

Abstracts de los trabajos presentados durante las 5^{as} Jornadas Internas de Calidad y Gestión 9, 10 y 11 de agosto de 2005.

Aplicación de seguridad y prevención de riesgos Centro de Imagenología HCUCh

TM Victor Zapata, TM Isaac Perera, EU Karina Zuñiga, Sr. Guillermo Urzua, AT Miguel Rodríguez, Dra. Dulia Ortega.
Centro de Imagenología
Categorías: Seguridad de la atención, Cliente interno

Introducción

La probabilidad de que ocurra un hecho inesperado con consecuencias peligrosas es en varios casos incierto, por lo que solo queda la certeza de tener un sistema de prevención que pueda otorgar confianza y una respuesta oportuna, no sólo por la integridad y seguridad de las personas sino que también por los costos materiales que implica todo accidente. Este enfoque se rescata de las distintas normas de esta materia (Ley 16.744, D.S.N° 40) y en varios de los estándares del PECAH.

Objetivos

Objetivo General: Desarrollar un Programa de Prevención de Riesgos en el Centro de Imagenología HCUCh. Objetivos Específicos: 1. Determinar la existencia de situaciones de riesgo y elementos de seguridad 2. Elaborar Plan de Seguridad para el Control de Emergencias. 3. Analizar el conocimiento y cumplimiento de las normas de prevención de riesgos laborales por parte del Personal. 4. Crear un comité local de Prevención de Riesgos permanente.

Metodología: 1 Recopilación de datos e Investigación. Será el diagnóstico obtenido el que reflejará la manera del proceder a la elaboración del documento y con que satisfacer el requerimiento del estudio. Junto con tener antecedentes sobre la existencia de situaciones de riesgo y sobre los elementos de seguridad existentes en el recinto. 2 Evaluación de Conocimiento Preguntas de desarrollo, a todo el personal del Centro de

Imagenología sobre temas específicos de prevención y sobre el ambiente, lugar o estación de trabajo. 3 Capacitación y Creación Comité: A través de clases localizadas por grupo, de acuerdo al rol que desempeñará en la actividad, enfocadas hacia manipulación de elementos de control y focalización hacia aplicar el desarrollo de la actividad por las personas del recinto. 3 Seguimiento Continuo: A través de pruebas evaluativas, cumplimiento de pasos en una data sheet, análisis de progresión de eventos.

Acciones de Mejora: En relación a las etapas señaladas, se realizó la recopilación de datos en la totalidad de las áreas de trabajo e instalaciones del Centro de Imagenología, dividiéndolas en 4 grupos. 1. Área Administrativa o No Asistencial. (Recepción, central telefónica, oficinas administrativas, despacho, transcripción, informe, auditorio, residencias), 2. Área Clínica con Radiaciones Ionizantes (Mamografía, Intervencional y Procedimientos, TAC, Radiolog. Convencional, 3. Area Clínica sin Rad. Ioniz (Ecografía, Resonancia Magnética), 4. Area Técnica (Digitalización, Cámara Oscura). Junto con esto se hizo la encuesta de evaluación a 90 personas de un total de 110, donde se incluyeron todos los estamentos de las distintas áreas mencionadas. Se implementó un plan de Capacitación el cual incluye a todos los estamentos (Médicos, Tecnólogos Médicos, Ayudantes Técnicos y Administrativos). Se creó el Comité de Prevención de Riesgos formado por 1 Enfermera, 2 Tecnólogos Médicos, 2 Médicos y 4 Ayudantes (cuarto Turno)

Resultados

El análisis de las áreas se puede dividir en Riesgos Biológicos, Radiaciones Ionizantes, Ergonómicos, Mecánicas y Eléctricas principalmente. En el área biológica se encuentra implementado el plan de vigilancia de enfermería y control de IIH en forma correcta. En el área ergonómica el mobiliario en la mayoría de las áreas no es el adecuado, lo que

se encuentra en etapa de evaluación, junto con las condiciones de visualización, existía afección de malos olores el cual fue solucionado. El manejo de los riesgos por radiación se encuentran bajo control en todas las unidades. En relación a la encuesta existe un bajo grado de conocimiento en todos los estamentos sobre las normas de prevención de riesgos, aunque en todas las áreas existía la noción de que estaban en puestos laborales que presentaban problemas ergonómicos. En lo referente a planes de emergencia un alto porcentaje (92%) conoce el plan de alerta en caso de emergencias en la atención (PCR) pero no presentan el mismo conocimiento en caso de ocurrir un siniestro y necesitar evacuar el recinto, lo que se correlaciona con el grado de capacitación en estas materias. Actualmente el Comité de Prevención de Riesgos se encuentra en coordinación con la Brigada de Incendios para planificar la clase de manejo de extintores y simulacro de emergencias.

Conclusiones

El desarrollo del plan de Prevención de Riesgos es una de las garantías que todo servicio debe dar tanto a los pacientes como al personal que trabaja en él. Como en todo levantamiento de información se encuentran problemas de menor o mayor envergadura, siendo fundamental la honestidad para determinar las áreas deficitarias y desarrollar en forma oportuna las medidas correctivas necesarias. El análisis de costos a largo plazo hace totalmente rentable tomar dichas acciones. El solo trabajo en este tema hace que el personal se encuentre más tranquilo y confiado de que está en un ambiente seguro.

Aprendizaje Organizacional en la Implementación de Protocolos Clínicos

TM Víctor Zapata, TM Jose Aguilera, Dra. Dulia Ortega, Dra. Teresa Tabú, TM Mónica Zárate, Dr. Patricio Miller, Dr. Jorge Diaz, Dr. Juan Carlos Diaz, Dra. Paulina Gonzalez, Dra. Paula Csendes, Dr. Patricio Palavecino. TM Cristian Garrido, TM Silvia Laupheimer, TM Vicente Quijada, TM Eduardo Barrios. Categoría: Gestión.

Introducción

La medicina basada en la evidencia presenta beneficios importantes y es una herramienta de gran utilidad en la práctica clínica. Esto ha permitido el desarrollo de guías clínicas y protocolos en las distintas áreas. El Ministerio de Salud y nuestro Hospital, concientes de esta necesidad han desarrollado pautas de confección de protocolos y han incorporado este trabajo en el Estándar Función Clínica de la acreditación PECAH. El Centro de Imagenología dentro de sus compromisos tiene desarrollar las medidas de acción necesarias para dar cumplimiento a estos requerimientos.

Objetivos

Desarrollar Protocolos Clínicos en el Centro de Imagenología del HCUCH. Implementar los requerimientos del PECAH en los procesos de atención. Optimizar los flujos y la toma de decisiones en el nivel operativo de atención. Implementar medidas de evaluación basadas en los protocolos.

Metodología

Se desarrolló una revisión de los protocolos existentes, se hizo una revisión a los requerimientos del Ministerio y del hospital en la materia. Y se determinaron los siguientes procesos: 1. Asignación de Responsables, por unidad y área. 2. Planificación de Actividades, mediante Carta Gantt, considerando una revisión bibliográfica exhaustiva, benchmarking, análisis de la situación actual, determinación de los periodos de implementación y evaluación. 3. Registro de los Procesos, en el registro debe quedar consignada la situación actual, calendario de revisión de protocolos, responsables de cada protocolo y evaluación del impacto al final del periodo de análisis. 4. Difusión y Publicación de los Protocolos: Dentro de los requisitos de toda accredi-

tación, se encuentra el concepto del manejo diario de los protocolos, los cuales deben estar en conocimiento de los profesionales que van a hacer uso de este, en un lugar conocido en cada una de las unidades.

Acciones de Mejora

En diciembre del 2004 se determinaron los equipos de trabajo para cada unidad y cada área considerando la nuestra organización matricial, en donde se incluían Médicos Radiólogos, Becados de Radiología y Tecnólogos Médicos. Se desarrolló una tabla de contactos y cada grupo determinó la división del trabajo. De Enero a Marzo el área de ECO desarrolló un trabajo continuo de realización de protocolos. En Marzo se actualizaron los protocolos para el área de Tórax tanto para las unidades de TAC, Rx y RM. En Abril se revisaron los de Músculo esquelético para las tres unidades y en ese mismo período se aprobaron los protocolos de Intervencional. En Mayo se terminaron los de las otras áreas: Mama, Abdomen, Pediatría y Neuro para todas las unidades. Junto con esto se actualizaron los protocolos de premedicación, sedación de pacientes y de protección renal. En cada uno de los períodos se realizaron clases de difusión y entrega tanto en CD como en publicación escrita de los protocolos. Se desarrollaron herramientas de control a través de registro computacional de calidad de imágenes, recitaciones y de incidentes.

Resultados: El 100% de los protocolos del Centro de Imagenología fue actualizado en base al formato que pide la Acreditación. Se realizó un proceso de discusión y difusión en la totalidad de las áreas. El contar con protocolos ha permitido disminuir las recitaciones en un 30%, junto con una optimización en los tiempos de exploración en más de un tercio en algunos casos. No se han presentado incidentes relacionados con premedicaciones, sedación o daño renal. Se implementó el control de calidad de imágenes en todas las áreas incorporándolo en la evaluación de desempeño de los profesionales. Los protocolos desarrollados dentro de nuestro Centro son la base para la Acreditación Nacional de Unidades de Scanner que esta desarrollando la Sociedad Chilena de Radiología.

Conclusiones

El grado de cumplimiento en el desarrollo de protocolos con los beneficios y resultados señalados, se sustentan en un compromiso cierto de los distintos agentes que forman parte del Comité de Calidad y del personal en general. Esto implica adoptar una cultura de aprendizaje, trabajo en equipo e intergralidad que trasciende el hecho tangible del objetivo cumplido. Esta nueva forma de desarrollar las actividades y tareas, basadas en el mejoramiento continuo ha impreso un sello alentador en el resto de nuestro que hacer, sin olvidar como foco principal, la excelencia en la atención para nuestros clientes, tanto internos como externos, acompañados con la visión de cadena de servicio tan importante en toda organización.

Auditoria de ficha clínica de Recién Nacido, en la Unidad de Neonatología del HCUCh. Una Propuesta

Alarcón I, Parada L, Pizarro H, Zambrano M.
Maternidad, Laboratorio Clínico y Unidad de Nefrología.
Categoría: Seguridad de la atención.

Introducción

Los registros contenidos en la Historia Clínica habitualmente se realizan en papel en forma manuscrita, pero hoy con la introducción de la informática, parte de ellos o su totalidad, se están realizando en forma electrónica. Así por ejemplo, en nuestra unidad de Neonatología, del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, la apertura de la Historia Clínica se inicia en formato electrónico, para luego ser impresa y completada en sala por los profesionales, antes de su archivo. Conscientes de la complejidad extra que esto significa, quisimos conocer los errores u omisiones que se cometen, así como la opinión del usuario, respecto de su contenido, y la importancia que los padres asignan a la información registrada. Todo esto a través de una propuesta de ¿cómo Auditar la Ficha Clínica?.

Objetivo General:

Proponer una metodología para auditar la calidad técnica de la Ficha Clínica de Recién Nacido utili-

zada en la unidad de Neonatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Específicos:

Cuantificar errores u omisiones en la Ficha Clínica de Recién Nacido.

Conocer la normativa legal que avala la existencia de la Ficha Clínica.

Conocer el grado de completitud de los registros en la Ficha Clínica de Recién Nacido.

Identificar cuales son los atributos prioritarios para los clientes internos y externos que se registran en la Ficha Clínica de Recién Nacido.

Realizar una propuesta de rediseño de la Ficha Clínica del Recién Nacido.

Metodología

Se hizo un levantamiento de información a través de revisión de la literatura, recopilación de antecedentes legales y mediante una encuesta que nos permitió conocer la opinión de clientes internos y externos. En base a los puntajes asignados en las encuestas se seleccionaron los 10 criterios prioritarios según la legalidad y los clientes antes mencionados. Una vez definidos los criterios a evaluar, se procedió a especificar el estándar, y sus respectivas excepciones y aclaraciones. El estándar se fijó basados en la preponderancia del criterio para asuntos legales y de registro civil, exigidos al momento del parto. Se evaluó la validez y se midió fiabilidad de los criterios mediante el Índice Kappa de Cohen. También se definieron las dimensiones de calidad a las cuales hacen referencia los criterios. Finalmente entre enero y julio del 2004 se auditaron 78 fichas clínicas de la unidad de Neonatología a las cuales se midió el cumplimiento o no de los criterios antes seleccionados, como una forma de probar el esquema propuesto para la realización de la auditorías.

