

# Segundas Jornadas Internas de excelencia en Gestión de Calidad. Hacia el Liderazgo en Calidad, Julio 2003.

## Anatomía Patológica

### Correlación diagnóstica entre biopsia intraoperatoria y diferida de la glándula tiroides

Nombre Autor Principal: Dra. Leonor Moyano

Nombre Segundo Autor: Dra. Lautra Carreño Toro, Patricia Robinson

Servicio, Departamento o Unidad: Servicio de Anatomía Patológica

Teléfono: 6788647 Fax: 7323865

E-mail: lmoyano@ns.hospital.uchile.cl

#### Introducción:

Mediante la biopsia intraoperatoria se define con frecuencia el diagnóstico de un paciente con nódulo tiroideo, en ausencia de una citología o biopsia por punción previa.

Es en ese momento, que se establece por lo tanto la conducta quirúrgica ya sea la realización de una tiroidectomía total o una linfadenectomía.

El procedimiento tiene según las distintas patologías limitaciones propias del método con porcentajes de error reconocidos en la literatura internacional como en 50% de sensibilidad y un 100% de especificidad para la determinación de un carcinoma.

La baja sensibilidad esta dada fundamentalmente por la presencia de neoplasias foliculares y lesiones pequeñas no detectables.

#### Objetivos:

- 1) Establecer la correlación diagnóstica entre resultado de biopsia intraoperatoria con la biopsia diferida como un indicador de calidad en el diagnóstico de biopsia intraoperatoria de tiroides.
- 2) Establecer un indicador de calidad en desempeño de los patólogos en biopsia intraoperatoria de tiroides.
- 3) Comparar resultados obtenidos en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile y aquellos reportados en la literatura.

#### Descripción del Trabajo:

Se examinaron los resultados de las biopsias rápidas tiroideas realizadas en nuestro Servicio en el periodo comprendido entre 1998 a 2002, correlacionándolos con la biopsia diferida o definitiva.

Se realizó estudio de sensibilidad y especificidad del método para diagnóstico de Carcinoma Papilar y Folicular del Tiroides.

Los casos discordantes fueron reevaluados para definir las causas, estas se clasificaron en limitaciones propias del método y errores diagnósticos.

#### Resultados y Conclusiones:

Se examinaron 262 biopsias de 263 pacientes, 183 informadas benignas, 42 malignas y 30 no concluyentes.

Evaluada las biopsias diferidas, se determinó que no hubo falsos positivos. Se confirmaron 6 falsos negativos; catalogado como error dg. un caso de carcinoma papilar y 5 como limitaciones del método, por lesiones sin macroscopia sospechosa.

Respecto a las lesiones no concluyentes, 20/30 resultaron neoplasias foliculares, 2/20 carcinomas foliculares mínimamente invasores en los cuales se puede realizar cirugía conservadora, el resto fueron adenomas. 1 caso fue carcinoma papilar en area calcificada, 2 microcarcinomas papilares, 6/20 hiperplasias nodulares con extensas áreas quísticas o fibrocalcificadas.

La sensibilidad del método fue de 87.5% y la especificidad de un 100%.

No hay diferencias significativas entre los patólogos ya que un sólo caso pudo haberse evitado.

Los resultados del Servio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile son muy buenos y comparables a las estadísticas mundiales. La sensibilidad es superior a la reportada al utilizar citología durante la bp. Intraoperatoria y realizar al menos dos cortes en neoplasias foliculares. Se hizo el diagnóstico exacto en 8 lesiones con patron folicular en esta muestra.

El clínico debe conocer las indicaciones y limitaciones de la biopsia intraoperatoria, para evitar falsos positivos o negativos con esta técnica ya que en algunas patologías la biopsia intraoperatoria tiene un valor predictivo limitado lo que debe ser transmitido al paciente antes de la cirugía para que este comprenda la posible necesidad de una ampliación quirúrgica posterior; situación que es requerida en aproximadamente 5% de los casos según las series internacionales.

# Banco de Sangre

## Elaboración de un instrumento de medición del nivel de satisfacción de la atención entregada por el Banco de Sangre a sus pacientes.

Nombre Relator: TM Alda Cembrano

Nombre Autor Principal: TM Leonor Armanet B.

Nombre Segundo Autor: TM Alda Cembrano M, TM Josefina Barrera J, Dr. Milton Larrondo L.

Servicio, Departamento o Unidad: Banco de Sangre HCUCh. Escuela de Tecnología Médica Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Teléfono: 7777289 – 6788009 Fax: 678 8071

E mail: larmanet@machi.med.uchile.cl

### Introducción:

En el marco del plan de gestión de calidad instaurado por el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, el Banco de Sangre está empeñado en el mejoramiento continuo de la calidad de sus procesos y procedimientos. Con el fin de lograr un estado de satisfacción creciente en quienes reciben nuestra atención, nos interesa crear condiciones para que los pacientes puedan manifestar su opinión sobre la calidad de la atención recibida. Sabemos que la satisfacción del usuario está condicionada por varios factores como características personales, experiencias previas con el Sistema, contexto en que se da la atención, valores sociales y culturales, entre otros. Estas características hacen necesario que cada Servicio elabore su propio instrumento de medición que de cuenta de la realidad de las expectativas de los usuarios a los que atiende.

