



UNIDAD TECNICA DE GESTION HOSPITALARIA.

MATRIZ CONSOLIDADA DE INDICADORES

DICIEMBRE 2016

SEGURIDAD DEL PACIENTE.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.1:

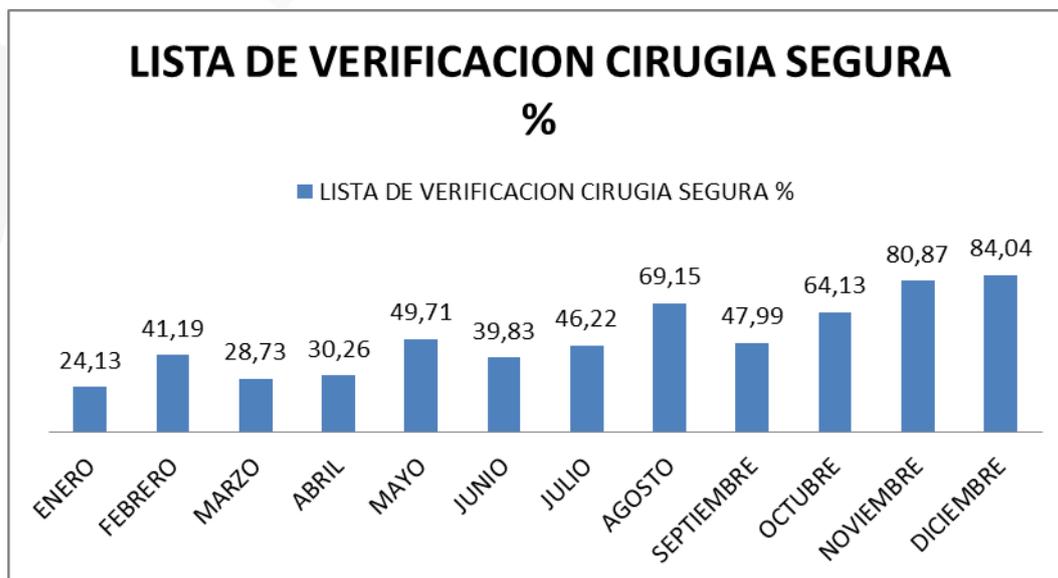
ESTABLECER PROCESOS DE CONTROL QUE PERMITAN LA REALIZACION DE UNA CIRUGIA SEGURA.

1.1 CIRUGÍA SEGURA: N. formatos llenados/cirugías programadas realizadas

LISTA DE VERIFICACION CIRUGIA SEGURA			
MES	CIRUGIA PROGRAMADA REALIZADA	NUMERO DE FORMATOS LLENADOS CORRECTAMENTE	%
ENERO	1007	243	24,13
FEBRERO	1318	543	41,19
MARZO	1103	317	28,73
ABRIL	1044	316	30,26
MAYO	1227	610	49,71
JUNIO	1185	472	39,83
JULIO	1244	575	46,22

AGOSTO	1300	899	69,15
SEPTIEMBRE	1246	598	47,99
OCTUBRE	538	345	64,13
NOVIEMBRE	1072	867	80,87
DICIEMBRE	1235	1038	84,04

Fuente: Área de Estadística, Formatos Cirugía Segura.



Fuente: Área de Estadística, Formatos Cirugía Segura.

ANÁLISIS: En el siguiente gráfico se observa que a inicio de 2016, se llenó correctamente un 24,13% de formatos de cirugía segura, dicho porcentaje va en aumento en los meses posteriores, con el pico más alto en el mes actual (diciembre) con un 84,04% de cumplimiento, evidenciando el empoderamiento de la lista de verificación de cirugía segura por parte de todo el personal de salud, al tener un correcto llenado de la misma.

CONCLUSIÓN: Luego de la intervención realizada en quirófano, observamos que el empoderamiento del personal de salud, al llenar la lista de verificación de cirugía segura, va aumentando poco a poco, gracias a la socialización y capacitación in situ realizada durante dicho proceso. El cumplimiento se ve reflejado en el llenado correcto de la hoja de chequeo de cirugía segura.

La tabulación de datos obtenidos nos ayudará a continuar determinando oportunamente nudos críticos y debilidades en los procesos quirúrgicos, para poder aplicar estrategias de mejora, asociadas a la implementación de una cultura adecuada de llenado y supervisión constante.

RECOMENDACIÓN:

1. Continuar monitorizando la lista de verificación de cirugía segura, tomando una muestra significativa luego del proceso de intervención.
2. Continuar con la intervención en los diferentes quirófanos.
3. Tabular oportunamente los datos obtenidos.
4. Mantener la socialización de lineamientos y protocolos.



**OBJETIVO ESPECIFICO 1.2:
IMPLEMENTACION DE CARRO DE PARO PARA ATENCION OPORTUNA EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS.**

LISTADO DE LAS AREAS REQUERIDAS DE CARRO DE PARO

Área
1 Observación A
2 Observación B
3 Observación C
4 Oncología día
5 Contingencia 1
6 Contingencia 2
7 Reanimación
8 Traumatología ER
9 C. externa PB
10 C. externa PA
11 C. externa antigua: Gastro
12 Terapia del dolor
13 Tocoquirúrgico
14 Hemodiálisis A
15 Hemodiálisis B
16 Hemo: Peritoneal
17 Hemodiálisis de Emergencia
18 Radioterapia
19 Hemodinamia
20 Imagenología
21 Cardio-gastroenterología
22 Materno Infantil
23 Post Qx gineco
24 UCC



Hospital de Especialidades **Teodoro Maldonado Carbo**

25	Medicina Interna
26	Nefrología
27	Neumología
28	Oncología
29	Neumología del Día
30	Salud Mental
31	Neuro-Endocrino
32	Cuidados Neonatales
33	Otorrino-Neurocirugía
34	Cuidados Neurológicos
35	C Plástica/Vascular
36	Traumatología
37	Post-traumatología
38	Urología
39	Uci
40	C. General
41	Post-operatorio
42	Quirófano Central
43	Oftalmología
44	Emergencia Pediátrica
45	Quirófano Traumatología
46	Contingencia 3
47	Quirófano Ginecología



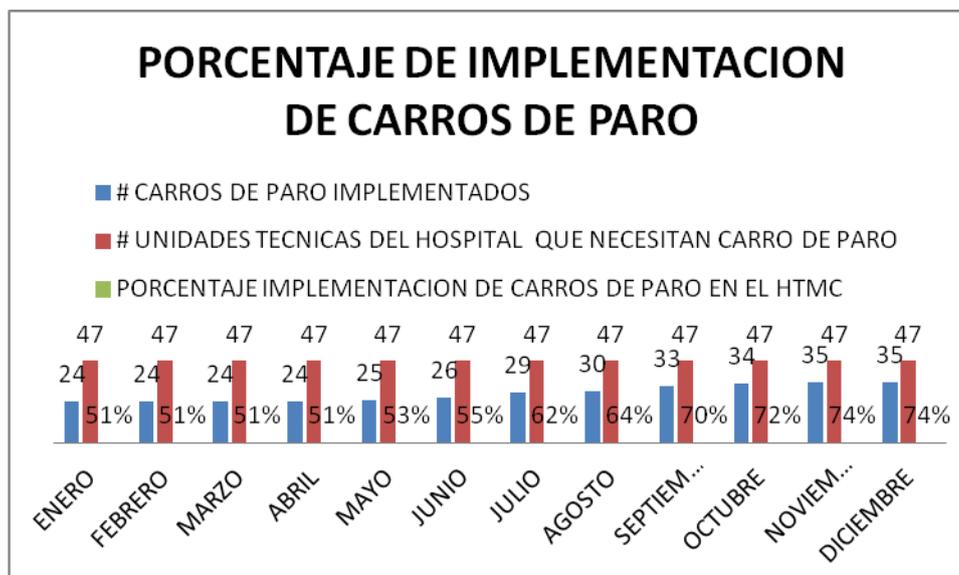


Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

1.2.1 Porcentaje de implementación de carros de paro

1.2.1 PORCENTAJE DE IMPLEMENTACION DE CARROS DE PARO			
MES	# CARROS DE PARO IMPLEMENTADOS	# UNIDADES TECNICAS DEL HOSPITAL QUE NECESITAN CARRO DE PARO	PORCENTAJE IMPLEMENTACION DE CARROS DE PARO EN EL HTMC
ENERO	24	47	51%
FEBRERO	24	47	51%
MARZO	24	47	51%
ABRIL	24	47	51%
MAYO	25	47	53%
JUNIO	26	47	55%
JULIO	29	47	62%
AGOSTO	30	47	64%
SEPTIEMBRE	33	47	70%
OCTUBRE	34	47	72%
NOVIEMBRE	35	47	74%
DICIEMBRE	35	47	74%

FUENTE: Bases de datos Check-List Supervisión de Carro de Paro.



FUENTE: Bases de datos Check-List Supervisión de Carro de Paro.

ANÁLISIS: De 47 carros de paro necesarios para las diferentes áreas, al momento contamos con 35 ya implementados con medicación, equipos e insumos. En el mes actual (Diciembre) no se implementa carros de paro manteniéndose un porcentaje igual a 74. Sin embargo este mes



Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

se ha trabajado mucho en habilitar en un alto porcentaje los carros que fueron implementados.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES: El monitoreo que se realizó en todas las áreas de la institución, mediante el material de apoyo (check-list), nos permite verificar que la implementación y habilitación de los carros de paro, se está fortaleciendo, gestionado medicamentos, insumos y equipos médicos, y obteniendo lo esperado.

Se recomienda continuar con la socialización del protocolo de carro de paro e intensificar el empoderamiento de todo el personal de salud, con el objetivo de mejorar la atención y calidad para los afiliados y estar listos por alguna emergencia que comprometa la vida de los pacientes.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.3:

MEJORAR LAS NOTIFICACIONES DE PREVENCIÓN DE CAIDAS

INDICADOR 1.3 PREVENCIÓN DE CAÍDAS

METODOLOGÍA

El Programa de Seguridad del Paciente realiza el monitoreo del cumplimiento de los lineamientos mundiales, protocolos y procedimientos institucionales sobre seguridad del paciente. Esta revisión es realizada por un equipo multidisciplinario que se guía en el Check-list de Vigilancia Activa.

Mediante el check-list se recolectan datos dentro del HTMC. Desde enero 2016 se registra mensualmente el 20% de la hospitalización. Actualmente, se ha expandido el monitoreo a las áreas de ambulatorias. Además, a partir de septiembre 2016, se amplía la revisión al 100% de las áreas críticas. A continuación la verificación actual de la Vigilancia Activa por áreas.

VIGILANCIA ACTIVA		
Revisión 20%	Revisión 20%	Revisión 100%
ÁREA HOSPITALIZACIÓN	ÁREAS AMBULATORIAS	ÁREAS DE CUIDADOS CRÍTICOS

El presente mes se realiza la Vigilancia Activa a **1351** pacientes en total.

A continuación la tabla de áreas monitorizadas y número de pacientes registrados por área.



Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Nº de pacientes Monitorizados en área de Hospitalización	
CARDIOLOGÍA	59
CIRUGIA GENERAL	38
CIRUGÍA ONCOLÓGICA	8
CIRUGIA PLÁSTICA	13
CIRUGIA VASCULAR	11
COLOPROCTOLOGÍA	8
ENDOCRINOLOGIA	6
GASTROENTEROLOGÍA	45
HEMATOLOGÍA	40
INFECTOLOGÍA	14
MATERNO INFANTIL	26
MEDICINA INTERNA	22
NEUMOLOGÍA	9
NEUROCIRUGÍA	17
NEUROLOGIA	7
OFTALMOLOGÍA	10
ONCOLOGÍA	21
OTORRINOLARINGOLOGÍA	13
PSIQUIATRÍA	4
REUMATOLOGÍA	2
SALUD MENTAL	4
TOCO QUIRÚRGICO	35
TRAUMATOLOGÍA	23
UROLOGÍA	28
TOTAL	463

Nº de pacientes Monitorizados en área Ambulatoria	
HEMODIALISIS	68
RADIOTERAPIA	4
QUIMIOHEMATO	23
QUIMIOONCO	26
NEUMOLOGIA DEL DIA	2
MEDICINA NUCLEAR	6
TERAPIA DEL DOLOR	15
TOTAL	144

Nº de pacientes Monitorizados en Unidades Críticas	
POSOPERATORIO CENTRAL	64
REANIMACION	21
TRAUMATOLOGIA	38
EMERGENCIA	423
OBSERVACION	108
HEMODIALISIS EMERGENCIA	60
U.C.I.	158
CUIDADOS CORONARIOS	26
NEONATOS	53
TOTAL	744

FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente

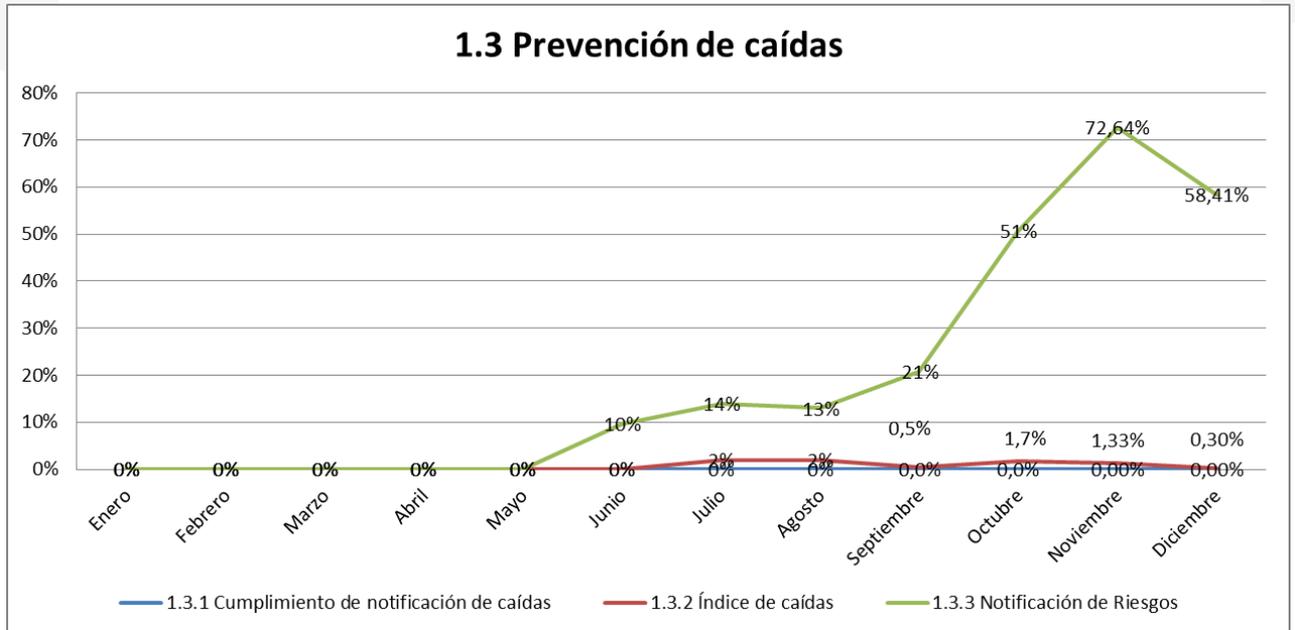
ANÁLISIS DE DATOS:

Dentro de los datos recolectados de todas las áreas, este indicador puede ser analizado en tres perspectivas distintas.