Acciones de Mejora: Se propone realizar auditorías periódicas que sigan los siguientes pasos: Levantamiento de información, Identificación de criterios, Dimensiones de Calidad, Validez de los criterios, Fiabilidad de los criterios, Metodología de muestreo, Auditoría propiamente tal, Resultados obtenidos, Conclusiones y Propuestas.

Resultados

Para los 10 criterios analizados obtuvimos un 88.5% de completitud y 6.4% de errores. Sólo 2 cri-

terios presentan omisiones y uno de ellos presenta errores de transcripción. Las dimensiones de calidad tienen un cumplimiento mayor al 80%.

Para los clientes internos la competencia profesional es la dimensión de mayor importancia y para los clientes externos la información. La FC del RN posee 125 campos o criterios, de los cuales al menos 38 deberían ser eliminados o modificados, quedando sólo 87 criterios.

Conclusiones

Se propuso a la unidad de Neonatología la creación de un comité de Historias Clínicas, aumentar la seguridad en los registros y el acceso a la Ficha Clínica Electrónica que ellos utilizan. Se presentó una propuesta de rediseño de la Ficha Clínica del Recién Nacido y de indicadores que permitan el monitoreo de la calidad técnica de la misma.

Auditoría de indicación de transfusión de plaquetas en el HCUCCh.

Milton Larrondo, Alda Cembrano, Elsa Orrego, Blanca Pagliero.

Banco de Sangre. Categoría: Normalización

Introducción

Las Transfusiones sanguíneas son una acción de salud frecuente, compleja y de alto costo. Esta constituye un trasplante y, por lo tanto, conlleva riesgos inherentes a todo tejido transplantado. Lo ideal entonces es evitar la transfusión plaquetaria cuando no está plenamente justificada. El médico tratante debe conocer y evaluar el beneficio del uso de plaquetas debido a su alto costo de producción y su viabilidad limitada de almacenamiento. Aún cuando la indicación sea técnicamente correcta, pueden producirse efectos adversos, que deben ser adecuadamente informados al paciente, y apropiadamente diagnosticados y tratados.

La impresión desde el Banco de Sangre es que existe una indicación mayor de transfusiones de plaquetas a las técnicamente requeridas de acuerdo a guías clínicas actualizadas y elaboradas el año 2004.

Objetivos

1. Evaluar las indicaciones de plaquetas efectuadas en nuestro Hospital durante Abril y Mayo 2005, basado en las Recomendaciones Ministeriales año 2000 y Guías Clínicas de año 2004.
2. Producir información útil para el Programa de Evaluación de Calidad de la Atención Hospitalaria (PECAH) que exige una supervisión de las indicaciones de componentes sanguíneos.

Metodología

Se evaluaron todas las solicitudes de Transfusiones de Plaquetas recibidas en el Banco de Sangre provenientes de Servicios de Medicina, Pabellones, Unidad Coronaria, SAIM, UCI, y Unidad de Hematología Oncológica (UHO) durante los meses de Abril y Mayo 2005.

Se elaboró una pauta de observación que contenía los siguientes datos: Nombre completo, edad, sexo, Servicio, Diagnóstico, Motivo de indicación, Recuento Plaquetario, Unidades Solicitadas, Unidades transfundidas y reacciones adversas.

Resultados

Se recibieron 128 solicitudes de plaquetas correspondiendo a un total de 722 Unidades de plaquetas. La distribución de las solicitudes fue: Medicina 10, Pabellones 5, Unidad Coronaria 8, SAIM 5, UCI 55 y UHO 45. El diagnóstico se registró en 120 de ellas. El Motivo de la Indicación se registró en 71 solicitudes (55% del total). El Recuento Plaquetario que justificaba la indicación se anotó en 69 órdenes (54%). 2 de 8 solicitudes de un Servicio registraban Trombocitopenia y no especificaban el Recuento de Plaquetas. Las 5 solicitudes de otro Servicio registraban Hemorragia y no especificaban recuento plaquetario. 41 de 45 solicitudes de la UHO (91%) registraban el recuento plaquetario. El cumplimiento de los criterios de Indicación de plaquetas solo se pudo evaluar en el 54% de las solicitudes que registraban el motivo y recuento de plaquetas. De estas 69 solicitudes, 67 cumplían los criterios expuestos en la guías clínicas y dos indicaciones estaban fuera de las recomendaciones.

Hubo 59 solicitudes (46%) que se indicaron basado en un cuadro hemorrágico, pero cuya causal al no existir un recuento de plaquetas previo, no es posible establecer que se deba a trombocitopenia.

De las 722 unidades de plaquetas solicitadas se transfundieron 663 (92% de satisfacción).

No hubo reacciones adversas a la transfusión de plaquetas.

Conclusiones

1. El 97% de las solicitudes completas cumplen criterios establecidos.
2. Existe un 46% de solicitudes de plaquetas incompletas que no permiten establecer lo apropiado o no de la indicación clínica.
3. Se procederá a realizar la intervención necesaria en los Servicios que lo requieren con el fin de optimizar la calidad de la indicación de plaquetas y mejorar el grado de cumplimiento de guías clínicas.

Compromisos de Atención Unidad de Resonancia Magnética

TM Cristian Garrido, TM Víctor Zapata M, TM Juan Maulen, TM Yohans Cordero, Dra. Dulia Ortega, TM. Mónica Zárate.

Centro de Imagenología, Unidad de Resonancia Magnética (RM)

Categoría: Cliente interno

Introducción

Dentro de los avances en Imagenología se encuentra la Resonancia Magnética, procedimiento que ha revolucionado y optimizado la detección de patologías. Sin embargo presenta inconvenientes inherentes como son la extensión de los exámenes, rigidez en los horarios, incompatibilidad con elementos metálicos, marcapasos y ciertos implantes y restricción en algunos pacientes críticos. Esto amerita el cumplimiento a cabalidad de medidas e indicaciones, para asegurar el bienestar y seguridad del paciente. Junto con esto, el alto costo de estos exámenes requiere una gran coordinación entre los servicios para evitar la pérdida de citas. Esto se tradujo que en la encuesta del 2004, los servicios consideraran una baja oportunidad en la atención y una insatisfactoria entrega de información, lo que se suma a un alto registro de exámenes suspendidos por incumplimiento de indicaciones. Por esto se tomaron medidas para solucionar este problema y dar respuesta a los requerimientos

Objetivos

- Mejorar la Satisfacción del Cliente Interno.
- Optimizar los flujos de atención en pacientes hospitalizados.
- Asegurar el cuidado integral de los pacientes en RM – Aumentar la productividad de la unidad de RM.

Metodología

La mejora en la satisfacción se desarrolló mediante el análisis de la encuesta 2004, mediante Diagrama de Pareto se analizaron los servicios con mayor oportunidad de mejora. Se revisaron los flujogramas de atención y se utilizó el Ciclo de Deming para determinar las medidas de mejora respectivas. La planificación se realizó en el marco del comité de calidad en Enero y Febrero, la ejecución y pilotaje de las medidas fue realizada en el mes de Marzo. La verificación se desarrolló mediante encuestas, registros de producción, análisis de Indicadores en Mayo. Para finalizar se desarrolló el asentamiento definitivo y la implementación de herramientas de control continuo de gestión.

Acciones de Mejora

En lo referente a la oportunidad de atención se analizó la demanda de 1 mes y se realizó una asignación de horas de urgencia durante el día. Junto con esto se implementaron turnos de 9:00 AM a 14:00 hrs los días Sábados hábiles, aumento de horario de atención a partir de las 7:00 AM y utilización de una extensión horaria discrecional hasta las 24:00 de Lunes a Viernes según la demanda diaria, sumada a la ya existente cobertura de llamados en la noche y fin de semana. Se realizaron reuniones y compromisos de atención con la UPC y Emergencia, desarrollando flujos de atención de urgencia con compromisos de atención según los requerimientos de estos servicios. Se desarrollaron instructivos de anamnesis e indicaciones exhaustivos para la entrega de horas y check list al momento de solicitar el traslado de los pacientes. Se asentaron planillas de registro de eventos continuos en la unidad.

Resultados

La encuesta de seguimiento de los compromisos de atención del área indican un aumento de la

satisfacción en la oportunidad de atención con un 6.5 promedio para la UPC y un 6.0 promedio para Emergencia, considerando el total de las 8 unidades encuestadas. En este seguimiento el promedio fue de 5.9, las unidades de Pediatría y Neonatología presentan el menor puntaje (5,0 y 4,0 respect.) El aumento en la cantidad de exámenes realizados fue de un 44% considerando el segundo trimestre de este año en comparación con el mismo del año anterior. El cuidado del paciente en los servicios en el que se desarrolló el compromiso, tuvo una evaluación de un 6.25. Se realizan entrevistas y conversaciones periódicas con las Jefaturas de ambas unidades para detectar incumplimientos en los compromisos. Ha disminuido el incumplimiento de indicaciones y la coordinación en la realización de los exámenes ha mejorado considerablemente. Compromisos similares se desarrollaron en las unidades de Scanner y Radiología Convencional con estas mismas áreas obteniendo resultados bastante satisfactorios.

Conclusiones

Se puede constatar que el uso apropiado de las herramientas de calidad, dentro del contexto de los círculos de calidad y con la sistematización de las etapas del ciclo de Deming, permiten obtener resultados satisfactorios no solo en calidad de atención, si no que también en el nivel de rendimiento y productividad. Esto requiere estar acompañado de un compromiso mancomunado con los otros actores (clientes internos) y desarrollar sinergias que permitan potenciar los esfuerzos y solucionar en forma oportuna desviaciones en los procesos. Esta experiencia de compromisos de atención se ha repetido con éxito en las otras unidades del Centro de Imagenología. Este beneficio que implícitamente a mejorado la atención para todos los servicios, prontamente se extenderá en forma explícita a unidades con mayor oportunidad de mejora como son Neonatología y Pediatría.

Entrega de exámenes y mejoramiento continuo Centro de Imagenología HCUCh

TM Victor Zapata, Dra. Dulia Ortega, TM Mónica Zárate, Dra. Teresa Tabú, Dra. Paula Csendes, Dra. Patricia Gonzalez, Dr. J.C Díaz, Dr. J.Díaz, Dr. Patricio Miller, Secs. Rebeca Zamora, Nancy Mora, Manuel Rubio
Centro de Imagenología
Categoría: relación con el paciente

Introducción

La opción que tienen los distintos centros de contar con radiología de punta impiden una diferenciación sustancial por tecnología. Sumado a que las dimensiones de calidad más importantes para los pacientes que se atienden en radiología están la seguridad, amabilidad y oportunidad en la entrega. Junto con el hecho de que según nuestras encuestas cerca del 60% acude por recomendación o cercanía. Estas mismas encuestas demuestran que la satisfacción general por nuestro servicio es alta (6.0). Sin embargo existe una brecha importante en nuestros tiempos de entrega de exámenes y los tiempos que nuestros clientes consideran como adecuados, siendo esta nuestra gran oportunidad de mejora.

Objetivos

Implementar un Sistema de Control de Calidad en el proceso de Informe. Disminuir los incumplimientos en los plazos de entrega de exámenes. Realizar compromisos de entrega oportuno según requerimiento de clientes. Cumplir los requerimientos del PECAH en relación a oportunidad en la entrega de exámenes.

Metodología

La primera etapa consistió en desarrollar las herramientas de control de gestión para el análisis de los informes, en base a los exámenes solicitados en recepción y que aún no están informados. Se determinó la productividad de las distintas áreas (abdomen, neuro, tórax, osteo y mama). Se planificó un control trimestral a partir de Marzo del 2004. Se utilizaron distintas herramientas estadísticas. Distribución diaria, por unidad y por área, análisis de estado de las solicitudes (si faltaba informar, vali-

dar o transcribir); diagrama de Pareto para determinar las áreas, unidades y exámenes que requirieran mayor atención, Análisis de Impacto, Costo y Beneficio para determinar las acciones. Por último se desarrollaron compromisos de informe y se consolidaron indicadores de seguimiento.

