

Desde hace unos años, el Hospital Clínico Universidad de Chile a través de su Dirección de Calidad ha establecido un espacio de desarrollo y enriquecimiento institucional de sus prácticas y está enfocado en contribuir a la formación de una cultura de calidad y seguridad de los pacientes que permita posicionar y alinear la calidad en todos los niveles del quehacer de su Institución. Es por esto que desde hace unos años organiza las Jornadas de Calidad HCUCH en las cuales se presentan trabajos realizados localmente que tuvieron como objetivo la obtención de mejores resultados en la atención de los pacientes. A continuación compartimos los trabajos presentados en su versión 2017.

Abstracts jornadas calidad 2017

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

ALBORNOZ D., BUSTOS B., CARRERAS J., LONCON P.
SERVICIO DE NUTRICIÓN

Introducción: Para identificar posibles áreas de mejora en calidad de atención otorgada por el Servicio de Nutrición, se aplicó una encuesta de satisfacción usuaria. Objetivo: Determinar grado de satisfacción usuaria sobre calidad de atención del Servicio de Alimentación. Material y método: Se calculó una muestra significativa (Nivel de confianza 90%, Error 10%), de 81 usuarios de distintos servicios del Hospital, agrupándolos acorde al servicio clínico de hospitalización (Quirúrgico, Medicina Interna y Maternidad). Criterios de inclusión: ser > 18 años, > 3 días hospitalización, aceptar ser partícipe. Se diseñó encuesta con 9 preguntas de respuesta cerrada (validada por equipo de nutrición) y se aplicó confidencialmente. Los resultados fueron analizados en Microsoft Excel. El grado de satisfacción se midió a través de la pregunta: "¿Está satisfecho con el Servicio de Alimentación de nuestro Hospital?", esperándose un 85% de éxito. Los aspectos identificados como fuente de disconfort por el usuario fueron medidos en 8 preguntas restantes. Resultados: Un 90% de los encuestados identificaba a la nutricionista y un 100% al personal de Alimentación. Un 66% describió la calidad de atención como "Excelente" y un 33%, como "Buena". Un 88% de los encuestados recibió alguna recomendación alimentaria. Respecto a las características de la alimentación un 67% declaró que fue variada, un 81% señaló que las temperaturas eran "Adecuadas" y un 16%, "Muy Frías". Un 81% consideró el tamaño de la ración "Adecuado" y un 16% "Muy grande". Un 84% declaró que el sabor fue de su agrado. Un 98% declaró estar satisfecho con el servicio. Discusión y conclusiones: Existen oportunidades de mejora frente a características organolépticas y variedad de preparaciones ofrecidas. Se observó una correlación positiva entre la duración de la estadía hospitalaria y la insatisfacción alimentaria. Se debe incorporar como componente fundamental un modelo de mejora continua en todas las oportunidades de mejora existentes. Bibliografía: 1. Stanga Z, Zurflüh Y, Roselli M, Sterchi AB, Tanner B, Knecht G. Hospital food: A survey of patients' perceptions. *Clinical Nutrition* 2003;22:241-6. 2. Norman K, Pichard C, Lochs H, Pirlich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. *Clin Nutr* 2008;27:5-15. 3. Van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Roosemalen MM, Weijs PJ, Langius JA. High waste contributes to low food intake in hospitalized patients. *Nutrition Clinical Practice* 2012;27:4. 4. Monteagudo O. Aplicación Hospitalaria del SERVQHOS: Factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Revista de Calidad Asistencial* 2003;263-7.

