



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. MELENDEZ	Seguridad del Paciente	VANEZA RAIGOSA CON CECULA DE CIUDADANIA 1006166344 EN ESTADO DE GESTACION DE 7.6 A PRIMER CONTROL PRENATAL EN LA IPS LA ESTRELLA DONDE FUE VALORADA POR MEDICO GENERAL, LE ENVIO FORMULA PARA TRATAMIENTO BACTERIURIA ASINTOMATICA Y SE DIO EGRESO, POSTERIORMENTE LA PACIENTE INGRESA A LA IPS SUTANA PARA SEGUIR CONTROLES, SE REVISIA PARACLINICOS PRECONCEPCIONANLES DONDE SE EVIDENCIA LA TSH ALTERADA Y QUE NO FUE INFORMADA PREVIAMENTE. 22 AÑOS TELEFONO: 3160452570 ACOMPAÑANTE: NINGUNO FUM: 20.08.22 FUP 07.12.2016 PARTO NATURAL DIAGNOSTICOS -G2P1 -EMBARAZO DE 11.4 SEMANAS POR FUM CONFIABLE FPP 27.05.23 -TOXOINMUNE -OBESIDAD MATERNA PACIENTE DE 22 AÑOS G2P1 PRUEBA DE EMBARAZO POSITIVA 20.09.22 EMBARAZO DE 11.4 SEMANAS POR FUR DEL20.08.22, TIENE PENDIENTE ECOGRAFIA DE PRIMER TRIMESTRE FPP: 27.05.22 REFIERE BUENAS CONDICIONES GENERALES, NIEGA PÉRDIDAS VAGINALES, DOLOR TIPO CONTRACCION, SINTOMAS PREMONITORIOS DE ECLAMPسيا: FOSFENOS, TINNITUS, EPIGASTRALGIA, CEFALEA. NIEGA LEUCORREA, SINTOMAS URINARIOS O FIEBRE. REFIERE ESTREÑIMIENTO. EMBARAZO ACTUAL DESEADO, ASISTIÓ A CITA PRECONCEPCIONAL, SOPORTE FAMILIAR Y DE LA PAREJA PARACLINICOS 06.10.22 FTA NEGATIVO 04.10.22 TOXO IGG POSITIVOIGM NEGATIVO HEPATITIS B NEGATIVO, UROCULTIVO BACTERIAS KLEBSIELLA PNEUMONIAE RH O + 03.10.22 PRUEBA DUO NEGATIVA 20.09.22 RPR ¼ DILUCIONES T4 L 1.29 TSH 4.44 COL T 156.7 GLUCOSA 94 HDL 35 LDL 94	Error al evaluar los paraclínicos por parte del profesional en el sistema Fallas en el registro medico por parte del profesional en lo relacionado a la deficiencia de la conducta medica Falta definicion de conducta de seguimiento y su periodicidad de satencion	ID 1717 Retroalimentar y recapacitar a ceac de como se revisa paraclínicos del sistema de Anar y R FAST	Capacitando a medico en cuanto al manejo del sistema y el interfast de Anar y R fast para la correcta revision de paraclínicos y toma de decisiones adecuadas	Coordinadora medica Consulta Externa	09/12/2022 12:00:00 a.m.	08/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	SE ESTABA RETIRANDO UNA CARIES ACTIVA DEL DIENTE 36, CUANDO DE UN MOMENTO A OTRO LA TAPA POSTERIOR DE LA PIEZA DE ALTA CAYO SOBRE LA BOCA DEL PACIENTE POR TAL MOTIVO SE PARA LA CONSULTA Y SE RETIRA CON UNA PINZA ALGODONERA ESTA PIEZA, ESTA PIEZA SE ESTABA UTILIZANDO EN ESTE ESTADO YA QUE SIDO ORDENADO DEL PERSONAL TECNICO QUE LA REVISO ANTERIORMENTE PORQUE NO LE FUNCIONABA LA TURBINA POR DIRECCIONAMIENTO DIJO QUE NO PODIA QUEDAR AJUSTADA YA QUE ERA UN PROBLEMA DE FABRICA Y ESTO NO PERMITIA QUE MOTOR FUNCIONAR Y ASI NO DARLE DE BAJA POR EL MOMENTO. ACTIVO FUIO NUMERO R1- 1784 el cual se había reportado anteriormente	Turbina que estuvo en mantenimiento	solicitar cambio de pieza	11 octubre. se solicita por correo electrónico informe tecnico sobre pieza de alta al area de activos fijos y tecnico (Daren). de la empresa Atelier entregan una pieza alta en calidad de préstamo para solucionar esta situación. pieza que se usa en la ips para atención de la consulta.	coordinador odontologia	11/10/2022 12:00:00 a.m.	11/10/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION MEDICA GENERAL Y ESPECIALIZADA	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	MEDICO DE CONSULTA EXTERNA, REPORTA QUE PACIENTE PRESENTO CAIDA DE SU PROPIA ALTURA, AL INTENTAR SUBIRSE A LA GRADILLA PARA SUBIRSE A LA CAMILLA AL MOMENTO DE LA VALORACION, MEDICO REFIRIO QUE LA PACIENTE SE ENRREDO CON EL ZAPATO DEBAJO DEL PRIMER ESCALON DE LA GRADILLA, Y SE CAYO HACIA ATRAZ, MEDICO REFIRIO QUE VALORO DE FORMA INMEDIATA A LA PACIENTE PARA DESCARTAR LESIONES PRODUCIDAS POR LA CAIDA, MEDICO REFIRIO QUE LA PACIENTE SE ENCONTRABA EN BUEN ESTADO Y NO TENIA LESIONES APARRENTES A LA VALORACION REALIZADA, MEDICO REFIERE DEJO LA PACIENTE EN OBSERVACION DURANTE 1 HORA LEGO DEL EVENTO, Y LA REVALORO Y QUE LA PACIENTE LE REFIRIO QUE SE ENCONTRABA BIEN, MEDICO REFIRIO QUE LA PACIENTE NO PRESNETABA LESIONES APARENTES A LA REVALORACION, MEDICO REFIERE LE EXPLICO A LA PACIENTE QUE SI LLEGABA A PRESENTAR CUALQUIERA DE LOS SIGNOS DE ALARMA COMO VOMITO, MAREO, SOMNOLENCIA, PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, DOLOR EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO, DEBIA CONSULTAR A URGENCIAS DE FORMA INMEDIATA, MEDICO REFIERE QUE LA PACIENTE LE REFIRIO SE ENCONTRABA BIEN. SE LE ASIGNO CITA CON MEDICO PARA REVALORACION EL DIA 13/11/2022, Y SE LE INFORMO A LA PACIENTE, PACIENTE REFIRIO COMPRENDER. LA ESCALERILLA SE ENCONTRABA EN BUEN ESTADO, EL CALZADO QUE USABA LA PACIENTE DURANTE LA CONSULTA SE OBSERVABA DE PLATAFORMA Y SIN CORREAS QUE LE DIERAN ESTABILIDAD AL CAMINAR.	Paciente con uso de calzado inadecuado	dar educación al usuario sobre autocuidado con respecto a uso de calzado adecuado	el medico que atendio a la usuaría brindo educación al usuario sobre autocuidado con respecto a uso de calzado adecuado	medico de consulta externa	11/10/2022 12:00:00 a.m.	12/10/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Seguridad del Paciente	ID 1728 INCIDENTE SE PRESENTA EL ESPOSO DE LA SEÑORA YURY ADRIANA GOMEZ GUAMPE CON CC 1143825016 CON ORDEN PARA EXAMENES AL LLEGAR EL TURNO DE LA PACIENTE AL LLAMARLA POR ORDEN MEDICA PARA FACTURAR LOS EXAMENES NO RESPONDIÓ. SE PROCEDIO AL LLAMADO DE LA OTRA PACIENTE CUANDO EL ESPOSO SE PARO Y PREGUNTO AL MIRAR LA ORDEN NO ERA DE LA PACIENTE YURY ADRIANA GOMEZ GUAMPE, SI NO DE LA SEÑORA GLORIA LUCY MOSQUERA RECALDE CON CC 31965233. AMBAS PACIENTES ESTUVIERON POR URGENCIAS CAÑAVERALEJO Y LE DIERON LA ORDEN EQUIVOCADA Y LA HISTORIA CLINICA .SE PROCEDIO SE LE IMPRIMIERON LOS EXAMENES QUE SE LE TOMARON POR URGENCIAS LA COMPAÑERA DE ATENCION AL USUARIO IMPRIMIO ORDEN DE LOS QUE LE HABIAN ENVIADO A YURY ADRIANA GUAMPE PERO SE LE EXPLICO QUE SOLO SE LE ENTREGABA PERO QUE ASI NO LA PODIA AUTORIZAR PORQUE NO TENIA FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE LA ATENDIO POR URGENCIA	no adherencia la protocolo de identificaion de paciente Cal -pro -007 No verificación al entrega de resultados con su respectiva identificación descuido por parte de la paciente al no verificar la orden medica con su respectivo nombre	Revisión de protocolo de identificación de paciente que se tiene en la RED de salud Ladera Cal-pro -007 *Capacitar sobre el protocolo de identificación	Retroalimentación del protocolo identificación Cal-pro -007 *aplicación de evaluación de entendimiento (test)	COORDINADOR URGENCIAS / Auxiliar	30/11/2022 12:00:00 a.m.	06/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
 PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
 2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Seguridad del Paciente	ID 1724 CC 31247716 INCIDENTE Durante la ronda de de seguridad del paciente en ips cañaveralejo ,se identifica paciente de 74 años edad con diagnostico de HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA) - EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO , con manilla de identificación sin semaforización del riesgo de caída, ni de alteraciones mentales (sticker de color amarillo),durante la entrevista con el paciente y familiar (esposo) refieren que no se les a explicado sobre el manejo de la cama/ barandas y no se les enfatizo sobre la importancia de contribuir con las medidas de autocuidado para la prevención de caídas, así mismo no se le explico sobre cuales medicamentos le han suministrado y los efectos secundario de estos, ademas la paciente refiere que en la casa consume mas 5 medicamentos, pero que no los esta consumiendo en el momento ya que no le han dado indicación de tomárselos, el familiar cuenta con esos medicamentos y los tiene en su poder, se verifica la información suministrado con la auxiliar de enfermería la cual refiere que la paciente no tiene ningún medicamento en conciliación medicamentosa, se aborda al medico de turno para que segun criterio medico valore cuales medicamentos quedaran en conciliación medicamentosa y se le pueda ser suministrado bajo supervisión de enfermería. ademas se observa que la paciente cuenta con una sonda vesical sin fijación. URGENCIAS Auxiliar de Enfermeria C.S. CAÑAVERALEJO	no conocimiento del procedimiento de conciliacion medicamentosa *deficiencia en el protocolo de conciliacion en cuanto aplicabilidad (fotmatos, critterio,flujograma *no aplicacion del protocolo de identificacion y semaforizacion de los riesgos *deficiente registro en las notas de enfermeria de la educación brindada al paciente por parte del personal sobre autocuidado y minimizacion de rieosgos (caída, Medicacion, normas del servicio)	*Revisión y actualización del procedimiento de conciliacion (formato, flujograma) *Educar al personal de enfermeria sobre el registro de la educacion brida al familia y paciente sobre autocuidado para la prevención de caidas y medicacion segura	Revisando el procedimiento de conciliacion medicamentosa, en equipo y creando formatos e instrumentos para la aplicabilidad * Realizar socializacion del protocolo de prevencion de caida e identificacion del paciente , medicacion segura y reforzando en el correcto diligenciamiento de la nota de enfermeria de la educacion brindada al paciente y familia	Coordinadorde urgencias jefe de cañaveralejo7Aux	30/11/2022 12:00:00 a.m.	05/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Seguridad del Paciente	ID 1723 iNCIDENTE Durante la ronda de de seguridad del paciente de urgencias cañaveralejo se identifica paciente de 8 meses de edad con diagnostico de FIEBRE RECURRENTE, NO ESPECIFICADA, con manilla de identificación con semaforización del riesgo de caída (sticker de color naranja),pero al revisar la historia clínica , se encuentra fallas en el diligenciamiento de la escala de riesgo de caída, paciente menor de 5 años por consiguiente tiene riesgo alto de caída, ademas durante la revisión de la historia clinica se observa en notas de enfermería del día 12/ 13 de noviembre /2022la administración de medicamentos que no tienen orden medica metronidazol y hioscina (22:00HIOSCINA DE 20MG DILUDIOEN 100CC DE SOLUCUION SALINA,PACIENTE TOLERA EL MEDICAMENTO. 24:00HORAS SELE DA METRONIDAZOL TABLE VO MENOR TOLERA EL MEDICAMENTO)	*no revision y confrimacion de medicamentos registrados en la nota como aplicados, con la orfden medica *mal diligenciamiento de registro de enferemri en cuanto a medicamentos suministrados *no aplicación de la escala de caída	socialización con el equipo de trabajo del correcto diligenciamiento de notas de enfermeria en lo relacionado a medicamentos y protocolo de medicacion segura. * Consultar sobre la nueva herramienta con la actualización del RFAST sobre registro de medicamentos	Capacitcion en como realizar el registro de enfermeria de los medicamentos (lote , fecha de vencimiento ; 10 correctos) protocolo de medicacion segura * realizar consulta sobre el desarrollo e implementacion al responsable de sistemas de la herramienta de registro de medicacmentos en RFAST	Coordinador de urgencias de hospital cañaveralejoauxiliar de enfermeria Rosa Cuenca	01/12/2022 12:00:00 a.m.	06/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	ID 1716 EA. CAIDA MI COMPAÑERO JAMES CUESTA, SE ENCONTRABA REALIZANDO ASISTENCIA AL PACIENTE DE LA CAMA # 15B, YO ME ENCONTRABA ACTUALIZANDO TARJETAS DE MEDICAMENTOS POST EVOLUCION MEDICA, CUANDO ESCUCHAMOS UN RUIDO PROVENIENTE DE LA HABITACION CAMA 1A, ACUDIMOS DE INMEDIATO, EL PACIENTE RAUL DELGADO SILVA SE ENCONTRABA EN EL SUELO, LAS BARANDAS SE ENCONTRABAN ARRIBA, PACIENTE DE 48 AÑOS, CON DISCAPACIDAD COGNITIVA CON SECUELAS DE UN TRAUMA CRANEO ENCEFALICO, PRESENTA DIFICULTAD MOTORA SEVERA, SE ENCUENTRA EN EL ERVICIO DESDE EL 15 DE JUNIO DEL PRESENTA AÑO, EN EL MOMENTO ESTA PENDIENTE SU UBICACION EN HOGAR, PACIENTE A CARGO DEL EQUIPO PSICOSOCIAL, LA SITUACION DEL PACIENTE ES AMPLIAMENTE CONOCIDA DENTRO DE LA INSTITUCION, AMERITA ACTUALMENTE CONTAR CON COMPañIA PERMANENTE, PUESTO QUE YA REALIZA SUS ACTIVIDADES BASICAS SOLO	Fallas en la comunicacion entre el personal a cargo del paciente .Paciente que se encuentra en abandono familiar sin red de apoyo . Fallas del personal asistencial que interviene en la atención del riesgo.	Realizar resocializaion del protocolo de caidas Rondas continuas del personal	*Retroalimntcion del protocolo de caida al personal de hospitalización Evaluacion del entendimiento	Jefe hospitalizacion	30/11/2022 12:00:00 a.m.	02/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	ID 1703 EA CAIDA PACIENTE GERARDO TUQUERRE MARTINEZ CC. 4732868 EDAD:73AÑOS EN LA CAMA :13B.9:10AM. PACIENTE REFIERE QUE CUANDO INGRESA A LA DUCHA PARA REALIZAR EL BAÑO PRESENTA UNA CAIDA POR QUE SE ENREDA CON LA SILLA QUE TIENE DENTRO DE LA DUCHA PARA BAÑARSE SE LE OBSERVA LACERACION EN EL MENTON LADO DERECHO Y LACERACION EN EL TOBILLO DERECHO. LA DOC :FLOREZ	Paciente que por su edad y por su condicion clinica (celulitis miembro inferior) sin acompañamiento ni realiza llamado al personal de salud para su debido acompañamiento y sufre caida	ID 1703 CAIDA Revision protocolo de caidas con su respectiva valoracion escala de morse del paciente Socializacion del Evento Adverso caida	Retroalimntar protocolo da caidas al personal del servicio Informar el analisis (metodologia protocolo de londres)	Coordinador hospitalizacion/ Jefe hospitalizacion	30/11/2022 12:00:00 a.m.	01/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	ID 1656 RAM Tipo y documento de identidad: CC 38643455 Paciente de 38 años que consulta a urgencias por cuadro clínico que inicio hace aprox. 17 días de evolución de disuria, tenesmo vesical, polaquiuria y dolor en hipogastrio, refiere una amiga le indica tomar furosemida e ibuprofeno desde el 30/09 con mejoría parcial de los síntomas con persistencia de orina turbia y hace 4 días inicio con dolor en región lumbar derecha e hipogastrio, fiebre, escalofrios, nauseas y emesis, actualmente niega	Desconocimiento de la paciente de su alergia	ID 1656. *Educar al paciente sobre su reaccion alergica. *Realizar registro en la nota médica y nota de enfermeria de la educacion brindada por parte del personal de salud, pr el evento a la reaccion que presento al medicamento y corroborar que la paciente haya entendido	Se realizara Socializacion al personal del servicio que la educación brindad dal paciente debe ser correctamente registrada en la nota de enfermeria dentro de la historia clinica	Jefe urgencias	29/11/2022 12:00:00 a.m.	09/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	paciente del servicio de partos ,se identifica paciente de 37 años edad con diagnostico de amenaza de aborto,con manilla de identificación sin semaforización del riesgo de alergia (sticker de color rojo)al igual que el tablero,durante la entrevista con el paciente refiere que ella es alérgica a la ciprofloxacina, se le pregunto a la auxiliar encargada y desconocia la alergia de la paciente.Además refiere que no se les ha explicado sobre el manejo de la cama/ barandas y no se les enfatizo sobre la importancia de	NO SE REALIZO LA SEMAFORIZACION CORRECTA DE LOS RIEGOS (alergias stickers rojo) *POCA EDUCACION AL PACIENTE Y FAMILIA SOBRE MEDICAMENTOS	*Educar al paciente sobre la importancia de dar informacion sobre antecedentes de alergias a medicamentos.para ser registrado en la historia clinica *Realizar registro en la nota de enfermeria de la educacion brindada por parte del personal de salud, sobre medicamentos, autocuidado, prevencion de riesgo de caida *socializar el cuadro de semaforizacion	*Educando al paciente sobre la importancia de dar informacion sobre antecedentes de alergias a medicamentos.para ser registrado en la historia clinica *Realizando registro en la nota de enfermeria de la educacion brindada por parte del personal de salud, sobre medicamentos, autocuidado, prevencion de riesgo de caida *socializando el cuadro de	JEFE DE PARTOS / AUXILIAR	30/11/2022 12:00:00 a.m.	02/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	ID 1721 CC 1143870504 Durante la ronda de de seguridad del paciente se identifica paciente de 25 años edad con diagnostico de ive