Acciones de Mejora

Se optimizó el registro de los exámenes no informados, en una primera etapa (Julio 2004) este se hizo computacional y en línea. A partir de Enero del 2005, este se compartió con Recepción permitiendo una comunicación inmediata durante todo el día, para hacer el seguimiento de los exámenes sin informe. Esta se basó en un archivo excel, compartido y sustentado por la red del hospital Se determinó que casi el 40% de los exámenes solicitado estaba informado y solo faltaba la validación, junto con el hecho de que el 60% de las solicitudes correspondían al área de Neuro y Abdomen. En Marzo se realizó una reunión de Jefatura con todos los médicos de área, para desarrollar compromisos de informe los que se basaron fundamentalmente en: Disminución de los días de espera en el informe, disminución de los tiempos de espera para la entrega de exámenes en recepción, determinar exámenes que requieran resolución en plazos oportunos (menos de 1 hora).

Resultados

La planilla de registro funciona en forma óptima y ha permitido anexar información adicional como reclamos, molestias en recepción, volumen de demanda. Esta planilla ha permitido disminuir los tiempos de búsqueda y mejorar los procesos en el interior de dos unidades (recepción y despacho). El porcentaje de exámenes pendientes tanto en estado validar e informar, (corregidos por producción mensual), disminuyó en un 56% entre Sept del 2004 y Abril del 2005. Se desarrollaron compromisos explícitos de informe en todas las unidades destacando: Angio TAC de tórax, Pielo TAC y hospitalizados urgentes informados en un plazo no mayor de 1 hora. Se implementó el cargo del residente de urgencia para resolver las necesidades de los exámenes del servicio de Emergencia lo que ha mejorado sustancialmente la oportunidad en la entrega. Se desarrolla un informe semanal

con los incumplimientos en los compromisos de informe a cada uno de los jefes de área para implementar las medidas correctivas que sean necesarias para cada caso. Los resultados en las encuestas de cliente interno indican una mejoría progresiva en la satisfacción de los clientes (3,5 el 2003, 4,2 el 2004 y 5.2 el 2005). Todo esto y otras medidas complementarias ha permitido dar cumplimiento a los requerimientos del componente Oportunidad de Atención en el estándar Unidades de Apoyo del PECAH.

Conclusiones

Este trabajo se sustenta en el principio de mejora continua, propio de la Calidad Total. No podemos maravillarnos a nuestros clientes si es que las características que "deben estar" no se encuentran presentes. Si bien hemos mejorado en forma sustancial, las exigencias de nuestros clientes también han aumentado. Hoy el paciente no se conforma con esperar un día, necesita inmediatez, lo que se ve en el aumento en el retiro de exámenes hechos el mismo día. El escenario es más competitivo y la viabilidad de nuestro sistema va a depender de nuestra capacidad para responder a los cambios del entorno, para esto son necesarias las herramientas de gestión y el compromiso del personal en el cumplimiento por esta tarea.

Experiencia en Catéteres Venosos Centrales de Inserción Periférica

EU Rosa Elena Castro, Dra. Monica Ahumada, EU Evelyn Sepulveda, EU Marcela Rojas, Dra. Elsa Cabrera, QF Carmen Gloria San Martín.

Sección Oncología, Departamento de Medicina
Categoría: Seguridad de la atención.

Introducción

Los catéteres venosos centrales de inserción periférica (CVP) son un recurso cada vez más utilizados en oncología principalmente en tratamiento neoadyuvante y adyuvante en los tratamientos con drogas de infusión continua, uso de drogas vesicantes, tratamiento de larga duración mayor de cuatro meses, acceso venoso dificultoso y es de menor costo. En cambio el uso de catéteres

con reservorio necesita instalación y retiro en pabellón, se recomienda en pacientes con tratamientos paliativos y con sobrevida estimativa = 6 meses y son más costosos. La sección de Oncología de nuestro hospital realiza desde el año de 1997 la instalación de CVP para infusión de quimioterapia. El siguiente estudio es retrospectivo muestra nuestra casuística desde Mayo 1997 hasta Diciembre 2004.

Objetivos

1. Evaluar el número y tipo de complicaciones relacionada al uso de CVP (% de complicaciones locales por año -% de complicaciones no locales por año -% de complicaciones globales).
2. Crear registro de la indicación de instalación de CVP (Infusión continua más de cuatro ciclos, drogas vesicantes y otros) y causa de retiro de los CVP (Fin de tratamiento, complicaciones, solicitud del paciente).

Metodología

Se analizaron las fichas médicas y hoja de registro de instalación de catéter de enfermería de oncología desde 1997 hasta Diciembre 2004.

Acciones de Mejora

A partir de los resultados se adecúa la hoja de registro por parte de enfermería y se protocoliza el seguimiento de catéteres. Creación de un consentimiento informado sobre estos catéteres el cual se encuentra en revisión por el Comité de Ética.

Resultados

De acuerdo a lo analizado se obtuvo lo siguiente por año:

Año 1997 Catéteres instalados: 3, N° de complicaciones: 0 (0%); año 1998 catéteres instalados: 17, complicaciones: 1 (5.8%); 1999 catéteres instalados 30, complicaciones: 6 (20%); 2000 catéteres instalados: 30, complicaciones: 4 (13.3%); 2001 catéteres instalados 15, complicaciones 2 (13.3%); 2002 catéteres instalados: 16, complicaciones: 0 (0%); 2003 catéteres instalados: 16, complicaciones: 1 (6,25%); 2004 N° de catéteres 19, complicaciones: 0 (0%).

Por lo tanto: Catéteres instalados en total: 143 - N° Complicaciones: 18 (12.6% tasa global)

Dentro de las complicaciones locales en total destacan: - Oclusión: 3, Flebitis e infección: 5, Eritema: 3, Dolor local: 1; Expulsión espontánea: 2; Iatrogenia: 1, Fractura: 1 y otros: 1 y la complicación no local fue un dolor retrosternal en un paciente.

Conclusiones

La instalación de estos catéteres depende del paciente que recibimos, tratamiento a administrarse, evaluación por enfermera (acceso venoso) y capacidad de pago, por tales razones el número de catéteres ha sido fluctuante en el tiempo. Este trabajo nos permite analizar que es un procedimiento seguro, ya que la tasa de complicación sistémica es nula, ya que el caso descrito, queda la duda de ser a causa de este catéter.

Se vio la necesidad de mejorar la hoja de registro para obtener mayor cantidad de datos tanto de la indicación de la instalación como del retiro de estos CVP, la cual esta en funcionamiento desde Marzo 2005. También se vio la necesidad de crear un Consentimiento informado para dar a conocer al paciente todos los riesgos y beneficios que involucra este procedimiento el cual esperamos estar utilizándolo a fines de este año.

Gestión clínica Maternidad 2004

Hugo Salinas, Rodolfo Ide, Jessica Preisler, M Eugenia Juárez, Daniel Erlj.
Departamento Obstetricia y Ginecología
Categoría: Gestión

Introducción

En la gestión clínica, para poder establecer temas de salud prioritarios y un adecuado accionar hacia ellos, es necesario que cada centro hospitalario conozca su realidad epidemiológica de manera cierta y ordenada. Este conocimiento comprende a lo menos la recolección confiable de información, su adecuado análisis y la presencia de sistemas de información que aporten datos acerca de las características de la población asistida, el proceso de atención y los resultados sanitarios.

Estas consideraciones generales cuando son aplicadas a las maternidades informan sobre los pro-

cesos y resultados en el campo materno y perinatal. Una inquietud permanente frente a grandes sistemas de información es si la propia realidad exhibe parámetros comunes a los resultados obtenidos por dichos sistemas de información. Con el objetivo de lograr lo anterior nos propusimos durante el año 2004 establecer un sistema de recopilación de información que nos permitiera adentrarnos en el conocimiento de la realidad de la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, disponer de datos para múltiples líneas de investigación y analizar diferentes parámetros que nos permitieran evaluar la calidad de atención.

Objetivos

Obtención y cálculo de las estadísticas de todas las prestaciones de la maternidad, ambulatorias y hospitalizadas, para poder compararlas con otros centros, con lo considerado ideal y con los resultados de la maternidad en los años venideros.

Metodología

Identificación de las prestaciones de salud obstétricas más frecuentes y realización de un completo registro de los antecedentes clínicos de la paciente al momento de la consulta, hospitalización y el alta, a través de la creación de una ficha electrónica estándar para todas las prestaciones de la maternidad.

Ordenamiento de la información de acuerdo al tipo de patología y cálculo de incidencia de patologías del embarazo, causa de egresos hospitalarios de la maternidad y promedio de tiempo de estada hospitalaria por patología.

Acciones de Mejora: Creación de ficha electrónica estándar para las patologías propias de la maternidad.

Resultados: Durante 2004 se atendieron 11.249 consultas médicas; 1.453 fueron ingresos nuevos, 3.686 de urgencia, 963 procedimientos ambulatorios y 9.916 ecografías. Hubo 1.579 partos.

Las principales causa de egreso hospitalario ocurrieron en el grupo de las gestantes con más de 28 semanas de embarazo (67.5%), siendo la patología más frecuente en este grupo la amenaza de

parto prematuro, con un porcentaje de 22.3% sobre el total de egresos.

Respecto a la patología obstétrica presente en los partos resueltos en la maternidad, ésta estuvo presente en el 45% de los partos, siendo la rotura prematura de membranas la más frecuente, representando un 15,42% de los casos.

Los promedios de estada por patología, clasificadas de acuerdo a la CIE-10, estuvieron lideradas por complicaciones relacionadas con el puerperio y otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte (CIE-10 085-090), con un promedio de estada de 4.0 días, seguida muy de cerca por complicaciones del embarazo y parto y por atención materna relacionada con el feto, de la cavidad amniótica y posibles alteraciones del parto, ambas con un promedio de estada de 3.9 días.

Conclusiones

La obtención de estos resultados gracias a los métodos expuestos permite conocer la realidad de nuestro servicio, comparar nuestra casuística, actividad y resultados con resultados de años anteriores y con la realidad nacional y tener la posibilidad de incrementar nuestra capacidad de gestión, especialmente en aquellos rubros donde podemos ser aún mas eficaces y eficientes.

Gestión de calidad en la Unidad de Preparados Farmacéuticos Estériles del HCUCH

Arellano P, Latorre P, Pezzani M, Brito L, Abusada N, Urrutia C, Jeria M, Pineda R.
Servicio de Farmacia
Categoría: Gestión

Introducción

Durante el año 2004, el HCUCH construyó una Unidad de Preparados Farmacéuticos Estériles (UPFE), destinada a la elaboración de preparados estériles (Nutriciones parenterales, soluciones analgésicas, entre otras) bajo estándares de calidad y el cumplimiento de las Normas Nacionales e Internacionales. Invertir en esta nueva unidad nace de la idea de prestar servicios a clientes externos, para lo cual se hace indispensable contar con una herra-

mienta para el control de la gestión, cuya finalidad es medir el cumplimiento de los objetivos estratégicos, considerando las perspectivas financiera, la relación con los clientes, procesos internos, formación y crecimiento.

Objetivos

El objetivo de este trabajo fue elaborar procedimientos y diseñar una herramienta de control de gestión para ser aplicada en la Unidad de Preparados Farmacéuticos estériles del Hospital Clínico Universidad de Chile

Metodología

Se diseñó un Cuadro de Mando Integral para la UPFE durante el periodo comprendido entre marzo y Diciembre del año 2004. Esta actividad requirió conocer en profundidad el funcionamiento de la unidad antes de comenzar con el diseño de esta herramienta y realizar un diagnóstico inicial del funcionamiento. En primer lugar se definieron la misión y la visión de la UPFE. Luego se seleccionaron los objetivos estratégicos fundamentales y los objetivos específicos necesarios para cumplir con cada uno de los objetivos estratégicos. Posteriormente se identificaron los indicadores que permitieran evidenciar de forma clara el funcionamiento y proyección de la UPFE en el tiempo. Finalmente se confeccionó el cuadro de mando integral.

Acciones de mejora

Una vez realizado el diagnóstico inicial, se procedió al desarrollo de los procedimientos que faltaban para completar el manual de funcionamiento de la UPFE y se aplicaron las pautas de supervisión desarrolladas para cada procedimiento.

Resultados

Se elaboraron un total de 17 procedimientos. Una vez definida la misión y la visión de la UPFE, se procedió a definir objetivos estratégicos, específicos, indicadores, iniciativa e inductor para cada perspectiva del CMI. Se definieron 5 objetivos estratégicos para las perspectivas mencionadas, cada uno con sus objetivos específicos y sus indicadores. Finalmente se establecieron un total de 15 indicadores. Así por ejemplo, para la perspectiva financiera, uno de los indicadores es Proporción de nutriciones

pediátricas elaboradas en relación al total de nutriciones. Para los meses de Diciembre del 2004, Enero y Febrero del 2005, los valores fueron 0,7; 0,4 y 0,49 respectivamente.

