RYF S.A.S
Consultoría, Auditoría e Interventoría

ACTA DE REUNIÓN No. 18

RESPONSABLE DE LA REUNIÓN: MARTHA GARZON RODRIGUEZ

(En caso de ser presencial):

FECHA: 25 /9/2025 VIRTUAL: _____PRESENCIAL: X LUGAR: Hospital Cardiovascular de Soacha

OBJETIVO DE LA REUNIÓN:

Verificar el cumplimiento de los requisitos del Sistema Único de Habilitación en lo relacionado con la documentación, implementación, monitoreo y reporte de los indicadores de monitoreo de la calidad en salud, establecidos en la Resolución 256 de 2016, para el servicio de **Unidad de Cuidado Intensivo.**

HORA DE INICIO: 9 a.m. HORA DE FINALIZACIÓN: 4:30 p.m.

ASISTENTES:

NOMBRE	ENTIDAD o DEPENDENCIA	CARGO	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO	FIRMA
Lilibeth Escamilla Rubio	Calidad Hospital Cardiovascular de Cundinamarca	Líder Calidad	calidad@hccsa.com.co	3133911487	
Martha Garzon Rodríguez	R YF SAS	Auditora	Marthagarzonr975@gmail.com	3017402688	

1. **TEMAS A TRATAR**

Vigilar la correcta documentación, implementación, monitoreo y reporte de los indicadores de monitoreo de la calidad en salud dados desde la Resolución 256 de 2016.

DESARROLLO DE LA REUNION O DESCRIPCION DE ACTIVIDADES REALIZADAS

Se realza la verificación del cumplimiento de los estándares de habilitación de los servicios de unidades de cuidado intensivos adulto, pediátrica y neonatal, con especial énfasis en la documentación, implementación, monitoreo y reporte de los indicadores de calidad en salud definidos en la Resolución 256 de 2016 y 1552 de 2013, para lo cual se solicitó los siguientes soportes.

- Manual de indicadores de calidad en salud.
- Protocolos institucionales para el servicio de UCI adulto, pediátrica, neonatal .
- Actas de comité de calidad y seguridad del paciente.
- Reportes semestrales de indicadores remitidos a la autoridad competente

La auditoría incluyó:

Revisión de la documentación institucional sobre indicadores de calidad en salud aplicables a UCI adulto.

Verificación de la implementación práctica de los indicadores.

Evaluación del monitoreo periódico de resultados.

Comprobación de la oportunidad y veracidad de los reportes internos y externos.

Ítem de verificación	Evidencia requerida	Resultado
Existencia de manual o documento institucional con la descripción de los indicadores de calidad	Manual institucional llamado sistema de información donde se incluyen adicional a los indicadores de norma los institucionales como giro cama, estancia hospitalaria entre otros. Se anexa soporte de los indicadores contemplados en el manual para los servicios específicos evaluados manual ya anexo en soportes cirugía	Cumple
Definición clara de fórmulas, numerador, denominador y fuentes de información	Documentos metodológicos, fichas técnicas de indicadores en las cuales se evidencia nombre indicador institucional y el código el dominio definición operacional clara con fórmula de cálculo, numerador y denominador definidos, y unidad de medida. fuente de información identificada, periodicidad establecida y meta normativa institucional alineada con estándares de oportunidad. Se anexan fichas	Cumple
Recolección sistemática de datos	registros en historia clínica, Bases de datos de cohortes cuando se requiere, software IMEDICAL institucional, LUMIER para imágenes, ENTERPRISE para laboratorio y DELPHIN para banco de sangre,	Cumple
Monitoreo periódico de indicadores de calidad (mensual, trimestral, semestral)	Informes estadísticos, actas de comité de calidad periodicidad mensual con responsable de obtener la información y analizarla	Cumple
Análisis de resultados y tendencias con enfoque en la mejora continua	Se evidencia Actas de análisis, y planes de mejora de acuerdo al resultado, así como su socialización sea de éxito o de desviación	Cumple
Reporte oportuno al Ministerio de Salud y entes territoriales	Registros de envío oportuno, soportes de cargue en plataforma oficial de acuerdo a la norma 256, 1552 reporte mensual, bimensual y trimestral para EPS y trimestral para la superintendencia de salud	Cumple
Planes de mejora derivados de los indicadores	Se cuenta con plan de mejora vigente, en ejecución con actividades, responsables, plazos y con seguimiento	Cumple
Retroalimentación de resultados a los servicios asistenciales	Se evidencia actas de retroalimentación, capacitaciones, actas de socialización	Cumple
Evidencia de comités de calidad y seguimiento a planes de mejora	Se evidencia Actas de comité, planes de acción, informes de gestión	Cumple
Indicadores alineados con la Resolución 256 de 2016	Comparación de indicadores institucionales vs. los definidos en la norma. Coinciden con los definidos por la norma, aplicados a UCI adulto	Cumple

Se evidenció la recolección sistemática de datos en las historias clínicas electrónicas y en los sistemas de información institucionales.

Existen actas de comité de calidad donde se analizan periódicamente los resultados (mensual/trimestral).

Los reportes externos se envían en los tiempos establecidos y se cuenta con soporte de acuses de recibo.

Se documentaron planes de mejora derivados de los resultados de los indicadores. Se anexa acta

Cuenta con documento M01 EPI manual de vigilancia epidemiológica y prevención de infecciones.