con manilla de identificación mal diligenciada, con nombre incorrecto , la paciente se llama PAULA / y se le diligencia como PAOLA	DURANTE LA ENTREVISTA CON LA PACIENTE REFIERE QUE ELLA QUE ESTA MAL IDENTIFICADA Y LO HA COMUNICADO ,PERO NO SE LO HAN CAMBIADO	Revison del protocolo de Identificacion del paciente	Retroalimentacion protocolode identificacion del paciente al perdsnal asistencial del servicio	Jefe de partos/ Aux Partos	30/11/2022 12:00:00 a.m.	02/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	ID 1720 TI 1056772024 Durante la ronda de de seguridad del paciente se identifica paciente de 16 años edad con diagnostico de ive con manilla de identificación mal diligenciada, con apellido incorrecto al igual que el numero de identificación la paciente, se llama HASLI JAQUELINE AGUDELO CASTRO /TI 1056772024 y estaba diligenciada como HASLI JAQUELINE ANGULO 105677024	No aplicación del protocolo de identificación del paciente	Socializando protocolo de identificación del paciente al personal asistencial del servicio	Socializando protocolo de identificación del paciente al personal asistencial del servicio	Jefe del servicio/ Auxiliar	30/11/2022 12:00:00 a.m.	02/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	ID 1718 paciente con TI 1109920735 Durante la ronda de de seguridad del paciente se identifica paciente de 17 años edad con diagnostico de trastorno mixto de ansiedad y depresión/ trastorno mentales y del comportamiento debido al uso de alucinogenos: estado de abstinencia, con manilla de identificación sin semaforización del riesgo de alteraciones mentales (sticker de color amarillo), durante la entrevista con el paciente y familiar (madre) refieren que no se les a explicado sobre el manejo de la cama/ barandas y no se les enfatizo sobre la importancia de contribuir con las medidas de autocuidado para la prevención de caídas, así mismo no se le explico sobre cuales medicamentos le han suministrado y los efectos secundario de estos	*NO SE REALIZO LA SEMAFORIZACION CORRECTA DE LOS RIEGOS (ALTERACIONES MENTALES) *POCA EDUCACION AL PACIENTE Y FAMILIA SOBRE MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS	ID 1718 *Educar al paciente sobre medicamentos recibidos y sus efectos *Realizar registro en la nota médica y nota de enfermería de la educación brindada por parte del personal de salud, sobre medicamentos, autocuidado prevención de riesgo de caída	Socializar al personal del servicio que la educación debe ser registrada, en la historia clínica	Jefe urgencias	30/11/2022 12:00:00 a.m.	07/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	ID 1636 ipo y número de identificación: CC 1107514765 Paciente de 24 años quien consulta a urgencias por dolor abdominal, se indica manejo con dipirona/hioscina y aprox. 10 minutos tras administración la paciente inicia con edema angioneurotico y prurito facial por lo que indico manejo antihistamínico y con corticoide tras lo que la paciente presenta mejoría.	Paciente que en el momento de la consulta medica refiere que no presenta alergias de ningun tipo	ID 1636. *Educar al paciente sobre su reaccion alergica. *Realizar registro en la nota médica y nota de enfermería de la educación brindada por parte del personal de salud, pr el evento a la reaccion que presento al medicamento y corroborar que la paciente haya entendido	Realizando Socialización al personal del servicio que la educación brindada al paciente debe ser correctamente registrada en la nota de enfermería dentro de la historia clínica	Jefe Urgencias	30/11/2022 12:00:00 a.m.	09/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	años que consulta a urgencias por cuadro clínico de aprox. 12 horas de evolución de diarrea sin moco o sangre, náuseas, emesis, dolor abdominal generalizado tipo cólico, fiebre, cefalea y malestar general. Durante valoración paciente en buenas condiciones generales, alerta, algico, hidratado, febril, sin signos de dificultad para respirar. Al examen físico peristaltismo aumentado, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación generalizada, no se palpan masas o megalias, no signos de irritación peritoneal. Paciente con cuadro clínico sugestivo de gastroenteritis, ingreso para manejo sintomático. Revaloro. Le explico a la paciente quien refiere entender y aceptar. 01:00: Enfermería se acerca al consultorio para comentar que el paciente presento dolor torácico durante la administración de Dipirona/hioscina amp 2.5/20/5 g/mg/ml diluido en 100 cc de SSN 0.9% (fecha de vencimiento agosto/25 + LOTE # P222683) por lo que indico suspender medicamento y toma de EKG tras lo que el dolor se autolimita. Reviso EKG que se encuentra en ritmo sinusal, frecuencia cardiaca de 91 lpm, RR regulares, complejos QRS precedidos de onda p, sin bloqueos AV o de rama, sin supra o infradesnivel del segmento ST. 02:10: Revaloro paciente quien refiere sentirse mucho mejor, niega dolor abdominal o torácico en el momento, no ha vuelto a vomitar o presentar deposiciones, tomo temperatura axilar que se encuentra en 36.8°C, al examen físico peristaltismo normal, abdomen blando, depresible, no doloroso, no se palpan masas o megalias, no signos de irritación peritoneal. Paciente con cuadro clínico sugestivo de gastroenteritis viral, indico manejo ambulatorio, además posible reacción alérgica vs. RAM por lo que reporto suceso y solicito valoración por alergología. Doy egreso con formula médica, orden médica, anexo 3, recomendaciones y signos de alarma. Le explico al paciente quien refiere	Desconocimiento de su alergia por parte de la pacienter.	ID 1670. *Educar al paciente sobre su reaccion alergica. *Realizar registro en la nota médica y nota de enfermería de la educacion brindada por parte del personal de salud, pr el evento a la reaccion que presento al medicamento y corroborar que la paciente haya entendido	Realizando Socialización al personal del servicio que la educación brindada al paciente debe ser correctamente registrada, en la historia clínica con su rotulacion de Alergia	JEFE URGENCIAS	01/12/2022 12:00:00 a.m.	02/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
X FAVOR SELECCIONE	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	ID 1641 menor que ingresa al servicio por presentar maltrato por la madre , es valorado por médico de turno quien ordena abrir ruta por parte del equipo psicosocial . El menor es valorado por el equipo psicosocial, y le explican a la acompañante Karen Franco tía materna que el paciente se queda en la institución en custodia porque al otro día se debe presentar a la comisaría de familia. el menor al escuchar se coloca irritable y refiere no quererse quedar . La doctora Maria Camila Herrera psicóloga se dirige al personal de seguridad y le advierte la situación del paciente y que deben estar pendiente para evitar una fuga del paciente . la tía y el paciente y hermana del mismo quedan en la sala de espera y no pasan a sala de observación. aproximadamente a las 18.00 HORAS ENFERMERIA REFIERE QUE EL PACIENTE SE FUGA DE LA INSTITUCION CON AYUDA DDE LA MADRE , POR LA REJA PRINCIPAL DE URGENCIAS . SE DA AVISO A AUTORIDADES Y DE LOS ADULTOS RESPONSABLES DEL MENOR . URGENCIAS Enfermera profesional C.S. SILOE EA10 - Relacionados con el comportamiento o las creencias del paciente EVENTO En su momento no hubo seguimiento al paciente por parte del personal de salud se debía prender las alertas y reforzar seguridad URGENCIAS Y HOSPITALIZACION esta en proceso se debe subir plan de mejora En Proceso .	Deficiencias en el manejo del plan de enfermería para el abordaje del paciente con conducta de posible fuga (observación-vigilancia- alerta al equipo interdisciplinario)	*El personal asistencial de turno, debe priorizar la atención y vigilancia en estos paciente menores dado a que son de alto riesgo social y debe prender alarmas con todo el equipo para la atención segura *no adherencia al protocolo de fuga- activar protocolo * en estos casos se debe tener rondas mas continuas del personal para vigilancia del mismo *compromiso contundente del parte del personal de empresa de vigilancia.	APLICANDO EL PROTOCOLODE FUGA	PEROSNAL DE URGENCIAS SILOE	30/11/2022 12:00:00 a.m.	30/11/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U. E.N ATENCION ODONTOLOGICA	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	caso ID 1643 post exodoncia diente 47. Se trata de paciente atendido el día de 06/10/2022 el cual facturo una exodoncia del diente 47, que aparentemente era una exodoncia simple por lo cual no se tomo radiografía inicial, este paciente fue atendido por el estudiantes Oscar de la universidad del valle la cual tiene convenio con esta entidad prestadora de salud, bajo La supervisión de la Dra. Kelly Perafán , se inicia el proceso donde se aplican 2 carpules de anestesia infiltrativa y un largo bucal, se inicia la luxación del diente pero este al estar tan cariado se fractura la corona y el paciente reporta que sintió dolor por tal motivo se le coloca 1 carpule de anestesia interligamentaria; posterior a ello el procedimiento de extracción no pudo ser efectivo ,por lo que paciente requirió de tratamiento intervenido por maxilofacial, dado a la condición en la que quedo el diente por extraer, siendo de esta manera actos inseguros identificados en el proceso odontológico, al exponer al paciente en tiempo de estancia al procedimiento al intentar solucionar ,lo que no se podía hacer ya en la baja complejidad, por lo que se presenta plan de me jora ante la situación identificada.	?No toma de Rx inicial antes del procedimiento, dado a que no hubo una buena inspección antes del procedimiento. ?Exposición prolongada de tiempo, para brindar una solución oportuna al paciente, pero no segura para la atención del paciente.	*La toma de imágenes diagnósticas en el servicio de odontología deberá contar con un protocolo actualizado y dirigido a los casos que ameriten la toma de Rx. * Estipular dentro del cronograma de capacitación al talento humano, incluir al equipo de docencia servicio que ingrese a práctica asistencial. *Establecer tiempos de atención para los procedimientos odontológicos.	*Definiendo en el protocolo las causas que ameriten una toma inicial de Rx en el servicio de odontología. *Implementando en el cronograma de la formación del talento humano, incluir al personal que ingrese a practica docencia servicio.	coordinador Odontologico	13/10/2022 12:00:00 a.m.	12/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
U. E.N APOYO DIAGNOSTICO	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	ID 1634-1654 error en subir Rx de tórax de paciente incorrecto. Para la toma de Rx,se deja la orden de toma en el servicio de radiología y se queda a la espera de que la tecnóloga llame al paciente, en ese momento, se hace el llamado por nombre de Mercedes Caicedo en la sala de espera e ingresa una usuaría deambulando por sus propios medios a la toma; la tecnóloga toma la radiografía y monta el resultado en Rfast	?No verificar al ingreso de la usuaría al servicio de radiología la identificación con los identificadores que están estipulados en el protocolo de identificación del paciente CAL- pro 007. ?Recibir las órdenes previo al ingreso de la toma de Rx de los pacientes. ?No cuentan con registro de novedades en el servicio de Rx.	* La toma de imágenes diagnósticas en la organización deberán contar con protocolo que estandarice la toma de los RX en los servicios de urgencias, hospitalización y sala de partos (Orden médica, facturación, traslado, reporte). * Crear un registro de control de ingresos y egresos de los usuarios a los diferentes servicios. * Mejorar el diligenciamiento de las historias clínicas tanto de médicos como enfermería, que garanticen un orden cronológico en el que se pueda evidenciar las conductas, procedimientos, realizados por parte del personal asistencial. * El servicio de radiología debe contar comuna ruta clara y estandarizada, para la notificación de las novedades en la toma de RX. * El servicio de radiología debe contar con el protocolo de toma de radiografía. * El servicio de radiología deberá alinearse a los protocolo institucionales, como: la identificación del paciente, minimización del riesgo de caída.	* Diseñar e implementar protocolo para la toma de Rx en la organización. * Implementar un registro desde los servicios de urgencias ,hospitalización y sala de aprtos, para garantizar un control de ingresos, egresos y traslados internos de los pacientes, en estancia. * Implementar desde el servicio de Radiografías, un sistema de novedades en relación a la toma imágenes diagnósticas. * Implementar para la red ladera protocolo para la toma de Radiografía.	coordinador medcio, coordinador toma Imagenes diagnosticas	04/10/2022 12:00:00 a.m.	12/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	SEDE ADMINISTRATIVA	Auditoria Odontologia	. En el 62% de las IPS en las historias evaluadas SI registra el plan ideal de tratamiento a seguir o las fases de tratamiento dentro de la conducta pertinente del profesional a cargo. (Saladito-Leonera-Pichinde) solo estas cumplen al 100% las demás tiene cumplimientos parciales. . En la IPS Villacarmelo el odontograma no coincide con la evolución de la historia evaluada . En la IPS la Castilla no hay exodoncia en las historias de pacientes de ese mes	. Falta de receptividad de la información por la recurrencia de los hallazgos . Posible cambio el profesional asignado a la ips	Propuestas a cargo de la referente del programa.	.Mayor socialización . Evaluación de criterios clínicos y estandarizar	JHOANA ARISTIZABAL COORDINADORA PROGRAMA AUDITORIA	16/11/2022 12:00:00 a.m.	15/12/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	SEDE ADMINISTRATIVA	Auditoria Odontologia	. Algunas evoluciones de historias clínicas aun contienen descripción de toma de temperatura corporal con referencia a covid, no aplica ya que no es pertinente actualmente.(Cañaveralejo- Lourdes- Cascajal- Buitrera) . En algunas IPS en la historia evaluada no se indica el tipo de anestesia ni la cantidad. . Algunas historias tienen marcado el ítem de paciente terminado pero no indican fecha . En un porcentaje importante de historias no se marcan los ítems pacientes sano/ enfermo, paciente terminado. . Algunas IPS no indican en las historias evaluadas cuando el paciente queda terminado con tratamiento completo cuando el ítem lo requiere. (Siloe-Buitrera- Brisas de Mayo-Cañaveralejo)	. Seguimiento de los procesos anteriores para que no repitan . Fallas en el sistema .	. Revisar las afectaciones del sistema . Promover la estandarización de los procesos	. Socialización continua . Individualización del hallazgo con el profesional	JHOANA ARISTIZABAL COORDINADORA PROGRAMA AUDITORIA	28/10/2022 12:00:00 a.m.	28/11/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	SEDE ADMINISTRATIVA	Auditoria Odontologia	.En el 94% de las IPS en las historias clínicas evaluadas NO hace solicitud de ayudas diagnósticas pertinentes ni descripción de las mismas. .En el 88% de las IPS evaluadas NO se hace formulación o indicación farmacológica posterior a procesos quirúrgicos. . En el 49% de las IPS en las historias evaluadas SI registra el plan ideal de tratamiento a seguir o las fases de tratamiento dentro de la conducta pertinente del profesional a cargo. (Melendez-Sirena-Felidia) solo estas dos cumplen al 100% las demás tiene cumplimientos parciales. .En algunas IPS en la historia evaluada no se indica el tipo de anestesia ni la cantidad. . Solo en la mitad de las historias clínicas se evidencia que no hay una descripción amplia de la enfermedad actual relacionada al motivo de consulta.	. Falta de tiempo, carga laboral al profesional . necesidad de auxiliar de odontología . dedicación oportuna de tiempo al diligenciamiento completo de la historia	. Asignación de auxiliar de odontología por cada profesional . Mayor socialización de la auditoria.	. Reuniones específicas para el tema auditoría y ronda de preguntas y respuestas . Individualizar las tareas pendientes y reunirse con cada profesional.	