Conclusiones

La elección de la herramienta del CMI ha permitido el seguimiento de las estrategias definidas y monitorizar el grado de cumplimiento de los objetivos de corto y largo plazo. La capacidad de gestión y producción de la UPFE va a ser medida mediante los indicadores definidos, conociendo en forma periódica la situación de la Unidad y permitiendo realizar proyecciones futuras. Esta herramienta nos permite conocer su estado financiero, la relación con los clientes, los procesos internos y la formación y crecimiento, dando una visión global de su desarrollo.

Guía de información para padres, Servicio de Pediatría

Dras. Lupe Heredia Verduga, Pilar Fernandez Fraile
Pediatría
Categoría: Relación con el paciente.

Introducción

Dentro de la labor asistencial y de extensión del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universidad de Chile, se crea la necesidad de entregar información sobre el desarrollo y crecimiento, así como normas de seguridad a los pacientes de atención ambulatoria en el Centro de Diagnóstico, para lo cual se confeccionó una Guía para Padres, que abarca desde el recién nacido hasta los cinco años de vida, incluyendo además calendario de vacunas, controles de salud, registro de exámenes, evaluaciones e interconsultas, control dental y curvas de crecimiento.

Objetivos

Entregar a los padres una guía de seguimiento fácil para la comprensión del desarrollo y crecimiento por etapas de sus hijos; objetivar precozmente los posibles retrasos en el desarrollo; facilitar la interacción entre padres y pediatras en el segui-

miento del desarrollo de sus hijos, motivar la aplicación de estrategias para lograr metas dentro del desarrollo de los niños, facilitando la relación médico – padres – pacientes.

Metodología

Se realiza la entrega de la guía a los padres a partir del 3 de mayo del 2005 en el Centro de Diagnóstico del hospital clínico Universidad de Chile, como plan piloto para poder evaluar posteriormente su eficiencia y efectividad según los objetivos ya planteados.

El público objetivo se definió como todos los lactantes menores de 6 meses que acuden a control sano o de morbilidad a partir de la fecha indicada.

Las guías son entregadas contabilizadas, por la secretaria del Servicio de Pediatría al personal asignado del Centro de Diagnóstico. quienes a su vez registran los datos de filiación básicos de cada paciente receptor, la fecha de entrega y el nombre del médico tratante. Junto con la entrega de la guía se coloca en el extremo superior derecho de la ficha de atención un sticker, que indica que se ese paciente la recibió, con el fin de no entregala nuevamente aunque el paciente sea evaluado por otro médico en otra oportunidad Durante la primera consulta el médico tratante explica el manejo y uso de la guía. Cada dos meses se evalúa el uso del instrumento, revisando la nómina registrada y las fichas clínicas correspondientes, en relación a: N° de ejemplares entregados, N° de padres que concurren a consulta con él, N° de veces utilizada en el tiempo determinado, N° de veces utilizada para control sano, N° de veces utilizada para morbilidad, N° de médicos que lo usan.

Además mediante encuesta de opinión entregado a los padres medimos la receptividad y la utilidad.

Acciones de Mejora: Lograr que se entregue el instrumento al 100% de los usuarios menores de 6 meses que son atendidos en el Centro de Diagnóstico. Lograr que el 80% de los usuarios menores de 6 meses a los que se les entregó el instrumento lo usen en forma continua. Lograr la entrega uniforme de la información a nuestros pacientes. Lograr comprensión del desarrollo y crecimiento por etapas de sus hijos. Objetivar precozmente los posibles retrasos en el desarrollo.

Resultados

Los resultados son solo preliminares y no nos permiten obtener conclusiones definitivas.

| | |
|--|--------------|
| Nº de guías entregadas del 3 de mayo al 30 de junio del 2005 = | 136 (100%) |
| Ejemplares entregados en el mes de Mayo 2005 = | 97 (71,32%) |
| Ejemplares entregados en el mes de Junio 2005 = | 39 (28,67%) |
| Nº de padres que regresan a la consulta con la guía = | 118 (86,76%) |
| Nº de veces usada para consulta control sano = | 86 (72,88%) |
| Nº de veces usada para consulta de morbilidad = | 52 (44,00%) |

Encuesta de opinión: Favorable

Conclusiones

Del universo de 136 pacientes a quienes se les entregó la guía, el 86,76 % de los usuarios de la consulta pediátrica (menores de 6 meses) del Centro de Diagnóstico de la Universidad de Chile volvieron con él siendo éste uno de los logros planteados al inicio del trabajo. La mayoría se concentran en atenciones del mes de mayo /05 siendo éstas en su mayoría controles sanos a diferencia del mes de junio /05 en que disminuye la consulta de control sano en éste grupo etáreo ,pero aumenta la consulta por morbilidad que en algunas ocasiones se asocia al control sano (aumento en el porcentaje) derivadas de la estación invernal. Los padres acuden en porcentaje aceptable a sus controles con la guía. La encuesta de opinión de los padres es favorable ,ya que destacan su utilidad informativa, su formato ordenado y de tamaño adecuado para el transporte ,además valoran el esfuerzo de sus médicos tratantes en la explicación de la misma y en dejar constancia escrita en ella en cada control que les sirve de apoyo en el caso de cambiar de médico sin perder información valiosa de sus hijos.

Impacto clínico y económico de un programa de supervisión de antibióticos

Dr. Fica A, Dr. Olivares R, Dr Luppi M, QF. Brito L, QF. Zilleruelo I. CIIH, Sección Infectología, Farmacia y U. Abastecimiento de Medicamentos
Categoría: Gestión

Introducción

El uso irracional de antimicrobianos es frecuente en la práctica clínica. El programa de uso controlado de imipenem-cilastatina se inició el año 2001 con el objetivo de promover el uso racional de este antimicrobiano, reducir la presión selectiva sobre bacilos Gram negativos resistentes y contener costos. Diariamente, los pacientes que reciben un inicio de tratamiento con este compuesto son visitados por Infectología ante el aviso del Servicio de Farmacia. Esta visita aplica una pauta estructurada que permite aprobar su uso, suspenderlo o reevaluar al paciente en una segunda visita en caso necesario. No se ha efectuado hasta la fecha ninguna auditoria sobre el manejo y resultados de este programa.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el grado de cumplimiento de las recomendaciones publicadas sobre la prescripción de imipenem, evaluar el programa de control en su capacidad para detectar tratamientos inapropiados y suspenderlos y finalmente estimar el impacto económico del ahorro.

Metodología

Se analizaron todos los tratamientos supervisados de dos periodos diferentes, correspondientes a los meses de marzo-abril y septiembre-octubre del año 2004. Los casos fueron identificados mediante las pautas de supervisión archivadas en el Servicio de Farmacia y los datos se organizaron de acuerdo a la propia pauta de visita del Programa. Para el cálculo de ahorro de tratamiento con imipenem se analizó la ficha clínica de todos los casos en los cuales este fue suspendido. El ahorro se realizó de acuerdo a los frascos totales ahorrados hasta la fecha de suspensión del tratamiento alternativo indi-

cado, hasta el fallecimiento del paciente o hasta el reinicio de imipenem. Los casos en los cuales continuó su uso no fueron asignados como ahorro de tratamiento. Luego de obtener los valores para frascos de tratamiento ahorrado, se descontó el costo del tratamiento alternativo indicado en aquellos casos donde este fue utilizado.

Acciones de Mejora: Los resultados serán difundidos y discutidos con los servicios que concentren una mayor cuota de uso inapropiado.

Resultados: Un total de 67 tratamientos fue analizado para los meses de marzo y abril y 69 en el segundo período, totalizando 136 supervisiones. En términos globales, el 58,1% de los tratamientos fue considerado apropiado, un 11,8% inapropiado (n=16) y un 20,6% ya había sido suspendido por los médicos tratantes al momento de la visita de supervisión. La fracción restante incluye pacientes de alta, fallecidos o trasladados.

Sólo en 11 de los 16 tratamientos inapropiados hubo una interrupción real del tratamiento por problemas en el bloqueo de Farmacia o por fallas de los médicos supervisores para lograr su interrupción. Sin embargo, estas 11 interrupciones de tratamiento implicaron 75 días de ahorro y 362 frascos de imipenem ahorrados. En términos económicos, el ahorro en gasto no facturado al proveedor alcanzó los 5.600.140 pesos y un ahorro neto de 4.147.085 pesos luego de descontar el costo de los tratamientos alternativos usados. El ahorro final al considerar tanto los gastos en RRHH como los costos administrativos fue de 3.524.133 pesos para estos 4 meses de supervisión.

La estimación de ahorro anual alcanza 995 unidades, 15.392.650 pesos anuales en facturación al hospital por el proveedor y un ahorro real de 11.404.483 pesos al considerar el costo de los tratamientos alternativos usados. El ahorro real puede estimarse en 9.691.366 pesos al incluir los gastos administrativos y de RRHH del programa.

Conclusiones

El programa de supervisión activa de tratamientos con imipenem, ha demostrado ser capaz de detectar usos inapropiados en diferentes servicios y unidades del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y de tener un impacto económico significativo.

Implementación de un ciclo de mejoramiento continuo en la unidad de preparados farmacéuticos estériles (UPFE).

Torres P, Alvarez C, Latorre P, Pezzani M, Brito L, Abusada N, Urrutia C, Jeria M, Pineda R.
Servicio de Farmacia
Categoría: Cliente interno

Introducción

La calidad de los preparados estériles debe entenderse como la garantía de que estos son adecuadamente formulados, preparados y etiquetados, mantiene un adecuado nivel de esterilidad, y son administrados al paciente en el momento oportuno y en la forma correcta. El Servicio de Farmacia preocupado de la calidad de los servicios que entrega a sus clientes y siguiendo las políticas de calidad del HCUCH, ha trabajado desde el año 2003 en el mejoramiento del proceso de elaboración y dispensación de soluciones estériles y en la capacitación permanente del personal encargado de la preparación y de la administración.

Objetivos

Los objetivos de este estudio son: 1) Realizar una evaluación diagnóstica sobre conocimientos y aceptación de las Nutriciones parenterales, en relación a su preparación, dispensación, almacenamiento, estabilidad, rotulación y condiciones óptimas de administración. 2) Desarrollar acciones de mejora de los puntos críticos evaluados en el diagnóstico. 3) Evaluar el grado de satisfacción y conocimiento de nuestros usuarios con respecto a la Unidad de preparados Farmacéuticos Estériles (UPFE).

Metodología

Este trabajo se desarrolló a partir de septiembre del año 2003 y permanece hasta la fecha. En la primera etapa de evaluación diagnóstica se aplicó una entrevista previamente validada a enfermeras y matronas. Junto a esto se desarrolló una charla informativa a los entrevistados con los resultados obtenidos, con el propósito de capacitar y recoger opiniones y sugerencias. Como resultado de este diagnóstico se elaboró un tríptico informa-

tivo que fue distribuido en cada una de las unidades nutrientes que fueron dispensadas. Esto se realizó a partir de Agosto del año 2004. Actualmente, este proceso se realiza en forma intermitente para reforzar los conocimientos y entregarlos al personal que no ha sido capacitado. Durante el periodo Octubre y Noviembre del 2004, se organizaron junto a enfermería un ciclo de charlas de capacitación. En el primer semestre del 2005, se evaluó de forma objetiva la calidad con que los clientes internos perciben el trabajo realizado por la UPFE y el impacto de la capacitación realizada en el año 2004. Para esto se diseñó y validó una entrevista estructurada.

Acciones de Mejora

- 1) Charla informativa dirigida a enfermeras y matronas posterior a la evaluación diagnóstica.
- 2) Desarrollo y distribución del tríptico informativo
- 3) Ciclo de Charlas dirigidas a enfermeras.
- 4) Diseño e implementación de una etiqueta computarizada.
- 5) Capacitación del personal de la UPFE sobre atención telefónica al cliente.
- 6) Capacitación del personal sobre elaboración de productos estériles.

