

INDICADO E023 10 Porcentaje de auditorías clínicas incorporadasFORMULA: VARIABLE1 / VARIABLE2 X 100

Variable 1 Numero de auditorías clínicas realizadas
Variable 2 Numero de auditorías clínicas programadas x 100

Fund CP 2017
6/marzo/2018
OTROS MOTIVOS

ENTIDAD	INDICADO	ORIGINAL		ALCANZADO		DIFERENCIAS		OTROS MOTIVOS	
		V10	V20	V1A	V2A	V1A-V10	V2A-V20		
1 MTF	INSTITUTO NACIONAL DE PSQUIATRIA	100.0	2	2	2	0	100.0	0	0
2 NBV	INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA	100.0	3	3	3	0	100.0	0	0
3 NCA	INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "SIGMUNDO CHAVEZ"	100.0	1	1	1	0	100.0	0	0
4 NCD	INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS	100.0	1	1	1	0	100.0	0	0
5 NCG	INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION	100.0	2	2	2	0	100.0	0	0
6 NCH	INSTITUTO NACIONAL DE REGIONES SEMIURBANA								
7 NCK	INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROQUIRURGIA	100.0	2	2	2	0	100.0	0	0
8 NCZ	INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA	100.0	2	2	2	0	100.0	0	0
9 NDE	INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA	100.0	2	2	2	0	100.0	0	0
10 NDF	INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION	100.0	1	1	1	0	100.0	0	0
11 NDV	INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA								
12 WDD	INSTITUTO DE GERIATRIA								
13 NBS	HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO	100.0	3	3	3	0	100.0	0	0
	SUB-TOTAL	100.0	19	19	19	0	100.0	0	100.0

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.0 por ciento, que lo sitúa en el semáforo verde. Se realizaron las dos auditorías clínicas con una medición basal y otra de seguimiento planeadas para el año 2017. Una de ellas aplicadas a la evaluación de Historia Clínica en el Subdirección de Consulta Externa y la otra en el servicio de Atención Psiquiátrica Continua que depende de la Dirección de Hospitalización. Tanto la primera como la segunda medición se realizaron en los mismo servicios. Concluida en tiempo y forma con la entrega correspondiente de los resultados a las autoridades del IMSSM. Los resultados basales se presentaron en la "II Reunión Institucional de Auditorías Clínicas y Mejora de Calidad de Atención Médica de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad".

CALSA: El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento de 100.0 por ciento, que lo sitúa en el semáforo color verde.
CONFORME A LO PROGRAMADO, EN ESTE PERIODO SE REALIZO UNA AUDITORIA CLINICA, POR LO QUE SE OBTIENE 0 UN CUMPLIMIENTO DEL 100% SEÑALANDO UNA SEMA-FORIZACION EN COLOR VERDE.

El resultado del indicador muestra un cumplimiento del 100%, que lo sitúa en el semáforo color verde. Lo anterior debido a la realización de la auditoría clínica "Apego a criterios diagnósticos y terapéuticos en Neumonía por Influenza / Enfermedad tipo Influenza (ETI)". Cabe mencionar que el objetivo de la auditoría es medir el apego a las mejores prácticas clínicas existentes para el diagnóstico y tratamiento de la neumonía por influenza.
De acuerdo a lo establecido como una estrategia interinstitucional y alineada a la Maestría de indicadores de Resultados 2017, se presentaron dos auditorías.

Mando del paciente diabético Hospitalizado. Los resultados de la auditoría están por presentarse al Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
Cumplimiento del Proceso de Alta Médica Hospitalaria. Actualmente la auditoría está en la primera fase de evaluación.

En el año 2017, se realizaron 2 auditorías clínicas conforme a la meta establecida.
Durante el 2017 los esfuerzos de trabajo fueron enfocados a la estandarización de los procesos para la recertificación y reacreditación.

Se realizaron dos auditorías clínicas, una respecto al cumplimiento del proceso para evitar neumonías asociadas a catéteres intravasculares.
El resultado del indicador es 100.0, por lo que el semáforo está en verde, con una diferencia absoluta de 0.0 y porcentual de 100.0.

Se finalizó la Fase I de la auditoría clínica titulada "USO ADECUADO DE PROBIÓTICOS ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES SOMÉTICAS A OPERACIÓN CESÁREA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA", cuyo objetivo principal fue el de establecer el diagnóstico situacional del uso de antimicrobianos profilácticos en un grupo de pacientes sometidas a cesárea, determinando la frecuencia de uso inadecuado de los mismos, número de dosis y tipo de antibiótico usado, el posible incremento en el costo de la atención por el uso irracional de estos y la posible presentación de eventos adversos.
Actualmente se encuentra en desarrollo la Fase II que consiste en la elaboración de un documento educativo para mejorar la prescripción profiláctica de antibióticos, mismo que se entregará a todos los médicos involucrados en la atención de estas pacientes y posteriormente se efectuará una reevaluación de la calidad de la prescripción.

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 100.0 por ciento, que lo sitúa en el semáforo de cumplimiento en color verde logrando las metas de acuerdo a lo programado.

Derivado de los resultados obtenidos en el indicador para el periodo de reporte, no existe riesgo para la población.
Se realizaron las auditorías de acuerdo a lo programado. Se destaca una evaluación favorable en las mismas.