JOHANA ARISTIZABAL COORDINADORA PROGRAMA AUDITORIA	28/10/2022 12:00:00 a.m.	28/11/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A SIAU	C.S. MELENDEZ	PQRs	Se socializa al referente de comuna el jefe Tito Sánchez el informe de PQRS donde los resultados obtenidos del mes de junio del 2022 el mayor número de requerimientos se presentó en la IPS Meléndez con 16 requerimientos de los cuales 6 (38%) se clasificaron como felicitaciones, 5 (31%) se clasificaron como quejas, 4 (25%) como sugerencias y 1 (6%) petición.	De acuerdo al informe de PQRS-F correspondiente al mes de junio de 2022, los requerimientos presentados en la IPS MELENDEZ al ser clasificados según la categoría correspondiente para cada uno, se determina que el mayor numero de requerimiento presentado es de felicitaciones al personal asociado a la buena atención brindada a los usuarios.	1. Socializar al personal los requerimientos en general. 2. Precisar los comportamientos inadecuados junto con el personal para evitar que se continúen presentando. 3. Realizar observaciones de mejora al personal que esté con algún requerimiento directo para prevenir comportamientos inadecuados que puedan afectar el buen servicio de la IPS.	1. realizar acercamiento puntual con el funcionario que se presentan las observaciones por parte de los usuarios para determinar las correspondientes acciones correctivas. 2. Generar un mecanismo de retroalimentación constante que permita evidenciar el compromiso por parte de los funcionarios y garantizar así la calidad humana al momento de la atención con los usuarios.	Responsable del proceso	08/08/2022 12:00:00 a.m.	15/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION AL ADULTO Y ENFERMEDADES CRONICAS	ESE LADERA	Auditoria Medica	solicitada en la historia clínica, especialmente en lo referente a la Enfermedad Actual, examen físico y los antecedentes personales y familiares del paciente. Es necesario que se continúe fortaleciendo la clasificación del riesgo cardiovascular y renal en el programa de crónicos, hipertensión arterial y diabetes mellitus haciendo uso de las fórmulas internacionales Cockcroft- Gault y Framingham que se puedan aplicar de manera accesible en la Red de Salud de Ladera, permitiendo así una verdadera integralidad en la intervención del paciente. Seguir realizando evaluación periódica al personal médico de programas, en calidad del registro de la información y en adherencia a guías, con el respectivo diseño de acciones de mejora individuales, donde se asigne un médico líder por cada IPS y este sea quien aporte a la capacitación periódica de los que aun muestren debilidades en el proceso. Socializar a los médicos los resultados de informe de Auditoría de la calidad del diligenciamiento de la Historia clínica y la Adherencia a Guía del PROGRAMA DE ATENCION AL ADULTO Y ENFERMEDADES CRONICAS DE LA RED DE SALUD LADERA. Se debe hacer énfasis en los porcentajes que no cumplen con la meta establecida para este año. Continuar con la actualización de la guía de práctica clínica del PROGRAMA DE ATENCION AL ADULTO Y ENFERMEDADES CRONICAS DE LA RED DE SALUD LADERA. Para este proceso se solicitará el apoyo de un médico del programa de crónicos. Continuar con la presentación y socialización de la Guía de forma presencial a todo el personal médico, enfermería profesional y auxiliares de enfermería que se encuentre atendiendo pacientes del programa de crónicos. Realizar periódicamente una evaluación de conocimiento de la Guía a cada uno de los médicos para calificar y certificar la lectura y aprendizaje y poder realizar refuerzos con los médicos que no aprueben la	cronológico y coherente de la enfermedad actual en el 76% de las historias clínicas registradas. El porcentaje que no cumple es debido a que los profesionales no realizan ampliación y un relato cronológico de la enfermedad actual. 2.En el examen físico, el 13% no cumple (96 casos) de las historias clínicas revisadas, falta información exigida en la guía de atención referente a revisión de fondo de ojo, auscultación de cuello, evaluación del estado de los pulsos, perímetro abdominal, evaluación de sensibilidad en las extremidades y examen físico neurológico. 3. En la clasificación del estadio de la hipertensión, se encontró que el 28,08% (114) de las historias clínicas revisadas no tenían identificación del mismo. Se deja claro que la Guía técnica del Ministerio de Protección Social considera que el estadio es un factor que incide significativamente en la	1. Socializar el informe de auditoria de la calidad del diligenciamiento de la historia clínica y la adherencia a guía del programa de atención al adulto y enfermedades crónicas de la red de salud ladera. 2.Solicitar al personal médico, el registro completo de la información solicitada en la historia clínica, especialmente en lo referente a la Enfermedad Actual, examen físico y los antecedentes personales y familiares del paciente. 3.fortaleciendo la clasificación del riesgo cardiovascular y renal en el programa de crónicos, hipertensión arterial y diabetes mellitus haciendo uso de las fórmulas internacionales Cockcroft-Gault y Framingham que se puedan aplicar de manera accesible en la Red de Salud de Ladera, permitiendo así una verdadera integralidad en la intervención del paciente. 4.socializar la Guía de forma presencial a todo el personal médico, enfermería profesional y auxiliares de enfermería que se encuentre atendiendo pacientes del programa de crónicos.	Se socializa por medio de nota interna Socializar el informe de auditoria de la calidad del diligenciamiento de la historia clínica y la adherencia a guía del programa de atención al adulto y enfermedades crónicas de la red de salud ladera, enfocándose en la importancia de que el personal médico, realice el registro completo de la información solicitada en la historia clínica, especialmente en lo referente a la Enfermedad Actual, examen físico y los antecedentes personales y familiares del paciente. de igual manera fortalecer la clasificación del riesgo cardiovascular y renal en el programa de crónicos, hipertensión arterial y diabetes mellitus haciendo uso de las fórmulas internacionales Cockcroft- Gault y Framingham que se puedan aplicar de manera accesible en la Red de Salud de Ladera, permitiendo así una verdadera integralidad en la intervención del paciente.	Stefania Ramirez Ruiz Referente-Linea crónicos	02/09/2022 12:00:00 a.m.	19/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Auditoria Medica	Realizar capacitaciones en donde se fomente el adecuado interrogatorio que incluya antecedentes y descripción del motivo de consulta durante el proceso de triage que permita mejorar la calidad y pertinencia de la atención. Realizar énfasis en la necesidad de determinar si se trata de un reingreso del paciente al servicio de urgencias, ya que es necesario a la hora de determinar la pertinencia de la clasificación. Realizar capacitaciones que permita fortalecer a los médicos a realizar un correcto registro de la información manifestada por los pacientes durante el triage. Fortalecer al personal asistencial que atiende el proceso de triage a dejar registro de la información que se le brinda al paciente durante la clasificación de la urgencia, así mismo que entienden lo explicado por el profesional. Fomentar la importancia de reportar si el paciente presenta alguna condición de discapacidad, que permita optimizar la pertinencia en la clasificación de la urgencia	verificación de REINGRESO al servicio de urgencias. 2. Hay personal que no realiza un correcto interrogatorio que permita describir un adecuado motivo de consulta indicando síntomas y tiempo de evolución. 3. Se omite la toma de presión arterial en niños, con el riesgo de enfrentar a un paciente afectado por Dengue. 4. No se indaga sobre antecedentes personales, criterio importante en la clasificación de la urgencia. Por ejemplo, la historia 14938203, es un paciente adulto mayor que ingresa con síntomas respiratorios saturando 91%, si lo vemos sin tener en cuenta los antecedentes de podría determinar que no hay pertinencia ya que el paciente esta con una insuficiencia respiratoria en el momento, el contexto cambiaría si por ejemplo el paciente tenga antecedente de EPOC, en este caso si podría determinarse clasificación IV. 5. Se presenta el caso de pertinencia en	Capacitación Continua, con evaluación para determinar las falencias clínicas	se realiza notificación a agesoc para que por parte del convenio de docencia asistencial se pueda obtener una capacitación a todo el personal que realiza triage en los servicios de urgencias. hecho esto se aportaran las evidencias pertinentes	Coordinadores de urgencias C.S.Silóe, Terron Colorado y Hospital Cañavalejo	26/08/2022 12:00:00 a.m.	09/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Auditoria Medica	Programar capacitación en enfermedades transmitidas por vectores (ETV), especialmente Dengue a las personas del Triage, principalmente en la sospecha de la enfermedad, identificar los signos de alarma y fortalecer el uso de la prueba de torniquete desde el ingreso, e insistir en la importancia de la toma de signos vitales completos, principalmente en niños para lograr una detección temprana del shock hipovolémico y complicaciones, sin embargo se reconoce la toma oportuna de las cifras tensionales, frecuencia cardíaca y respiratoria y estado neurológico durante este periodo. Reconfirmar por parte del médico el motivo de consulta, los signos y síntomas descritos al ingreso y los signos vitales anotados por los profesionales del Triage y ampliar la información durante la anamnesis. Fortalecer la administración de los líquidos endovenosos tanto en el personal médico en su forma de ordenarlos, como en el personal de enfermería en la administración de estos, permitiendo además realizar adecuadamente el control de lo administrado y eliminados (balance) en observación y/o hospitalización. Ya esta recomendación se ha indicado al personal asistencial de Urgencias en las diferentes capacitaciones sobre el manejo del evento Dengue. Fortalecer a los médicos la importancia de interrogar sobre nexo epidemiológico y sobre la educación al paciente y familiar frente a las recomendaciones durante la estancia hospitalaria y al egreso sobre ingesta de líquidos, cuidados generales, uso de toldillo, uso de medicamentos y signos de alarma para reconsultar. Fortalecer el seguimiento a los pacientes con diagnóstico de ETV - Dengue, posterior al egreso de cualquier servicio de las diferentes IPS de la E.S.E Ladera.	interrogatorio para lograr identificar factores de riesgo como antecedentes patológicos y nexo epidemiológico durante la anamnesis, además no se realiza uso de la prueba de torniquete lo que limita la clasificación del paciente con Dengue desde el ingreso. 2.Hay médicos que siguen indicando líquidos a voluntad de bolo sin tener en cuenta los criterios y la fórmula de hidratación, además omiten el control de lo administrado y eliminado al realizar la orden del manejo médico, en los servicios de urgencias, observación y hospitalización. 3.No se realiza trazabilidad a sintomatología y signos vitales, hay pacientes que manifestaron síntomas de alarma durante la consulta prioritaria y se les indico manejo ambulatorio algunos con solicitud de laboratorios sin controles posteriores registrados en RFAST, tampoco se direcciona el paciente		SE REALIZARÁ SEGUIMIENTO POR PARTE DE COORDINACION MEDICA ** DOCTORA PAULA RESTREPO , POSTERIOR A ESTO SE APORTARA EVIDENCIA DE LO QUE LA DOCTORA REALICE COMO PLAN DE MEJORAMIENTO - CAPACITACIONES BIMENSUALES A CERCA DEL MANEJO TEMPRANO DEL DENGUE, RECONOCIMIENTO TEMPRANO DEL SHOCK Y CRITERIOS DE REMISIÓN - CAPACITACIÓN A CERCA DE MANEJO DE LÍQUIDOS	Coordinadores de urgencias C.S.Silóe, Terron Colorado y Hospital Cañaveralejo	17/08/2022 12:00:00 a.m.	07/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N ATENCION A LA INFANCIA	ESE LADERA	Auditoria Medica	Reforzar inducción a médicos y enfermeras que ingresan a la empresa en utilización y monitoreo de historia clínica específica del programa, para lograr un correcto diligenciamiento de la misma enfatizando en la importancia del registro completo de todos los ítems y en el lugar que corresponde y la correlación entre lo registrado en el interrogatorio con el examen físico, diagnóstico y la conducta. Continuar desarrollando los cronogramas de capacitación continua al personal asistencial médico y enfermeras en el programa de promoción y mantenimiento de la salud, que incluyan evaluaciones de conocimiento pre y post para medir la adherencia a la guía clínica de primera infancia e infancia con enfoque inicial de las alteraciones del niño en menores de 11 años, 11 meses y 29 días. Crear conciencia en las madres para que asistan con el recién nacido al control de infancia temprano, hay algunos niños que empiezan su control con varios meses de vida, prorrogando el impacto de alguna alteración cuando la tienen. Revisar los documentos de Calidad existentes en el Sistema de Gestión de la Calidad que tengan relación con el cambio de la norma y normalizar los que sean aun susceptibles de éllo.	crecimiento en el curso de vida primera infancia e infancia. 2.No hay diligenciamiento total de la historia clínica, se observan espacios vacíos. 3.Bajo cumplimiento de recomendaciones dadas en controles anteriores, con relación a los riesgos en los diagnósticos asociados registrados. 4.Falta registro de algunos diagnósticos asociados a pesar de mencionarse en el desarrollo de la historia clínica. 5.En algunas historias se observó falta de registro en la composición y funcionalidad familiar y en la descripción de los antecedentes de salud personal y familiar. 6.Falta el registro de la toma de TSH, en varias historias clínicas. Algunos padres saben el resultado otros no y no hay nota en la historia 7.Hay registros incompletos de hábitos alimentarios (lactancia materna, complementaria, alimentación actual). 8.No se evidencia datos de vacunación en algunas historias,	Realizar la atención y tomar las medidas pertinentes, se podría tener en cuenta para estas mesas de trabajo y capacitación al personal que maneja infancia para adherencia de dicha norma .	dar continuación con las capacitaciones en las RÍAS y estrategia AIEPI. Lograr la sensibilización a todos los profesionales.	Enfermera Nubia Guerrero-Referente 1*infancia e infancia.	17/08/2022 12:00:00 a.m.	31/08/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	ID-1561 Fuga servicio hospitalizacion siloe Paciente que es remitida del centro de salud de Terron colorado a las 20 hrs por una infección en vías urinarias y sospecha abuso sexual, paciente es ubicada en cama 6a con compañía de la madre. Aproximadamente a la 1 am llama a la puerta de hospitalización el guarda a informar que en el servicio de urgencias había un familiar de la paciente que necesitaba llevarse una ropa, cuando nos desplazamos a la cama de la paciente evidenciamos que no se encontraba inmediatamente bajo el guarda a informar, pero el compañero de la puerta de urgencias la había dejado salir. Siendo aproximadamente se realiza llamado nuevamente a la abuela de la paciente la cual refiere que ella llego a la casa y se compromete que en las horas de la mañana ella misma traería a la paciente	* Falta de supervisión del personal de enfermería en la sala de hospitalización. * No implementación al plan de mejoramiento que consiste en el reporte de los casos especiales al guarda de turno donde se comenten los usuarios que quedan o van a llegar al servicio de hospitalización. * No adherencia al protocolo de minimización al riesgo de fuga al no solicitar al egreso la boleta de salida, por parte del personal de seguridad. * No diligenciamiento en la historia clínica sobre el evento adverso clasificado como fuga del servicio, del personal que entrega, ni del personal que recibe turno. * No hay médicos ni enfermera en los turnos de la noche para realizar el ingreso de los usuarios remitidos, por lo que afecta el plan de manejo de los pacientes por falta de conductas a seguir.	