Resultados

La evaluación diagnóstica se aplicó a 24 personas de 12 servicios clínicos. En esta primera etapa, las principales oportunidades de mejora detectadas fueron aumentar el grado de conocimiento en relación a la estabilidad del producto (6/24 contestó correctamente), manipulación del envase de la NPT (3/24 no sabían), y condiciones de protección de la luz (24/24, protegen la NPT de la luz, sin embargo, 19/24 lo hace de manera inadecuada y 17/24 consideraron el envío de una segunda etiqueta. Durante el 2004 se capacitaron un total de 132 enfermeras. En la evaluación de la satisfacción del cliente interno realizada en el 2005, se entrevistaron un total de 45 profesionales, de las cuales el 53% había recibido la capacitación anterior. La satisfacción global dio los siguientes resultados: 89% se mostró satisfecho, el 9% medianamente satisfecho y un 2% insatisfecho. El 98% de los entrevistados conocía la necesidad de proteger la NPT de la luz, de éstos el 96% lo hacía de manera correcta. El 70% conocía el tiempo máximo de almacena-

miento de una NPT y el 91% se mostró satisfecho con la etiqueta computarizada, aunque un 31% refiere algún tipo de problema con ella. En cuanto al trato del personal de la UPFE, el 98% evaluó como satisfactoria la atención brindada, pero sólo el 59% evaluó de forma satisfactoria el saludo y la despedida. El único punto en el cual el cliente interno se manifestó insatisfecho tiene relación con el horario de recepción de las recetas.

Conclusiones

Los resultados presentados demuestran que se ha obtenido a través de las acciones de mejora un avance con respecto a los parámetros evaluados, obteniendo un alto grado de satisfacción total con el servicio prestado. Sin embargo, aún se observan oportunidades de mejora como es extender la capacitación incluyendo a las matronas, buscar la manera de satisfacer las necesidades en relación al horario de recepción de recetas y mantener la capacitación del personal de la UPFE.

Indicadores de calidad de atención y asistencia en obstetricia

Hugo Salinas, Rodolfo Ide, Benjamin Carrasco, Alfredo San Martín, Jorge Pasten, Daniel Erlj
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Categoría: Gestión

Los indicadores son medidas utilizadas para cuantificar las variaciones que experimenta un fenómeno de interés observable y útil para la toma de decisiones. Los indicadores permiten valorar el nivel técnico de la asistencia, estableciendo comparaciones con patrones nacionales o internacionales considerados como óptimos, sin perder de vista el hecho de que deben ser considerados como orientativos a una meta a alcanzar, no como una exigencia.

En la práctica, estas herramientas pueden ser utilizadas de dos maneras diferentes pero complementarias entre sí, ya sea comparando los resultados de dos periodos de tiempo distintos (lo que nos permite observar los cambios evolutivos de la práctica asistencial) ó comparando los resultados con los estándares orientativos considerados como óptimos para cada indicador.

En el siguiente trabajo presentaremos los resultados de los indicadores obstétricos del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile obtenidos durante el año 2004 y los compararemos con los resultados considerados como óptimos por distintos centros que implementaron indicadores de control asistencial en sus respectivos servicios.

Objetivos

Crear una lista de indicadores de calidad de atención asistencial y de atención del departamento de Obstetricia y Ginecología del HCUCh y comparar los resultados con lo considerado como óptimo por distintos centros.

Metodología

Se utilizaron indicadores de calidad de atención universales e indicadores de calidad asistencial referidos a la obstetricia obtenidos de diferentes publicaciones relacionadas con el tema para poder organizar la recolección de datos.

Una vez dispuestos y ordenados los aspectos a buscar se recolectó toda la información referida al año 2004 en las fichas de las pacientes, calculándose cada indicador de acuerdo a la fórmula correspondiente.

Cuando se obtuvieron los resultados, éstos se promediaron y se compararon con las cifras propuestas por las distintas publicaciones y definidas como estándar óptimo.

Acciones de Mejora

Creación de lista de objetivos a alcanzar respecto a la calidad de atención y asistencial.

Resultados

Los resultados de los indicadores de calidad de atención se ajustan a lo estipulado por el Hospital. Dentro de los índices de calidad asistencial aquellos que superan lo óptimo se encuentran la profilaxis de la anemia durante el embarazo (78.25% vs 5%) y las hemorragias post parto tanto en el parto vaginal como en la cesárea.

Con un 100% de cumplimiento se encuentran profilaxis antibiótica en parto de término finalización de la gestación en embarazos mayores de 34 semanas, evaluación del riesgo de la paciente antes

y durante el parto y control ultrasonográfico de los fetos con RCIU.

Los con peores resultados fueron el estudio cromosómico en gestantes mayores de 35 años (2,2 vs 100%) y la citología cervical en el año precedente al embarazo (10,5 vs 100%).

La profilaxis anteparto de la gestante Rh (-) y la investigación de colonización por Str. Agalactiae mostraron cifras bajo el 50%, también teniendo como meta el 100%.

Destaca el bajo número de pacientes que se realizan screening de VIH y diabetes durante el embarazo (51% y 74,5% respectivamente), cuando la meta era de un 100%.

Conclusiones

La implementación de indicadores de calidad asistencial y atención permitieron conocer la realidad del Departamento y compararlo con lo considerado como óptimo. Los resultados permitirán dirigir mayores esfuerzos hacia las áreas con peores resultados y mantener los resultados y fomentar la mantención de los mismos en aquellas áreas con resultados favorables.

Mejoramiento de diseño y tecnología de la red de datos del HCUCh

Felipe Andrés González Jeldres

Servicio, Departamento o Unidad: Sugerencia de Informática

Categoría: Gestión

Introducción

La creciente integración de servicios sobre la red de datos y la fuerte demanda de acceso a la información que provee Internet hacen necesario actualizar la red del Hospital. Un centro líder en medicina de avanzada debe estar atento a las oportunidades que genera mantenerse al día en las TI, puesto que estas pueden posicionarlo como un líder en el desarrollo al complementar la medicina con servicios tales como transferencia de imágenes diagnósticas, telemedicina, video conferencia, etc.

Objetivos

Objetivo General: Actualizar la red de datos del Hospital Clínico U. de Chile a estándares recomendados en el medio en cuanto a segmentación, manejo de tráfico, seguridad y monitoreo. Todo esto para garantizar mayor disponibilidad, confiabilidad y escalabilidad.

Objetivos específicos

Mantener controlado el tráfico Broadcast al interior de la red de datos del Hospital para disminuir los tiempos de respuesta y disponibilidad de la red.

Modificar el diseño de la red e implementar enlaces de gran ancho de banda para eliminar la congestión de los enlaces y permitir un flujo de datos mayor.

Mejorar la seguridad perimetral y al interior de la red de datos del Hospital para evitar ataques, pérdida y/o divulgación de información valiosa.

Implementar herramientas de monitoreo que permitan la temprana detección de falla de enlaces y/o de equipos de comunicaciones para aumentar la disponibilidad.

Metodología

La red del Hospital presentaba grandes falencias, estas fueron descubiertas al indagar en el diseño

de la red y a través del uso de herramientas de análisis. Las falencias más graves eran:

La red del Hospital circunscribía un solo dominio de broadcast en donde podían convivir direcciones IP públicas y privadas, lo que implicaba bajo rendimiento y poca seguridad.

El diseño físico de la red no tenía ningún nivel jerárquico y los anchos de banda eran los mismos para todos los sectores, fueran estos de acceso o de núcleo. Esto impedía que la red fuese escalable y que soportara la integración de servicios tales como la telefonía sobre IP.

La conexión hacia Internet y hacia la red de la U de Chile estaba completamente enrutada, es decir, la red del Hospital podía ser alcanzada desde cualquier facultad y desde cualquier lugar del mundo.

No existían políticas de acceso al interior del Hospital y tampoco al exterior. Uno podía alcanzar Internet con o sin pasar a través del servidor Proxy.

Acciones de Mejora: Las acciones de mejora fueron pensadas para atacar directamente las falencias descubiertas (algunas aun están en proceso de implementación) y estas son:

Segmentar la red en diferentes subredes para delimitar los dominios de broadcast, automatizar la entrega de direcciones IP para garantizar que todos los PCs tengan los parámetros adecuados.

Utilizar un diseño jerárquico de la red, el que esta dividido en núcleo, distribución y acceso. Proveer enlaces de 1 Gbps a los equipos de cabecera, para conformar un backbone de alta velocidad.

Instalar un Firewall entre la red de la U. de Chile y el Hospital, para mejorar la seguridad perimetral y administrar de forma independiente los accesos hacia y desde Internet.

Poner en funcionamiento un servidor Proxy con políticas de filtrado de páginas, crear listas de acceso para forzar a que todos los usuarios tuvieran que someterse a las reglas del Proxy para navegar por Internet.

Resultados

El tráfico broadcast ha disminuido desde 50% a 2 – 5% en la red.

Disminuyeron los tiempos de transferencia de archivos y el acceso a las aplicaciones a través de la red.

Disminuyeron los eventos asociados a ataques de virus y malware, hay menos equipos dañados por mal uso de Internet y hay menos personal malgastando tiempo libre.

Disminuyeron los tiempos de respuesta ante fallas de equipos de comunicaciones.

Conclusiones

Los servicios de red alcanzaron elevados valores de disponibilidad, la red es mas segura y esta lista para la integración con telefonía sobre IP.

Monitoreo de la Variabilidad de las Pruebas de Laboratorio

Héctor Pizarro Contreras
Laboratorio Clínico

Introducción

Una muestra de laboratorio, se ve afectada por diversos factores en las distintas etapas de su procesamiento. En nuestro Laboratorio, para conocer el "Estado del Arte", se utilizan diariamente controles de calidad interno, para monitoreo de la precisión y trimestral o semestralmente se analizan muestras enviadas por prestigiosas instituciones como el ISP (Chile) y CAP (American College of Pathologists, USA), a cuyos programas el laboratorio esta asociado, y cuyo objetivo es evaluar la exactitud. A pesar del buen desempeño demostrado por el laboratorio mediante los sistemas de control mencionados, siempre queda un vacío en los períodos en que no se reciben muestras externas. Por esta razón uno de los objetivos de nuestro plan de calidad 2005, es implementar una metodología moderna, que permita monitorear mensualmente la variabilidad total de los datos de laboratorio, incluso durante los períodos en que no esta sometido a evaluación externa de la calidad.

Objetivo General

Implementar un sistema de monitoreo mensual de la Variabilidad o Error Total (ET) de las pruebas de Laboratorio.

Objetivo Específico

Conocer las exigencias internacionales para monitorear el desempeño de las pruebas de laboratorio.

Evaluar el desempeño de las principales pruebas de laboratorio durante el primer semestre del año 2005.

Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo de los registros de control de calidad del Laboratorio entre los meses de enero a junio del 2005, para las unidades de Bioquímica y Hematología, lo que permitió conocer la precisión diaria de cada prueba, mediante las gráficas de Levey-Jenings la media, desviación estándar (ds) y coeficiente de variación (cv). Para determinar la exactitud, se utilizó el informe de evaluación del ISP de mayo del 2005 para química y hematología. Con la información recopilada se procedió a calcular el Error Total de cada prueba según la fórmula $ET = 1.65 CV + Sesgo$, cuyos resultados se compararon con los % de Variabilidad Máximo Aceptables propuestos por CLIA, entidad americana que fija los requerimientos analíticos en USA y que forma parte de la metodología de planeación de control de calidad de la NCCLS.

Acciones de Mejora

Se propone calcular mensualmente el Error Total y comparar esta con los requerimientos analíticos exigidos por CLIA utilizando para ello la información obtenida de la última evaluación externa de la calidad (PEEC-CAP). Esto permitirá conocer en todo momento el desempeño real de las pruebas de laboratorio y tomar medidas antes de la siguiente evaluación externa

Resultados

De un total de 21 pruebas de laboratorios analizadas, sólo 5 (23%) de ellas presentan Variabilidad o ET mayores a los permitidos por CLIA, en uno o todos los meses analizados. Las pruebas Glucosa, albúmina, bilirrubina total, colesterol, creatinina, proteínas totales, triglicéridos, ácido úrico, transaminasas, fosfatasas alcalinas, potasio, hemoglobina, TTPA y TP, presentan un desempeño aceptables, no así calcio, urea, sodio, cloro y fibrinógeno, que necesitan ser intervenidas. Al comparar los 2 niveles de controles con que se evalúan las pruebas, sólo el Cloro y Fibrinógeno muestran valores de ET superiores a los permitidos en los 6 meses analizados.

