

PROCESO, AREA Y/O REQUISITOS AUDITADOS		SERVICIO DE URGENCIAS		FECHA AUDITORIA	OCTUBRE 15 DE 2014
AUDITOR(ES)		LINA MARIA VASQUEZ DIAZ			
OBJETIVO		ALCANCE			
Realizar la auditoría programada al proceso del servicio de urgencias		SUBPROCESO O AREA	PERIODO AUDITAR	ESTADO	
		urgencias	Junio – Agosto	1	
ASPECTOS POSITIVOS (QUE Y PORQUE)		ASPECTOS POR MEJORAR (QUE Y PARA QUE)			
1. Los hallazgos encontrados en las revisiones de historias clínicas son socializados y buscan una acción de mejora dentro del comité.		1. Actualizar el manual de auditorias			
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN					
No.	DESCRIPCION				
1	ADMINISTRACION MEDICAMENTOS				
	No se evidencia el acta mensual de análisis de los requerimientos de medicamentos para el servicio de urgencias, Por parte del Líder del Proceso - Coordinadora de Enfermería - Enfermero – Auditor de farmacia. No se está llevando a cabo una revisión del stock de medicamentos. Una vez realizada aleatoriamente la revisión se encontró: un sobrante de acetaminofén de 37 tabletas- 1 sobrante de ampicilina ampollita- un faltante de 2 cefalotina de 1 gr ampolla- un faltante de 6 ampollas de cefradina de 1gr- un sobrante de 2 ampollas de ciprofloxacina de 100 mg- faltante de 4 ampollas de dipirona de 2 gr.- un sobrante de 8 ampollas de penicilina de 1 ´000.000 UI- un sobrante de 2 ampollas de penicilina de 5 ´000.000- un sobrante de 6 ampollas de ranitidina de 2 ml. Un faltante de 2 ampollas de 50 mg de4 tramadol. Se diligencia el formato de solicitud, devolución y reposición de medicamentos, cuando se requiere. Los medicamentos se encuentran organizados en una vitrina según su presentación y orden alfabetico. Se evidencia que antes de administrar los medicamentos estos tienen su respectiva orden médica. La auxiliar de la noche no hace revisión y conteo de los médicos intrahospitalarios, se evidencia en la cantidad de sobrantes y faltantes.				
2	CODIGO AZUL				
	se cuenta con un cuadro de turnos del equipo de código azul se evidencia que el personal encargado para la activación de código azul no porta la escarapela de asignación Se evidencia que mensualmente se realiza un simulacro con el fin de analizar tiempos y reacción ante un evento; el último fue realizado el 29/09/2014, con su respectivo informe y plan de mejoramiento. No se están remitiendo los informes de simulacro de código azul por parte de calidad al líder del proceso.				
3	INACTIVACION LAVADO DE INSTRUMENTAL				

PROCESO, AREA Y/O REQUISITOS AUDITADOS	SERVICIO DE URGENCIAS	FECHA AUDITORIA	OCTUBRE 15 DE 2014
	La jefe de enfermeras tiene coordinado con su equipo la persona encargada de las tareas específicas de lavado y entrega de material para esterilización. El instrumental utilizado es depositado en el recipiente con jabón enzimático. No se cuenta con un formato para el control de cambio de jabón enzimático. Se evidencio que una vez lavado el instrumental este es secado con una compresa y posteriormente se liga con elástico. Se evidencio que la auxiliar encargada de entregar el material a esterilizar registra en un libro mas no en el formato estipulado para el procedimiento. No se verifica por parte de la jefe de enfermeras los recorridos de entrega y recibo de material en la lista de chequeo de la entidad en a razón a que el personal no la diligencia. A la fecha no se cuenta con ningún plan de mejora para el procedimiento.		

RECOMENDACIONES	
Generar el respectivo plan de mejoramiento a los hallazgos encontrados. Utilizar los formatos institucionales. Diseñar un formato de control de cambio del jabón enzimático. Revisar el procedimiento de inactivación lavado de instrumental para realizar los ajustes necesarios a lo que se maneja en la actualidad, donde la institución asumió la esterilización lo que implica no tener un interventor.	
RAUL PEREZ	LINA MARÍA VÁSQUEZ DÍAZ
Lidere del proceso de urgencias	Asesora de control interno