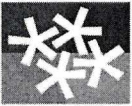


HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME DE SEGUIMIENTO	CÓDIGO: EM-OCIN-PR-05-FT-03
 	OFICINA: CONTROL INTERNO		FECHA DE EMISIÓN: 06-04-2020
	PROCESO: EVALUACIÓN, MEJORAMIENTO Y SEGUIMIENTO		VERSIÓN: 01
	SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI		PÁGINA 1 de 9

1. ASPECTOS GENERALES

Proceso:	Atención Hospitalaria
Dependencia:	Unidad: Clínico Quirúrgica
Seguimiento:	Informe Adherencia a Guía de Apendicitis
Auditor:	SMSM Julio César Quiroga Duran
Tipo de informe	Final

2. INTRODUCCIÓN

Dentro de las funciones señaladas en la Ley 87 de 1993 y sus decretos reglamentarios, se indica que la evaluación y el seguimiento, independiente y objetivo es uno de los roles más relevantes de la responsabilidad que le corresponde a la Oficina de Control Interno OCIN, por lo cual es la encargada de la evaluación independiente del Sistema de Control Interno y de proponer las recomendaciones y sugerencias que contribuyan a su mejoramiento y optimización de la gestión.

El ejercicio de auditoría de seguimiento es una actividad independiente y objetiva de aseguramiento y consultoría concebida para agregar valor y mejorar las operaciones del Hospital Militar Central fortaleciendo el cumplimiento de sus objetivos, aportando un enfoque sistemático y disciplinado para evaluar y mejorar la eficacia de los procesos de gestión de riesgo, control y gobierno.

En el presente seguimiento de adherencia a guías de práctica clínica, se realizó la comparación entre los parámetros que se exponen en las guías para el manejo de apendicitis para pacientes adultos en el Hospital Militar Central que reposan en el archivo documental y lo evidenciado en las historias clínicas correspondientes de pacientes que cumplen esta condición diagnóstica y de ser atendidos intrahospitalariamente por esta patología durante el primer trimestre del año de 2022.

3. OBJETIVO DE LA AUDITORÍA DE SEGUIMIENTO:

Realizar seguimiento a la adherencia de los lineamientos establecidos en las guías de práctica clínica durante hospitalización general para pacientes adultos con diagnóstico de apendicitis en el Hospital Militar Central, encaminado al objetivo institucional de "Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización".

4. ALCANCE:

La auditoría de seguimiento para el caso de pacientes con diagnóstico de apendicitis se realizó durante el mes de abril y se concentró en la muestra de pacientes atendidos en el primer trimestre de 2022, se verificó la correlación y correspondencia de las actuaciones médico asistenciales, entre las guías de práctica clínica definida para dicha patología, desde el ingreso y hasta la salida de su hospitalización, encaminado al objetivo institucional de "Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización".

5. CRITERIO:

La adherencia a guías se refiere al cumplimiento de los criterios establecidos en las guías de atención por parte del equipo de salud de la institución.

GUÍA DE MANEJO (GM): Documento clínico donde se describe una patología, su diagnóstico y tratamiento según el estado actual del conocimiento científico.

GUÍA DE MANEJO: APENDICITIS CÓDIGO: CI-CXGE-GM-02

6. METODOLOGIA:

Dando cumplimiento a lo establecido en el programa anual de auditorías y seguimientos, aprobado por el comité de Coordinación de Control Interno, la oficina de Control Interno presenta a la Administración el resultado del seguimiento realizado al proceso misional de atención hospitalaria, se utilizaron métodos de verificación documental, y prueba de cumplimiento, posteriormente se realiza la auditoria de seguimiento comparando lo consignado las historias clínicas escogidas respecto a los criterios exigidos en las Guías de práctica clínica.

7. ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

Se solicita a salas de cirugía las historias clínicas que a partir del 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2022 tuviesen como diagnóstico probable en la clasificación internacional de enfermedades CIE 10 décima revisión, el código K37 lo que significa impresión diagnóstica Apendicitis, arrojándonos un resultado 50 casos, tomándose como muestra su totalidad.