Conclusiones

El monitoreo de las pruebas de Laboratorio mediante el ET, permite conocer mensualmente el comportamiento de las mismas, incluso en los períodos en que no se realizan evaluaciones externas de la calidad y cuando el control de calidad interno (gráficas, \bar{x} , ds, cv) puede mostrar situaciones "falsamente" bajo control. Por esta razón, el ET es una herramienta práctica que el Servicio de Laboratorio Clínico de nuestro Hospital utilizará para evaluar y monitorear su calidad analítica, así como la de los laboratorios de Concepción y la Serena, dependientes de nosotros. Categoría: Seguridad en la atención.

Participación del personal en la detección de oportunidades de mejora

Pizarro H, Vial M, Díaz P, Canales A, Araneda M, Arias J.
Laboratorio Clínico
Categoría: Seguridad de la atención

Introducción

Es de público conocimiento que las instituciones que prestan servicios de salud son áreas riesgosas por definición. El servicio de Laboratorio Clínico, como parte del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, no está ajeno a esta realidad, por esta razón, el conocer y gestionar los reclamos de parte de sus clientes resulta esencial para la gestión de riesgos del servicio. Sin embargo, pocos son los cambios que se pueden lograr si no consideramos que las personas son la clave de ello. Por esta razón, es necesario que se produzca una transferencia interna de conocimientos de las metodologías, herramientas y técnicas utilizadas para gestionar la calidad, cuyo aprendizaje contribuye a generar un ambiente de colaboración al sentirse participe de los procesos de mejoramiento continuo, que con el tiempo llevan a crear una cultura de calidad permanente.

Objetivo General

Lograr la participación del personal del Laboratorio en la detección de oportunidades de mejora.

Objetivo Específico

- Analizar los reclamos recibidos en el Servicio durante los últimos 6 meses del año 2003 y marzo del 2004
- Priorizar los reclamos utilizando herramientas como técnica de grupo nominal y gráfica de Pareto,
- Realizar un análisis de las causas principales y secundarias de los problemas de más alto puntaje.
- Enumerar las Oportunidades de Mejora detectadas, para trabajar en el futuro.

Metodología

Se realizaron reuniones entre el comité de calidad del servicio y diversos integrantes del laboratorio, con un tiempo de duración promedio de una hora. Se analizaron las 46 cartas de reclamo recibidas entre agosto del 2003 y marzo del 2004, utilizando la técnica de grupo nominal, diagrama de Pareto y diagrama de causa - efecto.

Acciones de Mejora

Invitación verbal del personal a las reuniones. Instrucción breve sobre el ciclo de mejora y la importancia de sus aportes. Uso de las herramientas descritas en la metodología. Agradecimiento por los aportes y la asistencia.

Resultados

Respecto de la participación del personal: Del total de funcionarios del laboratorio (52), 18 fueron invitados a las reuniones, de los cuales, el 100 participó activamente. De ellos el 41% eran profesionales y 59% eran no profesionales. Se notó mucho interés en los temas a tratar y gran aporte de ideas

Respecto de los reclamos: Los problemas a analizar según el diagrama de Pareto son los siguientes: Cambio de muestra, identificación errónea de muestra, pérdida de muestra, demora de exámenes urgentes.

De las oportunidades de mejoras para trabajar en el futuro: Implementar el registro de recepción en el sistema informático. Impulsar el etiquetado de muestras en las estaciones de enfermería. Evaluar decisiones técnicas respecto a la dilución de muestras, en especial las BhCG. Solicitar Mural informativo oficial del servicio a fin de mantener in-

formado al personal, respecto a modificaciones en los procesos internos. Planificar auditorías de cumplimiento de los procesos internos, en especial la recepción de muestras. Continuar con los refuerzos de personal en las horas peak, como se ha realizado hasta la fecha. Terminar con el desarrollo de normas internas de trabajo, a fin de evitar los estilos personales de trabajo.

Conclusiones

El interés demostrado por los participantes, en aprender nuevos conceptos, así como sus aportes y la libertad en la discusión de los problemas planteados, demuestran que podemos seguir fomentando la "Cultura de Calidad", si damos los espacios y las herramientas necesarias. Hay mucho por mejorar y el análisis y la posterior monitorización y reevaluación de los reclamos es sólo un punto de partida.

Programa Control de Calidad de Imágenes

TM Victor Zapata M, Dra. Paula. Csendes Dr. Juan C. Diaz P, Dr. Jorge Diaz, Dr. Patricio Miller, Dra. Dulia Ortega, TM José Aguilera, TM Vicente Quijada
Centro de Imagenología

Categoría: normalización

Introducción

El proceso radiológico implica un control permanente de los distintos procesos involucrados. En este sentido la calidad de imagen es un pilar fundamental, lo que se ve demostrado en los estándares del PECAH relacionadas con Unidades de Apoyo y en los requerimientos internacionales del Proyecto ARCAL en el que se establecen rigurosos controles en esta materia. El alto número de exámenes realizados en el Centro de Imagenología y la diversidad de estos, exigen que este control se desarrolle con la participación multiestamental e inter-unidades.

Objetivos

Desarrollar un programa continuo y en línea de control de calidad de imágenes. Cumplir los requerimientos del PECAH en su componente Cali-

dad de los Procesos. Incorporar los criterios de evaluación del Protocolo ARCAL. Implementar una herramienta de control de gestión objetiva y oportuna

Metodología: Se utilizó el Ciclo de Deming para las distintas etapas. En la planificación se realizó reunión de expertos y lluvia de ideas con los Médicos Jefes para determinar de área los aspectos más recurrentes. Se creó una planilla digital de ingreso de insatisfactores para ser utilizada en cada una de las estaciones de visualización (Tórax, Osteo. Abdomen, Neuro) en base a los requerimientos del PECAH y del ARCAL. Se diseñó con los TM Coordinadores de Unidades (TAC, Rx y RM) el seguimiento del registro. Se planificó un pilotaje en diciembre del 2004 en el área de tórax y la unidad de TAC. Se evaluó en el comité de calidad, ajustaron los criterios según la recurrencia de estos y se usó el dominio del hospital para trabajar los archivos compartidos en el resto de las áreas y unidades.

Acciones de Mejora

En diciembre del 2004 se instaló la planilla de evaluación en la estación de tórax en relación a la calidad de imagen de los exámenes de esta unidad. En enero del 2005 se extendió a los exámenes de radiología convencional. En Marzo se desarrolló una planilla dedicada para que las áreas de Músculo Esquelético y Abdomen llevaran el registro de radiología convencional, Tomografía computada y Resonancia Magnética. En Abril se incorporó a las reuniones semanales de jefatura el informe de los registros, definiendo compromisos por unidad a cada uno de los Coordinadores TM (Rx, RM y TC). Cada coordinador desarrolló un plan de contacto e informe con los médicos que hayan registrado exámenes de baja calidad. Cada semana se hace un análisis por unidad de cada examen registrado. Se establecieron reuniones clínicas semanales entre el grupo de TM en donde se refuerzan los protocolos de exámenes y se discuten los temas relacionados con los insatisfactores registrados. En forma conjunta se entrega a los Jefes Médicos de área la estadística consolidada de este registro. Se incorporó este registro en la objetivización de los criterios de evaluación de desempeño de los TM y de control de gestión de los Coordinadores TM.

Resultados

El cumplimiento del registro de eventos es de un 100%, observándose un alto grado de compromiso de los distintos estamentos. El promedio mensual de registro es de 32 exámenes mensuales. Basándose en Diagrama de Pareto el 80 % se conforma con la siguiente distribución: El 30% corresponde a transmisión de imágenes. Un 20% a incumplimientos de los protocolos. Un 20% a mala calidad de los exámenes realizados por mal uso de filtros Un 10% por mala rotulación. El otro 10% se constituye por mas de 5 categorías de menor frecuencia. Al analizar la tasa de inconformidad esta es menor al 0,02% del total de exámenes informados, con tendencias bajo control estadístico. Se ha dado cumplimiento al 100% de los componentes de calidad del PECAH en relación a calidad de imagen. Se han desarrollado 7 proyectos de acciones de mejora a partir de la información obtenida: revisión flujos de envío de imágenes, actualización de protocolos, Mejora en Grilla Bucky, Creación de Angulador para Portátiles, Plan de Capacitación Continuo, Programa de Administración por Objetivos (APO). Este trabajo se correlaciona con la encuesta de satisfacción a clientes internos de donde la calidad de exámenes se calificó con promedio 6.8 siendo el criterio mejor evaluado.

Conclusiones

El control de calidad de imágenes visto de forma integral, como parte de un proceso, adecuándose a la cultura de la organización y modularla según se requiera, asegura un cumplimiento cabal de los objetivos. Sin un carácter punitivo si no que formativo permite utilizarla como una herramienta sólida de gestión. El desafío es continuar en el tiempo y desarrollar en forma participativa acciones de mejora que consoliden la alta calidad de nuestros exámenes, lo que es de suma importancia para nuestros pacientes y los clínicos que han confiado en nuestro servicios.

Programa de Garantía de Calidad Unidad de Mamografía

TM Victor Zapata, TM Silvia Lupheimer G, TM. Elizabeth Cañipa, FM Fernando Leyton, Dra. Paulina González, Dra. Dulia Ortega Torres, Dra. Teresa Tabú, Dra. Alejandra López, T A.T. Ruth Reyes
Centro de Imagenología
Categoría: Normalización

Introducción

La mamografía es un examen de vital importancia, como screening en la detección precoz, seguimiento y control de lesiones mamarias. Hay que considerar que el cáncer de mama es uno de los de mayor incidencia y que el uso de equipos y procedimientos de baja calidad se traduce en una subnotificación de patologías, disminuyendo las expectativas de vida al impedir un diagnóstico oportuno. Es por esto que es fundamental contar con un programa de garantía de calidad en las unidades de Mamografía, razón por la cual se está trabajando en un programa nacional de Acreditación.

Objetivos

Implementar un programa de garantía de calidad en la Unidad de Mamografía del C. Imag. del HCUCH. Aplicar la normativa nacional e internacional en el control de calidad de los equipos. Fomentar una cultura de Calidad Total en cada uno de los procesos.

Metodología

En relación con los procesos se hizo un proceso de revisión bibliográfica, acompañado de un Benchmarking a distintas instituciones. Junto con esto se recopiló la normativa nacional e internacional. Se definió un plan de calidad para los distintos equipos y procesos. Se determinaron los tiempos requeridos, periodicidad para cada una de las pruebas y personal a cargo. En el caso del recurso humano se analizaron los requerimientos de dotación y capacitación en los distintos estamentos. Por último en caso de la planta física se hizo un estudio del equipamiento, emplazamiento y proyecciones de la unidad.

Acciones de Mejora

En relación con los controles de calidad se implementaron: actividades diarias (limpieza cuarto revelado, sensitometría de la Procesadora), actividades semanales (Limpieza de Pantallas, Análisis de condiciones de visualización y negatoscopios), mensuales (cheq list Mamógrafo, imagen del Fantoma), Trimestrales (análisis de retención del fijador, análisis de repeticiones), semestral (velo de cuarto oscuro, contacto película / pantalla, compresión), determinando indicadores para cada prueba. Con respecto al recurso humano se exigió Certificación de Sub- Especialidad a Médicos Radiólogos, número mínimo de informes anuales, promedio de capacitaciones/año, al igual que a las Tecnología Médico y Ayudantes técnico. Se determinaron protocolos de atención, realización de exámenes y procedimientos, e informe radiológicos según norma internacional BIRADS. Con respecto a la planta física se planificó una ampliación de las dependencias y la adquisición de equipamiento de punta para el área.

Resultados

EL programa de Garantía de Calidad empezó a implementarse en el segundo semestre del 2004, tomando como base algunas pruebas que se hacían hace más de 3 años (repetibilidad, sensitometría). Las distintas pruebas se consolidan en tablas de control, algunos Indicadores consolidados son: Cumplimiento Límites de Control la sensitometría Mayo 95%, Junio 100%. %Cumplimiento Chek List de Programa de Limpieza:100%. Seguimiento de Luminosidad de Negatoscopio a partir de diciembre, cambiando tubos defectuosos cuando se ha requerido (cumplimiento 100 %). Imagen de fantoma a partir de Marzo, cumpliéndose en un 90.%. % Cumplimiento Chek List Mamógrafo: 100% desde Enero a la Fecha. Control de Placas eliminadas con cumplimiento del 100% y bajo los límites de control. En lo que respecta al personal el 100% de equipo médico cumplió los requerimientos de certificación y se implementan actividades continuas de capacitación para mantener el estándar. Se protocolizaron los procedimientos y el informe radiológico. En caso de hallazgo se exige la revisión de las cuatro expertas para confirmar la malignidad. Las recitaciones son seguidas en for-

ma continua y la encuesta de clientes externos denota un alto grado de satisfacción en la atención (6,2)En febrero se realizó la ampliación de las instalaciones y la incorporación de nuevos equipos han permitido desarrollar procedimientos como las Biopsias Estererotáxicas que anteriormente no se realizaban, previa capacitación, implementación y cumplimiento del protocolo de intervencional.