Contar con esta información nos permitirá desarrollar indicadores para monitorear la calidad de los servicios y objetivar nuestros logros.

### Objetivos:

Definir las dimensiones y atributos que definen la satisfacción de nuestros pacientes.

Elaborar un instrumento que nos permita medir en forma objetiva y válida el nivel de satisfacción de nuestros pacientes.

Contar con un instrumento de medición validado y específico para los pacientes que atiende un Servicio de Banco de Sangre, que nos permita posteriormente conocer el nivel de satisfacción que presentan los pacientes usuarios del Servicio con el fin de desarrollar estrategias de intervención de las falencias detectadas y establecer indicadores que den cuenta del nivel de cumplimiento en las áreas intervenidas.

### Descripción del Trabajo:

Para realizar este trabajo fue necesario conocer las expectativas de los pacientes frente al tratamiento entregado por el Banco de Sangre para luego determinar el grado de cumplimiento por parte del Sistema de esas expectativas.

Para la elaboración de la encuesta de satisfacción se incluyeron varias etapas: Entrevistas en profundidad a una muestra seleccionada de pacientes ambulatorios y hospitalizados, en base a un guión predeterminado. Con esa información se elaboró una planilla de incidentes críticos, con los que se definieron los atributos y dimensiones que determinan la satisfacción de nuestros pacientes. Las dimensiones y atributos fueron validados mediante la prueba interjuez. En base a estos elementos se elaboró la Encuesta de satisfacción que consta de las siguientes partes: Presentación; Instrucciones; Una pregunta cerrada inicial de calificación de satisfacción global del servicio otorgado; Evaluación de 5 dimensiones (global) y sus atributos de servicio (específica); Una pregunta abierta: sugerencias para mejorar la satisfacción del encuestado; Una pregunta cerrada que mide grado de vinculación con el Banco de Sangre; Definición del Perfil del encuestado en cuanto a sexo, Nº de atenciones recibidas y tipo de tratamiento (hospitalizado o ambulatorio). Este instrumento de medición se sometió luego a validación de contenido para elaborar la versión definitiva.

Esta encuesta se aplicará posteriormente a una muestra representativa de los pacientes que atiende el BSUCH para medir el nivel de satisfacción de las dimensiones de servicio establecidas por ellos.

### Resultados y Conclusiones:

Contamos con un instrumento validado que da cuenta de las dimensiones de servicio que los propios pacientes usuarios del Banco de Sangre han definido como importantes para su satisfacción. Ellas son:

Reacciones a la Transfusión. Información sobre los procedimientos del BSUCH. Trato del personal del BSUCH. Técnica Transfusional. Infraestructura. Cada una de estas dimensiones contempla varios atributos.

Esto nos señala los aspectos de la atención entregada que debemos analizar en profundidad por medio de la aplicación del instrumento que hemos elaborado para conocer el nivel de satisfacción de nuestros pacientes para detectar así oportunidades de mejoramiento y mejorar la calidad de la atención a nuestros usuarios.

# Aplicación de norma ISO 9002 en el Banco de Sangre del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (BSUCH).

Nombre Autor Principal: Leonor Armanet Bernales  
Servicio, Departamento o Unidad: Banco de Sangre  
Teléfono: 6788001 / 7777289  
E-mail: larmanet@machi.med.uchile.cl

**Introducción:** Las normas ISO 9000 son una serie de estándares acordados por la Organización Internacional de Normalización (International Standard Organization, ISO), que tienen como objetivo entregar un modelo para asegurar la calidad en diseño, producción, instalación y servicios, contenido en 20 aspectos a desarrollar. La Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB), tomando como base la norma ISO 9002, ha elaborado una adaptación que desarrolla 10 aspectos fundamentales para la gestión de un Servicio de Medicina Transfusional. De acuerdo con la política de Calidad del Hospital Clínico y con el propósito de entregar cada día un mejor servicio a nuestros usuarios, decidimos aplicar estos estándares en el BSUCH. Para su aplicación es necesario una gran cantidad de trabajo, capacitación y compromiso del personal involucrado.

**Objetivos:** Asegurar la calidad de la Medicina Transfusional otorgada por nuestro Servicio al implementar en el BSUCH la norma ISO 9002, basándose en la adaptación realizada por la AABB. Detectar los puntos críticos que influyen positiva o negativamente en esta implementación, para buscar el mejor sistema que permita lograrlo. Incorporar a todo el personal del servicio como una estrategia para conseguir involucrarlo con la Gestión de Calidad, vencer el miedo al cambio y su compromiso con la implantación de estas normas.