1. **Notificación de caídas:** Ninguna de las 40 dependencias analizadas del hospital reportó caídas de sus pacientes: **0%**.
2. **Índice de caídas:** de los 1351 pacientes entrevistados, 4 reportaron haber sufrido alguna caída intrahospitalaria. Es decir que menos del **1%** de la muestra sufrió una caída intrahospitalaria.
3. **Notificación de riesgo de caídas:** Luego de recorrer cada dependencia y analizar a cada paciente, se detectó que de los **1284** pacientes con riesgo, **750** tenían la tarjeta que notifica el riesgo de caída. Por lo que se observa la notificación del riesgo en un **58.41% de notificación de riesgo**.

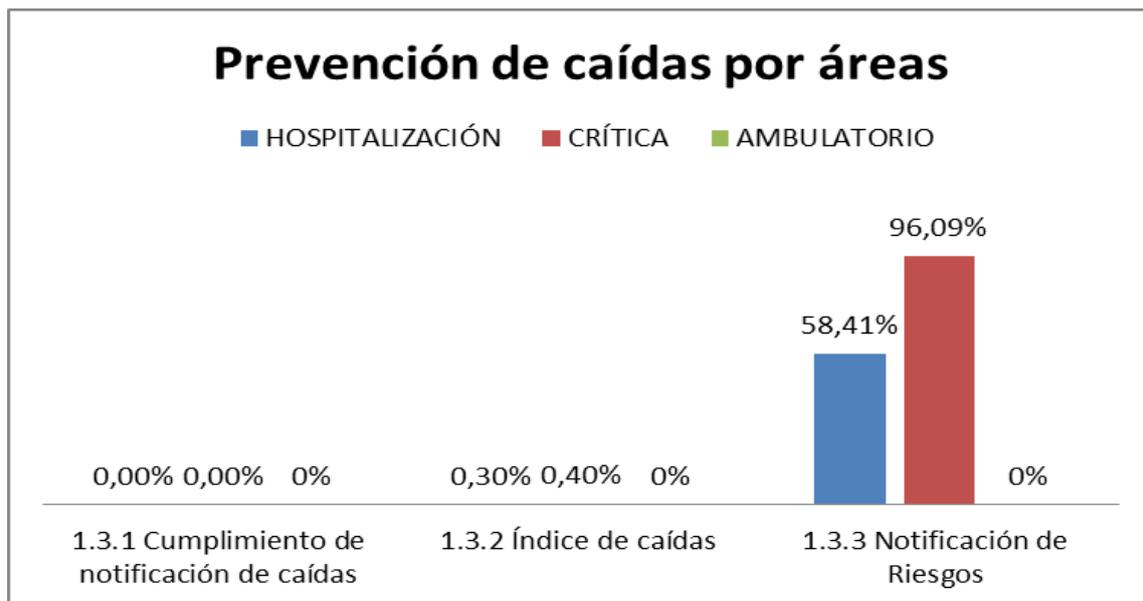


4. En la tabla 1.3 se aprecia la variación de estos indicadores de los meses de enero a noviembre. Además se observa en la siguiente tabla la variación de estos indicadores del mes en curso por áreas.



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente

En la siguiente tabla se observan las variaciones por áreas en el mes vigente.



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente



CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES: No existe notificación alguna de las diferentes dependencias. Sin embargo, existen pacientes que afirman haber sufrido una caída intrahospitalaria. No se obtuvo la notificación de ninguno de estos casos.

La muestra es únicamente del 20% en las áreas de la hospitalización lo cual puede excluir incidentes como este (el número real de caídas durante este periodo es desconocido a menos que sea notificado). Este tipo de sesgo puede ser disminuido en su totalidad dentro de las intervenciones por área, puesto que se tomaría en cuenta el 100% de los pacientes.

En referencia al tercer frente de este indicador, el riesgo de caída se visualiza únicamente cuando se colocan las tarjetas que identifican este riesgo. Se visualiza una variación negativa en cuanto al uso de las tarjetas, este retroceso puede ser contrarrestado con una comunicación de la obligatoriedad de su visualización.

Cumpliendo con las recomendaciones establecidas anteriormente, se socializó el protocolo de prevención de caídas y los procedimientos que se realizan, con el fin de empoderar a todo el personal de salud, para que se establezca una cultura de evaluación y notificación. Se ha mejorado la resistencia por la parte médica y de enfermería porque aún con la falta de personal para la colocación de tarjetas y la evaluación correspondiente.

Se recomienda continuar con capacitaciones hacia las jefaturas y coordinaciones, para que estas sigan socializando lo establecido a todo el personal que está bajo su cargo. Se da seguimiento y se hace hincapié en la colocación de acrílicos en todas las áreas de esta unidad hospitalaria, con el fin de identificar el riesgo de caídas. Se recomienda continuar con las intervenciones por dependencia.

Se realizara supervisiones constantemente, por parte del personal de salud de seguridad del paciente, con el fin de verificar el porcentaje de empoderamiento de las diferentes áreas, resolviendo falencias en conjunto con las jefaturas de cada servicio. Se recomienda felicitar públicamente a las áreas que cumplan con los protocolos y procedimientos establecidos.

OBJETIVO ESPECIFICO 1.4:

VIGILAR LA APARICION DE FLEBITIS PERIFERICA.

Nº de pacientes Monitorizados en área de Hospitalización	Nº de pacientes Monitorizados en área Ambulatoria	Nº de pacientes Monitorizados en Unidades Críticas
CARDIOLOGÍA	59	HEMODIALISIS 68
CIRUGIA GENERAL	38	POSOPERATORIO CENTRAL 64
CIRUGÍA ONCOLÓGICA	8	RADIOTERAPIA 4
CIRUGIA PLÁSTICA	13	QUIMIOHEMATO 23
CIRUGIA VASCULAR	11	REANIMACION 21
COLOPROCTOLOGÍA	8	TRAUMATOLOGIA 38
		QUIMIOONCO 26
		EMERGENCIA 423
		NEUMOLOGIA DEL DIA 2
		OBSERVACION 108
		MEDICINA NUCLEAR 6
		HEMODIALISIS EMERGENCIA 60



Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

ENDOCRINOLOGIA	6	TERAPIA DEL DOLOR	15	U.C.I.	158
GASTROENTEROLOGÍA	45			CUIDADOS	26
HEMATOLOGÍA	40			CORONARIOS	
INFECTOLOGÍA	14			NEONATOS	53
MATERNAL	26				
MEDICINA INTERNA	22				
NEUMOLOGÍA	9				
NEUROCIRUGÍA	17				
NEUROLOGIA	7				
OFTALMOLOGÍA	10				
ONCOLOGÍA	21				
OTORRINOLARINGOLOGÍA	13				
PSIQUIATRÍA	4				
REUMATOLOGÍA	2				
SALUD MENTAL	4				
TOCO QUIRÚRGICO	35				
TRAUMATOLOGÍA	23				
UROLOGÍA	28				
TOTAL	463	TOTAL	144	TOTAL	744

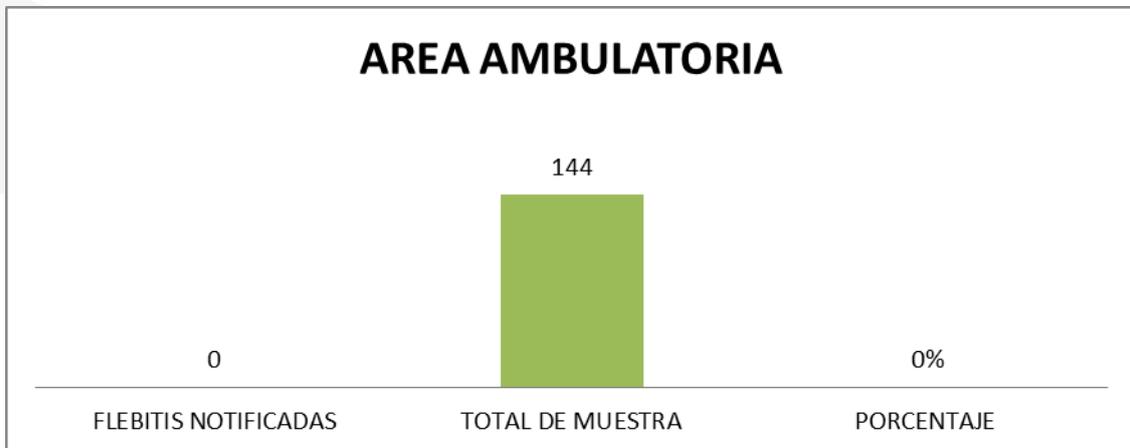


FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

ANÁLISIS: En el área de hospitalización se tomó el 20% del total de pacientes de cada área que fueron 463 pacientes de los cuales 14 se detectó flebitis dando un porcentaje del 3.13% de pacientes con flebitis.



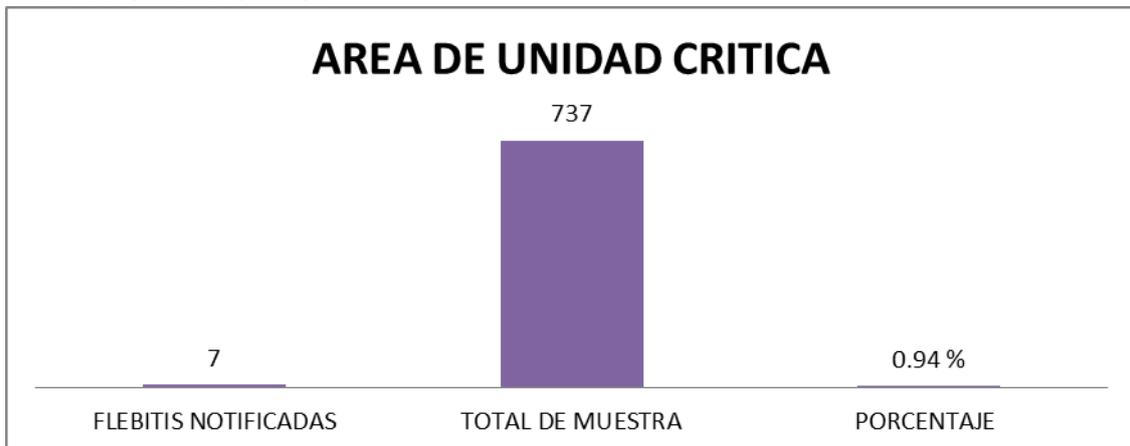
AREA AMBULATORIA



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

ANALISIS: En las áreas ambulatorias se tomó el 20% del total de pacientes de cada área que fueron un total de 135 pacientes de los cuales a ningún paciente se le detectó flebitis, dando un 0%

AREA DE UNIDAD CRÍTICA



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

ANALISIS: En las áreas de unidad crítica se tomó el 100% de los pacientes de cada área que fueron un total de 645 pacientes de los cuales 7 se detectó flebitis dando un porcentaje de 0.94 % de pacientes con flebitis.

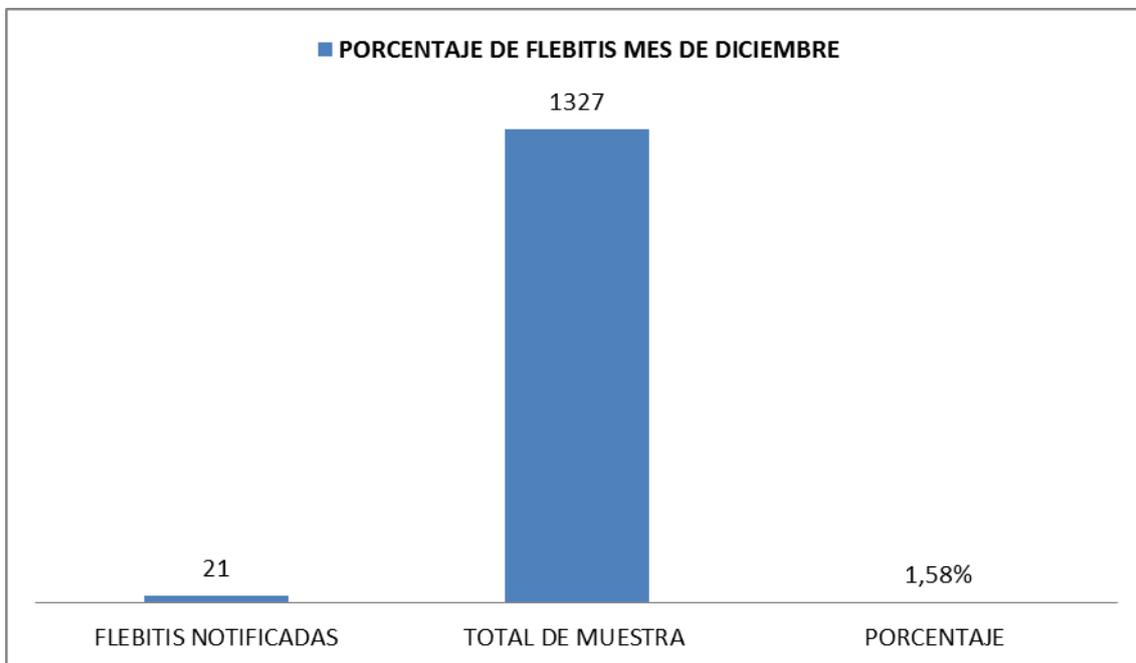
APARICION DE FLEBITIS POR MES

FLEBITIS PERIFERICA			
MES	NUMERO DE FLEBITIS NOTIFICADAS	TOTAL DE LA MUESTRA	%
ENERO	34	135	25,18
FEBRERO	40	135	29,62



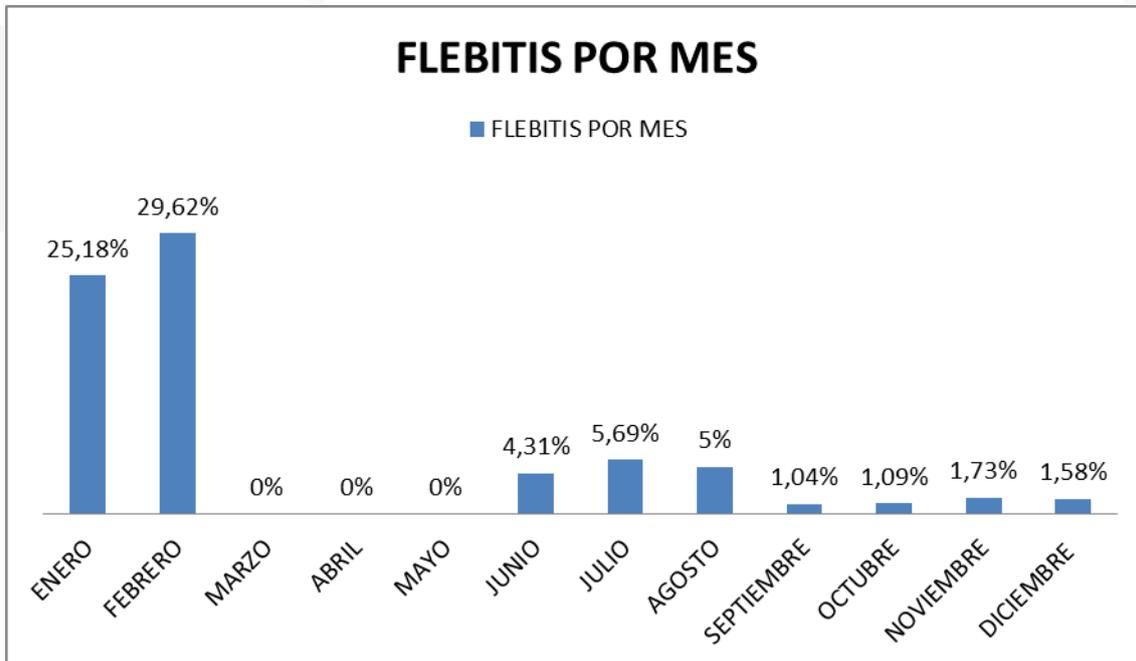
Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

MARZO	0	27	0,00
ABRIL	0	255	0,00
MAYO	0	306	0,00
JUNIO	23	534	4,31
JULIO	33	580	5,69
AGOSTO	13	260	5,00
SEPTIEMBRE	7	671	1,04
OCTUBRE	19	1743	1.09
NOVIEMBRE	41	2361	1.73
DICIEMBRE	21	1327	1.58



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

ANALISIS: En esta grafica se observa el porcentaje de flebitis del mes de Diciembre que es la suma de flebitis notificadas/pacientes monitorizados en todas las áreas. Con esto podemos decir que se monitorizaron un total de 1327 pacientes de los cuales se observaron 21 pacientes con flebitis dando un total de 1.58% de flebitis en el mes de Diciembre.