Conclusiones

El contar con un Programa de Garantía de Calidad de tal rigurosidad en una unidad de Mamografía, con la continuidad que este tiene se explica por distintas razones, entre estas: El tipo de paciente con una patología tan sensible, día a día refuerzan el compromiso por una atención de excelencia. El compromiso del personal involucrado en las distintas etapas del proceso y la conciencia de la importancia de este programa. El apoyo de la jefatura que tiene dentro de sus objetivos prioritarios el cumplimiento del proceso de Acreditación, lo que ha permitido que nuestro equipo forme parte del comité de Evaluación Nacional de Mamografía. Si bien el costo de calidad puede parecer alto, esta área exige alta calidad en todos los procesos como si no por una obligación hacia la comunidad y con la misión del Hospital.

Protocolo de acogida a pacientes que se hospitalizan en la maternidad del HCUCh

Céspedes U Sascha, Parada H Leonora
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Categoría: Relación con el paciente

Introducción

Los nuevos modelos de gestión hospitalaria impulsan cambios de relaciones de los servicios hospitalarios con los pacientes, en los que la satisfacción y la calidad percibida cobran especial importancia.

El Protocolo de Acogida se ha diseñado, para proporcionar al paciente y su acompañante una visión global de la maternidad, de las secciones

donde será atendido, y favorecer las relaciones entre el paciente y su acompañante con el equipo de salud que lo atenderá.

Objetivos

- Mejorar la acogida a pacientes y acompañantes para disminuir la ansiedad y temor que se produce al ingresar a un centro hospitalario.
- Proporcionar atención personalizada
- Mantener al paciente y acompañante informados sobre procedimientos y evolución de su condición de salud
- Fomentar la empatía entre pacientes y familiares con el personal de salud
- Fomentar la colaboración del paciente con las Matronas y Ayudantes de Enfermería del Departamento.
- Cautelar derechos y deberes de los pacientes según normativas vigentes
- Proporcionar Guía Informativa, planos de ubicación, normas generales, derechos y deberes de los pacientes.

Metodología

Se realizó levantamiento de información a través de la literatura, información legal y sitios web. En Enero de este año, se llevó a cabo una encuesta informal a usuarios externos para detectar sus intereses con relación a la acogida. Con estos antecedentes se procedió a implementar una Encuesta de Opinión que se aplicó a usuarios internos y externos. Considerando los aspectos más relevantes en ellas mencionados por ambos grupos, se desarrolló el Protocolo de Acogida con indicaciones generales y específicas para su aplicación. Se desarrollaron criterios de evaluación designando el referente, estándar, las excepciones y aclaraciones de cada uno de ellos, y por último las dimensiones de calidad a las que hace referencia.

Acciones de Mejora

Implementación del Protocolo de Acogida en cada una de las estaciones de enfermería de la Maternidad.

Confección de Algoritmo del Protocolo de Acogida que permanece visible en los mismos.

Se crea "Guía Informativa a Usuarios", para entregar a cada paciente que ingresa a la maternidad.

Se realizó Taller de Capacitación al estamento no médico de la Maternidad.

Se realiza Encuesta de Satisfacción Usuario aplicada al alta en las unidades de la Maternidad.

Se aplica Pauta de Verificación para evaluar la aplicación del Protocolo de Acogida por los distintos estamentos en la Maternidad.

Resultados

Indicadores de Información: Entrega de Guía Informativa a usuarios externos, con un estándar del 95%, con un resultado de un 86%. Pacientes que Recibieron Información sobre la causa de su Hospitalización, con un estándar del 95%, con un resultado de un 96%. Información al usuario externo sobre procedimientos realizados, con un estándar del 100%, resultando un 94%.

Indicador de Recepción Personalizada: Recepción Personalizada del paciente, con un estándar del 95%, con un resultado del 80%.

Indicador de Respeto a la Privacidad del paciente, con un estándar del 95%, con un resultado del 84%.

Indicador de Fidelización del usuario externo: con relación a si se atendería nuevamente en la Maternidad, con un resultado del 96%. Recomendaría a otras personas atenderse en la Maternidad, con un resultado del 95%.

Conclusiones

El Protocolo de Acogida y la Guía Informativa a Usuarios, mejoró la relación pacientes y acompañantes con los miembros del equipo de salud al sentir estos que son respetados como persona, se respetan sus derechos, favoreciendo esta situación la fidelización del usuario con la Institución.

Radiología Digital a Distancia Web 1000

TM Gonzalo Aravena, TM Williams Astudillo, Dra. Dulia Ortega, TM Mónica Zarate C.
Categoría: Cliente interno

Introducción

El uso y traslado de exámenes radiográficos, incluyendo películas e informe, conlleva una dificultad inherente en la rapidez de los procesos de entre-

ga, costo de almacenamiento, elevado costo de los insumos, perdida y extravío durante el proceso. La radiología digital ha permitido el almacenamiento de archivos e imágenes (Sistema PACS) minimizando muchos de estos problemas. Al interior del Centro de Imagenología el cambio del formato convencional al digital requirió un proceso de instrucción y cambio cultural de las forma de realizar los procedimientos. Esto también permite que la visualización de los informes y exámenes se realice vía Internet mediante el servidor Web 1000, permitiendo conferencias a distancia y comunicación fluida entre usuarios.

Objetivos

1. Implementar la visualización de imágenes a través de la web 1000 en las distintas unidades clínicas del Hospital Clínico U. de Chile.
2. Disminuir el uso de placas en exámenes radiológicos.
- 3.- Capacitar a las distintas unidades clínicas en el manejo de las Imágenes digitales.
4. Mejorar el apoyo del Staff a la docencia mediante consulta a distancia.
5. Facilitar la Investigación a través de una base de datos de fácil consulta.

Metodología

Para la Implementación de esta acción de mejora se utilizó el Ciclo de Mejoramiento Continuo. En la planificación se realizó una evaluación técnica en los distintos servicios, se determinaron los servicios prioritarios según análisis de Efecto, Costo, Beneficio. Se hizo el pilotaje en la Unidad de Emergencia, se verificó mediante encuestas, reuniones periódicas y visitas en terreno. Para la implementación a nivel general se determinó en base a factibilidad, interés de los usuarios y participación en la demanda. Se verificó en el mes de mayo mediante encuesta de satisfacción y actualmente se esta analizando la instalación en las otras unidades. Al interior del servicio se uso una dinámica similar de evaluación de factibilidad, capacitación, implementación y evaluación. El 30 de Junio, mediante memorando interno a jefes de Servicio y Directores de Departamento, se comunicó el cese de la impresión de placas a los servicios de UPC, Urgencia, Neonatología y UTI Pediátrica.

Acciones de Mejora

Se implementaron estaciones de visualización en las unidades de Neonatología, UPC, U. Coronaria y Emergencia. Se desarrollaron capacitaciones a los usuarios en estas unidades y se hizo un seguimiento en las primeras semanas de funcionamiento. En el caso de Emergencia se reforzó con la incorporación de un residente de urgencia que informa los exámenes de esa unidad en horario hábil en forma oportuna. El personal de la unidad encargada (RIS-PACS) desarrolló un manual de usuario e implementó un plan de capacitación interno para el personal Médico y Tecnólogo Médico al interior de la unidad. Se reforzaron los turnos de apoyo de los Médicos Staff y se solucionan emergencias vía web 1000 en horarios nocturnos y festivos. Se disminuyó la impresión de placas para las unidades de UPC y emergencia. Junto con esto se analizo la factibilidad de la disminución del almacenamiento de placas radiográficas desarrollando estudios al interior del servicio y en las unidades de Medicina y Cirugía a través de las Ejecutivas de Servicio de dichas áreas.

Resultados

Las estaciones habilitadas funcionan normalmente y son monitorizadas en forma permanente por el personal de la unidad. La satisfacción por el sistema web 1000 es alta llegando a un promedio de 6.3 (en escala de 1 a 7) en la encuesta realizada en mayo. Según la misma encuesta, los servicios que no cuentan con este servicio se encuentran dispuestos a cambiar el estilo tradicional por esta modalidad digital. Esto ha permitido mejorar la satisfacción por la entrega de exámenes e informes de un 4.5 a un 5.6 en estas unidades. La baja en la impresión ha permitido ahorrar un alto % en las unidades incorporadas, estimando a fines de año una disminución de un 60%.

Conclusiones

La implementación exitosa de la web 1000 abre un nuevo espacio en la relación entre servicios y con los médicos de distintas especialidades. El potencial de este sistema es altísimo, siendo la antesala para llegar con esta tecnología no solo al interior del Hospital, sino que ofrecer servicios y apoyo a

otros centros. La mejora en la docencia mediante la comunicación on/line y contar con un base de datos de fácil acceso permite sustentar la investigación y el aprendizaje a los profesionales de nuestra especialidad y al resto de las áreas. El control de costos, la mejora en la calidad de imagen y la desaparición de archivos físicos son complementos que generan valor agregado a esta importante iniciativa.

Reorganización de Mantenimiento: contratación de servicios externos de Gasfitería.

Eduardo Sepúlveda, Sandra Grattini, Claudio Chamorro, Francisco Zamorano, Gerardo Ehrenhaus.
Gerencia de Desarrollo
Categoría: cliente interno

Introducción

La evaluación de insatisfacción de los usuarios de Mantenimiento, recogida a partir de la Encuesta de Cliente Interno de Calidad, determinó la decisión de revisar los procesos claves del Departamento, con el fin de reorientar recursos y organizar el trabajo de manera más eficiente. En particular, en el desempeño del área de Gasfitería se detectó un bajo nivel de productividad y un alcance limitado de las soluciones entregadas.

Objetivos

Hacer más eficiente la gestión del área de Gasfitería, de manera que los esfuerzos desplegados se vean traducidos en mejorar el nivel de satisfacción de nuestros clientes internos, a través de la contratación de un servicio externo.

Objetivos específicos: mejorar la rapidez en el contacto inicial y en la resolución de requerimientos, así como el alcance de las soluciones ofrecidas.

Metodología

A través de una encuesta desarrollada por el Depto. de Ingeniería, es posible evaluar la satisfacción de nuestros clientes en relación a 4 atributos centrales: rapidez en contacto inicial, rapidez de la solución, calidad técnica y disposición del personal.

Esta evaluación se realiza consultando a los usuarios más directos de los servicios de mantenimiento, que corresponden a 105 Centros de Costo o Unidades. Con el fin de determinar el impacto de la contratación de los servicios externos de Gasfitería, se efectúa una primera evaluación antes del inicio de dichos servicios (Diciembre 2004) y una segunda evaluación después de 3 meses de suscrito el contrato (Junio 2005).

Acciones de Mejora

El análisis de los resultados obtenidos, orientó ciertos cambios en la gestión de las solicitudes de mantenimiento en Gasfitería como son: reorganización del Depto. en áreas más especializadas, creación de la Unidad de Gestión ('call center'), contratación de servicios externos de Gasfitería, definición de procedimientos y estándares de trabajo y el rediseño del sistema computacional para administrar las solicitudes recibidas (Manedif); todas acciones implementadas con los mismos recursos disponibles.

Resultados

El cambio en la evaluación de satisfacción de nuestros usuarios se refleja en la tabla siguiente; donde se muestra el porcentaje de usuarios satisfechos con el servicio externo de Gasfitería, para los 4 atributos centrales que se definieron:

| % satisfacción | Rapidez en el contacto | Rapidez en la solución | Calidad técnica | Disposicion del personal |
|----------------|------------------------|------------------------|-----------------|--------------------------|
| Diciembre 2004 | 45% | 34% | 43% | 59% |
| Junio 2005 | 88% | 78% | 63% | 93% |

Conclusiones

El análisis de la información recogida a partir de los usuarios del servicio de mantenimiento, específicamente de Gasfitería; han permitido revisar los

procesos claves y tomar acciones concretas que reportan mejores resultados, sin necesidad de aumentar los recursos empleados.