PLAN DE EMERGENCIA HCUCH

MIRANDA H., GONZALEZ V.
DEPTO. PREVENCIÓN DE RIESGOS

Introducción: El edificio del HCUCH no cuenta con infraestructura que permita una adecuada evacuación en caso de suscitarse alguna emergencia no médica, lo que hace necesario optimizar comunicaciones y organización general con el fin de prevenir riesgos a pacientes, visitas y funcionarios. Objetivo general: Generar un plan de emergencia que responda en forma eficiente y coordinada en el actuar de funcionarios ante emergencias no médicas. Objetivos específicos: Establecer lineamientos para desarrollo de un plan de evacuación y emergencias no médicas (PE) acorde a la institución, detectar personal con mejor desempeño ante

emergencias no médicas, establecer programa anual de capacitaciones y simulaciones. Material y método: En 2016 se realizó una revisión exhaustiva del PE existente, que consideró inspecciones visuales y entrevista a las jefaturas para evaluar si se adecuaba a la realidad: existencia de jefes/líderes en horario de atención, que no existiera duplicación de funciones para un mismo cargo, que las vías de evacuación fueran lógicas y expeditas. Posteriormente se desarrolló un PE que subsanara las deficiencias encontradas y finalmente se aplicó una encuesta para medir conocimientos entregados (cuestionario Likert). Resultados: Se detectó falencias tales como: jefes de la emergencia o líderes de evacuación cubren más de un servicio a veces lejanos a su lugar de trabajo; al momento de evacuar no se encontrarían físicamente en lugar designado para desarrollar su función. Se realizaron 34 reuniones y 106 capacitaciones/simulaciones. Se aumentó el N° de jefes de emergencia/líderes de evacuación de 102 a 124 (80% del personal objetivo). Discusión y conclusiones: Con la revisión del plan de evacuación se ha querido normalizar los grupos encargados de liderar las emergencias no médicas y con la encuesta se detectaron debilidades de los funcionarios ya capacitados, información que se utilizará para realizar un plan de mejora.

CESÁREAS: UN INDICADOR DE CALIDAD DE ATENCIÓN PARA MATERNIDADES.

SALINAS, H.; ARAYA, J; BADILLA, V.; LÓPEZ, M. ; VENEGAS, R.; ALEUANLLI, M.; MORALES, N.
DEPTO. DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Introducción: El número de cesáreas ha llevado a muchas instituciones a estudiar si la importancia relativa de partos por vía vaginal y cesárea obedece a la forma de atención o es producto de una mezcla de casos. Se han propuesto formas de estandarizar la forma de parto y establecer comparaciones entre maternidades (1). Objetivo: Analizar la vía de resolución de partos del 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016. Material y métodos: Se categoriza la totalidad de partos del año 2016 a través de la propuesta de Robson y colaboradores (2). Resultados: Durante el año 2016 hubo un total de 1.539 partos, 812 (52.8%) fueron cesárea. Hubo 322 cesáreas en nulíparas (46.1%) y 490 (58.3%), en múltiparas. Presentaciones distócicas se presentaron en 40 partos y hubo 19 embarazos gemelares con un 100% de resolución por vía alta. Cuando el trabajo de parto, en embarazos de término, en nulíparas y múltiparas, se inició en forma espontánea, se obtuvieron bajas tasas de cesárea con una tasa de 15.9% y 29.7%. La presencia de una cesárea previa elevó la reiteración de la misma a un 90.5%. Cesárea sin trabajo de parto se realizó en 452 casos, lo que representó el 54.2% del total. Cesárea más esterilización se efectuó en 176 pacientes, lo cual representa una indicación que eleva por sí misma el número de cesáreas. Discusión y conclusiones: Se utiliza una estandarización de partos, de tal manera que se pueda analizar en diferentes realidades y comparar la mezcla de casos que explican el número de cesáreas en diferentes establecimientos (2). La importancia relativa de partos por vía de resolución permite identificar si el comportamiento de un servicio es similar a otro o identificar las posibles rutas de intervención para disminuir el número de intervenciones quirúrgicas no deseadas (3). Referencias: 1. Robson, M, Scudamore, I, Walsh, S. Using the medical audit to reduce cesarean section rates. Am Journal Obstet Gynecol 1996;1:199-205. 2. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, et al. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. Obstet Gynecol 2011;118:29-38. 3. Matthews TG, Crowley P, Chong A, et al. Rising cesarean section rates: A cause for concern? BGOG 2003;110:346-9.