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

ANALISIS: En esta grafica se observa el porcentaje de flebitis por mes. Se observa que desde el mes de septiembre el indicador de flebitis ha ido al alza, pero cabe recalcar que desde el mes de septiembre ha incrementado el total de la muestra de paciente debido a que las areas críticas se empezaron a realizar el 100% de los pacientes, además se ha ampliado la cobertura de monitorización de más áreas como terapia de dolor y sala de procedimientos de Gastro lo cual incrementa el número de las muestra y como consecuencia la posibilidad de detectar más pacientes con flebitis. Actualmente el indicador de flebitis esta en 1.58%

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES:

Cumpliendo con las recomendaciones establecidas en informes anteriores, se socializo los procedimientos que se realizan para identificar y notificar una flebitis, con el fin de empoderar a todo el personal de salud, para que se establezca una cultura de notificación.

Se recomienda continuar con dichas capacitaciones hacia las jefaturas y coordinaciones, para que estas sigan socializando lo establecido a todo el personal que está bajo su cargo.

Se realizara supervisiones constantemente, por parte del personal de salud de seguridad del paciente, con el fin de verificar el porcentaje de empoderamiento de las diferentes áreas, resolviendo falencias en conjunto con las jefaturas de cada servicio, así como también felicitando a las áreas que cumplan con los protocolos y procedimientos establecidos.



Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

1.5 NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS: Número de eventos adversos notificados/total de eventos adversos encontrados

ANÁLISIS: Plan de acción para mejora continúa de este indicador. Anexo plan de acción. Se realiza aplicativo para notificación en coordinación con informática el mismo que se encuentra en validación.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1.6: PREVENCIÓN DE LESIONES POR DEPENDENCIA: N. de pacientes con lesiones por dependencia notificadas/total de muestra

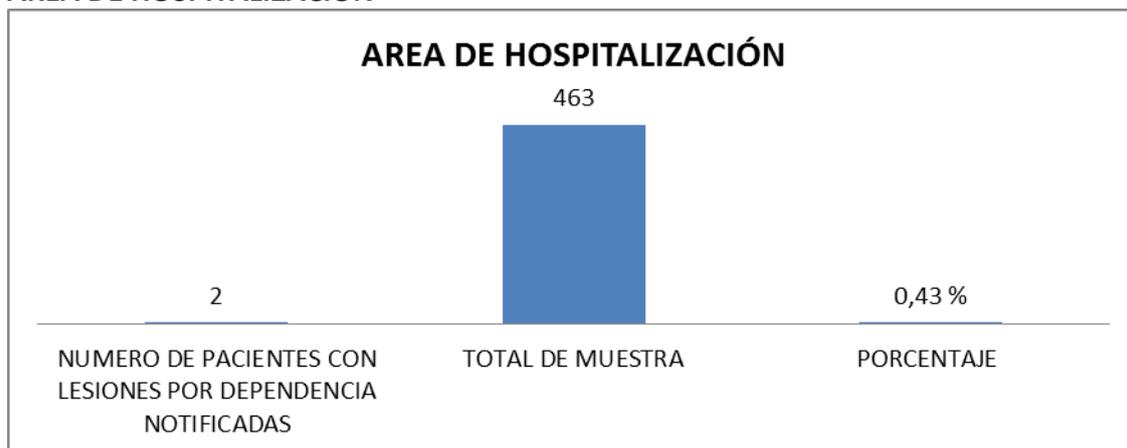
Nº de pacientes Monitorizados en area de Hospitalización	Nº de pacientes Monitorizados en area Ambulatoria	Nº de pacientes Monitorizados en Unidades Críticas
CARDIOLOGÍA	59	HEMODIALISIS 68
CIRUGIA GENERAL	38	POSOPERATORIO CENTRAL 64
CIRUGÍA ONCOLÓGICA	8	RADIOTERAPIA 4
CIRUGIA PLÁSTICA	13	QUIMIOHEMATO 23
CIRUGIA VASCULAR	11	REANIMACION 21
COLOPROCTOLOGÍA	8	TRAUMATOLOGIA 38
ENDOCRINOLOGIA	6	QUIMIOONCO 26
GASTROENTEROLOGÍA	45	EMERGENCIA 423
HEMATOLOGÍA	40	NEUMOLOGIA DEL DIA 2
INFECTOLOGÍA	14	OBSERVACION 108
MATERNO INFANTIL	26	HEMODIALISIS EMERGENCIA 60
MEDICINA INTERNA	22	U.C.I. 158
NEUMOLOGÍA	9	CUIDADOS 26
NEUROCIRUGÍA	17	CORONARIOS 53
NEUROLOGIA	7	NEONATOS
OFTALMOLOGÍA	10	
ONCOLOGÍA	21	
OTORRINOLARINGOLOGÍA	13	
PSIQUIATRÍA	4	
REUMATOLOGÍA	2	
SALUD MENTAL	4	
TOCO QUIRÚRGICO	35	
TRAUMATOLOGÍA	23	
UROLOGÍA	28	



TOTAL 463 TOTAL 144 TOTAL 744

PREVENCIÓN DE LESIONES POR DEPENDENCIA			
MES	NUMERO DE PACIENTES CON LESIONES POR DEPENDENCIA NOTIFICADAS	TOTAL DE MUESTRA	%
ENERO	0	500	0,00
FEBRERO	0	500	0,00
MARZO	3	500	0,60
ABRIL	7	255	2,74
MAYO	6	306	1,96
JUNIO	11	534	2,05
JULIO	12	580	2,06
AGOSTO	0	360	0,00
SEPTIEMBRE	6	671	0,89
OCTUBRE	31	1743	1.78
NOVIEMBRE	39	2402	1.62
DICIEMBRE	30	1321	2.22

AREA DE HOSPITALIZACIÓN

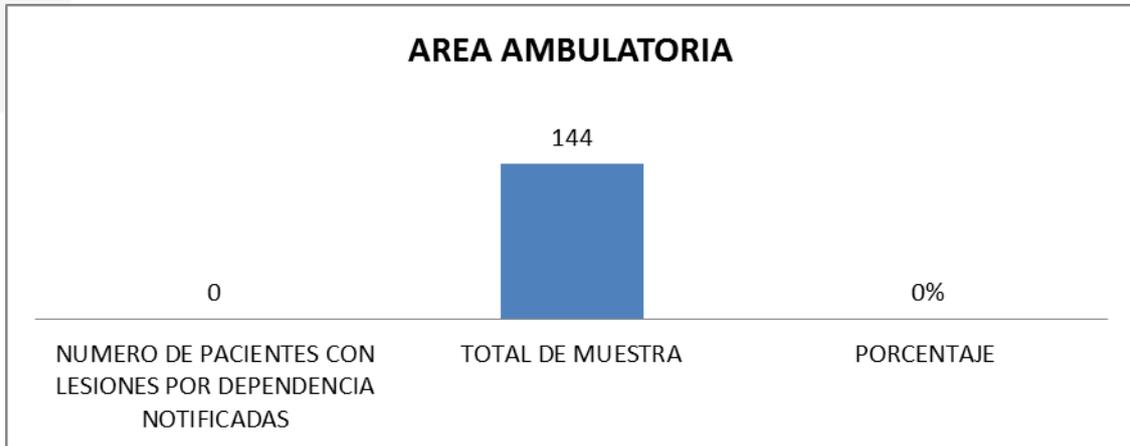


FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

ANALISIS: Se observa que de 463 pacientes monitorizados en las areas hospitalarias, 2 pacientes presentaron ulceras por presión dando un total porcentual del 0.43%



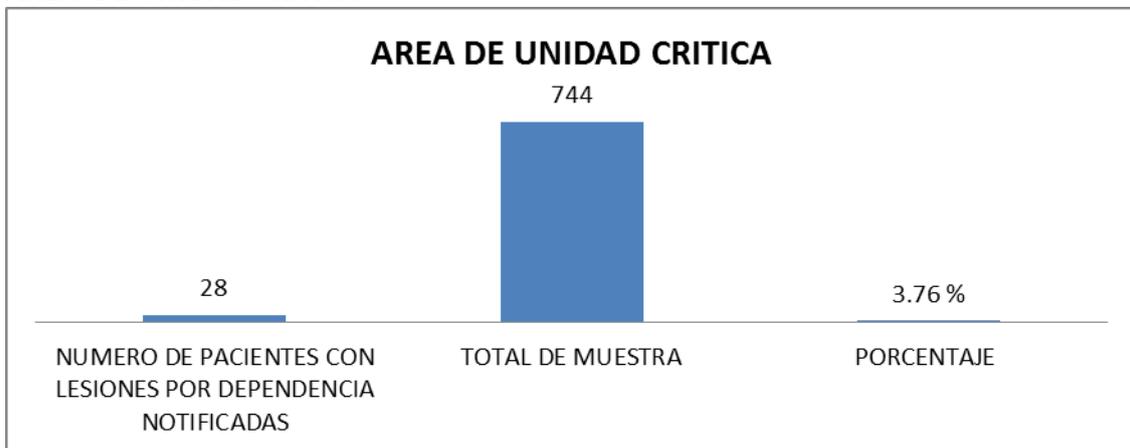
AREA AMBULATORIA



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

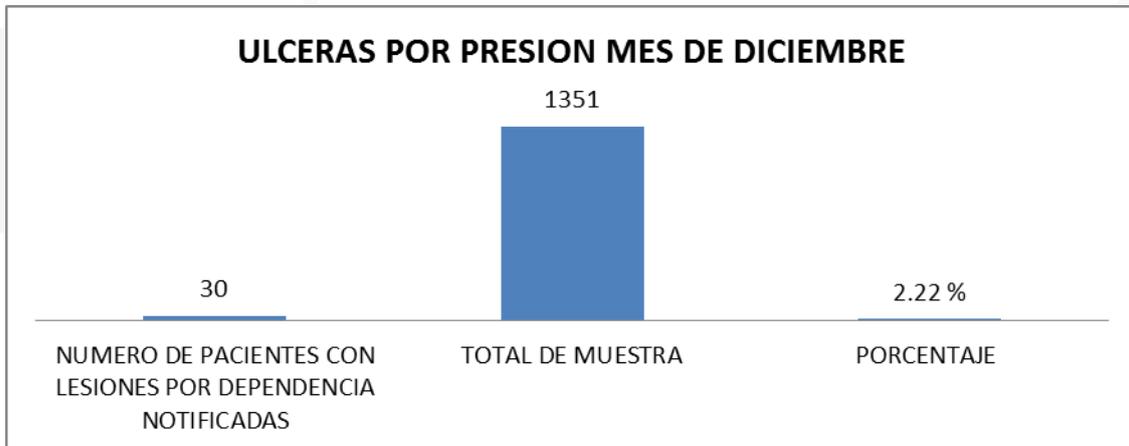
ANALISIS: En esta grafica se observa que fueron monitorizados 144 pacientes en las areas ambulatorias de las cuales ninguno de estos pacientes a presentado ulceras por presión dando un porcentaje de 0% para las áreas ambulatorias.

AREA DE UNIDAD CRÍTICA



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

ANALISIS: En esta grafica se observa que en las areas críticas fueron monitorizados un total de 744 pacientes y de esta cantidad de pacientes 28 han presentado ulceras por presión, dando un valor porcentual del 3.76% para las areas críticas, considerando que en las areas críticas hay un mayor riesgo de sufrir UPP ya que son generalmente pacientes encamados.



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

ANÁLISIS: En esta grafica se observa que en el mes de Diciembre se monitorizaron un total de 1351 pacientes y de esta cantidad de pacientes 30 han presentado ulceras por presión, dando un valor porcentual del 2.22%.

ANÁLISIS DEL INDICADOR: En el mes de enero y febrero no se evidencia notificación de lesiones por dependencia, observándose un importante porcentaje en el mes de marzo a julio. En el mes actual contamos con un 1,62 % de lesiones encontradas en el proceso de vigilancia activa.

CONCLUSIÓN: El cuidado necesario por parte de los profesionales de enfermería para los cambios posturales, la identificación oportuna de los riesgos de originar UPP en los pacientes dependientes, las capacitaciones in situ al personal indicando la importancia y el impacto que tiene en el paciente y de la institución la estancia prolongada por la omisión de esta actividad, han sido herramientas muy importantes para disminuir la aparición de este tipo de lesiones y a su vez parte importante para crear cultura de notificación de las mismas.

RECOMENDACIÓN:

1. Mantener capacitaciones en las diferentes áreas.
2. Monitorizar la ejecución de escala para valoración de lesiones por dependencia.
3. Vigilar la colocación de identificación de riesgo según valoración.
4. Continuar con supervisiones de vigilancia activa
5. Implementar en las áreas acrílicos para colocar el tarjetero de cambios posturales.

1.7 NOTIFICACIÓN DE EVENTOS CENTINELA: N. de eventos centinela notificados/total de eventos centinela encontrado

ANÁLISIS: Plan de acción para mejora continua de este indicador. Anexo plan de acción.



INDICADOR 1.8 IDENTIFICACION DEL PACIENTE

METODOLOGÍA

El Programa de Seguridad del Paciente realiza el monitoreo del cumplimiento de los lineamientos mundiales, protocolos y procedimientos institucionales sobre seguridad del paciente. Esta revisión es realizada por un equipo multidisciplinario que se guía en el Check-list de Vigilancia Activa.

Mediante el check-list se recolectan datos dentro del HTMC. Desde enero 2016 se registra mensualmente el 20% de la hospitalización. Actualmente, se ha expandido el monitoreo a las áreas de hospitalización ambulatoria. Además, a partir de septiembre 2016, se amplía la revisión de las áreas críticas para realizar el check-list al 100% de los pacientes hospitalizados. A continuación la verificación actual de la Vigilancia Activa por áreas.