Se utilizó como instrumento de evaluación y tabulación una tabla de Excel, que permitía cruzar los criterios exigidos en la guía contra lo descrito en las historias clínicas dando como resultado los hallazgos para así cuantificar y determinar el porcentaje de adherencia a cada uno de los criterios de las guías de práctica clínica por parte de los profesionales de la salud implicados en el proceso de atención de éstos pacientes hospitalizados con diagnóstico de apendicitis, la información recolectada fue tabulada mediante la formulación de esta tabla de Excel, arrojando los siguientes resultados del seguimiento.

8. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO:

Adherencia en historias clínicas de adultos, En las 50 historias Clínicas donde se evaluaron los siguientes criterios.

Evaluación Clínica Signos	Sensibilidad	Especificidad	Cumple n	% de Cumplimiento	No cumplen	% de Incumplimiento	Hace Referencia	% de Referencia	OBSERVACIONES OCIN
Fiebre	67%	69%	43	86%	6	12%	1	2%	El signo fiebre se relacionó correctamente en 43 casos (86%), en 6 casos (12%) no se referenció por el grupo tratante y en un caso se hizo referencia a la temperatura del paciente. RECOMENDACIÓN: reseñar la temperatura de los pacientes y consignar la cuantificación de la misma.

Evaluación Clínica Signos	Sensibilidad	Especificidad	Cumple n	% de Cumplimiento	No cumplen	% de Incumplimiento	Hace Referencia	% de Referencia	OBSERVACIONES OCIN
Defensa muscular	39-74%	57-84%	44	88%	6	12%	0	0%	El signo de la defensa muscular se consignó en la Historia clínica en 44 casos (88%) y en 6 casos (12%) no se hizo, RECOMENDACIÓN: Se exhorta a continuar realizando la cuantificación de la intensidad del dolor en todos los casos y de no haberlo reportarlo como negativo.
Dolor de rebote dolor a la descompresión abdominal (signo de Blumberg)	63%	69%	45	90%	5	10%	0	0%	El dolor de rebote fue evidenciado en las historias auditadas en 45 casos correspondientes al (90%) y en 10 casos no se hizo correspondiente al (10%). RECOMENDACIÓN: Debe reportarse el signo en todos los casos y de no existir reportarlo como negativo
Signo de Rovsing percute la fosa ilíaca izquierda	69%	58%	34	68%	16	32%	0	0%	El Signo de Rovsing se evidenció en 34 casos correspondiente al (68%). RECOMENDACIÓN: Debe reportarse el signo en todos los casos y de no existir reportarlo como negativo.
Migración del dolor	0	0	15	30%	35	70%	0	0%	El cambio en la localización del dolor que constituye parte de los elementos a evaluar por la guía de adherencia (formación de exudado alrededor del apéndice) se observó en 15 casos que corresponden al (30%), en 35 casos (70%) no se refirió nada por parte del equipo tratante. RECOMENDACIÓN: Debe reportarse el signo en todos los casos y de no existir reportarlo como negativo.

Evaluación Clínica Signos	Sensibilidad	Especificidad	Cumple n	% de Cumplimiento	No cumplen	% de Incumplimiento	Hace Referencia	% de Referencia	OBSERVACIONES OCIN
Signo Psoas	16%	95%	7	14%	43	86%	0	0%	El signo de Psoas (apéndice retrocecal) se observó en 7 casos (14%) y en 46 casos (86%) no fue registrado en la Historia Clínica. RECOMENDACIÓN: Debe reportarse el signo en todos los casos y de no existir reportarlo como negativo.

Evaluación Clínica Síntomas:

Evaluación Clínica Síntomas	Sensibilidad	Especificidad	Cumple n	% de Cumplimiento	No cumplen	% de Incumplimiento	Hace Referencia	% de Referencia	OBSERVACIONES
Dolor FID	81%	53%	50	100%	0	0%	0	0%	El dolor en la fosa iliaca derecha en todos los 50 casos 100% fue relacionado. Lo que es importante por un síntoma capital en esta patología. RECOMENDACIÓN: Debe reportarse el síntoma en todos los casos y de no existir reportarlo como negativo
Nauseas	58-68%	37-40%	37	74%	13	26%	0	0%	El síntoma de nauseas fue asociado a la condición de apendicitis en la historia clínica en 37 casos (74%), y en 13 casos no fue contemplado por los médicos. RECOMENDACIÓN: Debe reportarse el síntoma en todos los casos y de no existir reportarlo como negativo
Vómito	49-51%	45 + 9	36	72%	13	26%	1	2%	El síntoma del vómito que representa una sensibilidad del 69% se registró en la historia clínica en 36 caso (72%) y en 13 casos (26%) no se tuvo en cuenta. RECOMENDACIÓN: Debe reportarse el síntoma en todos los casos y de no existir

