución 408 del 2018, donde nos precisa “Terapia específica”, no se es claro el alcance del mismo y basado en la “Guía de Práctica Clínica para el Síndrome Coronario Agudo | Tercera edición. 2017” del Ministerio de la Protección Social, el Hospital del Sarare hizo una división de dos escenarios para la aplicación de la Terapia específica, según su nivel de atención, a saber:

NIVEL DE INTERVENCIÓN	INTERVENCIÓN
NIVEL BÁSICO	TERAPIA FARMACOLÓGICA
NIVEL AVANZADA	TERAPIA DE REVASCULARIZACIÓN

Para efectos del seguimiento de la guía técnica y basados en el nivel de complejidad de los servicios habilitados, serán tomados como terapia específica, el nivel básico, el cual se incluye la terapia farmacológica que se realiza en el servicio de Urgencias de la ESE HOSPITAL DEL SARARE hasta las terapias fibrinolíticas, que aunque es requirente de una unidad de hemodinámica, se ejecuta con la responsabilidad que amerita, teniendo en cuenta los múltiples factores en pro o en contra (ventana fibrinolíticas, contraindicaciones tanto absolutas como relativas, además del riesgo de la variable riesgo-beneficio de salvaguardar las complicaciones de este tipo de terapia).

De la guía de Práctica Clínica para el Síndrome Coronario Agudo | Tercera edición. 2017” del Ministerio de la Protección Social, se sustrajo:

EVENTO	INTERVENCIÓN	RECOMENDACIÓN
ASA desde la sala de urgencias	Se recomienda utilizar una dosis de mantenimiento de ASA entre 75 mg y 100 mg diarios después de la dosis de carga de 300mg en SCA.	Fuerte a favor
Clopidogrel desde urgencias	Se recomienda administrar la dosis de carga de Clopidogrel desde la sala de urgencias a todos los pacientes con síndrome coronario agudo con ST y a los pacientes con síndrome coronario agudo sin ST de riesgo moderado y alto que no sean candidatos a la utilización de prasugrel o ticagrelor.	Fuerte a favor.
Inhibidores de la bomba de protones y anti-agregación dual	Se recomienda administrar inhibidores de la bomba de protones a pacientes con alto riesgo de sangrado que estén siendo tratados con anti-agregación dual con ASA y Clopidogrel.	Fuerte a favor.

Uso de anticoagulación con Enoxaparina	Se recomienda el uso de anticoagulación con enoxaparina en lugar de heparinas no fraccionadas, en pacientes con SCA sin ST. En caso de no estar disponible la enoxaparina se puede administrar heparina no fraccionada.	Fuerte a favor.
Estatinas desde la sala de urgencias	Se recomienda administrar estatinas después de un síndrome coronario agudo en el servicio de urgencias	Fuerte a favor

### LISTA DE CHEQUEO

#### ADHERENCIA A GUÍA DE ATENCIÓN Y OPORTUNIDAD DE INICIO TERAPIA ESPECÍFICA INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

PTE FUE VISTO ANTES DE LOS 60 MIN.		FUE VALORADO POR ESPECIALISTA	
TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL		RECIBIÓ MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	
SE TOMO UN EKG ANTES DE LOS 60 MIN.		SE ADMINISTRO TROMBOLISIS SEGÚN INDICACIÓN	
SE LE ADMINISTRO ASA AL INGRESO		SE LE ADMINISTRO CLOPIDROGEL SEGÚN INDICACIÓN	
SE LE ADMINISTRO ANTICOAGULANTES SEGÚN INDICACIÓN		SE LE ADMINISTRO ESTATINAS	
SE LE ADMINISTRO INH BOMBA PROTONES		FUE REMITIDO A NIVEL SUPERIOR	
SE TOMARON ENZIMAS CARDIACAS.			

S: CUMPLE, N: No cumple; NA: No aplica

IDENT	NOMBRE	MUNICIPIO	EPS	GENERO	EDAD	OBSERVACION	PTE FUE VISTO ANTES DE LOS 60 MIN.	TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL	SE TOMO UN EKG ANTES DE LOS 60 MIN.	SE LE ADMINISTRÓ ASA AL INGRESO	SE LE ADMINISTRÓ ANTICOAGULANTES SEGÚN INDICACIÓN	SE LE ADMINISTRÓ INH BOMBA PROTONE S	SE TOMARON ENZIMAS CARDIACAS.	FUE VALORADO POR ESPECIALISTA	RECIBIO MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	SE ADMINISTRÓ TROMBOLISIS SEGÚN INDICACIÓN	SE LE ADMINISTRÓ CLOPIDROGEL SEGÚN INDICACIÓN	SE LE ADMINISTRÓ ESTATINAS	FUE REMITIDO A NIVEL SUPERIOR	%
1	28332580	CARMEN ALICIA MONCADA DE PAEZ	FORTUL	NUEVA E.P.S S.A.	F	67	I NIVEL	S	S	S	NA	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
2	13500121	JUVENAL CACERES PABON	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	M	51	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	92%
3	60250561	MARIA MERCEDES CAMARGO CARRILLO	SARAVENA	COMPARTA EPS-S	F	67	S	S	S	N*	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	92%
4	4981509	CARMEN ANGEL GUEVARA CARPIO	FORTUL	COMPARTA EPS-S	M	83	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
5	24249111	ROSA ELVIRA BENITEZ DE CASTRO	TAME	UT. RED INTEGRADA FOSCAL - CUB	F	65	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
6	33169887	CIELO DE JESUS PADILLA PAYARES	SARAVENA	COMPARTA EPS-S	F	71	NA	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
7	9465413	ANTONIO MARIA BATECA ANGARITA	CUBARA	COOSALUD ESS	M	65	S	S	S	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	100 %
8	96165351	HOPPNER JESUS URREGO CASANOVA	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	M	57	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
9	88156474	YOLIMAR AGUIRRE BECERRA	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	M	50	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
10	1116865891	SUSANA CRUZ MENDOZA	SARAVENA	COMPARTA EPS-S	F	60	NA	S	S	N*	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	91%
11	68300368	SARA NIEVES TINEO	TAME	COMPARTA EPS-S	F	60	S	S	S	N	NA	N	S	S	NA	NA	N	NA	NA	63%
12	24244444	EMIDIA GOMEZ SANTOS	ARAUQUITA	NUEVA E.P.S S.A.	F	68	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
13	22006419	ROSA ELISA GIRALDO DE AGUDELO	ARAUQUITA	COMPARTA EPS-S	F	84	I NIVEL	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
14	3586156	JESUS ANTONIO GIRALDO VANEGAS	FORTUL	COMPARTA EPS-S	M	77	I NIVEL	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
15	1094245409	EVER YOVANNY TORRES VERA	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	M	33	S	S	S	S	S	N	S	S	S	NA	S	S	S	92%
16	17525074	RODOLFO RINCON GONZALEZ	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	M	77	S	S	S	S	S	N	S	S	S	NA	S	S	S	92%
17	17527222	CARLOS RAMON HERNANDEZ	ARAUQUITA	COMPARTA EPS-S	M	65	S	S	S	N*	S	N	S	S	S	NA	N*	S	S	75%
18	27785709	BLANCA HAYDEE CONTRERAS RAMIREZ	SARAVENA	COMPARTA EPS-S	F	72	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %

IDENT	NOMBRE	MUNICIPIO	EPS	GENERO	EDAD	OBSERVACION	PTE FUE VISTO ANTES DE LOS 60 MIN.	TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL	SE TOMO UN EKG ANTES DE LOS 60 MIN.	SE LE ADMINISTRÓ ASA AL INGRESO	SE LE ADMINISTRÓ ANTICOAGULANTES SEGÚN INDICACIÓN	SE LE ADMINISTRÓ INHIBIDOR DE BOMBA PROTONÉSICA	SE TOMARON ENZIMAS CARDIACAS.	FUE VALORADO POR ESPECIALISTA	RECIBIÓ MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	SE ADMINISTRÓ TROMBOLISIS SEGÚN INDICACIÓN	SE ADMINISTRÓ CLOPIDROGEL SEGÚN INDICACIÓN	SE LE ADMINISTRÓ ESTATINAS	FUE REMITIDO A NIVEL SUPERIOR	%
19	13346071	GONZALO AYALA MARIN	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	M	72	NA	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
20	1089367	ROMAN BERDUGO CORREDOR	TAME	NUEVA E.P.S S.A.	M	63	I NIVEL	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
21	96030047	LUIS EMILIO DELGADILLO	PUERTO RONDON	COMPARTA EPS-S	M	64	I NIVEL	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
22	17547387	SIMON DANILO GALAN DUEÑAS	TAME	NUEVA E.P.S S.A.	M	58		S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
23	27735212	VIRGINIA FLOREZ VDA DE CAÑAS	CUBARA	COOSALUD ESS	F	95	I NIVEL	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
24	17526171	JOSE DEL CARMEN PABON	SARAVENA	COMPARTA EPS-S	M	63		S	S	N*	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	92%
25	26674845	ISABEL MARIA BARBOSA DE SANCHEZ	ARAQUIETA	NUEVA E.P.S S.A.	F	83		S	S	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	92%
26	28386589	RITA JAIMES DE ORTIZ	SARAVENA	COMPARTA EPS-S	F	77	I NIVEL	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
27	4301761	ISAIAS OLIVOS RODRIGUEZ	TAME	NUEVA E.P.S S.A.	M	88		S	S	NA	S	S	S	S	N	NA	S	S	N	82%
28	18930436	HERNAN VACCA CASTILLA	FORTUL	COMPARTA EPS-S	M	75		S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
29	5755903	MAURICIO CRUZ CRUZ	ARAQUIETA	COOSALUD ESS	M	68		S	S	S	S	S	N	S	S	NA	S	S	S	92%
30	VEN5737023	ROSA AMERICA DOMINGUEZ DE OLIVARES	ARAQUIETA	ATENCION A EXTRANJEROS	F	87		S	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	N	77%
31	7230015	HECTOR JOSE SANABRIA MARTINEZ	TAME	COMPARTA EPS-S	M	70		S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	100%
32	471377	CIRO ACEVEDO	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	M	87	N	S	N	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	75%
33	27945296	JUANA ISABEL RANGEL DE GUARNIZO	ARAQUIETA	NUEVA E.P.S S.A.	F	86		S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
34	1139573	JOSE RAFAEL CUEVAS GOMEZ	SARAVENA	COMPARTA EPS-S	M	83	N	S	N	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	75%
35	5623225	JUAN MARIA VERDUGO CAMACHO	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	M	80	N	S	N	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	75%
36	1007347263	INGRID JOHANA HURTADO CRUZ	SARAVENA	#N/A	F	30		S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
37	17581615	CIRO ANTONIO CONTRERAS VILLAMIZAR	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	M	69	NA	S	S	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	91%
38	6610041	HORACIO CALDERON CHIA	PUERTO RONDON	COMPARTA EPS-S	M	83		S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%

IDENT	NOMBRE	MUNICIPIO	EPS	GENERO	EDAD	OBSERVACION	PTE FUE VISTO ANTES DE LOS 60 MIN.	TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL	SE TOMO UN EKG ANTES DE LOS 60 MIN.	SE LE ADMINISTRÓ ASA AL INGRESO	SE LE ADMINISTRÓ ANTICOAGULANTES SEGÚN INDICACIÓN	SE LE ADMINISTRÓ INHIBIDORES DE LA BOMBA CARDIACA	SE TOMARON ENZIMAS CARDIACAS	FUE VALORADO POR ESPECIALISTA	RECIBIO MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	SE ADMINISTRÓ TROMBOLISIS SEGÚN INDICACIÓN	SE ADMINISTRÓ CLOPIDROGEL SEGÚN INDICACIÓN	SE LE ADMINISTRÓ ESTATINAS	FUE REMITIDO A NIVEL SUPERIOR	%
39	88153546	JOSE PASCUAL GELVEZ ALBARRACIN	TAME	UT. RED INTEGRADA FOSCAL - CUB	M	55	S	S	S	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	92%
40	26921840	CARMEN EDILMA BLANCO DE VELASQUEZ	ARAQUIITA	COMPARTA EPS-S	F	77	NA	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
41	40513103	FLOR MARIA HERREÑO GALEANO	FORTUL	COMPARTA EPS-S	F	54	S	S	S	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	92%
42	9465965	PEDRO RIQUERME SOLANO RANGEL	ARAQUIITA	COMPARTA EPS-S	M	56	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	100%
43	27950855	ALIETA OCHOA COTE	SARAVENA	COMPARTA EPS-S	F	78	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
44	88226660	RONNY DUSTY LOPEZ ARCINIEGAS	ARAQUIITA	NUEVA E.P.S S.A.	M	46	S	S	S	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	92%
45	5456207	ALVARO SUAREZ	CUBARA	COMPARTA EPS-S	M	82	S	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
46	9165295	BENJAMIN ALVARINO DONADO	ARAQUIITA	NUEVA E.P.S S.A.	M	65	NA	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
47	13240562	LUIS ALBERTO GALVIS GOMEZ	SARAVENA	COOSALUD ESS	M	72	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
48	9651129	FRANCISCO JAVIER ORTIZ GONZALEZ	SARAVENA	COMPARTA EPS-S	M	71	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
49	1178955	ISMAEL GODOY RODRIGUEZ	TAME	SANITAS S.A	M	86	S	S	S	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	92%
50	13826108	JOSE VICENTE GUERRERO CONTRERAS	SARAVENA	COMPARTA EPS-S	M	68	S	S	S	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	92%
51	17528945	CIRO EVELIO BASTOS ORTIZ	SARAVENA	COOSALUD ESS	M	56	S	S	S	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	92%
52	17549368	WILLIAM SAENZ ARIZA	FORTUL	UT. RED INTEGRADA FOSCAL - CUB	M	53	S	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
53	21131749	MARIA ISILDA RODRIGUEZ GUZMAN	FORTUL	SANITAS S.A	F	73	S	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
54	24244348	FLOR MARIA CARDENAS PACHECO	TAME	NUEVA E.P.S S.A.	F	70	S	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
55	24248573	CARMEN AURORA PEREZ	TAME	NUEVA E.P.S S.A.	F	75	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%
56	27785834	MARIA TERESA RINCON VALENCIA	SARAVENA	COMPARTA EPS-S	F	74	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100%