VIGILANCIA ACTIVA		
Revisión 20%	Revisión 20%	Revisión 100%
ÁREA HOSPITALIZACIÓN	ÁREAS AMBULATORIAS	ÁREAS DE CUIDADOS CRÍTICOS

Nº de pacientes Monitorizados en area de Hospitalización	
CARDIOLOGÍA	59
CIRUGIA GENERAL	38
CIRUGÍA ONCOLÓGICA	8
CIRUGIA PLÁSTICA	13
CIRUGIA VASCULAR	11
COLOPROCTOLOGÍA	8
ENDOCRINOLOGIA	6
GASTROENTEROLOGÍA	45
HEMATOLOGÍA	40
INFECTOLOGÍA	14
MATERNO INFANTIL	26
MEDICINA INTERNA	22
NEUMOLOGÍA	9
NEUROCIRUGÍA	17
NEUROLOGIA	7
OFTALMOLOGÍA	10
ONCOLOGÍA	21
OTORRINOLARINGOLOGÍA	13
PSIQUIATRÍA	4
REUMATOLOGÍA	2
SALUD MENTAL	4
TOCO QUIRÚRGICO	35
TRAUMATOLOGÍA	23
UROLOGÍA	28
TOTAL	463

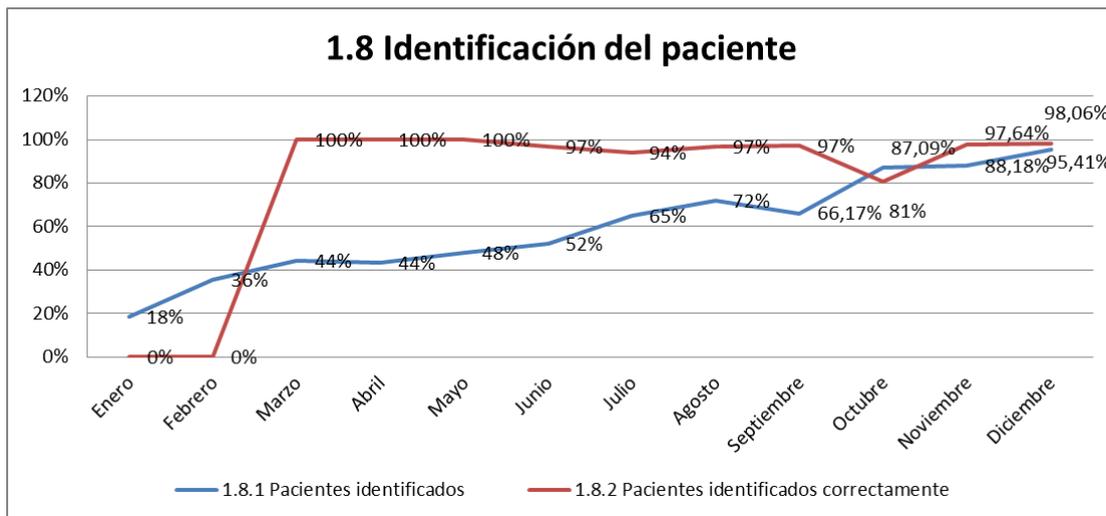
Nº de pacientes Monitorizados en area Ambulatoria	
HEMODIALISIS	68
RADIOTERAPIA	4
QUIMIOHEMATO	23
QUIMIOONCO	26
NEUMOLOGIA DEL DIA	2
MEDICINA NUCLEAR	6
TERAPIA DEL DOLOR	15
TOTAL	144

Nº de pacientes Monitorizados en Unidades Críticas	
POSOPERATORIO CENTRAL	64
REANIMACION	21
TRAUMATOLOGIA	38
EMERGENCIA	423
OBSERVACION	108
HEMODIALISIS EMERGENCIA	60
U.C.I.	158
CUIDADOS CORONARIOS	26
NEONATOS	53
TOTAL	744

FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente.



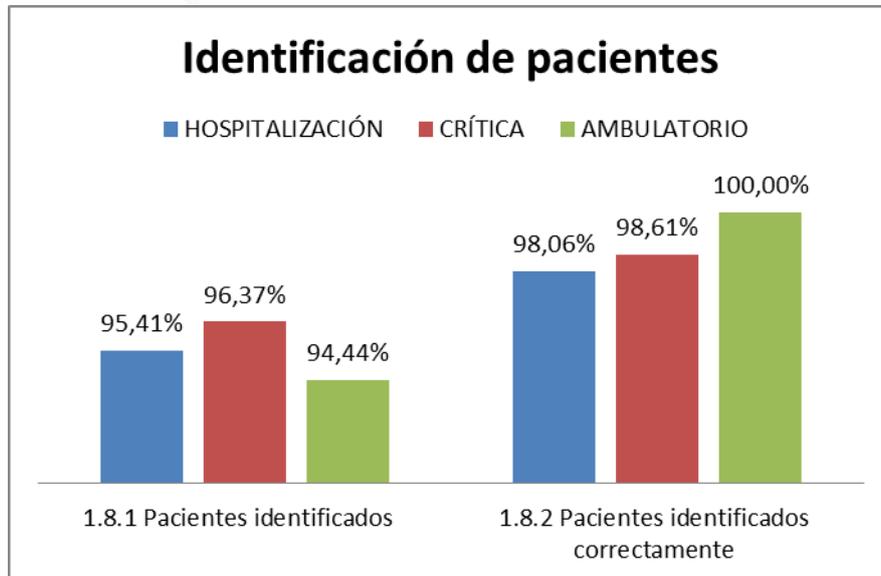
ANÁLISIS DE DATOS: De manera general en la vigilancia activa de todas las áreas, es notorio el aumento del porcentaje de pacientes identificados. Del mes anterior al actual se observa 7% de incremento, actualmente 95.41%. Disminuye el número de pacientes con pulseras identificativas desgastadas por lo que aumenta el porcentaje de pacientes correctamente identificados a un 98.06%.



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente

Segregando los registros, se observa que las áreas críticas tienen mayor cumplimiento en cuanto a pacientes identificados con pulseras (96.37%). Las áreas de hospitalización tienen 95.41% de pacientes identificados y los pacientes ambulatorios cumplen en un 94.44%.

Dentro de los datos de pacientes identificados, se observa que no existen pulseras deterioradas en pacientes ambulatorios, 1.94% en hospitalización y 1.39% en áreas críticas. A continuación un cuadro comparativo por áreas.



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES: Actualmente, el 98.06% de pacientes de la muestra está identificado por medio de la pulsera. Esto nos deja un 1.94% restante expuesto a riesgos por falta de identificación dentro de su estancia.

Se ha detectado mayor cumplimiento en el reemplazo de las pulseras identificativas desgastadas gracias a la socialización del proceso y responsabilidades que se realiza por áreas.

El indicador a pesar de contar con una muestra mayor, ha demostrado superar el porcentaje de pacientes identificados.

Es indispensable realizar intervenciones individualmente por dependencia. Bajo la intervención de áreas específicas, se busca mejorar de forma gradual, creando la cultura de identificación. Se identifica por la cantidad de pulseras en mal estado, que existen falencias al momento del cambio de pulseras. Es por esto actualmente se trabaja con la Unidad de Comunicación en la campaña interna sobre la identificación del paciente.

Se añadió un parámetro en el check-list sobre la identificación del acrílico en la vigilancia que se realiza a diario. Sin embargo, en conversación con el personal de acreditación Canadá, se decide eliminar la identificación de los acrílicos y mantener la pulsera.

Realizando la eliminación de los nombres de los acrílicos socializando con las áreas.



Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Se realizan supervisiones constantemente, por parte del personal de salud de seguridad del paciente, con el fin de verificar el porcentaje de empoderamiento de las diferentes áreas, resolviendo falencias en conjunto con las jefaturas de cada servicio, así como también felicitando a las áreas que cumplan con los protocolos y procedimientos establecidos. Se recomienda que estas felicitaciones sean públicas.

1.9 COMUNICACIÓN EFECTIVA: Consentimiento informado en HC

Nº de pacientes Monitorizados en area de Hospitalización	Nº de pacientes Monitorizados en area Ambulatoria	Nº de pacientes Monitorizados en Unidades Críticas
CARDIOLOGÍA	59	HEMODIALISIS 68
CIRUGIA GENERAL	38	POSOPERATORIO CENTRAL 64
CIRUGÍA ONCOLÓGICA	8	RADIOTERAPIA 4
CIRUGIA PLÁSTICA	13	QUIMIOHEMATO 23
CIRUGIA VASCULAR	11	REANIMACION 21
COLOPROCTOLOGÍA	8	TRAUMATOLOGIA 38
ENDOCRINOLOGIA	6	QUIMIOONCO 26
GASTROENTEROLOGÍA	45	EMERGENCIA 423
HEMATOLOGÍA	40	NEUMOLOGIA DEL DIA 2
INFECTOLOGÍA	14	OBSERVACION 108
MATERNO INFANTIL	26	MEDICINA NUCLEAR 6
MEDICINA INTERNA	22	HEMODIALISIS EMERGENCIA 60
NEUMOLOGÍA	9	TERAPIA DEL DOLOR 15
NEUROCIRUGÍA	17	U.C.I. 158
NEUROLOGIA	7	CUIDADOS CORONARIOS 26
OFTALMOLOGÍA	10	NEONATOS 53
ONCOLOGÍA	21	
OTORRINOLARINGOLOGÍA	13	
PSIQUIATRÍA	4	
REUMATOLOGÍA	2	
SALUD MENTAL	4	
TOCO QUIRÚRGICO	35	
TRAUMATOLOGÍA	23	
UROLOGÍA	28	
TOTAL	463	TOTAL 144 TOTAL 744



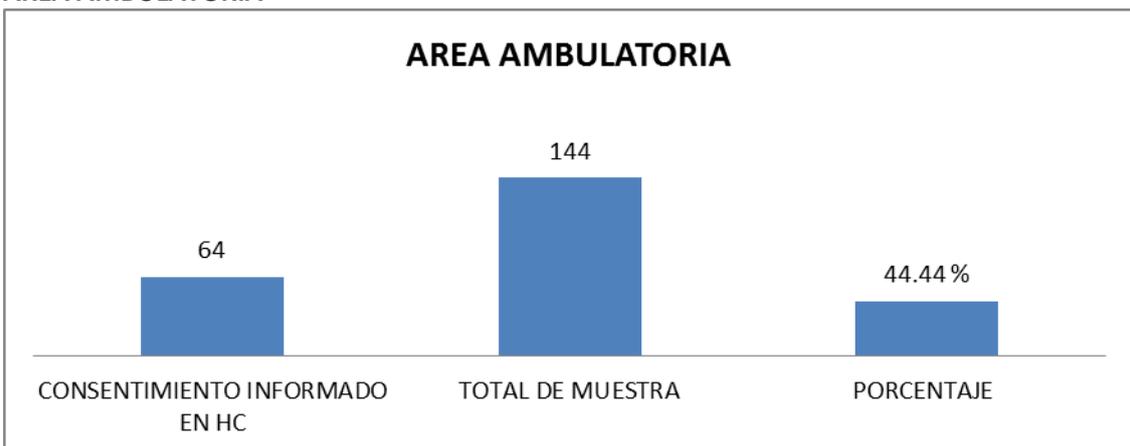
AREA DE HOSPITALIZACIÓN



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

ANALISIS: En esta grafica se observa que de 463 pacientes monitorizados un total de 407 se encontró el consentimiento informado en carpeta de historia clínica dando un 87.90 %, lo cual indica que en su mayoría el medico explica diagnóstico, tratamiento e intervención al paciente, teniendo una amplia comunicación efectiva con los mismo.

AREA AMBULATORIA



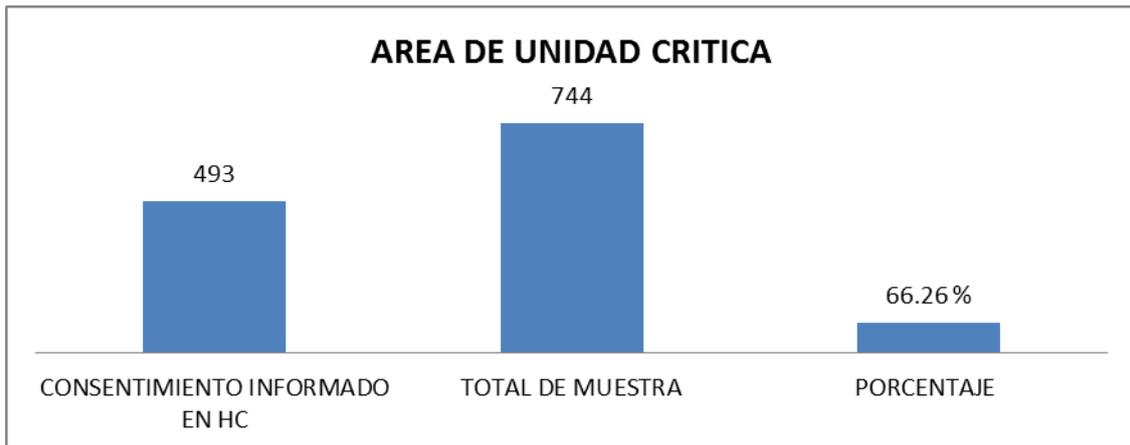
FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

ANALISIS: En esta grafica se observa que de 144 pacientes monitorizados en las areas ambulatorias 64 pacientes se encontró el consentimiento informado en la carpeta de historia clínica, dando un porcentaje de 44.44% esto se debe a que en las areas de Hemodiálisis y Quimioterapias se firma el consentimiento informado al inicio del tratamiento y no se firma más, además la carpeta de Historia clínica no es llevada al area cuando el paciente se hace



atender de manera ambulatoria por lo que no se corrobora la presencia de la Historia clínica en las mismas.

AREA DE UNIDAD CRÍTICA



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

ANALISIS: En esta grafica se observa que de los 744 pacientes monitorizados en las unidades críticas, un total de 493 pacientes se le encontró su hoja de consentimiento informado en su carpeta de historia clínica dando un total de 66.26 % lo que da a notar que en este mes no ha habido una buena comunicación entre los médicos y los pacientes y/o familiares.



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

ANALISIS: En el análisis general se observa que se monitorizaron 1351 pacientes en el mes de Diciembre de los cuales a 964 pacientes se le encontró su consentimiento informado en su carpeta de Historia clínica dando un total de 71.35%



COMUNICACIÓN EFECTIVA			
MES	CONSENTIMIENTO INFORMADO EN HC	TOTAL DE PACIENTES	%
ENERO	0	1030	0,00
FEBRERO	0	1053	0,00
MARZO	19	27	70,37
ABRIL	171	255	67,05
MAYO	175	306	57,18
JUNIO	295	534	55,24
JULIO	415	580	71,55
AGOSTO	257	360	71,39
SEPTIEMBRE	533	671	79,43
OCTUBRE	1677	1743	96,21
NOVIEMBRE	2207	2402	91,88
DICIEMBRE	964	1351	71,35



FUENTE: Bases de datos Check-List Vigilancia Activa Seguridad del Paciente –Diciembre 2016.

ANÁLISIS: En el análisis por mes se observa que desde el mes de agosto hemos ido al alza fomentado una comunicación efectiva entre el profesional de salud y paciente, pero en este mes tuvimos una baja 20.53 puntos el factor podría ser por que se ha incrementado el número de pacientes monitorizados por lo que se podrían detectar mayor cantidad de carpetas sin consentimiento informado incluyendo las hemodiálisis que como ya se dijo en la gráfica pasada el consentimiento informado solo lo firman al inicio del tratamiento.

CONCLUSIÓN: La comunicación errónea o la falta de la misma, es un factor importante que repercute en la seguridad del paciente. Hasta la actualidad hemos visto un gran avance, sin embargo la mejora continua debe ser nuestro objetivo.