Evaluación Clínica Síntomas	Sensibilidad	Especificidad	Cumpl en	% de Cumplimiento	No cumplen	% de Incumplimiento	Hace Referencia	% de Referencia	OBSERVACIONES
									reportarlo como negativo
Dolor antes que vómito	100%	64%	1	2%	49	98%	0	0%	El síntoma dolor antes que vómito que representa una sensibilidad del 100% únicamente en 1 caso (2%) fue relacionado y en 49 casos (98%) no. RECOMENDACIÓN: Debe reportarse el síntoma en todos los casos y de no existir reportarlo como negativo
Anorexia o hiporexia	84%		20	40%	30	60%	0	0%	La anorexia o hiporexia se cumplió en el 40% de los casos e incumplió en el 60% RECOMENDACIÓN: Debe reportarse el síntoma en todos los casos y de no existir reportarlo como negativo

Tratamiento:

Manejo	Cumpl en	% de Cumplimiento	No cumple n	% de Incumplimiento	Hace Referencia	% de Referencia	OBSERVACIONES
Administración de antibioticoterapia capaz de cubrir microorganismos gram negativos anaerobios, usualmente se usa uno de los siguientes medicamentos Cefazolina 1-2 gr IV asociado a Metronidazol 500mg IV GUIA DE MANEJO APENDICITIS CODIGO CI-CXGE-GM-02 VERSION 03 Página: 7 de 18 FT-CLDD-05 V3 5. RECOMENDACIONES o Cefotetan 1-2 gr IV única dosis. Como segunda alternativa se tiene Clindamicina 600 mg IV, Metronidazol 500 mg IV asociado a Gentamicina 1.5 mg/Kg/IV. Ampicilina Sulbactam 3gr IV.	49	98%	1	2%	0	0%	En 49 casos (98%) se utilizó la antibioticoterapia Cefazolina IV mas Metronidazol IV, en un caso no se realizó. RECOMENDACIÓN: Debe realizarse y reportarse en la Historia clínica en todos los casos.
La elección de la técnica quirúrgica a realizar debe estar altamente correlacionada con las características del paciente como edad, comorbilidades, evolución de la patología apendicular el objetivo de brindar al paciente un mejor manejo.	-	-	-	-	-	-	La elección de la técnica quirúrgica en 49 casos los casos 98% fue la apendicetomía por laparoscopia y un caso 2% requirió laparotomía.

Los siguientes elementos no hacen parte de la guía de manejo de Apendicitis pero se traen como elementos de análisis y opción de mejora.

Consentimiento, parada de seguridad y descripción quirúrgica y Otros

Otros	Cumplen	% de Cumplimiento	No cumplen	% de Incumplimiento	Hace Referencia	% de Referencia	OBSERVACIONES
Consentimiento informado quirúrgico	0	0%	6	12%	44	88%	El consentimiento informado se informó que fue diligenciado en 44 casos, en 6 casos no se hizo referencia en la historia clínica digital al tema, en y en ningún caso se evidenció su diligenciamiento o su escaneo a la historia clínica digital en donde se cuente con el documento firmado por el paciente RECOMENDACIÓN: Debe realizarse y reportarse en la Historia clínica en todos los casos
Parada de seguridad ingreso a salas	44	88%	6	12%	0	0%	La parada de seguridad fue evidenciada en 44 casos (88%) de los 50 evaluados y 6 en casos no se evidenció (12%). RECOMENDACIÓN: Debe realizarse y reportarse en la Historia clínica en todos los casos
Descripción quirúrgica	45	90%	5	10%	0	0%	La descripción quirúrgica fue evidenciada en 45 casos (90%) y 5 casos el (10%) no se hicieron. RECOMENDACIÓN: Debe realizarse y reportarse en la Historia clínica en todos los casos
Recuento material quirúrgico	45	90%	5	10%	0	0%	El recuento de material quirúrgico fue evidenciado en 45 casos (90%) y 5 casos el (10%) no se hicieron. RECOMENDACIÓN: Debe realizarse y reportarse en la Historia clínica en todos los casos

Transversal 3C#4

Los siguientes elementos no hacen parte de la guía de manejo de Apendicitis pero se traen como elementos de análisis y opción de mejora.