* Garantizar atención continua a los usuarios que ingresen al servicio de hospitalización. * Socializar los casos especiales al personal de seguridad para garantizar en las rondas por el servicio una alerta de los usuarios que tienen condiciones de riesgo. * Resocializar con el personal de seguridad la boleta de salida, la cual se deberá solicitar al egreso de los pacientes. Mejorar la calidad del dato de las historias clínicas realizadas por enfermería. * Condicionar los ingresos de pacientes en el servicio de hospitalización.	* Realizando rondas continuas en las habitaciones de los pacientes. * Comentar con el personal de seguridad las alertas que se deben tener con los casos especiales que se encuentran en el servicio. * Supervisor de Jamaro re socializara las consignas establecidas en común acuerdo con los coordinadores de los servicios de urgencias ,hospitalización . * Considerar en limitar los ingresos de remisiones al servicio de hospitalización, dado a que no se cuenta con profesional de turno en la noche quien se haga responsable del usuario.	coordinador	21/07/2022 12:00:00 a.m.	01/08/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	ID-1562 Paciente que se encuentra en sala de observación con Dx de hc en tórax con lev a 70cc hora conectados a bomba de infusión se encuentra sin compañía de familiar, paciente refiere que quiere ir al baño y el familiar de la cama #2 le ayuda a ir y lo desconecta la bomba, al salir el paciente del baño se cae, me dirijo a él en compañía de médico y compañeras y lo levantamos y lo colocamos en la cama el refiere que se mareo y se sentó se toman signos vitales los cuales en ese momento T/A 100/44 Fc 57 Spo 97% y un glucometría 127mg/dl	* No monitoreo continuo al paciente por falta de talento humano. * No adherencia al protocolo de identificación del riesgo de caída. * No hay asignación de paciente por asistencial de turno	* Asignación de paciente por cada funcionario de turno, para garantizar una calidad en la atención de salud. * Se planteará una auditoria a historias clínicas por parte de seguridad del paciente para verificar la adherencia a los riesgos establecidos en Rfas con la finalidad de evaluar cumplimiento y adherencia	* Coordinador del servicio de urgencias	coordinador urgencias	21/07/2022 12:00:00 a.m.	01/08/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N ATENCION A LA INFANCIA	C.S. SILOE	PQRs	En el primer trimestre del año 2022, según informe de PQRS-F al distribuir los requerimientos en los diferentes servicios, se encontró que la mayor concentración de requerimientos se presentó en el servicio de vacunación COVID con 85 requerimientos de un total de 233, lo cual equivale (36%) requerimientos.	De acuerdo al informe de PQRS-F del primer trimestre de 2022, los requerimientos de vacunación covid se clasificados con la característica de calidad de tramites en documentación, lo cual se asocia a la ausencia del registro de vacunación en las plataformas de vacunación	1. Establecer correo electrónico en el cual se resuelvan las solicitudes respecto a vacunación covid. 2. Definir horario y días de atención presencial para resolver necesidades del usuario que no tiene acceso a las plataformas virtuales o que desconoce estas. 3. Seleccionar equipo responsable de dar respuesta oportuna a los requerimientos enviados al correo electrónico o en la atención presencial de los usuarios. 4. Socializar con los usuarios el correo electrónico y a que IPS dirigirse en el caso de requerir alguna solicitud respecto a su estado de cargue de información de vacunación.	1. Se realizó un correo electrónico (carnetsvacunacioncovidladera@gmail.com) para que los usuarios puedan enviar la documentación en el momento de que no se vean reflejadas las vacunas aplicadas en el certificado QR. 2. Los días definidos para la atención de los usuarios presencialmente en la IPS de Siloé, son los días martes y jueves de 1:30pm a 3:30pm. 3. Se estableció el equipo de vacunación integrado por tres personas en la Ips Siloé (Carlos Barrera, Andrea López, Lina Possu) 4. En las jornadas extramurales se hace entrega de formato en el cual se socializa el correo de vacunación covid y la Ips a donde dirigirse. de igual manera en las jornadas extramurales se hace entrega de información escrita a que IPS dirigirse, que días y horarios(martes y jueves 1:30pm a 3:30pm).	RESPONSABLE DE VACUNACION	25/07/2022 12:00:00 a.m.	31/08/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	CASO ID 1566- INCIDENTE Paciente de 37 años que es traída a urgencias por la pareja Julieth Castillo, refiere hace aprox. 20 minutos sufrió caída desde un segundo piso, refiere estan tomando y ella salio a saludarla cuando siguió derecho y se cayó sufre trauma en región frontal y nasal izquierda, con posterior pérdida de la conciencia. Al examen físico herida lineal de aprox. 5 cm en línea media de bordes irregulares, herida en dorso nasal, con herida en T transfixiante en región de ala/fosa nasal izquierda. Paciente que por tipo de caída requiere toma de TAC de cráneo además valoración y manejo por cirugía plástica por herida facial. Se ingresa para manejo y se inicia tramite de remisión, en el momento no contamos con servicio de radiología. Se le explica al paciente y acompañante que refieren entender y aceptar. 01:20: Encontrándose en compañía de la pareja Julieth Castillo la paciente se cae de la camilla de la sala de reanimación y se descanaliza, sin sufrir nuevas heridas. Se llena reporte de evento adverso.	*NO verifican que cuidadora se encuentra en igual condición de alicoramiento, por lo que familiar baja baranda y es poco colaboradora.	* Seleccionar el personal acompañante de los pacientes al ingreso del servicio de urgencias.	* al ingreso del servicio se deberá condicionar los ingresos según las condiciones de los acompañantes.	responsable urgencias	12/07/2022 12:00:00 a.m.	30/07/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ADOLESCENTE Y JOVEN	ESE LADERA	Auditoria Medica	Mejorar el diligenciamiento de la historia clínica específica del curso de vida Juventud en planificación familiar, haciendo énfasis en la importancia del registro completo de todos los campos donde corresponde la información. Registrar el análisis de la atención por parte del profesional en el sitio designado para ello, cumplir con lo establecido para un examen físico completo que incluya examen de mamas y configuración de los órganos sexuales en la consulta de primera vez, que se está realizando en bajo porcentaje.	1.Hay bajo uso del servicio de planificación por parte de los jóvenes del sexo masculino. 2.Hay bajo uso en general de planificación familiar 3.No se evidencia la historia clínica totalmente diligenciada persisten espacios en blanco, en sistemas se colocan ?..o - - - . 4.En el registro antecedentes laborales u ocupacionales, se coloca: normal. 5.No se remite los usuarios a otros programas. 6.No se realiza examen de mamas ni configuración de órganos sexuales de las historias evaluadas. 7.No hay anotación con referencia a citología vaginal. 8.En algunas historias clínicas se omite la toma de PA. 9.No se coloca un segundo diagnostico relacionado en alto porcentaje de las historias clínicas.	Revisar HC de curso de vida juventud y la HC de planificación que son dos historias diferentes para identificar según la resolución 3280, la OMS y criterios de legibilidad que aspectos no están siendo tenidos en cuenta dentro de la valoración y realizar capacitación y seguimiento al diligenciamiento de la HC del joven y de la HC de planificación familiar.	1. Realizar revisión HC de curso de vida juventud y la HC de planificación que son dos historias diferentes para identificar según la resolución 3280, la OMS y criterios de legibilidad que aspectos no están siendo tenidos en cuenta dentro de la valoración (julio 31 de 2022) 2. y realizar capacitación y seguimiento al diligenciamiento de la HC del joven y de la HC de planificación familiar (auxiliares y enfermeras 09 de junio de 2022 - se adjunta evidencia) (médicos - 25 agosto 2022 - pendiente) asistencia técnica/visitas a las 5 zonas(se agruparon por IPS) curso de vida adolescencia, juventud, planificación y VIH- se adjunta evidencia (02,03,06,07,08 de junio de 2022)	Ingrid Bravo Referente SSR/ Medica programa Adolescencia y Juventud/área de sistemas	31/08/2022 12:00:00 a.m.	09/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
SUBGERENCIA PYP	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorías Internas de Calidad	Los indicadores de Promoción y Prevención cuentan con evaluación y análisis, pero se evidencia que la periodicidad de algunos indicadores no es clara al momento del planteamiento.	no hay claridad sobre la periodicidad de algunos indicadores de promoción y prevencion	Tener determinado y con claridad la periodicidad de los periodos de evaluación de cada uno de los indicadores de PYMS	-Verificar las periodicidad de la medicion de cada uno de los indicadores de PYMS. -garantizar de que se disponga de dicha periodicidad de manera clara	Subgerente de PYMS	25/08/2022 12:00:00 a.m.	31/08/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
SUBGERENCIA PYP	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Auditorías Internas de Calidad	Las quejas son recibidas por parte de atención al usuario y son gestionadas junto con los referentes de cada programa, pero se evidencia que no existe retroalimentación a los colaboradores y al líder del proceso. No se tiene evidenciadas las intervenciones de humanización de la atención, realizadas con el talento humano.	no existe retroalimentación a los colaboradores y al líder del proceso.acerca de las quejas recibidas por parte de los usuarios	Socializar las quejas con el personal involucrado y conservar copia del soporte	Realziar reubnon con referentes de lineas de PYMS recordando que se debe continuar socializado las quejas que se presenten de los diferentes procesos con el personal involucrado. ya que este soporte de la intervención a el funcionario involucrado se entrega a funcionarios de atención al usuario		02/09/2022 12:00:00 a.m.	08/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. TERRON COLORADO	Seguridad del Paciente	ID-1553 Femenina de 17 años app niega alergia niega, quien acude por cuadro clínico de 3 horas de evolución consistente en dolor abdominal localizado en epigastrio de tipo urente acompañado de 1 vomito refiere que se tomó 10 pastas de amoxicilina tab 500 mg porque tiene problemas familiares y su pareja sentimental " estoy aburrida ?. niega intentos suicidas previo niega abuso sexual previo. 4+53 paciente que se torna agresiva con el personal médico se retira vía periférica se fuga del servicio en compañía de pareja sentimental Ricardo delgado CC. 110752643	* NO ADHERENCIA DEL MEDICO AL PROGRAMA DE EGRESO SEGURO DE LA INSTITUCIÓN. * DIAGNÓSTICO INGRESO DE USUARIA IMPIDE CONTENCIÓN DE LA MISMA DADO A QUE SE TORNA AGRESIVA CON EL PERSONAL ASISTENCIAL DE TURNO	* HACER RESOCIALIZACION DEL COORDINADOR DE URGENCIAS SOBRE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES ESTABLECIDOS PARA EL EGRESO DE LOS USUARIOS. * IMPLEMENTAR COMUNICACIÓN DE LOS CASOS ESPECIALES QUE SE ENCUENTREN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PARA MAYOR APOYO EN LA SUPERVISION.	* INFORMANDO A TODO EL PERSONAL MEDICO DEL SERVICIO DE URGENCIAS SOBRE EL PROTOCOLO DE EGRESO DEL USUARIO QUE CONSTA DE UNA BOLETA DE SALIDA LA CUAL JUSTIFICA EL EGRESO DEL SERVICIO DE LOS USUARIOS. * COMUNICANDO LOS CASOS ESPECIALES AL GUARDA DE SEGURIDAD DE TURNO PARA GARANTIZAR UN APOYO CON LOS CASOS ESPECIALES DEL SERVICIO.	COORDINADOR URGENCIAS	14/06/2022 12:00:00 a.m.	30/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Auditoria Medica	Realizar retroalimentación a los médicos de los tres servicios de urgencias, de los informes producidos por la auditoria médica. Recaltar sobre la importancia de la pertinencia médica en la atención de los pacientes de urgencias, tanto en el diagnóstico como en la prescripción de medicamentos y en las ayudas diagnósticas. Continuar con la educación permanente y continua de los médicos. Realizar actualización de las Guías de Manejo Médico. Registrar de forma analítica los exámenes de laboratorio ordenados en urgencias, así como las imágenes. Realizar un registro descriptivo de la enfermedad actual, la cual debe de ser coherente con el motivo de consulta, además del registro del examen físico por cada uno de los sistemas, Se debe profundizar en la descripción de los signos de alarma, cuidados generales y recomendaciones y validar que el usuario o su acompañante cuando es un adulto mayor, hayan entendido el mensaje del médico.	encuentra totalmente diligenciada hay espacios en blanco. 2.No se registran antecedentes laborales. 3.Se registra :?lo anotado en la evolución?, con frecuencia en varias historia clinicas. 4.Faltan registros de educación en la mayoría de historia clinicas. 5.Uso indiscriminado de dexametasona ampolla sin indicación precisa. 6.Uso de tramadol en ancianos. ?El mayor aumento en las visitas a la sala de emergencia debido al uso indebido o abuso del tramadol ocurrió entre los pacientes de 55 años o más?. https://www.aarp.org/espanol/salud/enfermedades-y-tratamientos/info-2015/tramadol-analgésico-efectos-secundarios.html 7.Falta en algunas historias antecedentes patológicos y ginecológicos. 8.Se ordenan exámenes de laboratorio no pertinentes con el motivo de consulta. 9.En sistemas se colocan en algunas historias puntos.	Compartir a los medico y realizar plan de mejora	en compañía del doctor harol lopez se realiza retroalimentacion a los medicos de cada servicio de urgencias sobre la importancia del diligenciamiento pertinente de la historia clinica , se aportan evidencias	Coordinadores de urgencias Siloe, Terron Colorado y Hospital Cañaveralejo	24/06/2022 12:00:00 a.m.	15/07/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	SEDE ADMINISTRATIVA	Auditoria Odontologia	. En el 37% de las IPS en las historias evaluadas SI registra el plan ideal de tratamiento a seguir o las fases de tratamiento dentro de la conducta pertinente del profesional a cargo.(Buitrera, Bellavista) solo estas dos cumplen al 100% las demás tiene cumplimientos parciales. . El diligenciamiento completo de todos los ítems de la historias clínica . . En el 100% de las IPS evaluadas NO se hace formulación o indicación farmacológica posterior a procesos quirúrgicos. . Algunas historias tienen marcado el ítem de paciente terminado pero no indican fecha . evaluar informe en archivo adjunto	. falta de receptividad en las indicaciones de los planes de mejora de los meses anteriores	. potestativo de la referente del programa para mitigar hallazgos	. potestativo de la referente del programa para mitigar hallazgos . si se requiere el apoyo de auditora odontológica como complemento de los planes de mejora	JHOANA ARISTIZABAL COORDINADORA PROGRAMA AUDITORIA	08/06/2022 12:00:00 a.m.	21/07/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	Seguimiento, medición, análisis y evaluación Evaluar los indicadores definidos en el proceso y sus metas. Verificar el seguimiento a los indicadores y las acciones de mejora. Verificar el análisis de datos del resultado de los indicadores: Se evidencia indicadores por fuera de la meta planteada, es recomendable que se realice seguimiento con el responsable de calidad, para realizar ajustes a la meta planteada a continuación, se relacionan los indicadores del proceso que se encuentran en la plataforma interna de la institución SIGES: 1-Indicador oportunidad cita odontología 2- Porcentaje de adultos que asisten por lo menos a una valoración en salud bucal. 3- Porcentaje de gestantes con consulta . 4- Productividad odontología 5- Seguimiento a paciente controlado sano	INCUMPLIMIENTO DE LOS INDICADORES	REVISION DE INDICADORES 2019 AL 2021 PARA DETERMINAR LINEA BASE	REALIZAR REUNION CON LA OFICINA DE CALIDAD CON EL INGENIERO RICARDO ZUÑIGA PARA REVISAR CADA UNO DE LOS INDICADORES Y REALIZAR LOS AJUSTES PERTINENTES	JOHANA ARISTIZABAL- COORDINADORA ODONTOLOGIA	09/05/2022 12:00:00 a.m.	01/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
 PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
 2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	Auditorias internas: Verificar el diligenciamiento completo de la Historia Clínica para odontología y como da cumplimiento a la resolución 1995/99: Se evidencia auditoria interna del ultimo semestre de 2021, donde se relacionan los hallazgos, presentando falencias en diligenciamiento de historia clínica, no se evidencia plan de mejoramiento para subsanar debilidades encontradas.	diligenciamiento incompleto de la historia clinica	capacitacion sobre adecuado diligenciamiento de historia clinica, socializacion de los resultados auditoria en cada uno de sus 24 iten para mejorar en las futuras auditorias	Rwalizar capacitacion sobre el adecuado diligenciamiento de historia clinica	JHOANA ARISTIZABAL-COORDINADORA ODONTOLOGIA	16/05/2022 12:00:00 a.m.	01/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	1.El mayor porcentaje de incumplimiento de criterios pertenece a los componentes de análisis, impresión diagnóstica y conducta. 2. No se cumple con el criterio de remisión a curso de vida dentro de la atención. 3.En las historias clínicas evaluadas se verificó que no se hace solicitud de ayudas diagnósticas pertinentes. 4.No hay referencia dentro de la evolución de indicación farmacológica posterior a procesos quirúrgicos. 5.No se describe de manera amplia y pertinente la enfermedad actual relacionada con el motivo de consulta odontológica del paciente. 6.No se realiza diligenciamiento completo de COP en donde corresponde dentro de las historias.	diligenciaminto incompleto de la historia clinica. no coherencia de motivo de consulta con enfermedad actual	capacitacion con odontologos sobre el adecuado diligenciamiento de la historia clinica, nuestro resultado de las auditorias y se explica cada uno de los iten a evaluar para mejorar en la calificacion de las auditorias internas	Realizar capacitacion a los odontologos sobre el adecuado diligenciamiento de la historia clinica,	JHOANA ARISTIZABAL-COORDINADORA PROGRAMA AUDITORIA	16/05/2022 12:00:00 a.m.	01/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Auditoria Medica	1.Socializar con el personal médico asistencial la guía de Dengue implementado por la institución con el fin de identificar brechas en su aplicación durante la atención del usuario. 2.La importancia en la administración del manejo de los líquidos endovenosos. Esta socialización se realizó a los médicos de Urgencias en las diferentes capacitaciones y virtuales del manejo del evento Dengue. 3.Fortalecer el uso de diagnostico de dengue, ya que durante la evaluación de historias clínicas se visualiza, fiebre persistente como diagnostico predominante, se optimizará el uso de diagnostico Fiebre del dengue para próximas auditorias. 4.Fortalecer el registro de manera específica, en el control de líquidos administrados eliminados en pacientes en observación y/o hospitalizados con diagnóstico de Dengue. 5.Fortalecer en la historia clínica la anotación de nexo epidemiológico dentro del grupo familiar, y los potenciales criaderos de Aedes Aegypti.	1.No se cuenta con una ruta al presentarse muerte por caso probable de Dengue en la institución(autopsia, viscerotomia). 2.No se evidencio en las historia clinicas auditadas monitoreo de gasto urinario cada 4-6 horas. 3.No se inicio terapia intravenosa con cristaloides ni se aplico esquema de infusion : 5-7 ml/kg/h. 4. Ausencia de prueba de torniquete. 5.Falta de indagacion sobre la red familiar del paciente. 6. Falta de registro antecedentes familiares de Dengue, zika,chickungunya en convivientes.	Plan de mejora adherencia a los protocolos de manejo de dengue	1 se anexa guía de autopsias clínicas por muerte por dengue y resolucio de adoptacion por parte de la gerencia. 2 se realizo capacitacion del personal asistencias sobre el manejo de dengue en las urgencias , se anexan evidencias de lo realizado en los servicio con el personal .	Coordinadores de urgencias C.S.Silóe, Terron Colorado y Hospital Cañaveralejo	10/06/2022 12:00:00 a.m.	30/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Auditoria Medica	Realizar reunión de forma permanente con el personal, una vez al mes donde se refuerzan los lineamientos técnicos y científicos pertinentes a la atención de los pacientes. Realizar los exámenes prioritarios en Urgencias, así como el registro descriptivo de la enfermedad actual, la cual sea coherente con el motivo de consulta, además del registro del examen físico por cada uno de los sistemas, descripción de los signos de alarma, cuidados generales y recomendaciones. Continuar con la educación continuada y retroalimentación de las auditorias a los médicos de Urgencias. Socializar a los médicos de los servicios de Urgencias los hallazgos encontrados en la auditoria trimestral del proceso de Adherencia a guías de manejo de las primeras 10 causas de urgencias. Realizar capacitación continua a los médicos de Urgencias sobre las guías de atención y manejo en Urgencias para mejorar la calidad de atención y mejorar la adherencia a las Guías de manejo. Realizar un acompañamiento y seguimiento a los médicos identificados que no cumplen la adherencia a guías de manejo de Urgencias para retroalimentarlos en las fallas y programarles capacitación.	1.En algunos casos no se realiza Historia Clínica completa, ni examen físico completo interrogando síntomas y signos, descripción de la enfermedad, usando criterios definidos en la Guía para determinar el diagnóstico. 2.En la Historia clínica no se incluyen factores de riesgo y severidad de la enfermedad, y en algunos casos no se especifican síntomas asociados como fiebre, dolor, adinamia, malestar general y duración de los síntomas. 3.En algunos casos no se escoge el medicamento de elección, de acuerdo a la guía. 4.Falta de Recomendaciones específicas y de seguimiento. 5.No se comentan en la Historia Clínica los exámenes de laboratorio y de Radiología.	PLAN DE MEJORA	Se realizó capacitación a médicos del centro de salud Terrón Colorado en no conformes de Dengue, Diez primeras causas de consulta de urgencias y calidad de la historia clínica de urgencias. En el srvcio de urgencias de solo e la coordinadora realiza retroalimentacion sobre la calidad del diligenciamiento de la historia clinica.	Coordinadores de Urgencias Siloe, Terron Colorado y Hospital Cañaveralejo	03/06/2022 12:00:00 a.m.	24/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
DETECCION TEMPRANA DE CANCER	ESE LADERA	Auditoria Medica	Cumplir en lo que corresponde al diligenciamiento de todos los campos de la historia clínica específica del programa detección temprana de Ca de cérvix por parte del personal de enfermería que realiza la toma de la citología vaginal en el programa de promoción y mantenimiento de la salud. Continuar con el seguimiento al riesgo de usuarias con varias gestaciones por convertirse en potenciales casos de presentar alteraciones en su cuello uterino. Intensificar la toma de citología en menores de edad con actividad sexual. La toma de presión arterial es un tamizaje importante en este grupo de usuarias que se debe realizar en todos los casos, algunas usuarias están embarazadas o son hipertensas; además hay un grupo de menores de edad en ésta condición a las que se les denomina usuarias en Alto Riesgo Obstétrico (ARO). Otras usuarias del servicio de citología vaginal tienen factores de riesgo como sobrepeso y cuentan con antecedentes familiares de HTA y diabetes	encuentra totalmente diligenciada hay espacios sin diligenciar. Hay uso de plantillas en su reemplazo. 2.Falta en algunas historias antecedentes patológicos, personales y familiares. Hay diferencia en los antecedentes ginecológicos y lo anotado en la plantilla. 3.No se evidencia registro del examen físico completo, no se toma la presión arterial en alto porcentaje. Algunas tienen riesgo cardiovascular y otras están en embarazo de alto riesgo. 4.En alto porcentaje no se registra el dato de la última citología vaginal realizada a la usuaria y su resultado. No se evidencia registro de recomendaciones y signos de alarma. 5.Hay debilidades en el seguimiento a riesgo; algunas usuarias se toman la citología y no se evidencia en la historia clínica regresar por el resultado. 6.No se realiza remisión a otros programas de promoción y mantenimiento de la salud	como plan de mejora capacitar al talento humano en relacion al correcto diligenciamiento de las historias clínicas enfatizar en toma de signos de vitales en especial a las pacientes embarazadas. se les explica la importancia de que todos los campos deben de quedar completamente diligenciados.	se realiza capacitacion en la unikatolica el dia 5 de mayo, con todo el personal, tanto auxiliares como jefes del servicio se enfatiza en el correcto diligenciamiento de la historia clínica, se hae enfasis en que que todos los campos deben quedar completamente diligenciado, se explica la importancia de la toma de presion arterial a las pacientes gestantes y que quede consignado en los campos de la historia clinica. Se anexa acta de la capacitacion realizada	JEFE ANGELICA MAQUILON	08/06/2022 12:00:00 a.m.	30/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, ADOLESCENTE Y JOVEN	ESE LADERA	Auditoria Medica	Mejorar el diligenciamiento de la historia clínica específica del curso de vida Juventud en planificación familiar, haciendo énfasis en la importancia del registro completo de todos los campos donde corresponde la información. Registrar el análisis de la atención por parte del profesional en el sitio designado para ello, cumplir con lo establecido para un examen físico completo que incluya examen de mamas y configuración de los órganos sexuales en la consulta de primera vez, que se está realizando en bajo porcentaje.	1.Hay bajo uso del servicio de planificación por parte de los jóvenes del sexo masculino. 2.Hay bajo uso en general de planificación familiar 3.No se evidencia la historia clínica totalmente diligenciada persisten espacios en blanco, en sistemas se colocan ?..o - - - . 4.En el registro antecedentes laborales u ocupacionales, se coloca: normal. 5.No se remite los usuarios a otros programas. 6.No se realiza examen de mamas ni configuración de órganos sexuales de las historias evaluadas. 7.No hay anotación con referencia a citología vaginal. 8.En algunas historias clínicas se omite la toma de PA. 9.No se coloca un segundo diagnostico relacionado en alto porcentaje de las historias clínicas.	Revisar HC de curso de vida juventud y la HC de planificación que son dos historias diferentes para identificar según la resolución 3280, la OMS y criterios de legibilidad que aspectos no están siendo tenidos en cuenta dentro de la valoración y realizar capacitación y seguimiento al diligenciamiento de la HC del joven y de la HC de planificación familiar.	1. Realizar revisión HC de curso de vida juventud y la HC de planificación que son dos historias diferentes para identificar según la resolución 3280, la OMS y criterios de legibilidad que aspectos no están siendo tenidos en cuenta dentro de la valoración (julio 31 de 2022) 2. y realizar capacitación y seguimiento al diligenciamiento de la HC del joven y de la HC de planificación familiar (auxiliares y enfermeras 09 de junio de 2022 - se adjunta evidencia) (médicos - 28 de julio 2022 - pendiente) asistencia técnica/visitas a las 5 zonas(se agruparon por IPS) curso de vida adolescencia, juventud, planificación y VIH- se adjunta evidencia (02,03,06,07,08 de junio de 2022)	Jefe Ingrid Bravo	03/06/2022 12:00:00 a.m.	17/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	C.S. PRIMERO DE MAYO	Seguridad del Paciente	CASO ID 1554 EVENTO ADVERSO POST PULPECTOMIA Paciente que acude al servicio de odontología para realizar procedimiento de pulpectomía de diente 46 en la ips primero de mayo ,posterior a ella es remitida a consulta para endodoncia para realizar tratamiento de conducto, donde la endodoncista clínicamente observa obturación temporal ocluso mesial, remanente dental débil, alto riesgo de fractura, radiográficamente observo perforación de furca, informo hallazgos, explico a paciente plan de tratamiento, recomiendo realizar exodoncia , paciente manifiesta entender, se remite a odontólogo tratante para realizar exodoncia, advierto puede presentar dolor postoperatorio, advierto riesgo de agudización en caso de presentar dolor o inflamación debe acudir hospital Siloé servicio urgencia.	* No radiografía inicial del diente antes del procedimiento de pulpectomía. * No instrumento idóneo para realizar tratamiento de pulpectomía. * Deficiente registro clínico post procedimiento.	* Tomar Rx inicial a procedimiento de pulpectomía en las ips que cuenten con la toma de radiografía. * solicitar la endozeta para realizar procedimiento de pulpectomía. * Realizar registros clínicos completos ante los procedimientos odontológicos.	* Las ips que cuenten con toma de radiografía deberán ante el procedimiento de pulpectomía realizar una toma antes del proceso para tener un Diagnostico inicial. * la coordinadora de odontología teniendo en cuenta los procedimientos de pulpectomía realizados en las ips se solicitara de manera prioritaria el instrumento de fresa endo z para realizar las pulpectomías. * coordinadora de odontología socializara con su personal el buen diligenciamiento de las historias clínicas.	coordinadora odontologia	19/05/2022 12:00:00 a.m.	31/05/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
PLANEACION	SEDE ADMINISTRATIVA	Auditorías Internas de Calidad	Se recomienda que el manual de funciones de la líder del proceso de planeación repose en el área.	No se evidencio en el momento de auditoría el manual de funciones de la líder del proceso de planeación dentro del área	Publicar el manual de funciones de la líder del proceso de planeación dentro de la plataforma INTRANET en el proceso de Planeación, para una mayor efectividad en la consulta.	Solicitar Manual de Funciones del jefe de planeación al área de Talento Humano y publicar en la plataforma INTRANET en el proceso de Planeación.	Responsable proceso de planeación	31/05/2022 12:00:00 a.m.	31/05/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	CASO ID 1546 CAIDA PACIENTE SERVICIO DE URGENCIAS SILOE Paciente que ingresa al servicio por presentar cefalea de predominio frontal, con irradiación a zona cervical, asociado a nauseas y vomito en los últimos dos días. Valorado por el médico de urgencias quien ordena tomar paraclínicos y colocación de medicamentos .después de la aplicación de los medicamentos el paciente presenta reacción adversa. Medico de turno ordena colocación de bolo de líquidos el cual mejora. DESPUES DE LA APLICACION DE LOS MEDICAMENTOS EL PACIENTE PRESENTA REACCIÓN ADVERSA. MEDICO DE TURNO ORDENA COLOCACION DE BOLO DE LIQUIDOS EL CUAL MEJORA . DESPUES DE ESTE PROCESO PACIENTE PRESENTA CAIDA DE CAMILLA , PRESENTANDO LESIÓN EN ZONA FRONTAL, EN EL MOMENTO SE ORDENA RX DE CRANEO.	* Camilla de ubicación del usuario sin barandas. * No adherencia a escala de riesgo caída.	* Solicitar cambio de camilla con barandas en la sala de procedimientos del servicio de urgencias. * Resocializar la escala de medición del riesgo de caída por cada paciente.	* Coordinadora del servicio realizara respectiva solicitud. * Coordinadora de seguridad del paciente re socializara protocolo de riesgo de caída y aplicación de escala de riesgo de caída Morse	coordinador urgencias	17/05/2022 12:00:00 a.m.	31/05/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	ESE LADERA	Auditoria Medica	Se requiere realizar una reinducción al personal médico y de enfermería en el diligenciamiento de la historia clínica específica del programa Atención de Detección de las del Embarazo, Parto y Puerperio, la cual no tiene un correcto diligenciamiento por parte de algunos profesionales. Así mismo hay necesidad de realizar capacitación continua al personal asistencial médico en Resolución 3280 de 2018, en los programas de promoción y mantenimiento de la salud, que incluyan evaluaciones pre y post de conocimientos. No se evidencia como en el 4 trimestre de 2021 en el registro en la historia clínica, la aplicación de las 4 maniobras de Leopold que se pueden hacer a partir de la semana 20-22 la primera maniobra cuando el útero está aproximadamente a nivel del ombligo y las 3 maniobras restantes a partir de las 28 semanas; estas maniobras sirven para valorar la estática fetal. En alto porcentaje no se registra examen de mamas a las embarazadas su importancia durante el embarazo es asegurar la lactancia materna y además aprovechar la oportunidad, para que el profesional de la salud y la mujer embarazada traten el tema de la lactancia materna. Hay que fortalecer con los médicos y enfermeras el registro completo de la historia clínica en especial, el diligenciamiento de los espacios que corresponden a los ítems solicitados y que representan medición.	ha comentado, con el total de la información de la gestante que se incrusta en la enfermedad actual y que reemplaza el diligenciamiento en los espacios correspondientes. Ésta plantilla se repite en análisis y evolución y en algunas historias hacen parte del plan de manejo. Se ha visto uso de plantillas en enfermeras al hacer la inscripción de la materna y aun en ginecólogos. 2. En algunas historias clínicas en el motivo de consulta se encuentran ?ICP? abreviatura, que equivale a ingreso al control prenatal o CP. Se omite colocar como está la gestante al momento de la consulta. 3. En la región del abdomen el examen físico no es completo, no se coloca el dato de la altura uterina para correlacionarlo con la edad gestacional y fetocardia, escribiéndose en el espacio para ello en la historia clínica, ?normal?, en el mejor de los casos o simplemente ?N?. Las maniobras	plan de mejora	Dentro del programa de capacitación ya se había incluido el tema de socializar hallazgos de las auditorías internas y externas en la capacitación del personal, en marzo se había realizado para el personal de medicina y abril de enfermería. Adicional en las visitas a las IPS se socializa dicha información entre otras.	Jefe David Velez Jefe línea	30/05/2022 12:00:00 a.m.	17/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