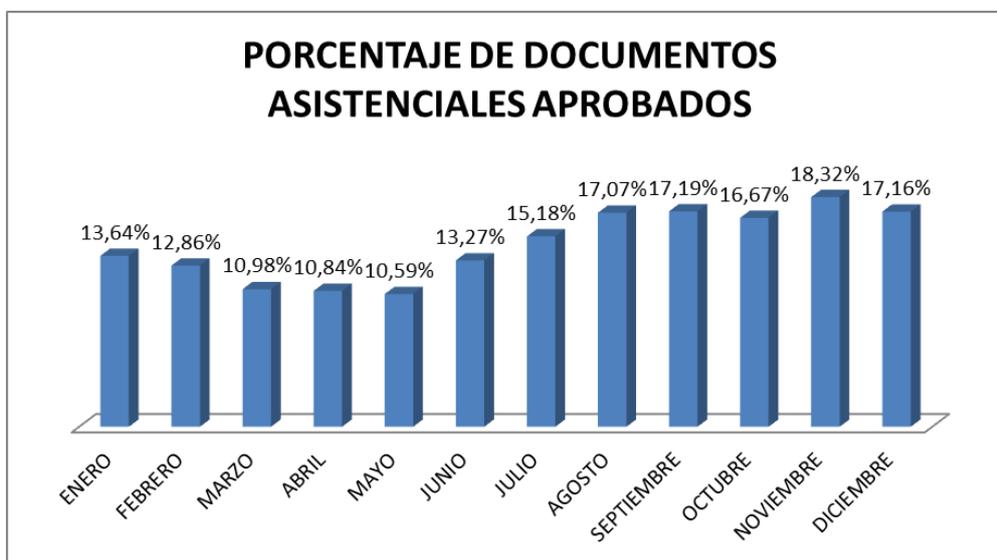
RECOMENDACIÓN:

1. Continuar socialización sobre consentimiento informado.
2. Monitoreo frecuente por medio de la vigilancia activa.
3. Empoderamiento total del personal sobre consentimiento informado.

INDICADORES DE SEGUIMIENTO DOCUMENTOS NORMATIVO

#	INDICADOR	DESCRIPCION	METODO
2.1.1	Porcentaje de documentos asistenciales aprobados	Mide el porcentaje de documentos asistenciales aprobados	Número documentos asistenciales aprobados / total de documentos asistenciales recibidos
2.1.2	Porcentaje de documentos asistenciales con aprobación de formato por el área de calidad	Verifica el porcentaje de documentos asistenciales que aprobaron el formato institucional y observaciones del procedimiento de aprobación del hospital	Número documentos asistenciales con checklist aprobado / total de documentos asistenciales recibidos

INDICADOR 2.1.1 PORCENTAJE DE DOCUMENTOS ASISTENCIALES APROBADOS





Análisis de datos: El porcentaje de documentos normativos aprobados está definido en base a la cantidad de documentos aprobados siguiendo el flujo de la unidad, contra la cantidad total de documentos asistenciales recibidos en la coordinación de calidad.

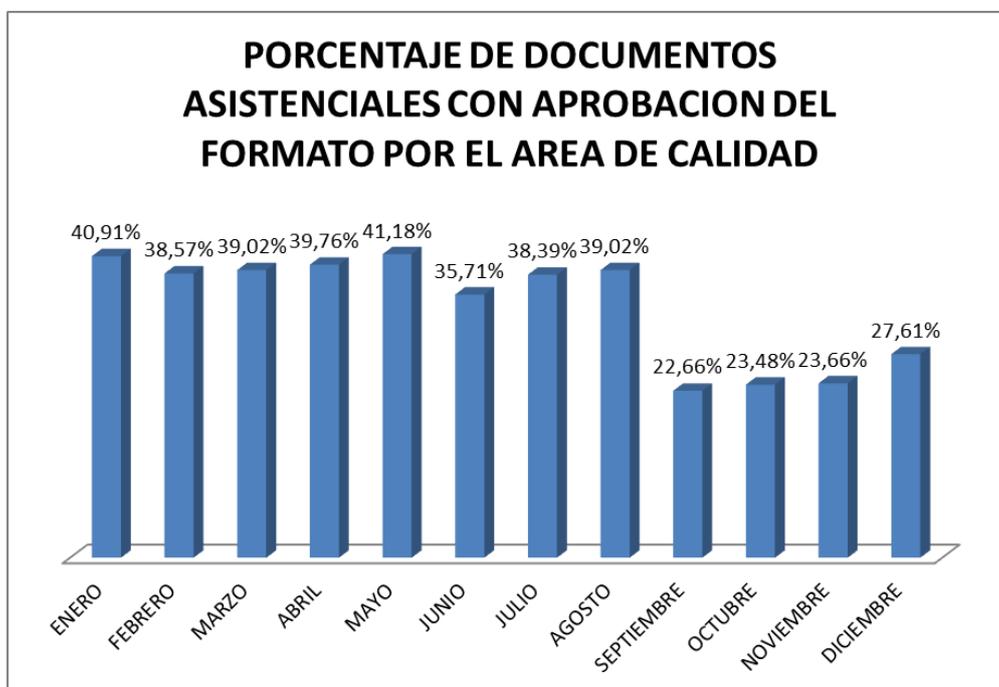
Resultados:

Este mes se actualizo la lista maestra de documentos aprobados, Incluyendo el estado de obsoleto en la primera versión del procedimiento de elaboración de documentos asistenciales, el cual deja de ser un documento aprobado.

Adicional no se ha podido aprobar nuevos documentos por no existir coordinador de docencia asignado, se está asignando recursos a la elaboración de los que son indispensables para la acreditación; y capacitando para que se sigan generando todos los requeridos por las áreas.

INDICADOR 2.1.1

PORCENTAJE DE DOCUMENTOS ASISTENCIALES CON APROBACION DEL FORMATO POR EL AREA DE CALIDAD



Análisis de datos: El porcentaje de documentos normativos que aprueban el formato de calidad, consisten en todos los documentos revisados por el responsable de proceso de la



Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

coordinación de calidad que cumplen con la lista de chequeo de forma basada en la normativa del Ministerio de Salud pública para la aprobación de documentos asistenciales y enviados a la coordinación de docencia según el flujo aprobado.

Resultados: Se cumplió con la revisión de documentos pendientes en el área de docencia, lo que nos dio como resultados 14 documentos esperando revisión y aprobación de coordinador de docencia.

Se espera para reunirse con nuevo coordinador para retomar la asignación de plazos y responsables de soporte en la revisión de docencia.

PROTOCOLOS APROBADOS DE LA UNIDAD

#	NOMBRE DEL DOCUMENTO	TIPO	AREA
1	Aprobación de Doc. Asistenciales	Protocolo	CGCC
2	Manejo Charol de Paro	Protocolo	Gestión Hospitalaria
3	Cirugía Segura.	Protocolo	Gestión Hospitalaria
4	Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer diferenciado de Tiroides	Protocolo	Endocrinología
5	Insulina Basal	Protocolo	Endocrinología
6	Manejo de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta Variceal (HDAV)	Protocolo	Gastroenterología
7	Manejo de Pancreatitis Aguda	Protocolo	UCI
8	Manejo de Shock Séptico	Protocolo	Emergencia/Unidad Adultos
9	Registro de Procedimientos y Descargo de Materiales e Insumo Terapia Respiratoria	Procedimiento	MC/Terapia Respiratoria
10	Plan de Contingencia visita del PAPA	Plan de acción	Emergencia
11	Plan de Contingencia Manejo de Chikungunya	Plan de acción	Emergencia
12	Protocolo de código azul	Protocolo	Emergencia
13	Procedimiento para recepción, registro y distribución de documentos	Procedimiento	coordinación administrativa
14	Política de seguridad del paciente	Políticas	Gestión Hospitalaria
15	Lineamientos de seguridad del paciente	Lineamientos	Gestión Hospitalaria
16	Procedimiento para la entrega de expedientes clínicos para ingresos hospitalarios	Procedimiento	Archivo
17	Procedimiento para la entrega de expedientes clínicos a las áreas médicas para informes y revisión de casos	Procedimiento	Archivo
18	Protocolo de identificación de pacientes	Protocolo	Gestión Hospitalaria
19	Procedimiento de identificación física del paciente	Procedimiento	Gestión Hospitalaria
20	Procedimiento para la aprobación de documentos normativos	Procedimiento	Control de Calidad
21	Procedimiento para la solicitud de expedientes clínicos por parte de las entidades publicas	Procedimiento	Archivo
22	Plan de socialización y capacitación de guías de práctica clínica, protocolos institucionales y del	Plan de acción	Docencia





	ciudadano		
23	Reglamento interno de seguridad y salud del htmc.	Reglamento	Salud ocupacional

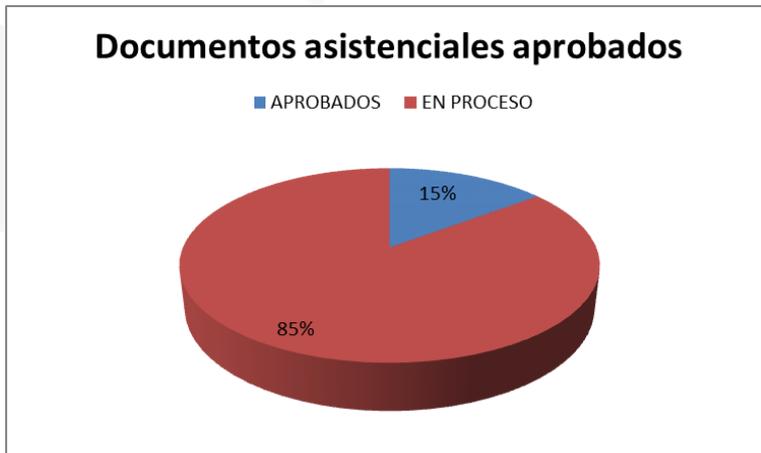
Conclusiones de documentos aprobados: Se buscara otra estrategia para la aprobación de documentos que cumpla con los estándares de calidad requeridos; ya que se pudo detectar que la demora en la aprobación siempre sucede en el área de docencia, por lo cual se buscara exonerar a los documentos administrativos de dicho filtro, lo cual se definirá en una nueva versión de procedimiento de elaboración de documentos normativos.

Acciones a tomar:

- Verificar flujo de aprobación de documentos normativos y realizar las correcciones en el caso de ser necesarias.
- Redefinir el aplicativo de copias controladas cargado en la intranet.
- El mes de enero se realizara plan de capacitación anual en la elaboración de documentos normativos.
- Plan de acción para socialización de procedimientos de elaboración y control de documentos normativos mediante correo masivo y web institucional.
- Priorización de documentos solicitados para acreditación del hospital.

SITUACION ACTUAL DE LOS DOCUMENTOS NORMATIVOS

ESTADO GENERAL	TOTAL
APROBADOS	23
EN PROCESO	134



Indicadores de Licenciamientos, Acreditaciones, Permisos, Monitoreo de Dosímetros y Fármacos Psicotrópicos y Estupefacientes al mes de Diciembre del 2016.

Indicadores 2.3.1



Análisis de datos: Se mide el porcentaje de licenciamiento, permisos y acreditaciones otorgados al HTMC sobre el total de licenciamiento, permisos y acreditaciones requeridos por el HTMC.

Resultados: Al momento tenemos como objetivo la obtención de 10 Permisos, Licencias o Acreditaciones para el Hospital, estamos en un 60 % de cumplimiento, manteniendo el porcentaje respecto al mes pasado.

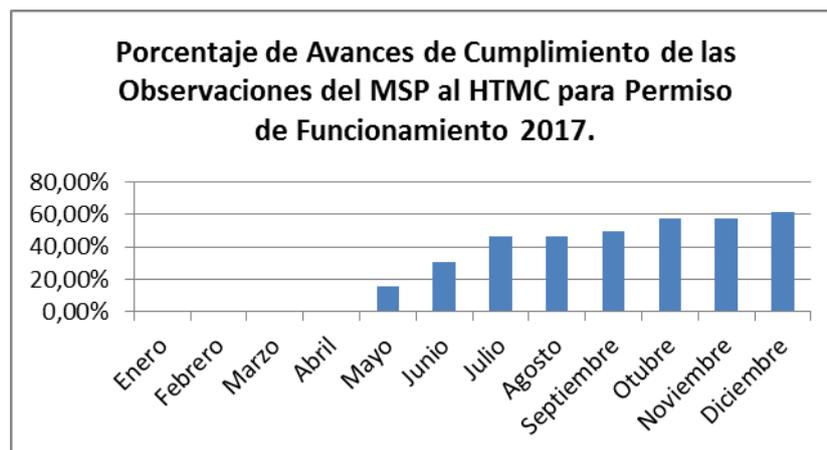
Por Monitorear:

- 1) **Permiso de Funcionamiento: SÍ.** Se realiza monitoreo a las observaciones MSP.
- 2) **Recertificación ISO de Laboratorio: NO.** Se fijó fecha para auditoría interna falta que Veritas realice la auditoría externa respectiva. Falta la decisión de las autoridades en definir si se continúa con la Certificación.
- 3) **Licencia Ambiental: NO.** Se realiza monitoreo de Cumplimiento de Consultora.



- 4) **Licencia Scan Radiodiagnóstico: SI.**
- 5) **Licencia Scan Radioterapia: SI.**
- 6) **Licencia Scan a Intervencionismo: SÍ.** El SCAN entrega a Intervencionismo del HTMC la Licencia correspondiente.
- 7) **Licencia Scan Medicina Nuclear: SI.** Se realiza 2do Monitoreo a las recomendaciones del SCAN.
- 8) **Acreditación de Trasplante de Córneas por parte del Indot-MSP: SÍ.** El Indot entrega la Acreditación de Córneas al HTMC el 8 de Noviembre del 2016 hasta el 8 de Noviembre del 2018.
- 9) **Acreditación de Trasplante Renal por parte del Indot-MSP: NO.** Se realiza inspección el 19 de Diciembre por parte del Indot.

Indicadores 2.3.2

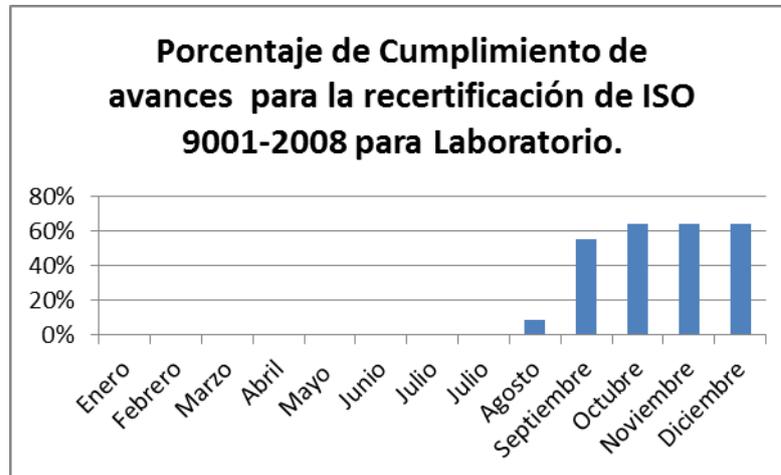


Análisis de Datos: Se mide el porcentaje de avances de Cumplimiento de las áreas y observaciones hechas al HTMC sobre las Observaciones totales hechas por el MSP.

Resultado: Este indicador se encuentra al 61,54 % de avance de cumplimiento y se ha incrementado con respecto al mes anterior, ya que de 26 observaciones realizadas por el MSP direccionadas a 19 áreas del HTMC solo 16 observaciones se han cumplido a la fecha. Se realizó la 7ta inspección y monitoreo de Calidad a todas las áreas observadas del HTMC el día 27 de Diciembre del 2016.



Indicadores 2.3.5



Análisis de Datos: Se mide el cumplimiento de avances al cronograma que tiene que cumplir el área de Laboratorio para recertificar en ISO 9001-2008.

Resultados: De los 11 puntos que contiene el cronograma de recertificación al mes de Noviembre se han cumplido 7 puntos haciendo que a la fecha exista un porcentaje de avance de un 64 % este indicador se mantiene con respecto al mes anterior. Se da por terminada esta Certificación ya que el área de Laboratorio la dejó caducar la misma ya no será monitorizada para el 2017.