Consentimiento, parada de seguridad y descripción quirúrgica y Otros

Otros	Cumplen	% de Cumplimiento	No cumplen	% de Incumplimiento	Hace Referencia	% de Referencia	OBSERVACIONES
							reportarse en la Historia clínica en todos los casos
COMPLICACIONES	0	0%	0	0%	0	0%	No se presentaron complicaciones
SECUELAS	0	0%	0	0%	0	0%	No se presentaron secuelas
Puntuación de ALVARADO	32	64%	18	36%	0	0%	La puntuación de Alvarado para apendicitis aguda fue relacionada en 32 casos concerniente al (64%) aunque no es parte de la guía RECOMENDACIÓN: Evaluar su inclusión.
AIR SCORE	21	42%	29	58%	0	0%	El Air score se utilizó en 21 casos (42%) en 29 casos no se hizo referencia en los registros médicos. Pero éste ítem no hace parte de la guía de manejo. RECOMENDACIÓN: Evaluar su inclusión en la guía.

Fuente: Base de datos OCIN

En la presente revisión de 50 historias de pacientes ingresados por urgencias con patología quirúrgica abdomen agudo a quienes se les solicitó TAC contratado para medir la oportunidad en imágenes diagnósticas en urgencias.

HC No.	19376977	17159539	41468225	35312683	1000808375	1,01E+09	1007962355	1110479044	14281361	1117804009	1028923444	52078745	24195838		
NOMBRE PACIENTE	LUIS FERNANDO ARAQUE GRANADOS	JORGE ENRIQUE FORERO PULIDO	MIRY AMFORE RO DE CANAL	ELSA MARINA AGUILLO SAENZ	JULIAN DAVID ARIAS GUZMAN	JUAN CAMILO BONILLA PARRA	BRAINER DANIEL BARRIOS MANGA	JESSICA YURANI VELANDIA CORREA	LUIS EDUARDO GONGORA TORRES	GUSTAVO ADOLFO ROJAS VEGA	GISETH STEFANIA CERQUERA NIÑO	CLAUDIA BELTRAN GUANUM E	ELPIDIA PORRAS SOTO	TOTAL	Promedio
Oportunidad de TAC en Horas en Urgencias desde la solicitud hasta la lectura final	2 : 32	3 :02	5:00	43 min	5 :56	4 :38	10: 8	4 :41	1 : 14	6 : 58	6 : 39	9 :74	5 :0 8	18:53 horas	5:08 horas.

Fuente: Base de datos OCIN

La oportunidad para la toma del TAC contrastado es de 10 horas y el tiempo de respuesta para la lectura es de 2 horas de acuerdo al procedimiento atención Integral de pacientes en Imágenes diagnósticas código AA-IMDG-PR-07 versión 03. En ese orden de ideas todos los TAC son contrastados revisados en la tabla anterior estarían dentro del tiempo de oportunidad de referencia con un promedio 5 horas 8 minutos.

Se solicitó al servicio de cirugía general los soportes de socialización, evaluación y seguimiento de las guías a sus colaboradores y se evidenciaron soportes de socialización del 2 de febrero de 2022 de reunión virtual y presencial.

Al revisar el mapa de riesgos HOMIL a mayo 2022 El proceso de Atención Hospitalaria en el área responsable Hospitalización, con un Impacto reputacional cuya causa inmediata es la lesión o daño en el paciente, se presenta como causa raíz error en el manejo y adherencia a las GUIAS, protocolos o procedimientos de hospitalización por parte del personal de salud en el sitio de trabajo, Criterios de impactos: El riesgo afecta la imagen de la entidad internamente, de conocimiento general, nivel interno, de junta directiva y accionistas y/o de proveedores con una probabilidad inherente de grado medio.