U. E.N ATENCION ODONTOLOGICA	SEDE ADMINISTRATIVA	Auditoria Odontologia	curso de vida dentro de la atención odontológica. 2. En el 100% de las IPS en las historias clínicas evaluadas no hace solicitud de ayudas diagnósticas pertinentes ni descripción de las mismas. 3. En el 67% de las IPS evaluadas (Meléndez, Terrón, Polvorines, Sirena, Sultana, Vista hermosa, Felidia, Golondrinas, Alto Nápoles) NO se hace formulación o indicación farmacológica posterior a procesos quirúrgicos. 4. Los criterios 16 y 17 que corresponden a diagnóstico según motivo de consulta o asociado a patología en la mayoría de los casos se anulan y quedará tipificado en la auditoría como no cumple ya que el sistema según el curso de vida solo deja agregar un diagnóstico específico como principal sin tener en cuenta el motivo de consulta, es decir que no necesariamente depende del criterio del profesional. 5. El 49 % de las IPS en las historias evaluadas NO marcan todos los ítems pertinentes a la apertura y diligenciamiento de la historia clínica relevantes como indicadores de atención. (Terrón ,Polvorines, Sirena, Sultana, Vista hermosa, Golondrinas). 6. En el 55% de las IPS en las historias evaluadas NO se registra el plan ideal de tratamiento a seguir o las fases de tratamiento dentro de la conducta pertinente del profesional a cargo. (Terrón, Meléndez). 7. Algunas evoluciones indican que se hace un procedimiento en diente diferente al que indica el odontograma y tampoco se evidencia el cambio de diagnóstico (IPS hormiguero). 8. En algunas evoluciones no se indica el instrumental utilizado con su respectiva fecha de vencimiento. 9. En las IPS Golondrina, Alto Nápoles, Férida, Meléndez en la historia evaluada no se indica el tipo de anestesia ni la cantidad. 10. En las historias clínicas de Primera infancia no se evidencian descripciones en los ítems de alteraciones orales y hábitos. 11. Algunas historias tienen marcado el ítem de paciente terminado pero no indican fecha. 12. En algunas historias	1. Posible falta de tiempo en la atención y evolución completa de la historia clínica. 2. Desinformación en cuanto a la importancia de detallar información relevante en la historia como es el caso de las extracciones. 3. Falta de atención precisa en las evoluciones y su contenido.	1. Socialización de los hallazgos de la auditoría. 2. Acompañamiento al personal en los procesos de mejoramiento. 3. Asistencia a plataformas de actualización de conocimientos.	1. Desarrollo de actividades formativas 2. Acompañamiento pertinente para aplicar planes de mejora.	JHOANA ARISTIZABAL COORDINADORA PROGRAMA AUDITORIA	31/05/2022 12:00:00 a.m.	03/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U. E.N ATENCION ODONTOLOGICA	SEDE ADMINISTRATIVA	Auditoria Odontologia	NO indica tratamiento farmacológico para el manejo del dolor o la infección posterior a procesos quirúrgicos. 2.En las IPS La Paz Rural, la Elvira, Castilla NO se indica tipo de anestesia ni cantidad en la evolución de exodoncia. 3.En las IPS Leonera, Saladito, La Castilla, la Paz Rural, Villacarmelo, Pichinde, la Elvira el motivo de consulta no es pertinente con enfermedad actual relacionado al motivo odontológico. 4.En algunos casos no hay actualización de los datos en la anamnesis que en algunas ocasiones ya están descritos por otros profesionales pero que se deben verificar para saber si hay cambios de acuerdo al curso de vida o momento de la atención. 5.En algunas historias la descripción del motivo de consulta es igual al de enfermedad actual relacionada. 6. En el 25% de las IPS (Castilla, Paz Rural) con las historias evaluadas NO se registran las fases de tratamiento a seguir dentro de la conducta pertinente del profesional a cargo. (fase higiénica-tratamiento-mantenimiento). 7.El 87% de las IPS y las historias evaluadas NO describe de manera amplia y pertinente la enfermedad actual relacionada con el motivo de consulta odontológica del paciente (Saladito-Leonera-Castilla-Paz Rural-Villa Carmelo-Pichinde-La Elvira), en muchas ocasiones es el mismo concepto en motivo de consulta y en enfermedad actual o en este ítem indican generalidades de la enfermedad sistémica y no relacionado al motivo de consulta odontológica. 8.El 85% de las IPS en las historias evaluadas NO marcan todos los ítems pertinentes a la apertura y diligenciamiento de la historia clínica (paciente sano/enfermo, tratamiento terminado) relevantes como indicadores de atención. (Castilla-Paz Rural-Villa Carmelo-Pichinde-La Elvira) 9.El 100% de las IPS evaluadas no cumple con el criterio de remisión a curso de vida dentro de la atención odontológica. 10.En el 100% de las IPS en las historias clínicas evaluadas NO hace solicitud de	1.Posible necesidad de asignar auxiliar como apoyo en la atención para el profesional. 2.Falta de actualización del sistema RFAST para condicionar algunas opciones como obligatorias. 3. Necesidad de enfatizar en la importancia de indagar a profundidad en la historia clínica del paciente.	Aplicar el plan de mejora por parte de la líder de los procesos en odontología y si es pertinente apoyarse en la auditora para potencializar	1. Socializando la mayor cantidad de veces la información recolectada en estos informes. 2. Analizar casos puntuales tanto de situaciones como de profesionales y en conjunto hacer la debida corrección. 3. Hacer acompañamiento en los procesos de mayor falencia. 4. Solicitar apoyo pertinente para refuerzo de conocimientos o procesos.	JHOANA ARISTIZABAL COORDINADORA PROGRAMA AUDITORIA	31/05/2022 12:00:00 a.m.	03/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	CASO ID:1541 FUGA PACIENTE SERVICIO HOSPITALIZACION Paciente con DX celulitis en Miembro inferior izquierdo, se trata de un adulto de 24 años, el cual queda hospitalizado para manejo de antibiótico endovenoso, quiénes trasladado de Cañaveralejo urgencias a hospitalización Siloé, y en 4 días de estancia hospitalaria se evidencia riesgos de posibles fuga, las cuales no fueron alertados por el personal del servicio ,además de que el paciente se torna inquieto ,se comunica con otras familiares y pacientes, mostrando conducta y deseo de fugarse, hasta que se materializa el evento.	* Deficiencia custodia de usuarios en los servicios de urgencias hospitalización * No adherencia al protocolo de minimización al riesgo de fuga * No Control al ingreso y egreso de usuarios al servicio de urgencias y hospitalización	* Mejorar la atención a casos especiales identificados en los servicios por parte del personal asistencial. * Adherirse el personal asistencial y de seguridad a los protocolos institucionales. * Controlar el ingreso y egreso de los usuarios a los servicios de urgencias y hospitalización	* Coordinador reforzara con su personal asistencial en identificar y alertar los casos especiales en los servicios * Aplicando la identificación segura de los usuarios y realizar medico boleta de salida que se pueda sustentar a la salida de los servicios. * Por medio de bitacoras y listados de usuarios que se encuentren hospitalizados en la ips que garanticen el ingreso y egreso seguro.	COORDINADOR DE URGENCIAS,PERSONAL SEGURIDAD	23/03/2022 12:00:00 a.m.	30/10/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	CASO ID 1532- FUGA URGENCIAS SILOE Se presenta fuga del servicio de urgencias de una menor de 16 años de edad, que fue traída por policía de infancia y adolescencia ya que la paciente tenía interpuesta una denuncia por desaparición desde el municipio de Popayán, por lo que la autoridad la deja en custodia del hospital Siloé. Realizando intervenciones médicas y psicológica, posterior a la consulta por psicología menor sale de institución sin autorización médica.	* Deficiencia custodia de usuarios en los servicios de urgencias hospitalización * No adherencia al protocolo de minimización al riesgo de fuga * No Control al ingreso y egreso de usuarios al servicio de urgencias y hospitalización	* Mejorar la atención a casos especiales identificados en los servicios por parte del personal asistencial. * Adherirse el personal asistencial y de seguridad a los protocolos institucionales. * Controlar el ingreso y egreso de los usuarios a los servicios de urgencias y hospitalización	* Coordinador reforzara con su personal asistencial en identificar y alertar los casos especiales en los servicios * Aplicando la identificación segura de los usuarios y realizar medico boleta de salida que se pueda sustentar a la salida de los servicios. * Por medio de bitácoras y listados de usuarios que se encuentren hospitalizados en la ips que garanticen el ingreso y egreso seguro.	COORDINADOR DE URGENCIAS	23/03/2022 12:00:00 a.m.	10/04/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
U. E. N ATENCION ODONTOLOGICA	HOSPITAL CAÑAVERALEJO	Seguridad del Paciente	CASO ID 1528 CELULITIS FACIAL POST ENDODONCIA PACIENTE RECONSULTA POR URGENCIA ODONTOLOGICA AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA DEL HOSPITAL CAÑAVERALEJO EL DIA 16/02/2022 A LAS 14:04, ASISTE A LA PRIMERA CONSULTA POR URGENCIA ODONTOLOGICA EL DIA 16/02/2022 EN LA IPS BRISAS DE MAYO A LAS 08:19 AM MOTIVO DE CONSULTA " ES QUE TENGO LA CARA HINCHADA". MANIFESTANDO DOLOR DESDE HACE 4 DIAS E HINCHAZON DE LA CARA DESDE EL DIA ANTEROR; TODO ESTO, POSTERIOR A CONSULTA POR ENDODONCIA EN EL HOSPITAL CAÑAVERALEJO. PRESENTA HEMICARA IZQUIERDA INFLAMADA EN LA PARTE INFERIOR EN ZONA DE MOLARES QUE SE EXTIENDE HASTA ABAJO DE LA RAMA MANDIBULAR, LIMITACION EN LA APERTURA. ODONTOLOGA DRA VALLECILLA LA MEDICA CON AMOXICILINA, METRONIDAZOL Y DICLOFENACO. LE INDICA QUE SI EL DOLOR Y LA INFLAMACION NO MEJORA QUE DEBE REGRESAR POR URGENCIA. LA PACIENTE LLEGA POR URGENCIA A ODONTOLOGIA DEL HOSPITAL CAÑAVERALEJO. PACIENTE MANIFESTANDO QUE NO TIENE MEJORA CON RESPECTO AL DOLOR E INFLAMACION Y SE REMITE AL SERVICIO DE URGENCIA DEL HOSPITAL CAÑAVERALEJO PARA MANEJO INTRAHOSPITALARIO	NO MANEJO ADECUADO DE LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS RELACIONADOS A DONOTOLGIA.	*MANEJO AMBULATORIO ANTE UNA INFLAMACION DE LA HEMOCARA IZQUIERDA * ODONTOLOGIA NO CUENTA CON PROTOCOLO ESTABLECIDO PARA MANEJO DE LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS RELACIONADOS ALPROCESO DE ODONTOLOGIA. * NO DISPONIBILIDAD OPORTUNA DE CITAS POR ENDODONCISTA	* ESTABLECER EN EL PROCESO DE ODONTOLOGÍA PROTOCOLO PARA MANEJO DE LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS DEONTOLÓGICOS. * ESTABLECER UNA CONDUCTA DE SEGUIMIENTO A LOS USUARIOS QUE SE REMITEN A LOAS SERVICIOS DE URGENCIAS O QUE ACUDEN A UNA URGENCIA ODONTOLÓGICA. * GARANTIZAR EN LA AGENDA DE LA ESPECIALISTA UN CUPO LIBRE PARA ESOS PACIENTES QUE REQUIERAN UNA VALORACIÓN PRIORITARIA.	odontologia	02/03/2022 12:00:00 a.m.	01/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	No se da cumplimiento con la elaboración de un cronograma de capacitación a los profesionales, donde se incluyan los temas mas relevantes en salud de acuerdo con las necesidades de la población.	no se evidenció en la visita de auditoria interna la existencia de un cronograma de capacitación a médicos y enfermeras con temas relacionados a los diagnósticos mas frecuentes de la zona de influencia.	Realizar cronograma de capacitacion a medicos de urgencias y hospitalización 09/06/2022 se realiza este cronograma	se realiza por parte de los coordinadores de urgencias la creacion de un plan de educacon para el personal medico y auxiliar , se sube archivo como evidencia .	Coordinadores de urgencias Siloe, Terron Colorado y Hospital Cañaveralejo	12/10/2022 12:00:00 a.m.	19/10/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	Se requiere crear en el drive una carpeta de entrega de turnos con el formato actualizado y que se deje una copia en una carpeta debidamente calendada tanto para médicos como para auxiliares de enfermería. La mesa ginecológica de urgencias partos, no cuenta con apoyo piernas representado una insatisfacción para las usuarias	Se requiere que quede copia en el computador de lo actuado frente al cambio de turno con el fin de guardar evidencia de lo ordenado por el medico	Crea una hoja de excels en el one drive del correo institucional para el manejo del día día, y dejar una copia en pdf como evidencia de lo actuado por el medico la cual sera guradad en una carpeta mes a mes.	Se realiza la creación del formato requerido. Se realiza diligenciamiento diario, se adjunta soportes, esta actividad se viene realizando desde abril, el archivo esta por cada pestaña.	Diana Garcia	14/09/2022 12:00:00 a.m.	21/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	Se requiere crear en el drive una carpeta de entrega de turnos con el formato actualizado y que se deje una copia en una carpeta debidamente calendada tanto para médicos como para auxiliares de enfermería.	Se requiere que quede copia en el computador de lo actuado frente al cambio de turno con el fin de guardar evidencia de lo ordenado por el medico	Crea una hoja de excels en el one drive del correo institucional para el manejo del día día, y dejar una copia en pdf como evidencia de lo actuado por el medico la cual sera guradad en una carpeta mes a mes.		Jefe Syndi Ortiz coordinadora urgencias	14/09/2022 12:00:00 a.m.	21/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FARMACIA	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	Acciones para abordar riesgos y oportunidades: se evidencia cronograma de comité de farmacia con fecha programada para el 1° comité el día 30/03/2022 sin embargo a la fecha no se ha realizado.				Freddy Paz	01/09/2022 12:00:00 a.m.	15/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	No Conformidad