Indicadores 2.3.6

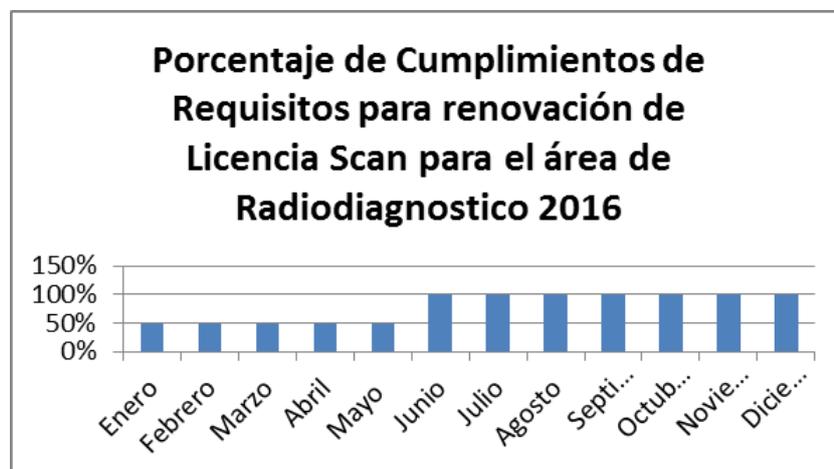


Análisis de Datos: Mide el porcentaje de Cumplimiento realizado sobre el total de requerimientos a realizar para la obtención de la renovación de Licencia Scan.

Resultado: Actualmente este indicador está al 100% y se realizaron 3 procesos para obtener la licencia:

- 1) Se lleva al Scan los 2 contratos de mantenimiento de los equipos y se los registra. **SI.**
- 2) Se realiza pago del HTMC al Scan y se otorga licencia en Enero 2016 hasta Diciembre 2019, vigencia de 4 años. **SI.**
- 3) Entrega de Licencia por parte del SCAN. **SI.**

Indicadores 2.3.7



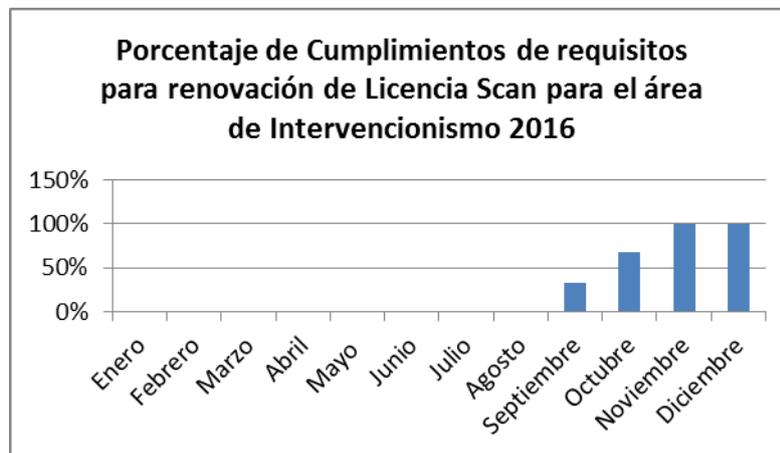


Análisis de datos: Se mide el porcentaje de Cumplimiento realizado sobre el total de requerimientos a realizar para la obtención de la renovación de Licencia Scan.

Resultado: Actualmente este indicador se encuentra al 100% y se realizaron 3 procesos para la obtención de Licencia:

- 1) Se lleva al Scan los 12 contratos de mantenimiento de los equipos y se los registra. **SI.**
- 2) Se realiza pago del HTMC al Scan y se está a la espera de entrega de la Licencia. **SI.**
- 3) Entrega de Licencia por parte del Scan. **SI.**

Indicadores 2.3.8



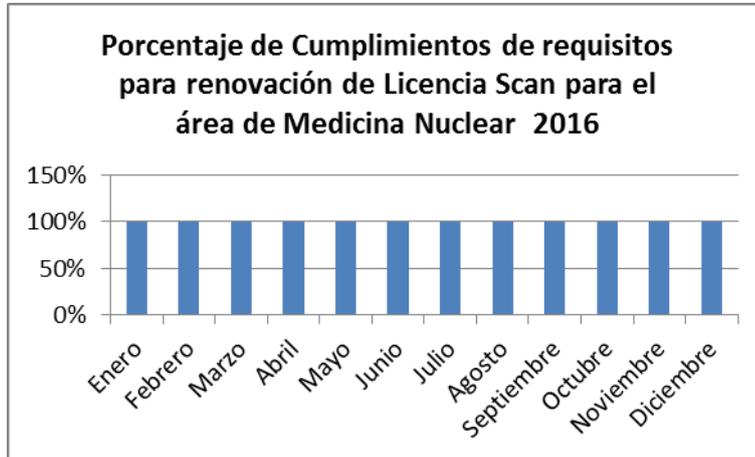
Análisis de Datos: Se mide el porcentaje de Cumplimiento realizado sobre el total de requerimientos a realizar obtener la Licencia del Scan por primera vez.

Resultado: Actualmente este indicador se encuentra al 100 % y se encuentra en alza con respecto al mes anterior y se realizaron 3 procesos para obtener la Licencia:

- 1) Llevar al Scan los contratos de mantenimiento de los equipos para registrarlos. **SI.**
- 2) Realización de pago de factura al Scan para poder otorgar Licencia. **SI.**
- 3) Entrega de Licencia por parte del Scan. **SI.** El Scan entregó la Licencia en Noviembre del 2016 con una vigencia desde Octubre del 2016 hasta Septiembre del 2020.



Indicadores 2.3.9

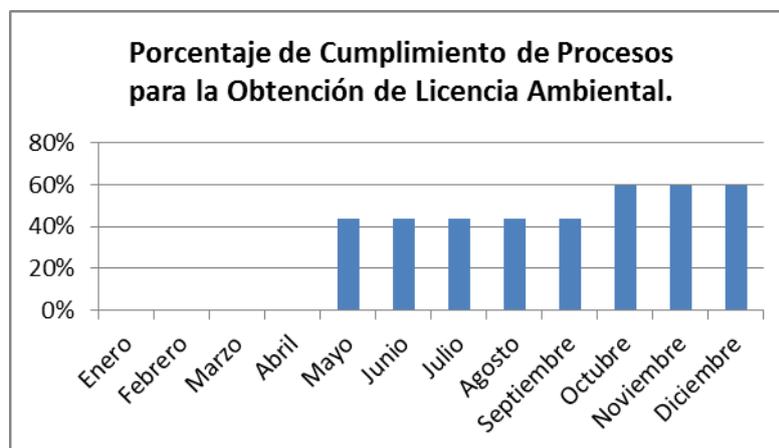


Análisis de Datos: Se Mide el porcentaje de Cumplimiento realizado sobre el total de requerimientos a realizar para la obtención de la renovación de Licencia SCAN.

Requerimiento: Actualmente este indicador se encuentra al 100% y se realizaron 3 procesos para la obtención de Licencia:

- 1) Se lleva al Scan el registro del Yodo. **SI.**
- 2) Se realiza pago del HTMC al Scan y se otorga licencia en Noviembre 2014 hasta Octubre 2018, vigencia de 4 años. **SI.**
- 3) Entrega de Licencia por parte del Scan. **SI.**

Indicadores 2.3.10





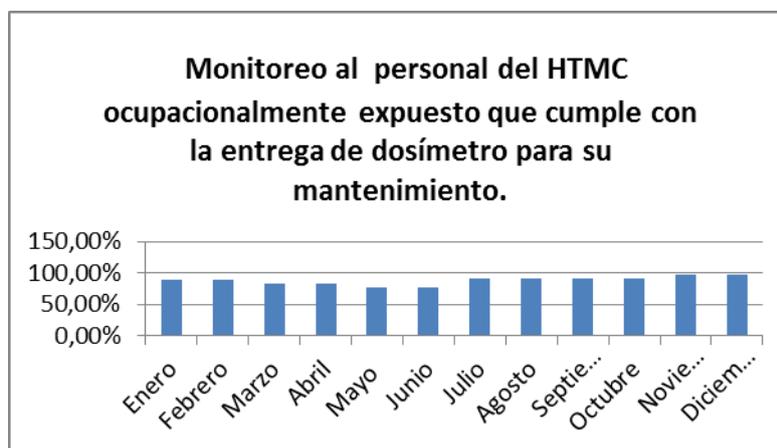
Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Análisis de Datos: Se mide el porcentaje de Cumplimiento de los procesos realizados sobre el total de requerimientos a realizar para obtener la Licencia Ambiental.

Resultado: Se monitorean 25 puntos de los cuales en la actualidad se han cumplido 15, lo que da un porcentaje de cumplimiento de 60%. Se mantiene el porcentaje de cumplimiento con respecto al mes anterior.

El administrador de contrato Ing. Hugo Molina delegó a la Ing. Blanca Escobar de Salud Ocupacional para que realice el seguimiento de avances de la Licencia Ambiental junto con ella se realizó el 7mo monitoreo el 29 de Diciembre del 2016.

Indicadores 2.3.11



Análisis de Datos: Se mide el número del personal que se encuentran expuestos a radiaciones del HTMC que cumple con la entrega del dosímetro para su mantenimiento, este mantenimiento de dosímetros se lo realiza cada 2 meses.

Resultado: Del período de Septiembre a Noviembre del 2016 de 109 personas que utilizan dosimetría cumplieron con la entrega del dosímetro 106 personas, dando como resultado un porcentaje de cumplimiento 97,24 %, este indicador de cumplimiento se mantiene en alza con respecto al mes anterior. Se pone en informe el mismo resultado en Diciembre ya que recién se realizará la lectura y mantenimiento de dosímetros en Enero del 2017.



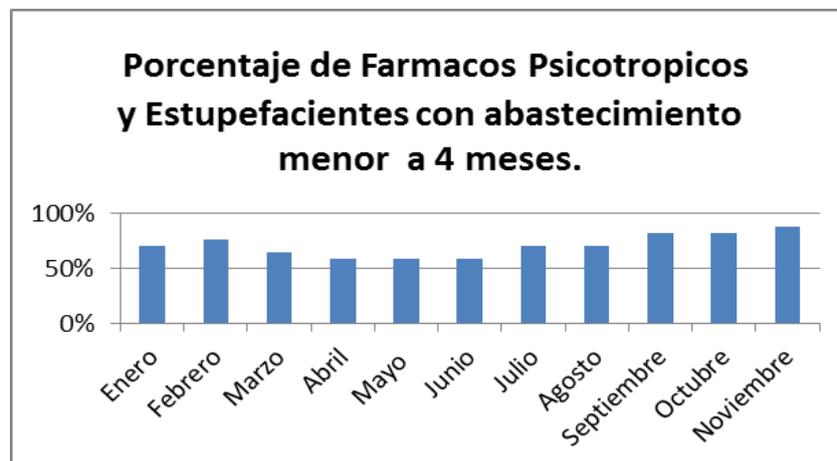
Indicadores 2.3.12. Farmacia no envía aún su reporte.



Análisis de Datos: Se mide el abastecimiento de los fármacos psicotrópicos y estupefacientes superiores a 12 meses.

Resultado: De 17 medicamentos 1 se encuentra observado, ya que excedió el límite de abastecimiento de hasta de 12 meses, dando como resultado 5,88%, manteniendo su porcentaje con respecto al mes anterior.

Indicadores 2.3.13. Farmacia no envía aún su reporte.



Análisis de Datos: Se mide el abastecimiento de los fármacos psicotrópicos y estupefacientes inferiores a 4 meses.

Resultado: De 17 medicamentos 15 se encuentran observados, ya que están por debajo del límite de abastecimiento de 4 meses, dando como resultado 88,24% subiendo su porcentaje con respecto al mes anterior.



Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Indicadores 2.3.12 y 2.3.13 ABASTECIMIENTO.- Farmacia aún no envía su informe.

INFORME MENSUAL																							
CONTROL DE FARMACOS PSICOTROPICOS Y ESTUPEFACIENTES DE FARMACIA CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION																		Medición					
CONTROL DE CALIDAD ENERO a NOVIEMBRE 2016.																							
Tipo de Medicación	Med. Presentación	Cant. Nom. Med.	Medicación	DISPEN ENERO	DISPEN FEBRERO	DISPEN MARZO	DISPEN ABRIL	DISPEN MAYO	DISPEN JUNIO	DISPEN JULIO	DISPEN AGOSTO	DISPEN SEPTIEMBRE	DISPEN OCTUBRE	DISPEN NOVIEMBRE	TOTAL MEDICAMENTOS DISPENSADOS FARMACIA 2016	PROMEDIO MENSUAL	SALDO C. E.	SALDO HOSP.	SALDO TOTAL 30 NOVIEMBRE	TIEMPO DE ABASTECIMIENTO EN MESES	Abastecimiento mayor a 12 meses	Abastecimiento menor a 4 meses	Abastecimiento que cumple
PSICOTROPICO	1	1	Alprazolam Tab. 0,25 mg	13580	8855	16000	9664	6776	10018	7059	10000	12642	5950	18592	119136	10831	10114	4529	14643	1		1	
	2	1	Alprazolam Tab. 0,50 mg	4818	7917	7731	4312	4423	6920	4711	6264	5672	3602	9274	65644	5968	12337	525	12862	2		1	
	3	2	Buprenorfina Parche	2507	2923	3343	4037	4690	4086	4855	4349	4554	4367	8921	48632	4421	917	981	1898	0		1	
	4		Buprenorfina Amp. 0,3 mg	754	594	800	792	508	523	457	967	1349	1030	2379	10153	923	0	972	972	1		1	
	5	3	Clonazepam Tab. 0,5 mg	0	0	375	8280	4800	2650	3810	6060	3885	3720	7605	41185	3744	4970	0	4970	1		1	
	6		Clonazepam Tab. 2 mg	32254	28896	27884	19809	22405	27561	21960	24850	28558	23794	52352	310323	28211	1283	507	1790	0		1	
	7		Clonazepam Gotas 2,5 mg	22	0	2	622	919	1053	1132	1217	1170	1041	2211	9389	854	307	14	321	0		1	
	8	4	Diazepam Amp. 10 mg	7	10	38	35	63	36	100	40	16	21	37	403	37	0	312	312	9			1
	9	5	Midazolam Amp. 15 mg	2	8	3	18	619	65	144	0	3	30	33	925	84	0	54	54	1		1	
	10		Midazolam Amp. 50 mg	2888	2994	3463	3829	1524	1945	2036	2522	2509	2490	4999	31199	2836	0	1727	1727	1		1	
ESTUPEFACIENTE	11	6	Fentanilo Amp. 0,5 mg	690	530	441	379	513	656	750	869	684	465	1149	7126	648	0	1087	1087	2		1	
	12	7	Morfina Amp. 10 mg	4	0	0	3	8	13	16	14	1	4	5	68	6	0	371	371	60	1		
	13		Morfina Amp. 20 mg	22	92	47	0	0	45	58	72	40	20	60	456	41	0	51	51	1		1	
	14	8	Oxicodona Tab. 10 mg	900	2165	2160	2280	2190	1200	1981	2520	1620	3576	5196	25788	2344	1850	1260	3110	1		1	
	15		Oxicodona Tab. 20 mg	1890	3340	1290	2610	1713	1410	3780	1830	2259	4332	6591	31045	2822	2730	1542	4272	2		1	
	16		Oxicodona Tab. 40 mg	960	276	1140	2550	330	1787	2700	900	1462	2850	4312	19267	1752	4220	847	5067	3		1	
	17	9	Remifentanilo Amp. 5 mg	826	891	1007	1178	984	1278	1243	971	1120	1280	2400	13178	1198	0	838	838	1		1	
																				1	15	1	
Porcentaje de farmacos psicotropicos y estupefacientes con abastecimiento mayor a 12 meses																		1X100/17	5,88%				
Porcentaje de farmacos psicotropicos y estupefacientes con abastecimiento menor a 4 meses																		15X100/17	88,23%				
Porcentaje de farmacos psicotropicos y estupefaciente que cumplen con abastecimiento normal de 4 a 12 meses																		1X100/17	5,88%				

Análisis y Recomendación de Abastecimiento de Fármacos:

Morfina Amp 10mg. (Sobreabastecimiento)

Se registra un consumo desde Enero a Noviembre del presente año de 68 unidades, con un promedio de 6 unidades mensuales y un stock de 371 unidades para ser consumidos el mes de



Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Noviembre, lo que indica que existe **un sobreabastecimiento** promedio del fármaco para 60 meses aproximadamente que corresponde a 5 años aproximadamente.