9. CONCLUSIONES.

- a. Se realizó seguimiento a la adherencia de los lineamientos establecidos en las guías de práctica clínica durante hospitalización para pacientes adultos con diagnóstico de apendicitis en el Hospital Militar Central, encaminado al objetivo institucional de "Asegurar la prestación de los servicios con seguridad, oportunidad y humanización" donde se evidenció que hay parámetros o criterios que están en la guía que se reportaron de manera muy discreta como positivos y tampoco se reportaron como negativos como lo es el dolor antes que el vómito con un caso de cincuenta, signo de Psoas en siete casos de cincuenta, anorexia o hiporexia en 20 casos, exámenes de laboratorio como el hemograma y parcial de orina que siendo costo efectivos no se solicitaron en todos los casos mientras puntuaciones como Alvarado y Air score que no están en la guía se reportaron en el 64% y 42% de los casos respectivamente por lo que es pertinente reevaluar la guía para ver si se justifica que estas escalas hagan parte de este documento de manejo.
- b. La interpretación de los resultados paraclínicos y específicamente de laboratorio en paciente adulto, debe realizarse en todos los casos, estas situaciones de incumplimiento generan una retroalimentación a las instancias correspondientes con miras implementar planes de mejora.
- c. En todos los casos de atención de apendicitis se evidenció un adecuado manejo médico quirúrgico, evidenciado en la pronta recuperación de los pacientes y la no presencia de complicaciones o secuelas.
- d. La interpretación de los resultados de laboratorio y radiológicos es perentorio realizarlo en todos los casos constituyéndose en una oportunidad de mejora
- e. En éstos mismos pacientes la solicitud de estudios radiológicos sugeridos en la guía, efectivamente apoyaron el diagnóstico en casos complicados no todos respondieron a lo escrito en la guía por lo que deben hacerse los ajustes pertinentes o justificar técnicamente cuando así se requieran.
- f. En la revisión de las historias clínicas se evidenciaron debilidades en la redacción donde no se expresa de manera puntual lo consignado en los registros clínicos sobre la manera como se manejan a los pacientes esta correlacionada directamente con la información documentada en las Guías de práctica clínica (GPC) que efectivamente soportan la atención en el servicio, por lo que es apropiado ser taxativos en referenciar que las actuaciones asistenciales concuerdan directamente con la guía correspondiente toda vez que son elementos que facilitan la verificación de adherencia a guías en las acciones de inspección, vigilancia y control, en las actividades judiciales así como en los procesos habilitación y acreditación.

10. RECOMENDACIONES.

- a. Se recomienda continuar socializando, evaluando y realizando seguimiento de adherencia a las Guías de manejo a los funcionarios asistenciales, de estos documentos que condicionan la prestación del servicio con el menor riesgo posible a los pacientes, exhortando al personal a dejar evidencia de la adherencia a esta guías en la historia clínica, entendiéndola como un documento médico-legal y objeto de revisión por parte de los entes certificadores, judiciales y de control.
- b. El Air score se evidenció su uso en ésta auditoría de seguimiento en 42% y la puntuación de Alvarado se evidenció en el 64% de los casos, aunque no hacen parte integral la guía de práctica clínica, de apendicitis institucional, se sugiere incluirlos.
- c. Se evidencia debilidad en relación a la no presencia de los consentimientos informados en la historia clínica digital pese a que en efecto ésta práctica se hace en todos los casos y estando el soporte en medio físico, pero su ausencia en la historia clínica magnética está poniendo a los profesionales de la salud y al hospital en riesgo jurídico, económico y reputacional ante los requerimientos de los entes de control, judiciales o en los procesos de habilitación y acreditación, se sugiere para superar ésta falencia que un funcionario de bioestadística realice el escaneo de éstos documentos para contar con una historia clínica única e integral como lo exige la resolución 1995 del año 1999 en sus artículos 3, 11 y 12.
- d. Acciones Preventivas: Se solicita de acuerdo con las conclusiones y recomendaciones suministradas, realizar las acciones correspondientes con el apoyo de los responsables de los servicios relacionados en el informe, las cuales se deben dar a conocer a la OCIN con plazo del 29 de julio/22.

Cordialmente,



SMSM
Julio C Quiroga Durán
Auditor Médico
Oficina Control Interno