El proceso de cambio se ha logrado gracias al alineamiento de las jefaturas con los objetivos perseguidos y al involucramiento del personal operativo en el rediseño permanente de la forma de hacer las cosas. El desafío es hacer permanente la evaluación de nuestro servicio en todas las áreas que lo componen y establecer los indicadores necesarios para monitorear el avance.

Resultados del programa de vigilancia de pacientes con catéter peridural

EU Cecilia Zurita – EU Verónica Navarro
Departamento de Enfermería
Categoría: Seguridad de la atención

Introducción

La Unidad de Dolor Agudo controla desde el año 2001 a todos los pacientes que salen de pabellón con técnicas analgésicas complejas para el manejo del dolor post operatorio. Estas técnicas pueden ser cateterización peridural, bloqueos continuos de nervios periféricos ó bloqueos paravertebrales, todos métodos invasivos que representan riesgos potenciales de complicaciones para el paciente.

Es por esto que a partir del año 2003 se elabora e implementa el "Programa de vigilancia de efectos adversos, complicaciones e infecciones asociadas a catéter peridural" con el propósito de brindar una atención segura, eficiente y oportuna a estos pacientes.

Objetivos

Elaborar Normas médicas y guías clínicas de Enfermería para el manejo de pacientes con analgesia peridural.

Pesquisar en forma precoz efectos adversos, complicaciones e infecciones asociadas a la analgesia peridural, implementando programas de intervención según los resultados obtenidos.

Metodología

Se realizó un estudio prospectivo de todos los pacientes post operados que tenían indicado alguna de estas técnicas, los que fueron ingresados a la UDA en post anestesia mediante protocolo de evaluación analgésica y se controlaron por Enfermera ó médico anestesista dos veces al día. Los datos serán obtenidos al momento del alta e ingresados a una base de datos.

Se miden dos indicadores de calidad: Infecciones asociadas a catéter peridural y Catéter peridural inutilizado, ambos en relación al total de catéteres controlados mensualmente. Además, se mide el % de pacientes que sale de pabellón con protocolo de evaluación.

Acciones de Mejora

Capacitación y supervisión de la instalación del catéter peridural.

Capacitación a médicos y becados de anestesia sobre registro en protocolo de evaluación analgésica.

Se mejora sistema de ingreso de pacientes a la UDA en post anestesia.

Resultados

Total de pacientes vigilados 1242 (2004) y 821 (2005).

Se elaboraron Normas médicas y guías clínicas de Enfermería actualmente en revisión por la Asesoría Jurídica.

El indicador catéter inutilizado disminuyó de 11,6% (2004) a 6,2 % (2005), ya que logramos controlar la dos causas de inutilización: Desplazamiento disminuyó 8,6% (2004) a 2,9% (2005) y Contaminación disminuyó de 2,5% (2004) a 2% (2005).

El indicador Infección asociada a catéter peridural se mantuvo bajo presentándose un caso en 2004 y un caso en 2005, ambos corresponden a infección leve de sitio de inserción.

El % de pacientes que sale de pabellón con protocolo de evaluación analgésica aumentó de 40% a 93% comparando Abril 2004-2005.

El estudio realizado por el CIIH demostró un 84% de sensibilidad para infección asociada a catéter peridural.

Las pautas de supervisión aplicadas en Octubre 2004 demuestran un 100% de cumplimiento de la norma de instalación y fijación del catéter peridural.

Conclusiones

El 90% de los pacientes que sale de pabellón con técnicas analgésicas llevan protocolo de evaluación y son ingresados al programa de vigilancia.

La capacitación y supervisión realizada a todo el personal ha permitido controlar las causas de inutilización y disminuir la pérdida de catéteres en un 50%.

Seguridad de la Atención y Rayos X Plan de Radioprotección Centro de Imagenología

TM Victor Hugo Zapata, TM Luis Alarcón, FM Fernando Leyton, Sr. Guillermo Urzua P, TM Eduardo Mezzano, TM José Aguilera V. Centro de Imagenología
Categorías: Seguridad de la atención, Normalización

Introducción

La utilización de rayos X en el área medica ha permitido un avance fundamental en el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo a veces no se toma conciencia del riesgo que el mal uso de esta energía puede acarrear tanto a profesionales como a pacientes, al no ser visibles sus daños al corto plazo. Los criterios en su uso son la Optimización, limitación y justificación de las dosis, junto con el concepto ALARA, (As Low As Reasonably Achievable). Las normas internacionales son llevadas por el ICRP y ARCAL, en nuestro país por el ISP, CCHEN y actualmente la normativa PECAH incluye un componente de Seguridad de los Procedimiento en sus requerimientos.

Objetivos

Desarrollar un programa de radioprotección en el Centro de Imagenología del UCUCH. Disminuir las dosis absorbidas de radiación tanto a pacientes como a personal expuesto. Cumplir los requisitos de acreditación nacional e internacional. Fiscalizar el cumplimiento en la seguridad radiológica de los distintos procedimientos realizados.

Metodología: En primer lugar se asignaron responsables quienes conformaron el Comité Local de

radioprotección. Se determinaron actividades según protocolos nacionales e internacionales en tres áreas de acción. 1 Levantamiento Radiométrico, con el uso de cámaras de ionización para la medición de dosis ambiental 2. Dosimetría Personal, en base al seguimiento de la dosis del personal expuesto en forma trimestral o mensual. 3. Medición de Dosis Absorbida, mediante el uso de fantasmas (simulador de paciente) se miden dosis que reciben los pacientes en distintos exámenes. Con estas tres actividades se obtiene la información necesaria para determinar las actividades de mejora en las distintas unidades.

Acciones de Mejora: Se realizaron levantamientos radiométricos en el 100% de las unidades y en los servicios de Neonatología y UPC en forma planificada desde el 2003 a la fecha. Con relación a la dosimetría personal desde el 2002 se desarrollan las siguientes acciones: aumento de la cobertura de control y del porcentaje de cumplimiento. Se determinaron las áreas y personal de mayor dosis absorbida (Intervencional, digestivo y telecomandado), pasando el 2004, para el personal de estas unidades de un control trimestral con película a uno mensual con cristales TLD de alta sensibilidad (costo anual aprox: \$700.000.) Se adquirió blindaje personal para estas unidades consistente en lentes plomados, protectores tiroideos, guantes plomados (nov 2004) y faldón plomado en marzo de este año (costo total aprox: \$1.500.000.-). Se hicieron mediciones de dosis absorbida con simuladores en mamografía (2003), radiografía de tórax (2004), TAC de Abdomen (2005), todas en el contexto de trabajos de investigación de la carrera de Tecnología Médica. Se implementó un programa de difusión en el tema, el que incluyó hasta la fecha: UPC (2004), difusión interna, clases a Becados y se han planificado actividades en Neonatología y Anestesia.

Resultados

El comité dio cumplimiento en un 100% al programa realizado en radioprotección. En la primera medición se determinó un área de alta exposición (marzo del 2003) pero se tomaron las medidas correctivas en forma inmediata, estando el 2003, 2004 y 2005 las mediciones bajo control. La dosimetría del personal se encuentra en todas las mediciones desde el 2000 a la fecha muy por de-

bajo del límite nacional (5mSv) con un 80% bajo 1mSv y un 20% entre 2 y 1 mSv. Es en éste grupo en el que se cambió a control mensual y se han asignado los elementos de radioprotección disminuyendo la dosis absorbida en un 30%. En relación a la dosis absorbida por los pacientes en los distintos exámenes se obtuvieron resultados por debajo de los límites establecidos, no obstante se desarrollaron medidas para bajar las dosis en TAC (que aporta la mayor cantidad de radiación ambiental) en un 25%, y control estricto de las repeticiones en el resto de los exámenes,

Conclusiones

Contar con un programa de radioprotección es un requisito esencial que todo centro radiológico debería realizar. Sin embargo el alto costo de los instrumentos de medición y de los elementos de radioprotección, la falta de expertos en la materia y la dificultad de contar con apoyo a nivel directivo en este tipo de actividades tan poco visibles al corto plazo, hacen que nuestro centro sea el único en desarrollar un plan de esta envergadura. Esto ha permitido que nuestro comité presente estos resultados en congresos tanto nacionales como internacionales y participar en procesos de acreditación en las áreas de Mamografía y TAC. Nuestra tarea es continuar en esta línea, basándonos en el mejoramiento continuo y está en nuestra visión crear cursos o post títulos que permitan implementar estas actividades en los distintos Centros de Radiología del país.

Sistemas de información rápidos y sin interrupciones

Christian Salvo Alvarez
Subgerencia de Apoyo a la Gestión e Informática
Categoría: Cliente interno

Introducción

A mediados del año 2004 los tiempos de respuesta de las aplicaciones computacionales se encontraban por sobre los 150 segundos por transacción en horas punta, existían interrupciones de los servicios computacionales varias veces al día por pe-

riodos de tiempo que oscilaban entre 10 y 30 minutos, y en casos extremos períodos de suspensión de servicios de 3 o más horas. Esta situación afectó a toda la cadena de atención al paciente, que se puede visualizar con los siguientes ejemplos :

- Múltiples reclamos de los pacientes por el excesivo tiempo de espera para realizar sus tramites administrativos, previo a la atención médica o realización de exámenes.
- Usuarios de las aplicaciones computacionales con un alto grado de insatisfacción y retraso en la ejecución de sus tareas.
- Molestia de los profesionales médicos por el retraso de los pacientes en la llegada a la consulta médica.

Realizado el diagnóstico de las causas se pudo constatar que los excesivos tiempos de respuesta de las aplicaciones y las caídas se debían a múltiples factores, entre ellos se pueden destacar como principales:

- Plataforma de Sistema Operativo y Bases de Datos obsoleta e inadecuada para las demandas del Hospital.
- Servidores con carga de trabajo mal balanceada.
- Ambientes de Desarrollo, Pruebas, Transacciones y Estadísticas en el mismo Servidor y Base de datos.
- Inexistencia de seguridad de acceso a las bases de datos.
- Deficiencias de configuración de los motores de bases de datos.

Objetivos

- 1.- Eliminar las caídas de sistemas por causas originadas en las bases de datos.
- 2.- Disminuir los tiempos de respuesta de las aplicaciones a menos de 3 segundos por transacción en hora punta.

Metodología

Dada la magnitud de la tarea a emprender se establece la metodología que incorpora acciones de corto plazo conducentes a mitigar el problema y acciones de largo plazo para una solución definitiva. Todo ello considerando que deben ser implementadas en forma transparente para el usuario de modo de dar continuidad de operación (operar al enfermo mientras trabaja).

Acciones de Mejora

Acciones de corto plazo:

1. Reorganizar las bases de datos en los servidores, balanceando la carga de trabajo, mejora la configuración y liberar servidores para el siguiente paso.
2. Separar los ambientes en "Desarrollo y Pruebas", "Transacciones" y "Estadísticas".
3. Incorporar mecanismos de seguridad de acceso a las bases de datos.

Acciones de Largo Plazo :

4. Modernizar la plataforma de software básico, es decir, migrar desde una plataforma obsoleta sin soporte del fabricante, saltándose una plataforma intermedia, para llegar a la versión mas robusta y actualizada.

Sistema Operativo : Windows-NT

Base de datos : Sql Server 6.5

Sistema Operativo: Windows2000

Base de datos : Sql Server 7.0

Sistema Operativo : Windows 2000

Base de datos : Sql Server Enterprise 2003

Para concretar esta tarea se confeccionó una plan que consideró:

- a. Modernizar la plataforma: compra de nuevos servidores para renovar parte de la plataforma actual, Adquirir licencias del software básico a implementar y capacitar a los recursos humanos.
- b. Catastro de las aplicaciones a migrar.
- c. Modificar aplicaciones, mecanismo de conexión de las aplicaciones y programa actualizador de versiones.
- d. Implementar ambiente de pruebas para la migración de datos y aplicaciones computacionales.
- e. Ejecutar la migración.

Resultados

Los resultados obtenidos a la fecha pueden ser considerados exitosos, tomando en cuenta que desde la fecha de la migración, 29 Marzo 2005, no hemos tenido suspensiones de servicios originadas en la plataforma de software básico, y que los tiempos de respuesta de las aplicaciones computacionales están por debajo de los 3 segundos por transacción en promedio.