IDENT	NOMBRE	MUNICIPIO	EPS	GENERO	EDAD	OBSERVACION	PTE FUE VISTO ANTES DE LOS 60 MIN.	TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL	SE TOMO UN EKG ANTES DE LOS 60 MIN.	SE LE ADMINISTRÓ ASA AL INGRESO	SE LE ADMINISTRÓ ANTICOAGULANTES SEGÚN INDICACIÓN	SE LE ADMINISTRÓ INHIBIDORES DE LA BOMBA PROTONICA	SE TOMARON ENZIMAS CARDIACAS.	FUE VALORADO POR ESPECIALISTA	RECIBIO MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	SE ADMINISTRÓ TROMBOLISIS SEGÚN INDICACIÓN	SE LE ADMINISTRÓ CLOPIDROGEL SEGÚN INDICACIÓN	SE LE ADMINISTRÓ ESTATINAS	FUE REMITIDO A NIVEL SUPERIOR	%
57	33515581	ANA ADELINA VALENCIA ANTOLINEZ	ARAQUI TA	NUEVA E.P.S.S.A.	F	59	S	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
58	37214387	TERESA CORSIO	SARAVENA	NUEVA E.P.S.S.A.	F	75	S	S	S	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	92%
59	5575122	HERNANDO RICO CHAPARRO	SARAVENA	NUEVA E.P.S.S.A.	M	74	S	S	S	S	S	S	S	S	N	NA	S	S	S	92%
60	60284886	GRACIELA DIAZ DE GELVEZ	SARAVENA	COOSALUD ESS	F	64	S	S	S	N	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	75%
61	60342163	BEATRIZ ELENA HERNANDEZ SANCHEZ	SARAVENA	UT. RED INTEGRADA FOSCAL - CUB	F	52	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
62	63320285	NELY MENDEZ BELTRAN	FORTUL	NUEVA E.P.S.S.A.	F	57	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
63	68245532	YANETH ROJAS VEGA	SARAVENA	COOSALUD ESS	F	56	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
64	96185639	ISIDRO SANABRIA RAMIREZ	SARAVENA	NUEVA E.P.S.S.A.	M	57	S	S	S	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	92%
65	9651129	FRANCISCO JAVIER ORTIZ GONZALEZ	SARAVENA	COMPARTA EPS-S	M	72	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
66	VEN16532 519	YOLIMA GARCIA BARAJAS	SARAVENA	ATENCION A EXTRANJEROS	F	43	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
67	VEN58408 44	HUGO ALDANA GRATEROL	FORTUL	ATENCION A EXTRANJEROS	M	70	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
68	1051091	ILDEFONSO REYES DIAZ	SARAVENA	NUEVA E.P.S.S.A.	M	89	N	S	S	N	S	S	N	S	S	NA	N	S	S	67%
69	1189623	TOMAS MORENO RODRIGUEZ	SARAVENA	COOSALUD ESS	M	81	S	S	S	N	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	92%
70	13217821	PLUTARCO GUERRERO CONTRERAS	TAME	NUEVA E.P.S.S.A.	M	79	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
71	13244865	LUIS SUAREZ ARTEAGA	FORTUL	NUEVA E.P.S.S.A.	M	71	S	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	NA	S	S	100 %
72	1408067	ALEXANDER COROMOTO LOMBANO	ARAQUI TA	NUEVA E.P.S.S.A.	M	56	S	S	S	NA	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	100 %
73	17528735	ISRAEL REATIGA JACOME	SARAVENA	NUEVA E.P.S.S.A.	M	58	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
74	17548657	HECTOR JOSE SANCHEZ NIEVES	TAME	SANITAS S.A	M	55	S	S	S	NA	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	100 %
75	17555250	GONZALO ARDILA	ARAQUI TA	NUEVA E.P.S.S.A.	M	77	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %

IDENT	NOMBRE	MUNICIPIO	EPS	GENERO	EDAD	OBSERVACION	PTE FUE VISTO ANTES DE LOS 60 MIN.	TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL	SE TOMO UN EKG ANTES DE LOS 60 MIN.	SE LE ADMINISTRÓ ASA AL INGRESO	SE LE ADMINISTRÓ ANTICOAGULANTES SEGÚN INDICACIÓN	SE LE ADMINISTRÓ INHIBIDOR DE BOMBA PROTONES	SE TOMARON ENZIMAS CARDIACAS.	FUE VALORADO POR ESPECIALISTA	RECIBIO MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	SE ADMINISTRÓ TROMBOLISIS SEGÚN INDICACIÓN	SE LE ADMINISTRÓ CLOPIDROGEL SEGÚN INDICACIÓN	SE LE ADMINISTRÓ ESTATINAS	FUE REMITIDO A NIVEL SUPERIOR	%	
76	21131749	MARIA ISILDA RODRIGUEZ GUZMAN	FORTUL	SANITAS S.A	F	73	I NIVEL ARAUQUITA	S	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	NA	S	S	100 %
77	23506339	MARIA VERA DE NUÑEZ	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	F	85		S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
78	26859993	ANA DEL CARMEN CACERES CARDENAS	ARAUQUITA	NUEVA E.P.S S.A.	F	91	ANGINA	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
79	27660475	ROSA MARY CORONEL DE MONTAÑO	ARAUQUITA	NUEVA E.P.S S.A.	F	73	SALIDA V	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
80	27884176	PURIFICACION TORRES ORTEGA	TOLEDO	COOSALUD ESS	F	77	DX PARO CARDIACO	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	100 %
81	40510187	SUSANA FONTECHA DE TELLEZ	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	F	71		S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
82	40535082	CRISTINA ROCHA	ARAUQUITA	SANITAS S.A	F	73		S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
83	40550007	OLIMPIA HERREÑO DE GONZALEZ	ARAUQUITA	NUEVA E.P.S S.A.	F	76		S	S	S	NA	NA	S	S	S	S	NA	NA	S	S	100 %
84	4114473	JORGE ARTURO RAMIREZ ZARATE	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	M	39		S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
85	5474643	GILBERTO CARRILLO TARAZONA	ARAUQUITA	SANITAS S.A	M	82		S	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	NA	S	S	100 %
86	68245131	LUZ NUBIA PARADA	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	F	55		S	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	NA	S	S	100 %
87	88160241	GERMAN ALEXANDER RUIZ CHACON	SARAVENA	COOMEVA	M	48		S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
88	91436917	RAMIRO JIMENEZ PEREZ	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	M	50		S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	92%
89	91498408	NOE CARDENAS TORRES	SARAVENA	NUEVA E.P.S S.A.	M	44		S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
90	96166426	FERNEL GARCIA	TAME	NUEVA E.P.S S.A.	M	51		S	S	S	NA	S	S	S	S	S	NA	N	S	S	91%
91	96195031	YUBERNEY VELASQUEZ SANCHEZ	TAME	NUEVA E.P.S S.A.	M	38		S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %
92	VEN7055603	JOSE SIMON PANDARE	SARAVENA	UAESA	M	65		S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	S	S	100 %