Midazolam Amp 15mg. (Desabastecimiento)

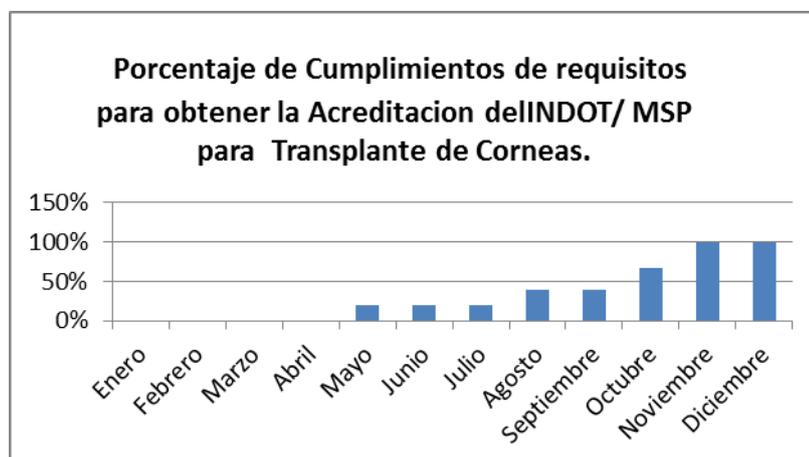
Se registra un consumo desde enero a Noviembre del presente año de 925 unidades, con un promedio de 84 unidades mensuales y un stock de 54 unidades para ser consumidos el mes de Noviembre, lo que indica que estaremos abastecidos solo por 1 mes de este fármaco.

Clonazepam Tab. 2 mg.

Se registra un consumo desde Enero a Noviembre del presente año de 310.323 unidades, con un promedio de 28.211 unidades mensuales y un stock de 1.790 unidades para ser consumidos el mes de Noviembre, lo que indica que estaremos **desabastecidos** del fármaco en este mes.

Recomendación:

- En el caso de los fármacos con **sobreabastecimiento mayor a 12 meses** (Morfina amp. 10 mg) se solicita verificar la fecha de caducidad de los mismos, dotar a los carros de paro que se encuentran desabastecidos de este medicamento, el área de Farmacia debe establecer máximos y mínimos para tener un stock adecuado para su consumo.
- En el caso del fármaco **desabastecido menor a 4 meses** (midazolam amp. 50 mg, midazolam amp. 15 mg, alprazolam tab. 0.25 mg, alprazolam tab. 0.50 mg, buprenorfina parche, buprenorfina amp. 0.3 mg, clonazepam tab. 2mg, clonazepam gotas 2.5 mg, clonazepam tab. 0.5 mg, morfina de 20 mg, fentanilo amp. 0.5 mg, oxicodona tab. 20 mg, oxicodona tab. 10 mg, oxicodona tab. 40 mg, remifentanilo amp. 5mg, se recomienda que Farmacia realice una medición y planificación del consumo de los fármacos dispensados para poder realizar un correcto pedido a bodega y no quedar desabastecido de estos medicamentos.
- **Indicadores 2.3.14**





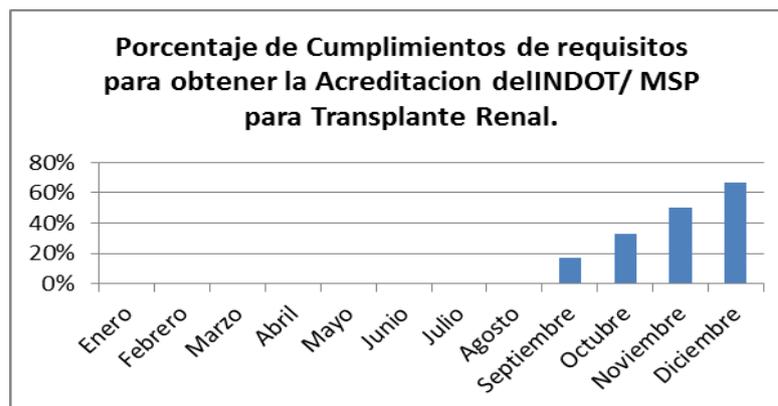
Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Análisis de Datos: Se mide el porcentaje de Cumplimiento realizado sobre el total de requerimientos para Acreditar.

Resultado: El cumplimiento general de esta acreditación está al 100 %. Tenemos 6 pasos de Requerimientos por monitorear.

- 1 Paso: Solicitud de Requisitos y requerimientos para acreditación al Indot. **Cumplido.**
- 2 Paso: Envío de Requisitos y Documentación al Indot, en los cuales de 15 documentos, se ha cumplido con la entrega de todos. **Cumplido.**
- 3 Paso: Documentación completa entregada al Indot y envió de correo del Indot indicando que la documentación está completa. **Cumplido.**
- 4 Paso: Inspección del Indot realizada el 30 de Septiembre del 2016. **Cumplido.**
- 5 Paso: Resultados de la Inspección. **Cumplido**
- 6 Paso: Acreditación SI o NO. **Cumplido. Se entrega Acreditación válida desde el 8 de noviembre de 2016 hasta el 8 de noviembre de 2018.**

Indicadores 2.3.15



Análisis de Datos: Se mide el porcentaje de Cumplimiento realizado sobre el total de requerimientos para Acreditar.

Resultado: El cumplimiento general de esta acreditación subió al 67 % con respecto al mes anterior. Tenemos 6 pasos de Requerimientos por monitorear.

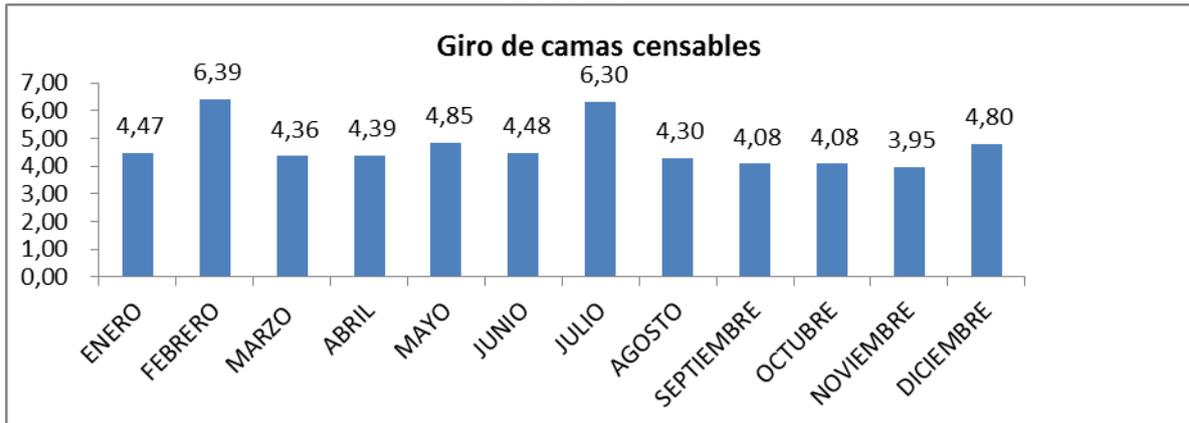
- 1 Paso: Solicitud de Requisitos y requerimientos para acreditación al Indot. **Cumplido.**
- 2 Paso: Envío de Requisitos y Documentación al Indot cumpliendo con la entrega de todos. **Cumplido.**
- 3 Paso: Documentación completa entregada al Indot y envió de correo del Indot indicando que la documentación está completa. **Cumplido.**
- 4 Paso: Inspección del Indot. **Se realizó el 19 de Diciembre del 2016.**
- 5 Paso: Resultados de la Inspección. **Falta**
- 6 Paso: Acreditación SI o NO. **Falta.**



Indicadores de Monitoreo de Disponibilidad de Camas

Análisis de datos y resultados

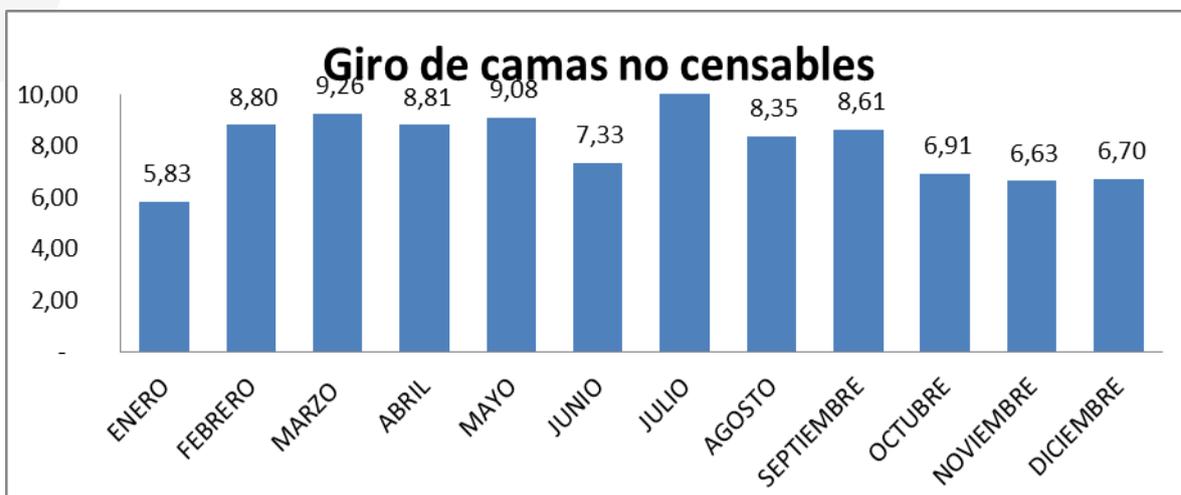
Indicador 3.1.1



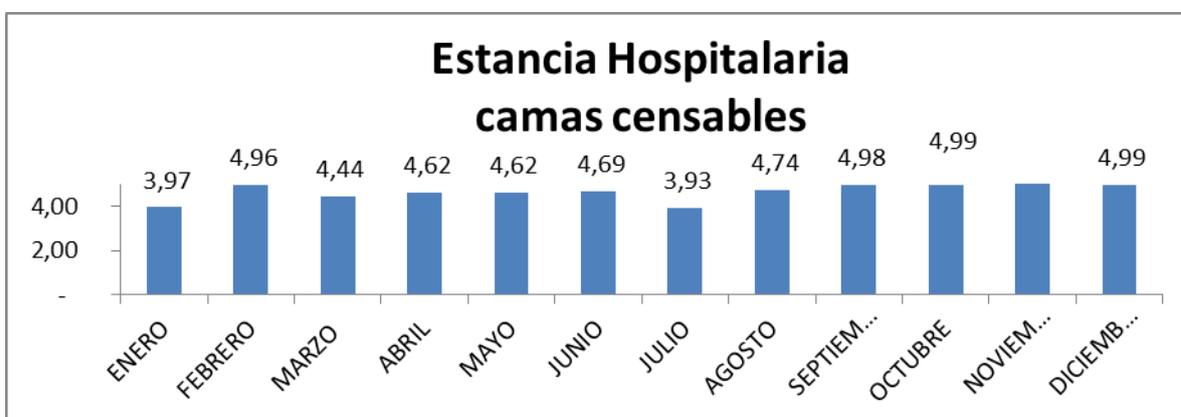
Análisis de datos: El giro de cama se calcula de la relación entre pacientes egresados en el mes para camas censables disponibles en el mes. El indicador mide la cantidad de veces que una cama ha sido utilizada en un mes. La tendencia debe ser creciente, el fin es utilizar las camas de forma eficiente. El estándar del indicador varía por dependencia. Los resultados mencionados son generales, promediando las diferentes camas censables de la hospitalización.

Resultados: Se observa que el comportamiento de giro de camas ha disminuido su valor en 0,22% para el mes de Septiembre al igual que el mes de Agosto, lo cual nos indica una baja en la producción en las áreas de Hospitalización sobre todo en las áreas con mayor estancia como por ejemplo Neurología, Cardiología.

Indicador 3.1.2



Indicador 3.1.3



Análisis de datos: La estancia hospitalaria mide el tiempo promedio que los pacientes permanecen en hospitalización. Se calcula bajo la relación entre el total de los pacientes egresados versus el tiempo de estadía de quienes egresaron. La tendencia debería disminuir, reflejando que la estancia en el hospital es poca ya sea por una atención exitosa, fallecimiento o traslado en un corto tiempo. En este caso, se miden los días que el paciente permanece en las camas censables del HTMC.

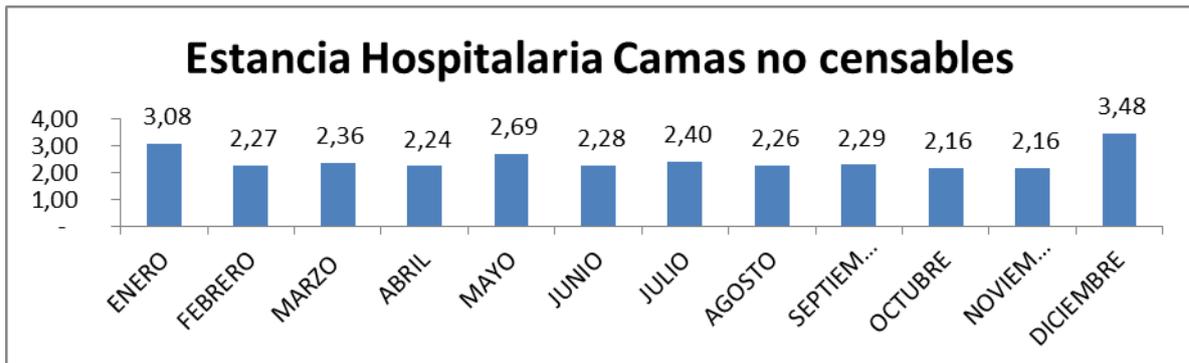
Resultados: En este indicador vemos un aumento de 0,24% con respecto del mes anterior cuando nuestra tendencia tiene que ser a la baja, tenemos que recordar que aquí vemos de manera general ya que hay áreas de Hospitalización en donde la estancia es corta como Ginecología y por otro lado hay áreas donde la estancia es alta como Neurología y Traumatología por poner dos ejemplos. En la actualidad aún continúan los trabajos de



Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

remodelación en áreas como Neurología, Endocrinología, Urología y Nefrología lo cual no permite tener a los pacientes en sus respectivas áreas.

Indicador 3.1.4



Análisis de datos: La estancia hospitalaria mide el tiempo promedio que los pacientes permanecen en hospitalización. Se calcula bajo la relación entre el total de los pacientes egresados versus el tiempo de estadía de quienes egresaron. La tendencia debería disminuir, reflejando que la estancia en el hospital es poca ya sea por una atención exitosa, fallecimiento o traslado en un corto tiempo. En este caso, se miden los días que el paciente permanece en las camas no censables del HTMC.