EVALUACION DE TOMA DE MUESTRA DE HEMOCULTIVO ADULTO

ANACONA D., SILVA F., CANALES A.
UNIDAD DE MICROBIOLOGÍA, SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

Introducción: El hemocultivo es un examen importante en el Laboratorio de Microbiología y gold standard para el diagnóstico de bacteriemias y fungemias. La recuperación de estos agentes es un importante factor de gravedad y mortalidad, siendo el volumen adecuado a tomar un factor crítico para su rendimiento. El Manual de Toma de Muestra, en general, indica tomar 2 frascos de hemocultivos con un volumen de sangre entre 8-10 ml cada frasco. El volumen máximo de sangre por frasco es 10 ml. Objetivo: Evaluar cumplimiento de indicación de volumen de toma de muestra en hemocultivo de pacientes adultos. Material y método: Se obtuvo el volumen de sangre inoculado por frasco (n=329); se pesaron frascos de hemocultivos adultos vacíos para obtener valor promedio; se pesaron los frascos inoculados recibidos en el laboratorio provenientes de todos los servicios clínicos. Se calculó el % de cumplimiento de la indicación de toma de muestra por servicio (volumen de 8-10 ml +/- 0,26 (2 ds) como correcto, < 8ml +/- 0,26 como bajo volumen y >10ml +/- 0,26 como sobre volumen). Resultados: El peso de los frascos vacíos fue 63,01 g (ds=0,13). El 44.07% cumplió con el volumen de muestra indicado y 55.92% no cumplió (24.92 % bajo volumen y 31.0 % sobre volumen). Un mayor número de hemocultivos fueron tomados en Servicio de Urgencia (114) y Unidad de Cuidados Intensivos (54). Los servicios con mejor cumplimiento son urología (75%), neurocirugía (75%), Unidad Hematológica (55%), UCI (55%) y Cirugía (55.5). Los servicios con más bajo cumplimiento son Gastroenterología (12.5%) e Intermedio médico (29%). Discusión y conclusiones: Un

factor importante que influye en la sensibilidad es el volumen de muestra. El bajo cumplimiento del volumen de sangre tomado hace necesario tomar acciones de mejora en el procedimiento y supervisarlo periódicamente. Referencias: 1. Riedel S, Carroll Karen C. *J Infect Chemother* 2010;16:301-16. 2. Cockerill FR et al *Clinical Infectious Diseases* 2004;38:1724-30. 3. Bouza E, et al *Journal of clinical microbiology* 2007;45:2765-9.

DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN GESTANTES CONSULTANTES EN EL HCUCH

SALINAS, H.; BADILLA, V.; ARAYA, J.; LÓPEZ, M.; VENEGAS, R.; ALEUANLLI, M.; MORALES, N.
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Introducción: A las gestantes en control se les debe identificar sus factores de riesgo durante el embarazo, pues el nivel de riesgo determinará quiénes requieren una derivación oportuna y la elección correcta del lugar de atención. Este riesgo puede clasificarse en: bajo, medio, alto y muy alto. El 20% de los embarazos son de alto riesgo y generan el 80% de los resultados adversos. Este grupo requerirá atención de mayor complejidad (1). Objetivo: Determinar el riesgo de embarazadas en control ambulatorio. Material y métodos: Analizamos las consultas efectuadas el año 2016. La información se agrupó por categorías de riesgo y por los respectivos eventos que las componen, dividiendo la información por trimestres de embarazo. Resultados: Obtuvimos la información de 2.382 pacientes que presentaban factores de riesgo durante el embarazo. De estos, el 54.5% en el primer trimestre, el 3.6% en el segundo trimestre y el 41.9% en el tercer trimestre. El 63.3% de las pacientes durante el primer trimestre presentan riesgo medio; el 32.9%, riesgo alto y el 1.3%, riesgo muy alto. Durante el segundo trimestre presentan riesgo medio el 62.8%; 26.8%, riesgo alto y el 10.5%, riesgo muy alto. Durante el tercer trimestre el 50.1% de las embarazadas presentan riesgo medio; el 30.3%, riesgo alto y el 19.6%, riesgo muy alto. Discusión y conclusiones: El 80% de las gestantes no tiene factores de riesgo, no requiriendo atención especializada, tecnología e infraestructura de alto costo (2). La determinación de factores de riesgo permite evaluar complicaciones y si es necesaria atención especializada hasta el tercer trimestre o durante el parto. Permite establecer asimismo si se van a requerir recursos sanitarios no habituales en la asistencia ambulatoria o atenciones especiales, alta tecnología, vigilancia sistemática por parte de los servicios de alto riesgo y hospitalización casi de regla. Referencias: 1. Gratacós, E. Concepto y ámbito de la Medicina Fetal. En Gratacós E, Gómez R, Nicolaidis K, Romero R, Cabrero L. (Eds). *Medicina Fetal*. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2007; p3-6. 2. Rosen MG, Merkatz, IR, Hill JG. Caring for our future. A report by the expert panel on the content of prenatal care. *Obstet Gynecol*. 1991;77:782-7. 3. Novick G. Centering pregnancy and the current state of prenatal care, *J Midwifery Women Health* 2004;49:405-11.