U.A FARMACIA	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	Evaluar el mecanismo de medición para verificar la adherencia al proceso de farmacia (las auditorias que se le realizan), solicitar los resultados de la evaluación y verificar la implementación de acciones de mejora: Se realizan auditorías internas por parte de proceso al área de urgencias de Siloé, sin embargo, no se encuentra plan de mejoramiento para los hallazgos encontrados los cuales fueron: ? inconsistencias en el inventario ? se evidencia un mal almacenamiento en el carro de paro. ? facturación de medicamentos ? procesos básicos del servicio farmacéutico ? recepción administrativa y técnica ? semaforización de medicamentos ? señalización de medicamentos lasa y alto riesgo: ? condiciones de almacenamiento ? realización de procesos que no están establecidos dentro de la institución				Freddy Paz	02/05/2022 12:00:00 a.m.	05/05/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	No Conformidad



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A FARMACIA	C.S. SILOE	Auditorías Internas de Calidad	Área del proceso de farmacia garantiza un sistema de ventilación natural y/o artificial y condiciones de temperatura y humedad relativa, de acuerdo con lo recomendado por el fabricante de los insumos y los medicamentos: Se realiza control de temperatura y humedad relativa, por encima del rango normal a causa del daño del aire acondicionado hace 4 meses. Notificar al encargado del área de ambiente físico para revisión de infraestructura ya que se encuentra humedad en el área de almacenamiento y goteras en el área donde se encuentran los aires acondicionados.				Freddy Paz	22/09/2022 12:00:00 a.m.	29/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FARMACIA	ESE LADERA	Auditorías Internas de Calidad	Evidenciar cambios y actualizaciones en las metodologías de trabajo por parte de las actualizaciones en los procedimientos operativos, protocolos, instructivos y demás fuente de conocimiento: No se tiene guía de manejo para medicamentos multidosis, ni socializaciones con las enfermeras.					14/09/2022 12:00:00 a.m.	21/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.A FARMACIA	ESE LADERA	Auditorías Internas de Calidad	Evidenciar conocimiento y comprensión de la caracterización por parte del personal y su interacción con los demás procesos Por parte del personal tienen desconocimiento para ingreso a la plataforma de intranet, se recomienda realizar inducción y reinducción al personal.					14/09/2022 12:00:00 a.m.	21/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	ESE LADERA	Auditorías Internas de Calidad	Seguimiento, medición, análisis y evaluación Evaluar los indicadores definidos en el proceso y sus metas. Verificar el seguimiento a los indicadores y las acciones de mejora. Verificar el análisis de datos del resultado de los indicadores: Se evidencia indicadores por fuera de la meta planteada, es recomendable que se realice seguimiento con el responsable de calidad, para realizar ajustes a la meta planteada a continuación, se relacionan los indicadores del proceso que se encuentran en la plataforma interna de la institución SIGES: 1-Indicador oportunidad cita odontología 2- Porcentaje de adultos que asisten por lo menos a una valoración en salud bucal. 3- Porcentaje de gestantes con consulta . 4- Productividad odontología 5- Seguimiento a paciente controlado sano	incumplimiento de los indicadores internos	revisión de indicadores desde el año 2019 al 2021 para determinar línea base	socializar a los odontólogos cada uno de los indicadores de calidad en odontología para mejorar su cumplimiento.	JOHANA ARISTIZABAL-COORDINADORA ODONTOLOGIA	08/09/2022 12:00:00 a.m.	15/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTE DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	C.S. SILOE	Auditorias Internas de Calidad	Control de la producción y Provisión del Servicio: Se evidencia formato de control de temperatura ambiente y humedad relativa que se encuentra entre el rango normal, sin embargo, se evidencia el aire dañado hace más de 1 semana y se valida Ultima semana de abril se encuentra entre 23° al límite de los normal. Notificar al encargado del área de ambiente físico para revisión de los aires acondicionados por fallas presentadas en el servicio ya que se ve afectada la prestación de los servicios de salud	daño del aire acondicionado	se reporta al área de mantenimiento y ambiente físico para la reparación oportuna del aire acondicionado y diligenciar nuevamente de forma adecuado los registros de la temperatura.	Realizar reparación del aire acondicionado y entregar registros de toma de temperatura y humedad relativa del mes de mayo	encargados de mantenimiento y ambiente físico	01/09/2022 12:00:00 a.m.	15/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	Auditorias internas: Verificar el diligenciamiento completo de la Historia Clínica para odontología y como da cumplimiento a la resolución 1995/99: Se evidencia auditoria interna del ultimo semestre de 2021, donde se relacionan los hallazgos, presentando falencias en diligenciamiento de historia clínica, no se evidencia plan de mejoramiento para subsanar debilidades encontradas.	diligenciamiento incompleto de la historia clínica diligenciamiento incompleto de cop no evidencia remision interna a los programas de promoción y prevención siguiendo la ruta de la normatividad vigente 3280	capacitacion de los odontologos sobre el diligenciamiento adecuado de la historia clínica, socializacion de las auditorias, iten a evaluar para mejorar en las siguientes auditorias.	Realizar capacitación a los odontólogos sobre el adecuado registro de historia clínica.	Johana Aristizabal	16/05/2022 12:00:00 a.m.	23/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N ATENCION ODONTOLOGICA	C.S. PRIMERO DE MAYO	Seguridad del Paciente	CASO ID 1550 INCIDENTE Durante la consulta en la atención de la paciente Laura Ortiz Sanmiguel, menor de edad agendada para un procedimiento de extracción de diente temporal 85, la jeringa carpule presenta fallas ya que al momento de la aplicación de la anestesia se presenta una resistencia en la salida del líquido a través de la jeringa por lo que se hace una mayor presión ocasionando la fractura de la anestesia en material de vidrio (mepivacaina al 3%) dentro de la boca de la menor, generando residuos de vidrio que no ocasionaron lesión en boca ni obstrucción en vías aéreas.	Uso de insumos no actos por deterioro para tratamiento odontológicos.	Realiza oficio a oficina de compras para cambio de las jeringas carpules de IPS PRIMERO DE MAYO, para que esto no vuelva a suceder.	Por medio de la solicitud, cuando se adquiera las jeringas carpules se entregaran a la ips y se adjunta el oficio de entrega.	coordinadora odontologia	30/04/2022 12:00:00 a.m.	30/05/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	ESE LADERA	Auditoria Medica	1.A pesar de contar con un programa de consulta preconcepcional sigue sin lograrse adherir a las pacientes a este, en gran parte por fallas en los programas de planificación familiar lo que lleva a que gran parte de las gestaciones en nuestro medio sean no planeadas. 2.En la mayoría de las IPS aún no se logra un registro adecuado del examen de mamas, esto debido a que en la valoración de inscripción al programa o en la valoración de primera vez por medicina general debería realizarse de rutina, pero no se está haciendo, de igual manera, aunque en forma menos frecuente ocurre con la evaluación del cérvix. 3.En esta ocasión se evidenciaron fallas en el registro completo de paraclínicos, en buena parte debido a que las pacientes migrantes venezolanas de forma intermitente han perdido la financiación para la realización de estas pruebas 4.Persiste la falta de un registro adecuado en la correlación de la altura uterina con la edad gestacional, parámetro indispensable para definir si hay una adecuada ganancia de peso fetal, tampoco de evidencia un adecuado registro de la posición fetal. Dichos hallazgos son preocupantes ya que indican además una baja calidad en la historia clínica prenatal en casi la mitad de las historias evaluadas. 5.En la valoración de los recién nacido aún se observa un inadecuado registro de la correlación del examen físico con la edad gestacional en varias pacientes, al igual que la correlación del peso	realiza consulta preconcepcional en ninguna de las historias clínicas revisadas. -No se evidencia inscripción al control prenatal por enfermería en la IPS Cañaveralejo - Evidentemente se observa mejor calidad en la información en las historias que presentan inscripción al control prenatal por enfermería. Variables de examen y diagnóstico: -Solo se registra examen de mamas en una de las quince historias Clínicas revisadas, de la IPS Lourdes. -No hay registro sobre examen cervical en cuatro de las historias clínicas analizadas, siendo tres de estas pacientes del hospital de Siloé, y una de la IPS Lourdes. - Faltó registro de valoración odontológica en tres de las historias Clínicas revisadas, incluyendo el puesto de salud de La Sultana, Cañaveralejo, y una de las pacientes del puesto de salud de Lourdes. Variables examen de laboratorio y otros: -Se encontró falta de registro de otros	1.Consulta preconcepcional 2.Inscripción al control prenatal por enfermería 3.Examen de mamas 4.Evaluación del cérvix 5.Correlación de la altura uterina con la edad gestacional 6.Registro de la posición fetal 7.Correlación del examen físico neonatal con la edad gestacional 8.Correlación del peso fetal con la edad gestacional	1. Se realiza notificación cada semana de las pacientes susceptibles al ingreso a dichos programas, se realizará seguimiento en el corte del 1 semestre. 2. Se ha realizado inducción al personal nuevo, capacitación al personal antiguo sobre los hallazgos de las auditorías internas, involucrando el examen físico. 3. A las pacientes inmigrantes no regularizadas se le realizan los laboratorios de primer nivel que tenemos, para el resto deben ser costeados, se ha informado la situación a la SSPM sin respuesta. 4. Se ha realizado inducción al personal nuevo, capacitación al personal antiguo sobre los hallazgos de las auditorías internas, involucrando el examen físico. 5 Capacitación al personal antiguo sobre los hallazgos de las auditorías internas y externas en cuanto a la valoración del RN y su registro.	Jefe David Velez Jefe línea-Diana García enfermera de partos	20/05/2022 12:00:00 a.m.	03/06/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	Una vez revisado en la parte operativa se denota que no se evidencia formato en físico de entrega de turno de las auxiliares ya que existe la costumbre de realizarlo de forma verbal.	No se lleva un registro de la entrega de turno de las auxiliares de enfermería en hospitalización no quedando una evidencia del actuar durante el turno	Realizar formato para entrega de turno y que se deje una copia que se va archivando día día.	se socializa el formato CAL-FOR-006 donde se realizara la ENTREGA DE TURNO tanto de medicos como auxiliares , esto quedara en el drive en cada correo institucional . URGENCIAS : referenciamedicosredladera@gmail.com PARTOS ; hbcpartos@gmail.com HOSPITALIZACION : hospitalizacionsilo@gmail.com	Enf. Sindy Ortiz- Calidad	15/09/2022 12:00:00 a.m.	22/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	<p>Criterio 10 Planificación y Control Operacional: Durante el proceso de auditoría se evidenció el mecanismo de disponibilidad del personal asistencial del proceso de terapias complementarias, encontrando un énfasis en la terapia física con mayor número de personal, seguido por terapia ocupacional y fonoaudiología. No se cuenta con un análisis de la oferta institucional en cada territorio a fin de brindar la cobertura necesaria según las necesidades en la zona urbana y rural. No se evidencia el apalancamiento en sistemas informáticos que posibiliten la atención de la población de las zonas más alejadas, disminuyendo con esto brechas de inequidad en la oportunidad y cobertura, ejemplo de esto, la tele rehabilitación. Se evidencia que los profesionales se encuentran distribuidos según las IPS que cuentan con los servicios disponibles para la atención, la razón profesional de la rehabilitación/IPS puede ser revisada según estudio de la demanda y oferta territorial. Se encuentra que existen lista de espera de usuarios para recibir la atención por terapias complementarias, ya sea por procesos administrativos de la EAPB o por oportunidad de atención con los profesionales. El mecanismo para medir la oportunidad del servicio cuenta el número de solicitud y el tiempo para la primera valoración, con lo que queda descubierto la variable tiempo entre la oportunidad de las demás atenciones.</p>	Falta en la planificación/creación, ejecución y seguimiento a la oferta y demanda.	- SE REALIZARA MEDICION EN OPORTUNIDAD DE CITAS CON TERAPIA FISICA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL. - SE REVISARA LA POSIBILIDAD DE REALIZAR TELECONSULTA - SE REVISARA EL APROVECHAMIENTO DE PERSONAL STUDIANTIL EN PRACTICAS - SE EVALUARA LA POSIBILIDAD DE AUMENTAR LA OPORTUNIDAD DE ATENCION AUMENTANDO LA OFERTA DEL MIDMO POR MEDIO DEL AGENDAMIENTO	- SE AUMENTARA EL NUMERO DE ATENCIONES A TRAVES DE LA APERTURA DE CITAS QUE QUEDARAN A CARGO DE LOS ESTUDIANTES QUE SE ENCUENTRAN EN PRACTICA. (CONVENIO DOCENTE SERVICIO) - SE OPTIMIZARA EL TIEMPO DE LOS PROFESIONALES AGENDANDO MAS USUARIOS POR HORA, CON LAS MISMAS PATOLOGIAS.	SUBGERENCIA CIENTIFICA	27/08/2022 12:00:00 a.m.	31/08/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	No Conformidad
U.E.N COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	ESE LADERA	Auditorias Internas de Calidad	<p>Criterio 7 Gestión del Conocimiento: No se logra evidenciar capacitaciones dirigidas el personal en cuestiones, determinadas estas en el marco de actualizaciones, referentes técnicos o manejo de tecnologías blandas o duras. el ítem ya había sido notificado anteriormente. Sobre los mecanismos de divulgación y transferencia de información al personal, se puede evidenciar que se requiere fortalecer, ejemplo de esto los procesos educativos continuos, con expertos en los temas, o afianzar las estrategias interinstitucionales con entes educativos a fin de capacitar a los colaboradores de la organización, el ítem ya había sido notificado anteriormente.</p>	Falta de planeación, ejecución y seguimiento de la Gestión del Conocimiento desde el proceso.	- CAPACITAR A LOS PROFESIONALES DE COMPLEMENTACION TERAPEUTICA, DE MANERA BIMENSUAL EN CUANTO A AREAS DE MANEJO INTEGRAL COMO TAMBIEN DEL AREA DE SISTEMAS E INTRANET	- CAPACITACIONES BIMENSUALES CON EL APOYO DE LAS UNIVERSIDADES CON LAS QUE TENEMOS CONVENIO DOCENCIA SERVICIO PARA EL AREA DE COMPLEMENTACION TERAPEUTICA (TERAPIA FISICA, FONOAUDIOLOGIA Y TERAPIA OCUPACIONAL)	SUBGERENCIA CIENTIFICA Y/O APOYO ADMINISTRATIVO	31/08/2022 12:00:00 a.m.	05/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	No Conformidad



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.E.N COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	ESE LADERA	Auditorías Internas de Calidad	Criterio 14 Medición del Desempeño Seguimiento y Medición, Análisis y Evaluación.:Se evidencia que los Indicadores son efectividad, productividad y oportunidad, aunque se recomienda la revisión de estos para determinar estadísticamente la viabilidad de los mismos y su correlación con la normatividad o necesidad de la población. El análisis de datos resultantes de los indicadores no es posible dado que no se encuentran cargados desde el último periodo. No se evidencia mecanismo de medición de objetivos de los convenios docente asistencial fuera del seguimiento del convenio escrito.	Revaluación o corroboración del mecanismo de calculo de los indicadores; efectividad, productividad y oportunidad, determinar estadísticamente la viabilidad de los mismos y su correlación con la normatividad o necesidad de la población. No se evidencia mecanismo de medición de objetivos de los convenios docente asistencial fuera del seguimiento del convenio escrito.	- SE REVISARA EL CARGUE CORRECTO DE MEDICIONES ESTADISTICAS DE OPORTUNDAD, EFECTIVIDAD Y PRODUCTIVIDAD DE LOS PROFESIONALES - SE REVISARA LA MEDICION DE LOS CONVENIOS DOCENTE ASISENCIAL PARA LA OPTIMIZACION DE LA OPORTUNIDAD DE LA ATENCION	- REVISIONES TRIMESTRIALES DE CARGUE DE DATOS - REVISIONES MENSUAL O BIMENSUAL DE CONVENIOS DOCENTE ASISENCIAL		19/08/2022 12:00:00 a.m.	26/08/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