Fuente historias clínicas electrónica DINAMICA Hospital del Sarare ESE 2021

N: No realizado

S; Realizado

N\*: Realizado en forma inoportuna

NA: Ya realizado en I nivel de atención



## CONCLUSION

USUARIO	%	CUMPLE	USUARIO2	%3	CUMPLE4	USUARIO5	%6	CUMPLE7
1	100%	SI	32	75%	NO	63	100%	SI
2	92%	SI	33	100%	SI	64	92%	SI
3	92%	SI	34	75%	NO	65	100%	SI
4	100%	SI	35	75%	NO	66	100%	SI
5	100%	SI	36	100%	SI	67	100%	SI
6	100%	SI	37	91%	SI	68	67%	NO
7	100%	SI	38	100%	SI	69	92%	SI
8	100%	SI	39	92%	SI	70	100%	SI
9	100%	SI	40	100%	SI	71	100%	SI
10	91%	SI	41	92%	SI	72	100%	SI
11	63%	NO	42	100%	SI	73	100%	SI
12	100%	SI	43	100%	SI	74	100%	SI
13	100%	SI	44	92%	SI	75	100%	SI
14	100%	SI	45	100%	SI	76	100%	SI
15	92%	SI	46	100%	SI	77	100%	SI
16	92%	SI	47	100%	SI	78	100%	SI
17	75%	NO	48	100%	SI	79	100%	SI
18	100%	SI	49	92%	SI	80	100%	SI
19	100%	SI	50	92%	SI	81	100%	SI
20	100%	SI	51	92%	SI	82	100%	SI
21	100%	SI	52	100%	SI	83	100%	SI
22	100%	SI	53	100%	SI	84	100%	SI
23	100%	SI	54	100%	SI	85	100%	SI
24	92%	SI	55	100%	SI	86	100%	SI
25	92%	SI	56	100%	SI	87	100%	SI
26	100%	SI	57	100%	SI	88	92%	SI
27	82%	NO	58	92%	SI	89	100%	SI
28	100%	SI	59	92%	SI	90	91%	SI
29	92%	SI	60	75%	NO	91	100%	SI
30	77%	NO	61	100%	SI	92	100%	SI
31	100%	SI	62	100%	SI			

Fuente historias clínicas electrónica DINAMICA Hospital del Sarare ESE 2021

#### 4. APLICACIÓN DE FORMULAS

##### 6.1. FORMULA DEL INDICADOR (RESOLUCION 408/2018)



*Número de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio a quienes se inició la terapia específica de acuerdo con la guía de manejo para infarto Agudo de Miocardio dentro de la primera hora posterior a la realización del diagnóstico de la vigencia objeto de la evaluación*

---

*Total, de pacientes con diagnóstico de egreso de Infarto Agudo de Miocardio en la vigencia objeto de evaluación*

**APLICACIÓN DE LA FORMULA DE INDICADOR DE OPORTUNIDAD**

$$x = \frac{83}{92} = 90.21\%$$

Fuente historias clínicas Hospital del Sarare ESE 2021

**ANALISIS DEL INDICADOR**

De los 92 pacientes que ingresaron por el servicio de urgencia de la ESE HOSPITAL DEL SARARE correspondientes al año 2021 cumplieron con el indicador de oportunidad en cuanto al inicio de la terapia específica de acuerdo a la guía de manejo para Infarto Agudo de Miocardio del ministerio adoptada por la institución, equivalente al 90.21% de oportunidad superando el estándar de evaluación según resolución.

**ANALISIS DEL RESULTADO**

De los 92 casos de IAM, vistos en el Hospital del Sarare durante el año 2021, el 90.21% de los pacientes atendidos cumplieron con el indicador de la oportunidad de atención. Se resalta la importancia del cumplimiento de este indicador ya que por medio de este podemos disminuir la tasa de mortalidad de esta patología.

**5. CUMPLIMIENTO DE LOS ELEMENTOS DE CHEQUEO – MEJORAS**

ELEMENTO DE CHEQUEO	CUMPLIMIENTO
PTE FUE VISTO ANTES DE LOS 60 MIN.	95%
TOMA DE TENSIÓN ARTERIAL	100%
SE TOMO UN EKG ANTES DE LOS 60 MIN.	97%
SE LE ADMINISTRO ASA AL INGRESO	63%
SE LE ADMINISTRO ANTICOAGULANTES SEGÚN INDICACIÓN	100%
SE LE ADMINISTRO INH BOMBA PROTONES	96%
SE TOMARON ENZIMAS CARDIACAS.	98%
FUE VALORADO POR ESPECIALISTA	100%
RECIBIÓ MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	97%



ELEMENTO DE CHEQUEO	CUMPLIMIENTO
SE ADMINISTRO TROMBOLISIS SEGÚN INDICACIÓN	100%
SE LE ADMINISTRO CLOPIDROGEL SEGÚN INDICACIÓN	95%
SE LE ADMINISTRO ESTATINAS	100%
FUE REMITIDO A NIVEL SUPERIOR	98%

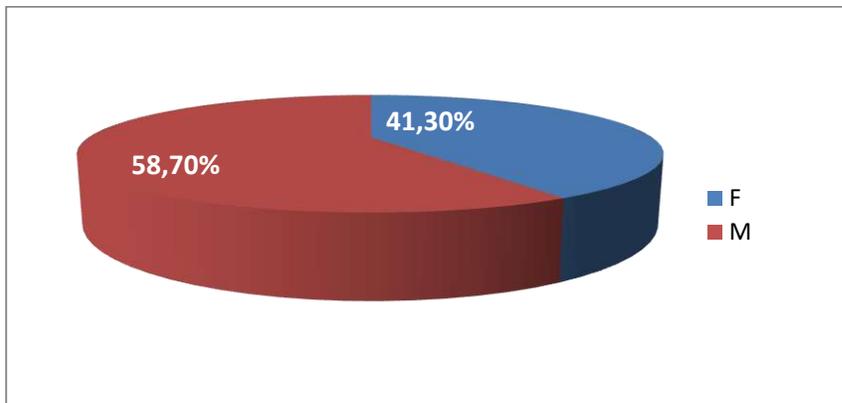
En la lista de chequeo encontramos 13 ítems de los cuales cobra especial atención el inoportuno suministro del Ácido Acetil Salicílico. Dado que solo hay una hora para hacerlos, y haciendo análisis encontramos que:

1. Paciente infartado intrahospitalario: Para ello sugerimos que:
  - Suministrar la medicación antiagregante ante la sospecha, a menos que exista contraindicación absoluta
  - Hacer seguimiento estricto ante la sospecha para evitar pasar el tiempo
  - Hacer registros con fecha y hora estricta y no aproximada
2. Si el paciente infartado es en urgencias
  - Ekg en Triage sin mediar orden médica.
  - Tener kit antiagregante para suministrarse desde el Triage a menos que exista contraindicación absoluta
  - Subir el nivel de Triage ante dolor anginoso para que la atención sea más oportuna
  - Mejorar la Oportunidad del laboratorio ante una Troponina positiva (informar)

## 6. PERFIL DE LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO EN EL 2021

El hospital en el año 2021, se atendió y egreso 92 pacientes con dx de **INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO**, los cuales dentro de su perfil se evidencia:

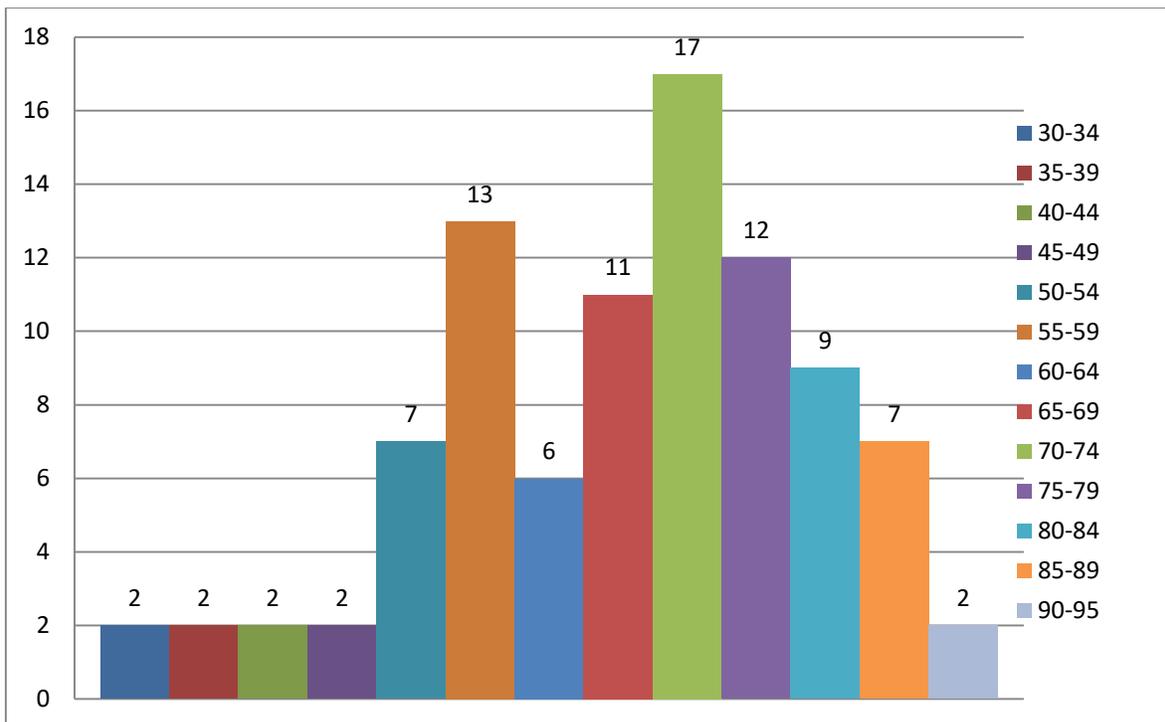
### POR GENERO:



Esta variable se considera de mucha importancia para determinar que genero está más predispuesto a desencadenar eventos coronario, para realizar estrategias para su prevención. En el Hospital del Sarare durante el año 2021, se evidencia que el género masculino fue el que más presento infarto agudo de miocardio en un 58% y el género femenino en 41.3% siendo este con menor frecuencia. En comparación con estudios realizados a nivel mundial que presumen 2:1, hay una variedad de estudios, contamos con la información suministrada por el registro CARMELA que es un análisis sobre la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular realizado en siete ciudades latinoamericanas (1553 colombianos de 11550 pacientes latinos), en los cuales se documentó que los factores de riesgo más comunes fueron tabaquismo (30%), obesidad (23%), síndrome metabólico (20%), hipertensión arterial (18%), hipercolesterolemia (14%), diabetes mellitus (7%) y placa carotídea en el 8%.

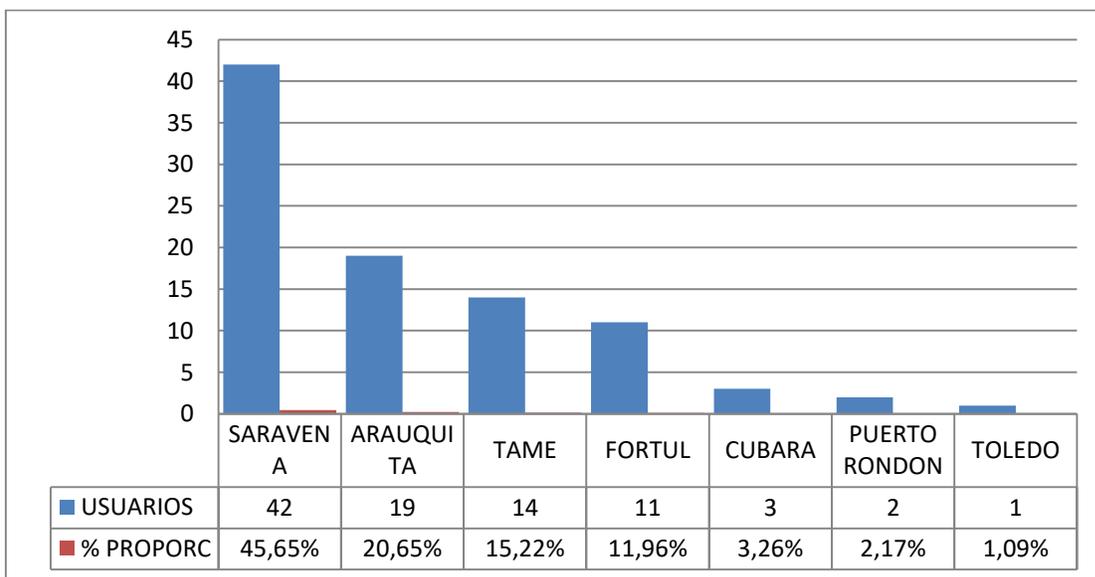
### POR EDAD

Como era de esperarse, es una patología que se evidencia con más frecuencia en el grupo de ancianos. El dato nos muestra que el quinquenio de mayor riesgo son los de 70 a 74 años, seguidos de los de 55 a 59. Llama la atención la presencia de 15 casos en menores de 50 años, incluso con jóvenes de 30 años, lo que nos advierte de la necesidad de reforzar los programas de prevención y detección temprana atacando factores de riesgo



**POR MUNICIPIO DE ORIGEN**

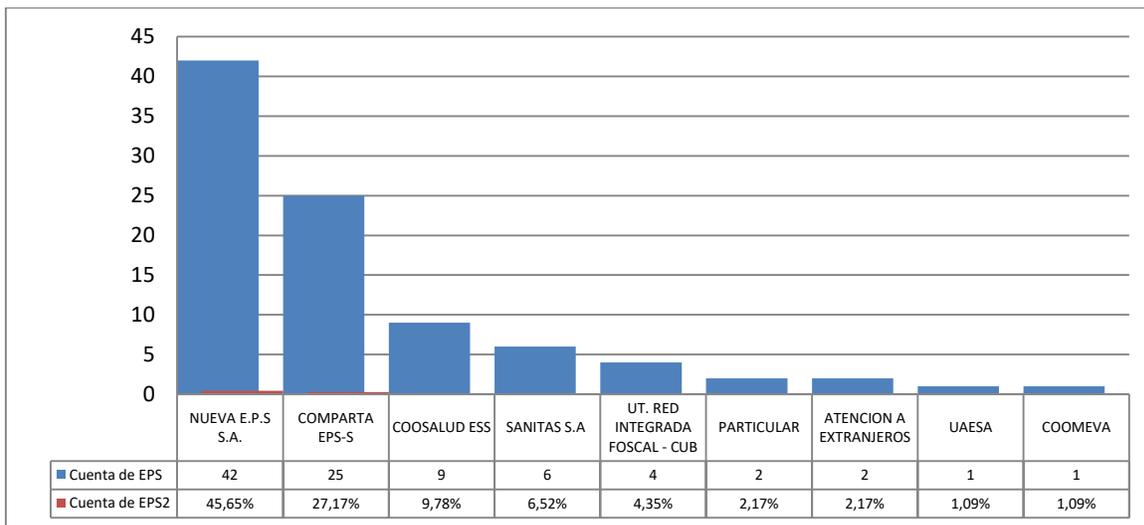
De acuerdo a lo analizado en el Hospital del Sarare durante el periodo evaluado se puede concluir que el mayor número de paciente con IAM fueron de Saravena con un 45.6%, seguido de Arauquita con un 20.6% y luego Tame con 15%, que guardan cierta proporción con la población de estos municipios.





## POR EPS

No hay diferencia importante, con respecto a la cantidad de Usuarios asignados, con respecto a la distribución de los usuarios consultantes.