14	NBD	HOSPITAL GENERAL DE MEXICO	0.0	0	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
15	NBB	HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ	100.0	2	2	50.0	1	2	-1	50.0	0	100.0	0	0.0	0	0.0	0
16	HNH	HOSPITAL NACIONAL HOMEOPATICO	0.0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
17	HMM	HOSPITAL DE LA MUJER	0.0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
18	HJC	HOSPITAL JUAREZ DEL CENTRO	0.0	0	0	0.0	0	0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
19	MAW	HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO	100.0	3	3	66.7	2	3	-1	66.7	0	100.0	0	0.0	0	0.0	0

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 50.0 por ciento, por lo que lo sitúa en el semáforo de color Rojo.

La auditoría se debe a que solo se realizó la auditoría clínica "Profilaxis en Cirujía" quedando pendiente la auditoría clínica de "Neumonia Asociada a los Cuidados de la Salud" que no fue posible llevarla a cabo debido al mismo ocurrido el pasado 19 de septiembre, que requirió reubicación de los servicios de las especialidades de hospitalización a la torre de especialidades.

No contar con una validación externa de los procesos clínicos impidiendo tener mejoría continua a los Cuidados de la Salud

Retomar para el siguiente año la realización de la auditoría clínica de "Neumonia Asociada a los Cuidados de la Salud"

El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento del 66.7% en el porcentaje de auditorías clínicas incorporadas, con relación a la meta programada de 100% que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.

La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada se debió a que se cumplió con dos auditorías en los tópicos de Prevención de úlceras por presión en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos y Medidas preventivas en neumonía asociada a ventilación mecánica en el servicio de Medicina Interna. Este resultado se debió a que el tercer tópico de auditoría comprometido "Protocolo para el traslado interno de pacientes en estado crítico", se concluyó únicamente en su primera y segunda etapa, que consistió en la identificación del traslado de pacientes entre servicios como un proceso de riesgo durante de las reuniones multidisciplinarias para el análisis de eventos adversos, motivo por el cual durante diciembre se revisaron recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud, Instituciones de tercer nivel, además del procedimiento interno del Hospital Juárez de México. Lo anterior, permitió estructurar el "Protocolo para el traslado interno de pacientes en estado crítico" integrando el proceso de traslado en tres fases (antes, durante y después del traslado).

Al no dar cumplimiento a las auditorías clínicas programadas, se ven afectados los objetivos y metas institucionales, perdiendo la oportunidad de mejorar aspectos de estructura, proceso y resultados para favorecer el mejor desempeño clínico en beneficio de la atención de los pacientes.

La Dirección Médica y el área de Calidad continuarán dando seguimiento a los resultados de las auditorías realizadas. Además de trabajar conjuntamente en la implementación de la auditoría clínica relacionada al tópico "Protocolo para el traslado interno de pacientes en estado crítico", la cual no alcanza a ejecutarse durante este periodo de reporte.

CCP Las acciones para regular el cumplimiento del indicador son: concluir en su tercera etapa el tópico de "Protocolo para el traslado interno de pacientes en estado crítico" y dar contribución a los resultados de las auditorías realizadas.

CCP El indicador al final del periodo que se reporta tuvo un cumplimiento inferior en un 33.3%, en el porcentaje de auditorías clínicas incorporadas, con relación a la meta programada de 100%, que lo sitúa en semáforo de cumplimiento color rojo.

La variación en el cumplimiento del indicador con respecto a la meta programada se debió a que se cumplió con dos auditorías en los tópicos de Prevención de úlceras por presión en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos y Medidas preventivas en neumonía asociada a ventilación mecánica en el servicio de Medicina Interna. Este resultado se debió a que el tercer tópico de auditoría comprometido "Protocolo para el traslado interno de pacientes en estado crítico", se concluyó únicamente en su primera y segunda etapa, que consistió en la identificación del traslado de pacientes entre servicios como un proceso de riesgo durante de las reuniones multidisciplinarias para el análisis de eventos adversos, motivo por el cual durante diciembre se revisaron recomendaciones emitidas por la Organización Mundial de la Salud, Instituciones de tercer nivel, además del procedimiento interno del Hospital Juárez de México. Lo anterior, permitió estructurar el "Protocolo para el traslado interno de pacientes en estado crítico" integrando el proceso de traslado en tres fases (antes, durante y después del traslado).

En relación a las auditorías clínicas realizadas:

- En el tópico de Prevención de úlceras por presión en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos, permitió mejorar la atención de los pacientes mediante el incremento del uso de la escala de Braden Bergstrom, la humectación con petrolato puro, la movilidad pasiva en cama cada dos horas y la colocación de apósitos hidrocoloidales.
- En el tópico de Medidas preventivas en neumonía asociada a ventilación mecánica en el servicio de Medicina Interna, permitió integrar doce medidas preventivas: posición de 30 a 45 grados, uso obligatorio de guantes y cubrebocas en el manejo de la vía aérea; uso de cloxacilina enjuague bucal cada 12 horas; aplicación de la escala de combinación de datos clínicos, radiológicos, fisiológicos y microbiológicos; disminución en el traslado de pacientes dentro del servicio; no utilizar antimicrobianos en las primeras 24 horas en caso de entubación endotraqueal en emergencia; no efectuar cambios de los circuitos del ventilador a menos que sean necesarios; efectuar cultivos de muestra de secreción bronquial a través de un sistema cerrado; evitar la sobredruga gástrica (colocación SNG); medición de la presión del globo del tubo endotraqueal (manometer) y documentar la presión del balón del tubo endotraqueal; documentar e implementar el protocolo de Wrening (si aplica) y el uso de sistema cerrado para la aspiración de secreciones. Además, se elaboró una escala de valoración y una lista de verificación para validación del cumplimiento, las cuales están siendo aplicadas por el jefe de servicio de Medicina Interna.