U.E.N COMPLEMENTACION TERAPEUTICA	C.S. MELENDEZ	Auditorías Internas de Calidad	Criterio 2 Sistema de gestión de la calidad y sus procesos: El personal cuenta con acceso a la plataforma estrategia para realizar seguimiento de los indicadores manejados en el proceso, aunque estos no se encuentran actualizados en la fecha de la auditoría interna.	Falta de seguimiento a la actualización de información de indicadores.	ITEM EVALUADO ANTERIORMENTE	ITEM EVALUADO ANTERIORMENTE	SUBGERENCIA CIENTIFICA Y APOYO ADMINISTRATIVO	29/08/2022 12:00:00 a.m.	05/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Auditorías Internas de Calidad	En sala de hospitalización los médicos disponen de una hoja en excels para entrega de turno, donde se registran los pacientes hospitalizados la cual tiene los siguientes datos; fecha de ingreso, médico, tratante, número de cama, edad, identificación, antecedentes, diagnostico, dieta, manejo actual, pendientes y notas administrativas. El medico que llega de turno sobrescribe sobre la misma	No se deja copia de la hoja de calculo que registra la entrega de turno del dia anterior que esta en el Drive. El medico que llega sobrescribe sobre el excels.	Normalizar el documento desde Calidad.		Jefe Syndi Ortiz-Calidad	15/09/2022 12:00:00 a.m.	22/09/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U. E. N ATENCION ODONTOLOGICA	ESE LADERA	Auditoria Odontologia	1.El mayor porcentaje de incumplimiento de criterios pertenece a los componentes de análisis, impresión diagnóstica y conducta. 2. No se cumple con el criterio de remisión a curso de vida dentro de la atención. 3.En las historias clínicas evaluadas se verificó que no se hace solicitud de ayudas diagnósticas pertinentes. 4.No hay referencia dentro de la evolución de indicación farmacológica posterior a procesos quirúrgicos. 5.No se describe de manera amplia y pertinente la enfermedad actual relacionada con el motivo de consulta odontológica del paciente. 6.No se realiza diligenciamiento completo de COP en donde corresponde dentro de las historias.	1.posible desconocimiento completo de la normatividad que rige el correcto diligenciamiento de la historia clínica 2. posible premura al diligenciarla. 3. falta de tiempo entre procesos clínicos y diligenciamiento de historia clínica, algunos profesionales no tienen auxiliar de apoyo.	socializacion de la auditoria con los odontologos y realizar capacitacion sobre el adecuado diligenciamiento de la historia clinica y cada uno de los 24 iten evaluados para mejorar el diligenciamiento de la historia clinica y de esta manera mejorar los resultados en las siguientes auditorias.	REUNION 16 MAYO 2022 con los odontologos para EXPONER FALLAS EN DILIGENCIAMIENTO HISTORIA CLINICA, RESOCIALIZAR LOS componentes de la historia clinica y como se debe de evolucionar cada uno de los ITEN para cumplir con lo establecido en las historias clinicas. Induccion realizada MES DICIEMBRE 2021, SE ADJUNTA ACTA Y POWER POINT CAPACITACION REALIZADA AÑO 2021	JOHANA ARISTIZABAL-COORDINADORA PROGRAMA AUDITORIA	16/05/2022 12:00:00 a.m.	26/05/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora
URGENCIAS Y HOSPITALIZACION	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	Caso 1483.Retrospectivo 2021 INCIDENTE. Óbito fetal: Paciente que consulta a IPS terrón colorado el día 23-08-21, la nota es de las 10:38 pm, donde indican que tiene actividad uterina desde el medio día, al momento de la valoración 3 * 10 min, indica fetocardia 145 lat/min, al tacto vaginal borramiento del 80% y dilatación de 5 cm. TA 130/90. Indican direccionar a la paciente para vigilancia y atención del parto. Consulta a IPS Siloé a las 00:23, por contracciones y disminución de los movimientos fetales, no encuentran fetocardia con doppler, ni monitor, llevan a ecografo donde tampoco encuentran, TA 151/110, médico indica que esta en fase activa, inician sulfato de mg EV, nifedipino, paraclínicos e inician proceso de remisión. 01:19 h: Indican ruptura espontanea de membranas, continuar vigilancia. 05:11h: Indican nota de atención del parto, donde se obtiene recién nacido muerto de sexo masculino a las 04:25 horas. líquido meconiado espeso. 05:22 h: Nota de enfermería indica que la paciente es trasladada en móvil.	* Usuaría no espera remisión y se va del servicio sin boleta de salida. * Llega al servicio de urgencias Siloé 2 horas después de la salida de urgencias de terrón.	* solicitar boletas de salidas a todo paciente del servicio de urgencias. * Garantizar el traslado y acompañamiento de la gestante a su lugar de remisión	* Solicitar boleta de salida al egreso de los servicios. * Las remisiones se realizaran bajo seguimiento medico y por medio del servicio de ambulancias	personal medico de urgencias, vigilancia	10/09/2021 12:00:00 a.m.	30/09/2021 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ENFERMEDAD CRONICA TRANSMISIBLE TB	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	<p>EVENTO ID:1514 ERROR EN DX Y MANEJO TB EL DIA DE AYER 05/01/2022 APROXIMADAMENTE A LAS 10:30AM LA SEÑORITA TATIANA PARRA BACTERIÓLOGO DE LA ESE DE LA IPS DE SILOE DEL PRIMER PISO ME REPORTA QUE POR ERROR NOS DIO UN RESULTADO ERRÓNEO DE UNA PACIENTE DE TUBERCULOSIS LO CUAL ES NEGATIVA, LA BACTERIÓLOGA MANIFIESTA QUE FUE POR QUE ESTABA TRASNOCHADA Y CONFUNDIÓ UN NÚMERO DE SERIADO DE LA ETIQUETA QUE VA EN LA SOLICITUD DE LA BACILOSCOPIA, HORAS ANTES LA PACIENTE HABÍA INGRESADO PARA LLENAR CONSENTIMIENTO FES Y DE TUBERCULOSIS Y HABÍA MANIFESTADO REACCIÓN ALÉRGICA AL MEDICAMENTO TETRACONJUGADO, POR LO CUAL SE PROCEDE A LLAMAR A LA PACIENTE PARA SOLICITAR SUSPENSIÓN DEL MEDICAMENTO POR ORDEN DE LA COORDINADORA DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS Y SE SOLICITA NUEVA TOMA DE BACILOSCOPIA LO CUAL LA PACIENTE COMPRENDE Y ACEPTA.</p>	<p>* Incumplimiento en el algoritmo diagnostico de TB, resolución 227 de 2020 * Desconocimiento de la Ruta de recolección y procesamiento de las pruebas moleculares programa TB. * Debilidad en el diligenciamiento de la Historia Clínica</p>	<p>* Capacitación en resolución 227 de 2020 a la profesional de enfermería IPS Siloe Programa TB * Capacitación en Ruta de recolección y procesamiento de muestras para pruebas moleculares programa de TB * Asistencia técnica en el diligenciamiento correcto y acorde a la norma de la Historia Clínica</p>	<p>* Revisión personalizada de la resolución 227 de 2020 con la profesional de enfermería IPS Siloe Programa de TB * Revisión y entrega de Ruta para recolección y procesamiento de pruebas moleculares programa TB * Capacitación en generalizadas de la Historia clínica, correcto diligenciamiento y permanente en cualquier tipo de intervención al paciente.</p>	<p>Enfermera responsable Linea TB Red de Salud Ladera ESE</p>	<p>24/02/2022 12:00:00 a.m.</p>	<p>28/02/2022 12:00:00 a.m.</p>	<p>Cumplido</p>	<p>Correctiva</p>
U. E.N ATENCION PSICOSOCIAL	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	<p>CASO ID:1512 EVENTO ADVERSO FUGA SERVICIO URGENCIAS SILOE PACIENTE MENOR DE EDAD QUE INGRESA AL SERVICIO APROXIMADAMENTE 1-01-2022 A LAS 2:36 AM . POR PRESENTAR INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, TRAÍDA POR EL NOVIO QUIEN DESPUÉS SE DESAPARECE DEL SERVICIO. FUE VALORADA POR EL MÉDICO DE TURNO, QUIEN ORDENÓ COLOCAR MEDICAMENTO . SE CONTACTAR A FAMILIAR "CUIDADORA" PACIENTE INQUIETA DE DIFÍCIL MANEJO ,NO ACATA ORDENES, DEAMBULA POR TODO EL SERVICIO CON EL FIN DE BUSCAR SALIDA. YA PARA TERMINAR EL TURNO Y EN LA ENTREGA NOTAN LA AUSENCIA DE LA PACIENTE, SE DAN CUENTA QUE LA VENTANA DEL CUBÍCULO N° 10 ESTÁ ABIERTA Y SE SUPONE QUE POR ALLÍ SE ESCAPA.</p>	<p>* ESTRUCTURAS FÍSICAS DE LA IPS. * FALTA DE VIGILANCIA POR PARTE DEL PERSONAL DE SEGURIDAD Y SALUD. * DIAGNÓSTICO BASE DE LA USUARIA QUE IMPIDE CONTENCIÓN DE LA MISMA A CONSECUENCIA DE PERSONAL NO CAPACITADO PARA MANEJO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICOS EN SALUD MENTAL.</p>	<p>* EN PRIMER LUGAR, SE PROPONE REVISIÓN DE LAS ESTRUCTURAS FÍSICAS Y ADECUACIÓN DE ELLO DE FORMA INMEDIATA. * TAMBIÉN SE PROPONE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN AL PERSONAL DE SEGURIDAD CON EL FIN DE QUE CONOZCA LA INDOLE DE LOS CASOS ATENDIDOS DENTRO DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS. * SE HABLA DE LA COMUNICACIÓN INTERDISCIPLINAR ENTRE EL EQUIPO MÉDICO Y PSICOSOCIAL CON EL FIN DE QUE SE CONOZCA DE ANTEMANO LOS CASOS QUE DEBEN SER VALORADOS LOS FINES DE SEMANA. * SEGUIMIENTO Y CAPTACIÓN DEL CASO POR PARTE DE EQUIPO PSICOSOCIAL DE URGENCIAS Y POSTERIORMENTE CONTROLES POR EQUIPO PSICOSOCIAL DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA.</p>	<p>* ADECUACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS FÍSICAS POR PARTE DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO. * INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN AL PERSONAL DE SEGURIDAD CON EL FIN DE QUE CONOZCAN LAS INDOLE DE LOS CASOS MANEJADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS POR PARTE DE RECURSOS HUMANOS. * RESOCIALIZACIÓN DE DISPONIBILIDAD PSICOSOCIAL LOS FINES DE SEMANA POR MEDIO DE LOS GRUPOS VIRTUALES DE URGENCIAS Y CARTELERAS FÍSICAS DENTRO DE LOS SERVICIOS * CAPTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL CASO POR PARTE DEL EQUIPO PSICOSOCIAL DE URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA.</p>	<p>FUNCIONARIOS DE MANTENIMIENTO E INFRAESTRUCTURA, EQUIPO PSICOSOCIAL</p>	<p>08/02/2022 12:00:00 a.m.</p>	<p>25/02/2022 12:00:00 a.m.</p>	<p>Cumplido</p>	<p>Correctiva</p>



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
ATENCION A LA MUJER GESTANTE Y PARTOS	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	CASO 1524 INDICIO ATENCION INSEGURA OBITO FETAL EL DIA 01/02/2022 INGRESA PACIENTE DANIELA LIZETH OLIVEROS JIMENEZ CC 1144209351 EDAD 23 AÑOS PRIMIGESTANTE CON 40 SEMANAS DE GESTACIÓN POR ECOGRAFÍA 01/07/2021 - 9.2 SS CPN #8 AFILIADA A EAPB COOSALUD, REGIMEN SUBSIDIADO, INGRESA A SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL DE SILOÉ, PACIENTE CAMINANDO POR SUS PROPIOS MEDIOS. PARA TOMA DE MONITORIA DE ANTEPARTO, AL INGRESO SE REALIZA FETOCARDIA CON ECO DOPPLER SIN PERCEPCIÓN DE FRECUENCIA, SE TOMA NUEVAMENTE CON MONITOR, NO SE ENCUENTRA FETOCARDIA. SE ADOPTAN MEDIDAS MANUALES (APLICACIÓN DE PILAS DE HIELO PARA ESTIMULACIÓN, ALIMENTACIÓN DE BEBIDA FRÍA A LA MADRE), SE VUELVE A MONTAR MONITORIA FETAL EN LA CUAL HAY AUSENCIA DE FCF SE COMENTA CON GINECOLOGA QUE SE ENCUENTRA EN ECOGRAFÍA Y SE REALIZA REVISIÓN CON ECÓGRAFO POR GINECOLOGA QUIEN REFIERE QUE NO SE ENCUENTRA FETOCARDIA Y EXPLICA LO SUCEDIDO A LA PACIENTE.	* CONDICIONES INHERENTE DE LA PACIENTE (FIRMA ALTAS VOLUNTARIAS, SE DIRIGE A OTRA INSTITUCIÓN SIN ESPERAR AMBULANCIA) * AUSENCIA EN CONTROL PRENATAL DURANTE 3 MESES (AGOSTO- SEPTIEMBRE-OCTUBRE) SIN SEGUIMIENTO POR PARTE DE ENFERMERÍA POR LA INASISTENCIA. * PARA EL 20 DE FEBRERO 2022 SE ADOPTARON MANIOBRAS LAS CUALES NO TIENEN DOCUMENTACIÓN CIENTÍFICA PARA LOGRAR VARIABILIDAD EN LA MONITORIA FETAL. LOGRANDO UN MEJOR RESULTADO EN ESTA Y DEJANDO DE LADO LA IDENTIFICACIÓN DE ALGUNA ALTERACIÓN.	* CONCIENTIZAR DESDE EL CONTROL PRENATAL Y EN SALA DE PARTOS LA IMPORTANCIA DEL CUIDADO DE LA MATERNA Y EL FETO DURANTE LA ATENCIÓN EN URGENCIAS DE SALA DE PARTOS. * REALIZAR SEGUIMIENTOS PRESENCIALES O LLAMADOS ANTE LA INASISTENCIA DE LAS GESTANTES A LAS CITAS. * ANTE LA SOSPECHA DE ALTERACIÓN EN LAS MONITORIAS FETALES COMENTAR A MEDICO E INICIAR UNA CONSULTA.	* EDUCACIÓN EN CADA CONSULTA DE CPN, CON LA IDENTIFICACIÓN DE SIGNOS DE ALARMA POR LOS QUE DEBA ACUDIR A URGENCIAS. * ENFERMERA DEL SERVICIO EN LA INTERPRETACION DE LA MONITORIA DETECTA ALTERACION ,DEBE REPRTAR A MEDICO DE TURNO Y ASIGNAR UNA CONSULTA PARA DEFINIR CONDUCTAS. Medico o especialista deberá identificar en la lectura de la monitoria fetal alteraciones y deberá ingresar al consultorio como urgencia para dar manejo clínico a la usuaria.	enfermera de servicio, Ginecóloga	15/02/2022 12:00:00 a.m.	25/02/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
ENFERMEDAD CRÓNICA TRANSMISIBLE TB	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	ID: 1513 EVENTO El día 21 de diciembre de 2021 se valido una baciloscopia positiva a la paciente con código 12214552 María luz Mila Ovalle Vera, siendo ella negativa, se presento la confusión con un paciente con baciloscopia que si era positiva, debido a la similitud de los códigos, 12144552. Profesional Tatiana Pava Ángel Bacterióloga Hospital de Siloe	No toma de cultivo para BK a paciente para descartar patologia reportada como evento de interés de salud publica	Procesar muestra para cultivo de Bk a usuaria del programa Tb ips Siloé	Solicitar por consulta externa la ficha para cultivo y documentos para el proceso de la muestra	Laboratorio clinico	02/02/2022 12:00:00 a.m.	17/02/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva



RED DE SALUD LADERA
PLANES DE MEJORAMIENTO EXIGIDOS POR LOS ENTES DE CONTROL O AUDITORIA EXTERNA O INTERNA
2022

PROCESO IMPLICADO	IPS GENERADORA	FUENTE PLAN ACCION	HALLAZGO GENERAL	CAUSAS	HACER	COMO	QUIEN	CUANDO	FECHA LIMITE	ESTADO	TIPO DE ACCION
U.A FARMACIA	C.S. SILOE	Seguridad del Paciente	CASO ERRO ADMON MEDICAMENTO E.A. ID 1511 Paciente quien ingresa a sala de urgencias traído por desconocidos quienes lo dejan y se van sin dar mayor información presenta lesiones en cráneo y tórax al parecer por golpes se traslada a sala de reanimación quien se torna combativo a la realización de los procedimientos médicos por lo que la medico de turno solicita administrar medicamento para sedación Midazolam Ampolla x 5 mg/5 mL se le administra inicialmente 1 Ampolla IV completa pero el paciente no responde al tratamiento ya que esta con alto grado de alícoramiento y consumo de SPA (Sustancias Psicoactivas) por lo que solicita nueva dosis se toma de carro de paro medicamento el cual no corresponde al solicitado y se administra Dopamina Clorhidrato 200 mg/5 ml se le administra 1 cc IV directo	No adherencia al protocolo de administración segura de medicamentos en el servicio de urgencias.	* Retroalimentar al grupo de auxiliares de enfermería en la aplicación de medicamentos realizando énfasis en los 10 correctos. * Retroalimentar al grupo de auxiliares de enfermería en la semaforización de medicamentos según la señalización de medicamentos lassa (alto riesgo) y similares.	Por medio de una Reunión mensual que se realiza en el servicio de urgencias ,la jefe en compañía del referente de farmacia realizaran la retroalimentación el próximo 18 de febrero en horas de la mañana	jefe servicio ,referente farmacia	17/02/2022 12:00:00 a.m.	28/02/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Correctiva
GESTION DE AGENDAMIENTO	ESE LADERA	Análisis de Indicadores	se debe de realizar análisis a las horas contratadas por medicina interna y dar cobertura a todas las IPS y satisfacer las demanda de usuarios que asisten a la especialidad dado que en el año 2021 no se cumplió con el indicador.	Falta de oportunidad en el indicador de medicina interna. Alto porcentaje de inasistencia lo que genera pérdida de horas medico que se pueden reemplazar y mejorar la capacidad de consulta insuficiencia de horas medico para responder a la demanda del servicio	-ENVIO MASIVO DE MENSAJES DE TEXTO -EDUCACIÓN EN SALAS DE ESPERA SOBRE DERECHOS Y DEBERES A LOS USUARIOS. -SE LES RECUERDA LA CANCELACIÓN DE CITAS A LOS USUARIOS POR PARTE DEL EQUIPO DEL CONTAC CENTER, SE LES EXPLICA CANCELAR LA CITA 12 HORAS ANTES AL NUMERO 8937701 EXT 0. - búsqueda de convenios docente asistencial que pueda brindar apoyo en el área de medicina interna. -Evaluar con talento humano, la disponibilidad de remplazo cuando se presenten las incapacidades de especialistas para no afectar el indicador de oportunidad y la calidad de la atención para los usuarios.	Aumento de horas especialista (24 horas) Confirmación de citas por mensajes de texto.	Responsable proceso de agendamiento	01/01/2022 12:00:00 a.m.	28/02/2022 12:00:00 a.m.	Cumplido	Mejora