**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

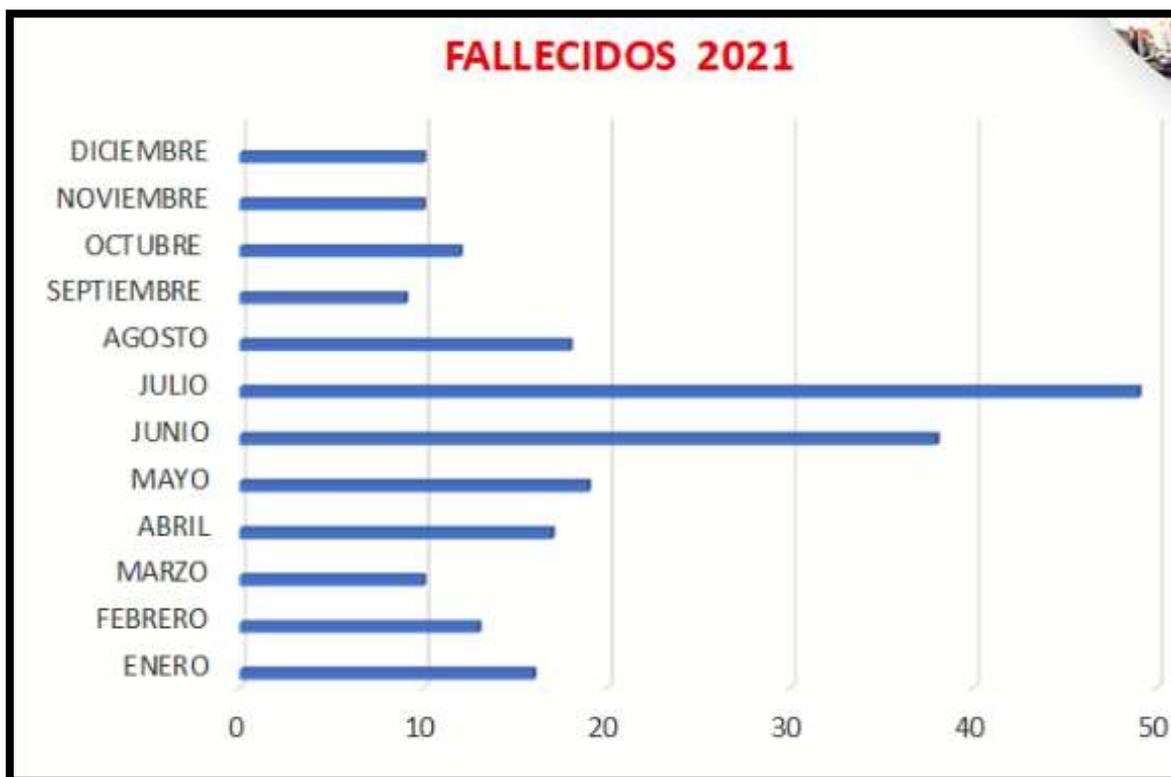
Vigilado:  
**Supersalud**  
Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social**  
**Departamento de Arauca**

## **INDICADOR 17: ANALISIS DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA**

## INDICADOR 17: ANALISIS DE LA MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA MAYOR A 48 HORAS AÑO 2021

Durante el año 2021 se presentaron 220 fallecimientos posteriores a 48 horas de su ingreso. Este resultado aumentó en un 48 % en relación con el año anterior en cuanto al número total de muertes. En cuanto a la tasa de mortalidad el resultado para el 2021 se sitúa en 17 fallecimientos por cada 1000 egresos, sobrepasando la tasa del año anterior que fue de 13, este aumento obedeció al segundo y tercer pico de la pandemia por COVID-19 en especialmente el tercer pico en el cual se observó una mayor cantidad de pacientes fallecidos que en los dos picos anteriores, presentándose en el mes de julio la mayor cantidad de pacientes fallecidos posterior a 48 horas del ingreso de todos los años desde que se comenzó a llevar este indicador.



Se observó que de las defunciones un 66 % se presentó en pacientes de género masculino, conservando la tendencia de los últimos 5 años y en cuanto a la procedencia el 58 % corresponden al municipio de Saravena y en segundo lugar se encuentra el municipio de Tame con 22 % de las defunciones mayores a 48 horas del ingreso. Esto se explica debido a que tanto Saravena como Tame concentran la mayor densidad poblacional de los municipios del área de influencia, con el mayor riesgo de contagios y mortalidad por la mayor causa de fallecimiento.



GENERO	MASCULINO	FEMENINO
PORCENTAJE	66 %	34 %

PROCEDENCIA	PORCENTAJE
SARAVENA	58 %
TAME	22 %

En cuanto a la distribución por edades, la mayor cantidad de fallecimientos se dio en el grupo de mayores de 65 años con un 70 %, que también refleja el grupo poblacional que más se vio afectado con la pandemia por su mayor vulnerabilidad y mayor cantidad de comorbilidades. Se presentaron 7 fallecimientos en el grupo de menores de 20 a 30 años, y aunque corresponden a un pequeño porcentaje del total, siempre es motivo de análisis por el tipo de población; Se encuentra que, de estos siete casos, uno de ellos fallece en espera de ser ubicados en un nivel superior de atención, requiriendo servicio de neurocirugía, otro paciente que fallece como consecuencia del cáncer en etapa terminal. Es de resaltar el caso de dos pacientes de este grupo que fallecen como consecuencia de intoxicación por paraquat, y tres pacientes que fallecen como consecuencia del SIDA, que ingresan a la institución en muy malas condiciones de salud y sin haber recibido tratamiento

EDAD	PORCENTAJE
MAYORES DE 65 AÑOS	70 %
MENORES DE 65 AÑOS	30 %

En cuanto a las causas de fallecimiento se encuentran en primer lugar los fallecimientos por COVID-19 y sus complicaciones, en concordancia con la situación a nivel nacional, con un 52 % de los fallecimientos, desplazando a la sepsis y sus complicaciones que ocupan el segundo lugar con el 17 % de los fallecimientos

CAUSAS	PORCENTAJE
COVID-19	52 %
SEPSIS	17 %
ENFERMEDADES VASCULARES CEREBRALES	6 %

En cuanto a la afiliación a EPS, los resultados se corresponden con la distribución en general de la población, el 42 % de los pacientes estaban afiliados a Comparta manteniendo la cifra de los años anteriores y en segundo lugar con un 40 % Nueva EPS que cada vez ha aumentado la cantidad de afiliados.



AFILIACION	PORCENTAJE
COMPARTA	42 %
NUEVA EPS	40 %

Desde el año 2015 se incluye en el análisis si ese deceso pudo prevenirse de alguna forma implementando algún tipo de medida ya sea intrahospitalario o extra hospitalario, en articulación con los demás integrantes del sistema de salud. En cuanto a las defunciones prevenibles desde el punto de vista de fallas y mejoramiento de procesos internos, el 74 % se clasificaron como no evitables y un 26 % como evitables.

ANALISIS	PREVENIBLES	NO PRVENIBLES
PORCENTAJE	26 %	74 %

Dentro de los fallecimientos clasificados como prevenibles o posiblemente prevenibles, en su mayoría fueron por causas intrahospitalarias con un 52 % de los casos analizados y en los que se encontró que podrían eventualmente evitarse los fallecimientos con mejoras a nivel intrainstitucional y un 48 % de los fallecimientos evitables posiblemente con mejoras internas a nivel externo. Esta relación se invierte durante el 2021 ya que, en todos los años anteriores, las causas extrahospitalarias de los fallecimientos prevenibles habían sido mayores. Durante el 2020, las causas intrahospitalarias sólo fueron un 8 %. Cada uno de los casos que se consideró prevenible o posiblemente prevenible por causas internas y donde se consideró que podía formularse alguna acción correctiva ha sido analizado en comité de seguridad institucional desde donde se plantearon acciones de mejora y seguimiento.