En Documento M09GC denominado sistema de información, documento general del hospital en un aparte se evidencia la existencia y actualización de los indicadores que están **alineados con la Resolución 256 de 2016**, 1552 y los institucionales generales y aplicados a las unidades de cuidado intensivo adulto. Ellos son:

- Tasa de infecciones asociadas al cuidado en salud (IAAS).
- Tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica.
- Mortalidad hospitalaria estandarizada en UCI.
- Tiempo promedio de estancia en UCI.
- Tasa de reingreso a UCI en menos de 48 horas.
- Eventos adversos notificados y gestionados.

Se evidencia la ficha técnica realizada para cada indicador la cual cumple con los criterios metodológicos básicos: origen de información y fuente primaria definición clara, numerador y denominador definidos, unidad de medición y fórmula de cálculo. fuente de información identificada, periodicidad establecida y meta normativa e institucional alineada con estándares de oportunidad.

Se realiza evaluación del registro, consolidación para generar el informe y reporte interno/externo se evidencia socialización en la institución y el reporte mensual y trimestral a los entes de vigilancia y control para quienes corresponda el indicador
presentan como soporte imagen de envío de los informes a las plataformas definidas

Verificación de indicadores exigidos aplicables a UCI adulto, pediátrica y neonatal:

Se evidencia eventos adversos/Incidentes reportados, investigados y gestionados correspondientes a UCI adultos, UCI pediátrica y UCI neonatal para último trimestre junio a agosto se presentaron un total, de eventos adversos para el trimestre 10 e incidentes 4. Es de resaltar que las acciones de mejora instauradas para, los resultados del mes de junio, fueron adecuadas al evidenciar los resultados de los dos siguientes meses. Los eventos presentados se relacionan en el siguiente cuadro

EVENTOS ADVERSOS E INCIDENTES PRESENTADOS JUNIO A AGOSTO EN UCI ADULTO NEONATAL Y PEDIATRICA

FECHA	UNIDAD	TIPO DE EVENTO/INCIDENTE	CLASIFICACIÓN
jun-25	UCI Adultos	Flebitis Mecánica	Evento Adverso
jun-25	UCI Adultos	Desplazamiento Dispositivo Médico	Evento Adverso
jun-25	UCI Adultos	Desplazamiento Dispositivo Médico	Evento Adverso
jun-25	UCI Adultos	Desplazamiento Dispositivo Médico	Evento Adverso
jun-25	UCI Adultos	Ulcera por presión	Evento Adverso
jun-25	UCI Adultos	Falla toma de muestra de laboratorio	Incidente Adverso
jul-25	UCI Adultos	Desplazamiento Dispositivo Médico	Evento Adverso
jul-25	UCI Adultos	Flebitis química	Evento Adverso
jul-25	UCI Adultos	Desplazamiento Dispositivo Médico	Evento Adverso
jun-25	UCI Neonatal	Bacteriemia	Evento Adverso
jun-25	UCI Neonatal	Falla de adherencia al procedimiento de transporte y entrega de muestra a laboratorio.	Incidente Adverso
jun-25	UCI Neonatal	Falla de adherencia al procedimiento de transporte y entrega de muestra a laboratorio.	Incidente Adverso
jun-25	UCI Pediátrica	Flebitis mecánica	Evento Adverso
ago-25	UCI Pediátrica	Desplazamiento Dispositivo Médico	Evento Adverso

Frecuencia y concentración por unidad
La UCI Adultos concentra la mayor proporción de reportes, principalmente relacionados con desplazamiento de dispositivos médicos y complicaciones asociadas a accesos venosos (flebitis mecánica/química).
En UCI Neonatal se evidencian fallas en adherencia a procedimientos de transporte de muestras (incidentes adversos repetidos) y un caso de bacteriemia, lo que indica riesgo asociado a control de infecciones intrahospitalarias.
En UCI Pediátrica los eventos son menos frecuentes, pero se repiten los mismos patrones: flebitis y desplazamiento de dispositivos.

Observaciones:
La institución dispone de documentación completa y actualizada de los indicadores.
Se encontró evidencia de la implementación y seguimiento periódico de cada indicador.
Los resultados son analizados en comité de calidad y generan planes de mejora.
Se cumple con el reporte oportuno a entes de control.
Se observa la implementación de un plan de mejora con indicadores de seguimiento, y acciones correctivas implementadas frente a variaciones detectadas en los indicadores.

Conclusión

El servicio de UCI Adulto de la institución auditada cumple con los requisitos establecidos por la Resolución 256 de 2016, 1552 de en lo relacionado con la documentación, implementación, monitoreo y reporte de los indicadores de calidad en salud.

Se evidencia un sistema de medición consolidado, con seguimiento periódico, trazabilidad en los registros y planes de mejora en ejecución, lo que contribuye a la seguridad del paciente y mejora continua en la atención crítica.

Recomendaciones

- ✓ Mantener la actualización periódica de fichas técnicas de los indicadores para garantizar coherencia con normatividad vigente.
- ✓ Fortalecimiento de protocolos de dispositivos médicos
- ✓ Continuar fortaleciendo la cultura de reporte y análisis de eventos adversos, asegurando retroalimentación al personal asistencial.
- ✓ Fortalecer acciones encaminadas a la prevención de flebitis y úlceras por presión.
- ✓ Garantizar la socialización continua de los resultados con todo el equipo de la UCIs.

4. COMPROMISOS O ACTIVIDADES PENDIENTES

COMPROMISOS DE LA REUNIÓN

ITEM	ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA DE ENTREGA
1	Dar continuidad al cronograma de educación continua de acuerdo a vigencia programática para 2025	Lilibeth Escamilla	
2	Fortalecer el seguimiento a eventos adversos	Lilibeth Escamilla	