INDICADORES DE CALIDAD DE ASISTENCIA EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

SALINAS, H.; BADILLA, V.; LÓPEZ, M.; ARAYA, J.; VENEGAS, R.; ALEUANLLI, M.; MORALES, N.
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Introducción: En Obstetricia se usan indicadores de calidad para establecer si una prestación fue adecuada, oportuna, segura, accesible, en tiempos razonables y con una correcta utilización de recursos. Establecido los indicadores, se evalúa las consecuencias que podría tener resultados muy distantes de las recomendaciones internacionales por los efectos objetivos en la población objetivo. Objetivo: Revisar el cumplimiento de los indicadores definidos para la práctica obstétrica. Material y métodos: Definimos los indicadores a utilizar para evaluar la práctica obstétrica ambulatoria y hospitalaria(1,2,3). Estos indicadores han sido priorizados (número de pacientes, riesgo, variabilidad y consumo de recursos). Se han establecido finalmente un proceso permanente de monitorización de los resultados obtenidos. Resultados: Durante el control prenatal se efectúan tamizajes de diabetes gestacional (74.5%-97%), investigación de colonización por *S. agalactiae* (48.8%-97%), profilaxis de anemia durante la gestación (78.3%-100%), entre otros. El diagnóstico prenatal de defectos congénitos alcanza entre un (39.2%-100%). La evaluación de pruebas de bienestar fetal es de un 100%. El manejo de patología médica relevante (APP, RPM, SHE, diabetes, RCIU) es cercana a un 100%. La asistencia del parto normal es adecuada y la tasa de complicaciones posparto (metrorragia y endometritis) es menor que la recomendada. Discusión y conclusiones: Se han definido indicadores de calidad de atención en 13 procesos que dicen relación con la práctica obstétrica que resumen 33 indicadores y para cada uno de estos indicadores se han fijado los estándares que permiten comparar por períodos de tiempo, el grado de cumplimiento de los mismos. La presencia de indicadores predispone al Servicio a considerar la forma en que las acciones son realizadas. La mejoría de los indicadores son sometidos a dos sistemas básicos de monitorización: por sistema de mejora o sistemas de monitorización que buscan medir y evaluar en forma periódica aspectos relevantes de la asistencia. Referencias: 1. Hanson L, Vandevusse L, Roberts J, et al. A critical appraisal of guidelines for antenatal care and priorities in prenatal education. *J Midwifery Women's Health* 2009;54(6):458-68. 2. Berghella V, Buchanan E, Pereira L, et al. Preconception care. *Obstet Gynecol Sur*. 2010;65:119-31. 3. American College of Obstetricians and Gynecologists. Primary and preventive care. Periodic assessments. ACOG Committee Opinion N°357. *Obstet Gynecol* 2006;116:15-22.