ORIGEN	CAUSAS EXTRAHOSPITALARIAS	CAUSAS INTRAHOSPITALARIAS
PORCENTAJE	48 %	52%

Dentro de las casusas extrahospitalarias de los fallecimientos considerados como prevenibles se encuentran: remisiones no ubicadas oportunamente con 14 casos; Pacientes que fallecen como consecuencia del SIDA sin estar en programa de manejo para esta enfermedad: 5 casos; Pacientes que fallecen como como consecuencia de suicidio: 3 casos.

CAUSAS EXTRAHOSPITALARIAS	PORCENTAJE	Número absoluto
Remisión nunca fue ubicada	63 %	14 pacientes
Fallecimiento como consecuencia de enfermedades prevenibles con programas de P y P implementados a nivel nacional	22 %	5 pacientes

CAUSAS EXTRAHOSPITALARIAS	PORCENTAJE	Número absoluto
Falta de acciones municipales de prevención del suicidio	13 %	3 pacientes

Es de resaltar que por decisión del comité institucional se incluyeron dentro de la categoría de fallecimientos prevenibles aquellos pacientes que firmaron disentimiento de reanimación o de intubación que fueron un 25 % , ya que se consideró necesario fortalecer el acompañamiento por parte de psicología en cada uno de estos casos y durante la pandemia aumentó la cantidad de pacientes que firmaron este disentimiento en varios casos motivados por el despliegue negativo que se dio en muchas redes sociales al manejo del COVID por parte de las instituciones de salud . También se incluyeron dentro de estos casos, los de los pacientes que presentaron NACS que fueron un 58 % de los fallecimientos considerados posiblemente prevenibles. Aunque los pacientes con COVID presentaban alto riesgo de desarrollar Neumonías Asociadas al Cuidado en la salud por su condición de inmunosupresión, por decisión del comité se incluyeron todos los casos presentados dentro de los fallecimientos prevenibles debido al brote que se presentó y que fue manejado bajo directrices del comité de infecciones.

Se sugiere fortalecer todas las medidas implementadas para la prevención de la NACS. Ambas causas intrahospitalarias, los pacientes que firmaron disentimiento y los que presentaron NACS suman en total el 83 % de los fallecimientos considerados como prevenibles. Las acciones para ambos aspectos fueron analizadas y planteadas en comités de seguridad institucional.

CAUSAS INTRAHOSPITALARIAS	PORCENTAJE	Número absoluto
Pacientes que presentaron NACS	58 %	14 pacientes
Firmaron disentimiento	25 %	6 pacientes
Otras causas	17 %	4 pacientes

Aunque la mayor casusa de fallecimiento del año es el COVID-19 y sus complicaciones, se observa un descenso en dicho número de fallecimientos para el cuarto trimestre, debido a la disminución del pico epidemiológico y como consecuencia de la vacunación contra el COVID, por lo que se sugiere continuar fortaleciendo las campañas de vacunación y de medidas preventivas para evitar que el cuarto pico traiga consecuencias fatales en cuanto a mortalidad mayor a 48 horas se refiere como sucedió en el tercer pico de la pandemia.

Durante este periodo se presentaron 3 fallecimientos considerados prevenibles en pacientes venezolanos que ingresaron con VIH en fase SIDA en muy mal estado de salud, en estado de enfermedad irreversible y 4 casos de pacientes extranjeros que presentaban patologías que comprometían la vida y requerían manejo urgente en mayor nivel de complejidad , pero nunca pudieron ser ubicados, este es el reflejo de la problemática social y humanitaria que enfrenta Colombia y cuyo sistema de salud no está preparado ni estructurado para atender a estos pacientes aunque ya llevamos varios años de esta crisis humanitaria. El Hospital del Sarare



sigue brindando la atención en la medida de los recursos y tecnología con los que cuenta, además de que todos los pacientes venezolanos que requieren mayor nivel de complejidad son direccionados por el mismo CRUE a nuestra institución, cuente o no con los recursos necesarios para atenderlos. Se sugiere fortalecer las acciones de prevención de contagio de VIH ya que ha aumentado la cantidad de casos circulantes y si no se realizan las acciones preventivas adecuadas la mortalidad y morbilidad por esta causa aumentarán en los próximos años, lo que se evidencia en el aumento de fallecidos por esta causa en el 2021. Se reitera que se presentaron tres casos de suicidio, una cantidad de paciente que no se había presentado antes en los fallecimientos mayores a 48 horas y que superan a los fallecimientos por accidentes de tránsito por lo que es necesario fortalecer las acciones de prevención del suicidio. Tanto los pacientes que fallecieron por SIDA como los pacientes que fallecieron por suicidio en un 90 % eran pacientes muy jóvenes.



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

Vigilado:  
**Supersalud**  
Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social  
Departamento de Arauca**

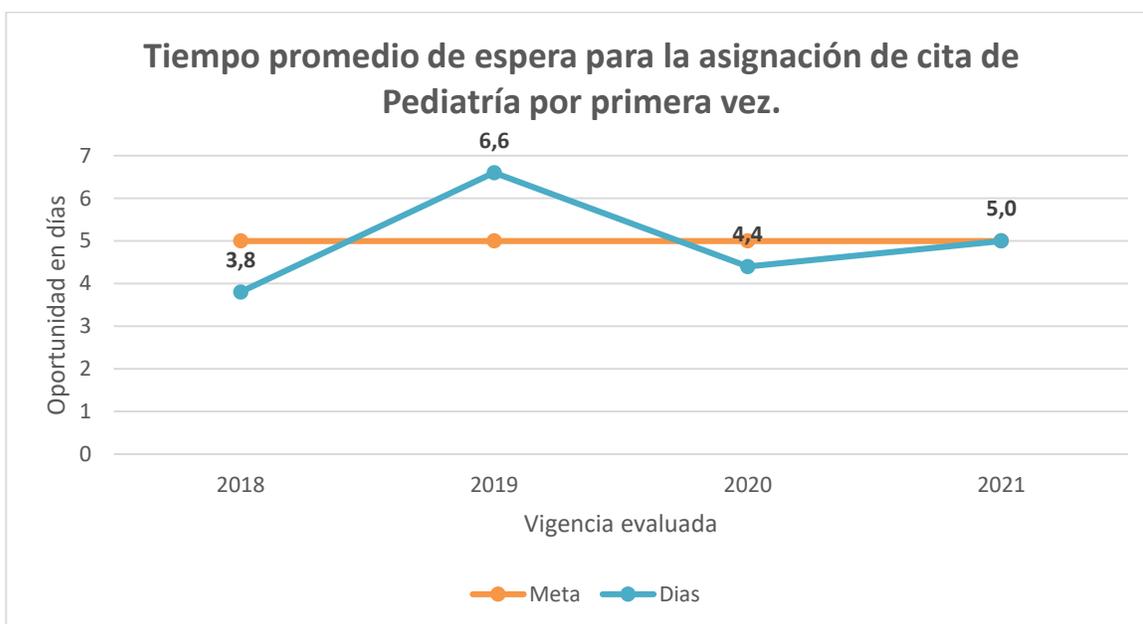
## **INDICADOR 18: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA**

## TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE PEDIATRÍA.

**Fuente de Información** (Anexo 2 Res 408/2018): Ficha técnica de la página del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

El Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría por primera vez, se expresa como la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de pediatría de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.

### Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría por primera vez



**Fuente:** Dinámica Gerencial.

El cálculo de indicador se realiza partiendo del Cociente entre la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Pediatría de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó sobre el número total de citas de Pediatría de primera vez asignadas en un periodo determinado.

Para la vigencia 2021 en comparación con el 2020 se evidencia un aumento de 0.6 en comparación a la vigencia 2020, cumpliendo con el estándar anual que es menor o igual a 5 días.



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

Vigilado:  
**Supersalud**  
Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social**  
**Departamento de Arauca**

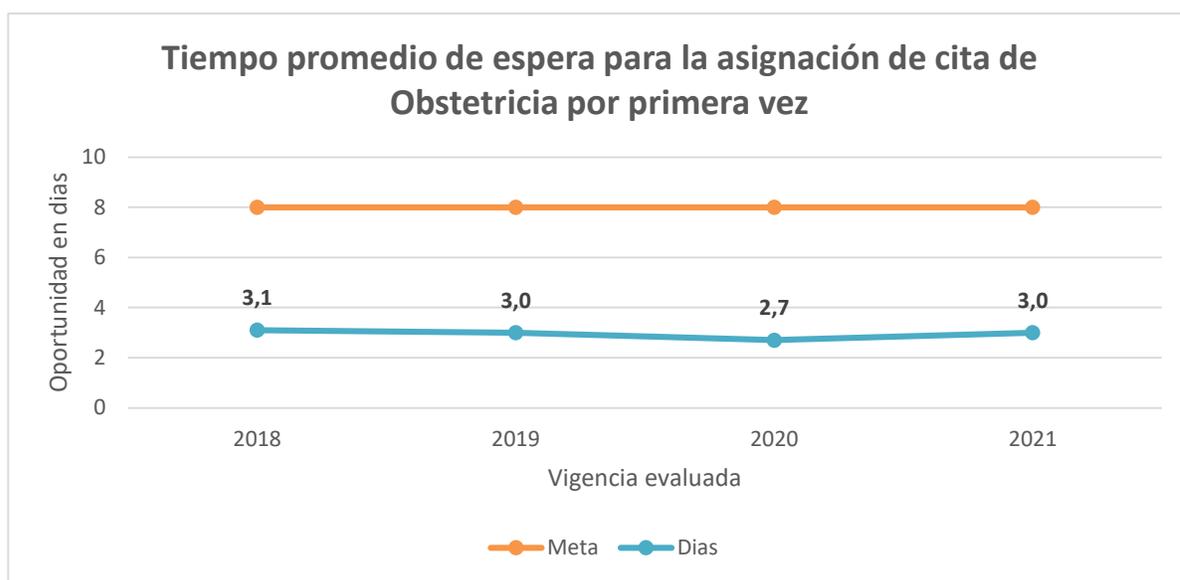
## **INDICADOR 19: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA**

## TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE OBSTETRICIA.

**Fuente de Información** (Anexo 2 Res 408/2018): Ficha técnica de la página del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

El Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia por primera vez se expresa como la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en que se asignó la cita de obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de la evaluación / Número total de citas de obstetricia de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.

### Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia por primera vez.



**Fuente:** Dinámica Gerencial.

El cálculo de indicador se realiza partiendo del cociente entre la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Obstetricia de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó sobre el número total de citas de Obstetricia de primera vez asignadas en un periodo determinado.

Para la vigencia 2021 la Oportunidad de consulta obstétrica fue de 3.0 días, cumpliendo con la meta incluso muy por debajo de la definida (<8 días) y con el atributo de calidad en oportunidad para las consultas de obstetricia.



**HOSPITAL  
DEL SARARE**  
Empresa Social del Estado  
NIT. 800231215-1

*Evolucionamos pensando en usted*

Vigilado:  
**Supersalud**  
Por la defensa de los derechos de los usuarios

**Ministerio de la Protección Social  
Departamento de Arauca**

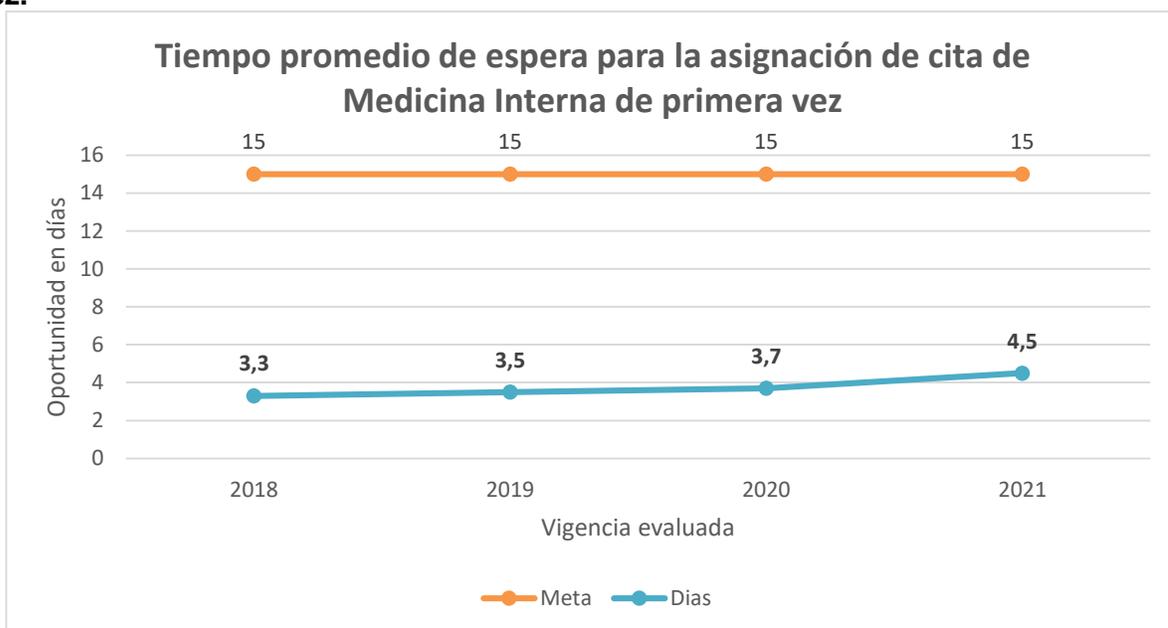
## **INDICADOR 20: TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA**

## TIEMPO PROMEDIO DE ESPERA PARA LA ASIGNACIÓN DE CITA DE MEDICINA INTERNA.

**Fuente de Información** (Anexo 2 Res 408/2018): Ficha técnica de la página del SIHO del Ministerio de Salud y Protección Social.

El Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna de primera vez se expresa como la sumatoria de la diferencia de días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de medicina interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó, en la vigencia objeto de evaluación / Número total de citas de medicina interna de primera vez asignadas, en la vigencia objeto de evaluación.

### Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna por primera vez.



**Fuente:** Dinámica Gerencial.

El cálculo de indicador se realiza partiendo del cociente entre la sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina Interna de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó sobre el número total de citas de Medicina Interna de primera vez asignadas en un periodo determinado.

En la vigencia 2021 se evidencia un leve incremento de la oportunidad de consulta de medicina interna de 0.8 días comparado con el año anterior, la variación de los resultados no es significativo y se mantienen dentro de los estándares para cada año que es menor o igual a 15 días.