Resultados: Observamos que nuestro indicador de estancia hospitalaria de camas no censables ha aumentado en 0,03% con respecto del mes anterior y nuestra tendencia tiene que ser a la baja pero no es así, recordemos que existen dependencias con menor y mayor tiempo de estadía. Por ejemplo, la emergencia que hospitaliza a pacientes por hidratación y su alta hospitalaria es pronta y por otro lado las Observaciones donde la estancia es mayor.

Indicador 3.2.1



Análisis de datos: Las inconsistencias en el reporte de pacientes hospitalizados muestran que el personal de salud no registra correctamente en AS400 los egresos de los pacientes. Aún mencionando el alta, fallecimiento o traslado de un paciente, si el paciente sigue como hospitalizado, no está correctamente registrado. Por lo tanto se ha dado seguimiento a estas inconsistencias en el sistema. Una razón por la cual esto sucede es porque tienen un parte operatorio no finalizado, lo cual se mide en este indicador. Se estima disminuir el porcentaje al mínimo posible.

Resultados: Los datos recopilados mediante el censo diario, se pudo observar que ya la inconsistencia está disminuyendo mucho más debido al seguimiento que se realiza por medio del AS400. Se da seguimiento para promueva la buena utilización del sistema y estimule a las capacitaciones continuas sobre los protocolos.



Indicador 3.2.2



Análisis de datos: Las inconsistencias en el reporte de pacientes hospitalizados muestran que el personal de salud no registra correctamente en AS400 los egresos de los pacientes. Aún mencionando el alta, fallecimiento o traslado de un paciente, si el paciente sigue como hospitalizado, no está correctamente registrado. Por lo tanto se ha dado seguimiento a estas inconsistencias en el sistema. Una razón por la cual esto sucede es porque continúan como hospitalizados en la última dependencia donde fueron ingresados. Se estima disminuir el porcentaje al mínimo posible.

Resultados: Podemos observar que el porcentaje de inconsistencias se ha mantenido, se recomienda continuar brindando las capacitaciones al personal médico encargado de los procesos de altas para poder disminuir este indicador que es el fin de los procesos y protocolos para tener un mejor control tanto en físico como en sistema.

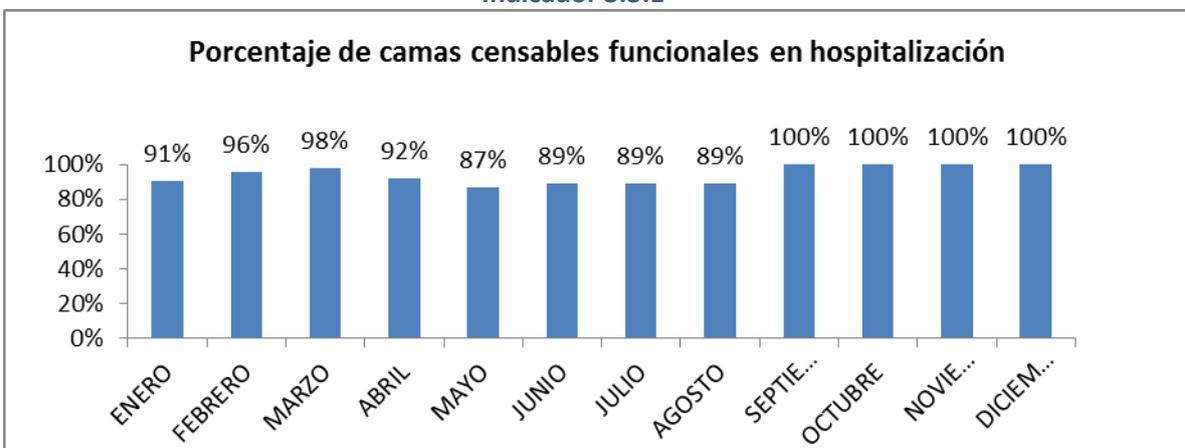
Indicador 3.2.3



Análisis de datos: Las inconsistencias en el reporte de pacientes hospitalizados muestran que el personal de salud no registra correctamente en AS400 los egresos de los pacientes. Aún mencionando el alta, fallecimiento o traslado de un paciente, si el paciente sigue como hospitalizado, no está correctamente registrado. Por lo tanto se ha dado seguimiento a estas inconsistencias en el sistema. Una razón por la cual esto sucede es porque continúan como hospitalizados en la última dependencia donde fueron ingresados, en este caso en la Emergencias). Se estima disminuir el porcentaje al mínimo posible.

Resultados: En los datos recopilados en este mes de Septiembre se ha cumplido satisfactoriamente con el comportamiento deseado de este indicador a la baja, se ha evidenciado que el personal médico está capacitado y sigue los protocolos.

Indicador 3.3.1



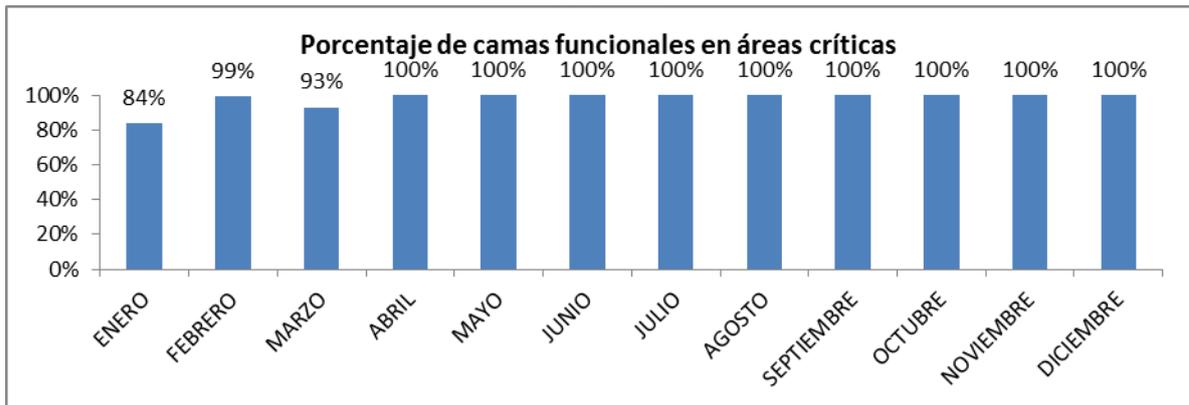


Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo

Análisis de datos: El porcentaje de camas funcionales en hospitalización nos muestra la disponibilidad que se tiene para recibir pacientes. Se calcula mediante la las camas censables funcionales sobre la dotación de camas del hospital.

Resultados: En el mes de Septiembre se observa que nuestro indicador es del 100% lo cual es favorable, se puede recibir a los pacientes debido a que nuestras camas están funcionales.

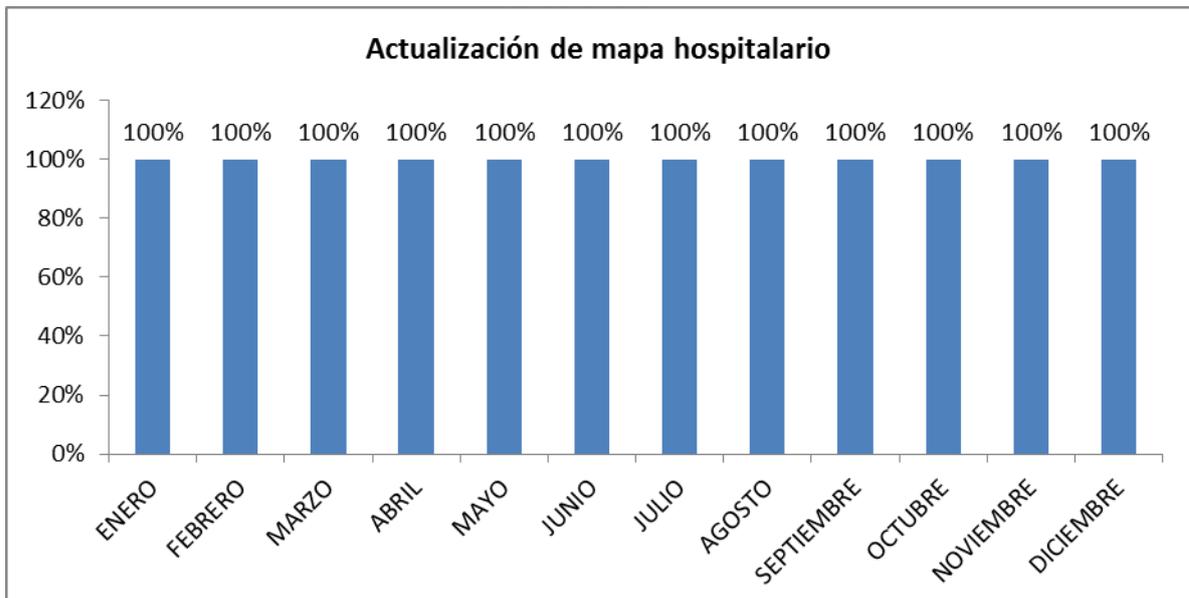
Indicador 3.3.2



Análisis de datos: El porcentaje de camas funcionales en áreas críticas nos muestra la disponibilidad que se tiene para recibir pacientes. Se calcula mediante la las camas no censables funcionales sobre la dotación de camas del hospital.

Resultados: Se observa que nuestro indicador de porcentaje de camas funcionales en áreas críticas está al 100% debido a que se terminaron los trabajos de remodelación en la nueva emergencia y al constante mantenimiento de sus camas.

Indicador 3.3.3





Hospital de Especialidades **Teodoro Maldonado Carbo**

Análisis de datos: La actualización de mapa hospitalario es un indicador de producción interna ya que se realiza semanalmente y bajo pedido de la Jefatura o Coordinación dependiendo de los cambios de remodelación, mantenimiento, etc.

Resultados: En este indicador el comportamiento se ha mantenido estable para los tres meses de estudio llegando al 100% de cumplimiento.



DETALLE DE INDICADORES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

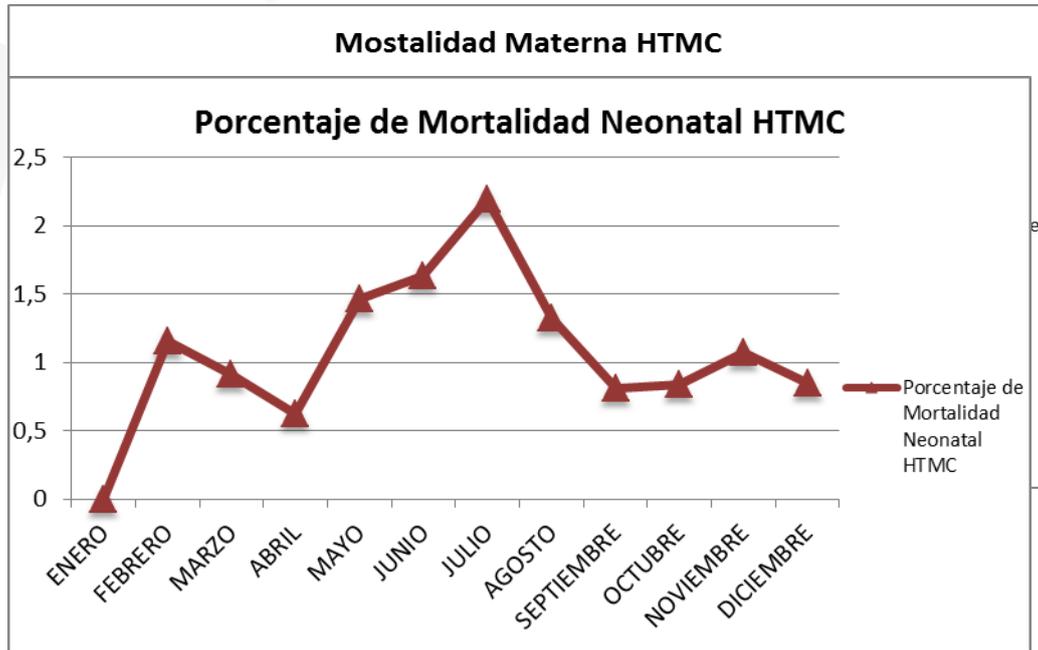
OBJETIVO 1.- DISMINUIR MORTALIDAD MATERNO-NEONATAL

1.1. Tasa de Mortalidad Materna HTMC

MORTALIDAD MATERNA			
Mes	# Muertes Maternas	# atenciones de Embarazadas	Porcentaje de Mortalidad Materna HTMC
ENERO	1	1980	0,5
FEBRERO	0	1905	0
MARZO	0	2274	0
ABRIL	0	1986	0
MAYO	0	1894	0
JUNIO	0	2007	0
JULIO	1	2128	0,4
AGOSTO	0	2128	0
SEPTIEMBRE	0	1951	0
OCTUBRE	0	1483	0
NOVIEMBRE	1	1784	0,56
DICIEMBRE	0	1950	0

Fuente de Información: Vigilancia Epidemiológica

La tasa de mortalidad materna del mes de Diciembre es de 0 ya que no se presentó ningún evento. Teniendo hasta la fecha 3 muertes en el presente año.



Fuente de Información: Vigilancia Epidemiológica y área materna infantil

1.2.- Porcentaje de Mortalidad Neonatales HTMC

MORTALIDAD NEONATAL			
Mes	# Muertes Neonatales	# Partos	Porcentaje de Mortalidad Neonatal HTMC
ENERO	0	280	0,00
FEBRERO	3	259	1,16
MARZO	3	328	0,91
ABRIL	2	322	0,62
MAYO	5	342	1,46
JUNIO	5	306	1,63
JULIO	8	366	2,19
AGOSTO	5	379	1,32
SEPTIEMBRE	3	369	0,81
OCTUBRE	3	356	0,84
NOVIEMBRE	4	373	1,07
DICIEMBRE	3	353	0,85

Fuente de Información: Vigilancia Epidemiológica y área materna neonatal

Fuente de Información: Vigilancia Epidemiológica y área materna neonatal



El porcentaje de mortalidad neonatal en este periodo 2016 ha variado de mes a mes teniendo el mes de Diciembre un 0,85 % valor que ha disminuido en relación al mes anterior.

Las muertes neonatales reportadas son muertes neonatales notificadas por el servicio de neonatología, es importante mencionar que de esta muestra están reportadas las muertes que cumplen con criterios de notificación para reporte de vigilancia epidemiológica y las muertes que no cumplen dicho criterio, los mismos que son:

- Peso igual o mayor de 2500g.
- Muerte después de una cesárea electiva.
- Rn con malformaciones,
- Muertes neonatales por brotes-Infecciones, casos inusuales en los servicios de Neonatología.
- Muertes a término (37 a 41 semanas)
- Muertes neonatales ocurridas en la comunidad.

Estas directrices son emitidas por MSP

Cabe mencionar que las muertes notificadas en este mes no cumplen con los criterios de definición de caso de muerte neonatal institucional.

1.3 - Evaluación de causalidad de la notificación de muerte materno-neonatal.

EVALUACION DE LAS MUERTES MATERNO-NEONATAL			
Mes	Número total de evaluaciones de muertes materno-neonata notificadas	Número total de muertes materno-neonatal notificadas	Evaluación de causalidad de la notificación de muerte materno-neonatal
ENERO	1	1	100
FEBRERO	2	2	100
MARZO	3	3	100
ABRIL	0	2	0
MAYO	1	1	100
JUNIO	1	1	100
JULIO	0	0	0
AGOSTO	1	1	100