USO DE LA ANOTACIÓN DE MÉRITO Y DE DEMÉRITO EN EL HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD DE CHILE AÑO 2016

CUNEO M.Z., CORREA D. B., GONZÁLEZ N.A., REVECO E.R., TAMAYO M.B.
LABORATORIO DE HEMATOLOGÍA Y SUBGERENCIA RECURSOS HUMANOS

Introducción: La Ley 18.834 del Estatuto Administrativo artículo 42 y 43 dice relación con las anotaciones de mérito (M) y de demérito (DM) respectivamente. Estas son una herramienta para estimular positiva como negativamente a los funcionarios, incidiendo sobre el clima laboral. Cuantificarlas permitiría evaluar y analizar la utilización en el Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH). Objetivo: Cuantificar las anotaciones de M y de DM en el HCUCH durante el año 2016, analizar, clasificar su motivo y servicio que las origina. Material y método: Se solicitó a RRHH la totalidad de las anotaciones M y DM del año 2016 y fueron agrupadas de la siguiente manera para facilitar su análisis. Los motivos de notas de M son: adquisición de título u otra calidad especial relacionada con el servicio (A), aprobación de cursos relacionado con el servicio (B), desempeño de labor por periodos más prolongados de su jornada (C), realización de cometidos que excedan de su trabajo (D), ejecución de tareas de otro funcionario cuando sea indispensable (E) y conductas positivas (F). Con respecto a notas de DM sólo les aplica el incumplimiento de las obligaciones funcionarias. Resultados: El año 2016 generó un total de 361 anotaciones, de M 202 y de DM 159, en un total de 3.450 funcionarioS. 4.29% de los funcionarios recibieron notas de M y 4.61% notas de DM. Según su clasificación, A obtuvo 4.95%, B 5.45%, C 28.22%, D 29.21 %, E 19.80 % y F 12.38%. Las notas de DM 100% fueron por incumplimiento de obligaciones funcionarias. Enfermería lideró las notas de M con un 39.11% y Aseo-Ropería-Vigilancia lideró las notas de DM con un 46.54%. Discusión y conclusiones: 4.29% de los funcionarios recibieron notas de M y 4.61% de DM el 2016, siendo mayor las notas de DM. Según su clasificación, D obtuvo un 29.21% y C 28.22% abarcando esta última todas las notas relacionadas con la acreditación 27.22%. Referencias: 1. www.subdere.gov.cl. 2. www.reistargpt.usach.cl

¿SE CUMPLEN CRITERIOS DE INDICACIÓN DE CESÁREA SEGÚN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADAS EN HCUCH?

SALINAS, H.; BADILLA, V.; LÓPEZ, M.; ARAYA, J.; VENEGAS R.; ALEUANLLI, M.; MORALES, N.
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Introducción: El número de cesáreas aumenta sin evidencia de sus beneficios (1). Se estima que el factor de mayor relevancia es la propia práctica obstétrica, lo que ha llevado a muchos a controlar las decisiones individuales con guías basadas en evidencia. Objetivo: Establecer las causas por las cuales se mantiene al alza el número de cesáreas. Material y métodos: Se analiza la totalidad de partos año 2016, de forma retrospectiva a través de la información contenida en ficha clínica y protocolos de partos del Servicio de Obstetricia y Ginecología. Resultados: El año 2016 hubo un total de 1.539 partos, 52.8% correspondieron a cesárea. Las nulíparas tuvieron un total de 698 partos, 46.1% fueron cesárea, mientras que los partos en múltiparas alcanzaron los 841 y 58.3% de cesárea. Las causas más frecuentes de cesárea en nulíparas fueron distocias del trabajo de parto: 49.2%, latidos cardíacos fetales anormales: 13.5% y macrosomía fetal: 11.3%. El 16.6% de las nulíparas presentaron comorbilidades. En múltiparas las causas más frecuentes de cesárea fue cesárea anterior: 55%, distocia del trabajo de parto: 15.5% y macrosomía fetal: 8.6%. El 15.6% de las múltiparas presentaron comorbilidades. Discusión y conclusiones: La cesárea es el acto quirúrgico más frecuente a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud recomienda una tasa de cesáreas no superior al 25%, tomando en cuenta que muchas no pueden ser evitadas. Existe consenso respecto a que la cesárea a evitar es la que se efectúa en el primer parto (2). Debido a que las principales causas de cesáreas en nulíparas y múltiparas obedecen a evaluaciones individuales al momento de decidir la vía del parto o requieren de imágenes y estimaciones que cuentan con cierto grado de error, se hace necesario extremar los parámetros a considerar al momento de decidir la vía más correcta de parto (3). Referencias: 1. Tasa de cesáreas. OECD Health Statistics 2013. 2. American College of Obstetricians and Gynecologists, Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus n° 1: Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Ostet Gynecol* 2014;123:693-711. 3. Barber, EL, Lundsberg, LS, Belanger, K, et al. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol* 2011;118:29-38. 4. Molina G, Weiser Tg, Lipsitz, et al. Relationship between cesarean delivery and maternal and neonatal mortality. *JAMA* 2015;314:2263-70.

INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA EN ERRORES DE SOLICITUD DE PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN UN HOSPITAL DOCENTE

SEPÚLVEDA, G., ALARCÓN, P., CERDA M., GUZMÁN, K., PAREDES, V., WÖRNER, N.
SERVICIO DE FARMACIA Y UNIDAD DISPENSACIÓN

Introducción: Diversos estudios indican que 1,8% de los pacientes hospitalizados sufren eventos adversos originados por errores de medicación, pudiendo alargar la estadía hospitalaria en 4,6 días [1]. En HCUCH, el porcentaje de devolución de medicamentos es >30%, siendo lo recomendado un 7% [2]. Es necesario revisar sus causas. **Objetivo:** Determinar e intervenir errores en la solicitud de medicamentos de recetas electrónicas enviadas por los servicios clínicos seleccionados. **Metodología:** Este estudio fue realizado en el Servicio de Farmacia HCUCH entre abril y junio del 2017. Se incluyeron servicios con devolución mayor a 30%. La validación se realizó mediante ficha TiCares, comparando la indicación médica y los medicamentos solicitados a Farmacia. **Resultados:** Los servicios intervenidos fueron Nefrología, Traumatología, Medicina Interna y Cirugía, alcanzando un porcentaje de validación de 72.5%, 49.2%, 48.6%, 42.8% respectivamente en el mes de abril. Medicina Interna fue el servicio con mayor porcentaje de error (19.2%) identificados e intervenidos por el QF. El error más frecuentemente identificado fue el ajuste según cálculo (39.7%), seguido por la reducción de fármacos SOS (20%), multidosis (16.5%), fármaco suspendido (15.3%) y suspensión de fármaco repetido (8.5%). Se observó una disminución en los porcentajes de devolución entre abril a junio del año 2016 y 2017 para todos los servicios, excepto Traumatología en junio. **Discusión y conclusiones:** Al aumentar el porcentaje de validación se detectó un mayor porcentaje de error, los cuales fueron corregidos por el QF previo a la dispensación, generando una reducción en el porcentaje de devoluciones y evitando errores de administración y optimizando tiempos de trabajo. El error más frecuente fue el ajuste según cálculo, donde se destacan medicamentos de infusiones continuas o intermitentes, solicitando por parte de los servicios dosis mayores a las requeridas por el paciente. La disminución del porcentaje de devolución demuestra el impacto de la validación farmacéutica. **Referencias:** 1. Otero M. La gestión de riesgos en la prevención de los errores de medicación. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Curso de formación continuada en farmacoterapia de la SEFH. Madrid, España: Aran Ediciones; 2007. p. 111-51. 2. Terri L. Warholak, Michael T. Rupp. Analysis of community chain pharmacists' interventions on electronic prescriptions 2009;49:59-64.