**Método:** Apoyados en la Política de Calidad gestionada por la jefatura del Servicio, y sobre la base de las normas ISO 9002, y siguiendo las indicaciones entregadas para estos fines por la AABB, se implementó un sistema para desarrollar los aspectos contenidos en ellas. Se establecieron etapas, apuntando a los diferentes niveles jerárquicos contenidos en las normas ISO. Se definió un profesional responsable de cada Unidad del BSUCH, quien debió analizar el Manual de Procedimiento existente y reescribirlo en base a la norma ISO 9002, destinado a que todos trabajen igual. Se elaboraron flujogramas de proceso para distintas Unidades del Banco de Sangre, explicitando los procedimientos contenidos en ellos.

**Resultados:** Durante el año 2001 y 2002 se ha estado trabajando en la implementación de la norma ISO 9002, abordando con mayor dedicación el nivel III, que dice relación con procedimientos y registros. El Manual de Procedimientos Operativos Estandarizado (MPOE) del BSUCH ha sido reescrito con un enfoque basado en procesos. Cada procedimiento del proceso cumple con un formato preestablecido que contiene: objetivos, a quién está dirigido, procedimiento propiamente tal, finalizando con su control y el responsable de ello. También se ha trabajado en desarrollar elementos del nivel II (Procesos), y nivel I (Políticas), por medio del desarrollo de un Manual de Calidad para el BSUCH.

**Conclusiones:** Como resultado del estudio de los procesos del BSUCH, al alero de las normas de la serie ISO 9002, se tiene una visión global y particular del funcionamiento del Servicio, lo que ha entregado información importante para detectar nuestras falencias y debilidades y así poder mejorarlas. Los aspectos más destacables son: a) Estructurar los procedimientos en base al proceso a que pertenecen nos ha permitido intervenir en aquellas áreas de menor calidad con acciones concretas y focalizadas. b) Detectar la falta de procedimientos escritos para ciertas etapas de algunos procesos. c) La importancia de la participación activa del personal en la elaboración de los procedimientos, ya que son ellos los que mejor los conocen y quienes deben aplicarlos. d) Evidenciar áreas no desarrolladas como por ejemplo la gestión de documentos, gestión de calidad de equipos, manejo del error, entre otros. e) Definir prioridades y etapas en la implementación de las normas ISO en el BSUCH, en base a su importancia, la interferencia con la calidad de la gestión del servicio y la política de calidad del BSUCH. Constatar que es una tarea de largo tiempo, con esfuerzo humano y material. f) Definición de un cronograma de trabajo. g) Comprobar una vez más que la implantación de un programa de Calidad no está exento de miedos y rechazos por parte del personal, lo que se supera en gran medida si ellos son y se sienten parte activa de dicho proceso.

# Vigilancia activa de reacciones adversas inmediatas a la transfusión sanguínea

Nombre Autor Principal: TM. Alda Cembrano M.

Nombre Segundo Autor: Dr. Milton Larrondo L, TM Leonor Armanet B.

Servicio, Departamento o Unidad: Banco de Sangre

Teléfono: 6788009 / 7777289

E-mail: acembrano@entelchile.net

**Introducción:** La transfusión sanguínea se asocia a riesgos inherentes al uso de sangre obtenida de donantes de sangre.

Por ello, el Banco de Sangre del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (BSUCH) debe cumplir de manera rigurosa todas las etapas de manejo de la sangre, desde la donación hasta el proceso final de transfusión al paciente, lo que está claramente establecido en el Manual de Procedimientos.

El cumplimiento de estos procesos permite evitar y reducir al mínimo las reacciones adversas a la transfusión (RAT) inmediatas que podemos clasificar en tres grupos: 1) Reacciones hemolíticas Inmunes, 2) Reacciones No hemolíticas inmunes, 3) Reacciones No hemolíticas No Inmunes. Estas RAT inmediatas se producen durante las 24 horas siguientes a la transfusión y su diagnóstico y manejo terapéutico precoz permite evitar complicaciones clínicas mayores. Nuestro Hospital cuenta con Normas de Terapia Transfusional por lo que se espera que las indicaciones de transfusión sean las apropiadas y la frecuencia de reacciones adversas no supere el estándar establecido (menor al 1%).

En el primer grupo la reacción más peligrosa es la hemolítica aguda por incompatibilidad ABO en que ocurre destrucción intravascular de eritrocitos, con consecuencias que pueden llegar a ser fatales si no se trata a tiempo. En el segundo grupo las más frecuentes son la Reacción Febril y la Reacción Alérgica. Tradicionalmente, en el BSUCH el seguimiento de las reacciones transfusionales se hizo en forma pasiva, recibiendo solo la información que llegaba desde los diferentes servicios clínicos y realizando por lo tanto un subregistro de ellas. Sin embargo, siendo parte de la misión del BSUCH "servir a nuestros pacientes entregándoles una terapia transfusional de óptima calidad, de manera segura y oportuna" decidimos, en el año 2000, iniciar una vigilancia activa de las reacciones inmediatas de tal modo de monitorear diariamente la frecuencia de RAT y realizar un seguimiento de ellas por medio de un indicador.

**Objetivos:**

1) Conocer la frecuencia de RAT en el BSUCH, y comparar el resultado con el estándar establecido. 2) Identificar las causas de RAT y diferenciarlas de reacciones coincidentes con la transfusión, pero debidas a patología de base del paciente. 3) Definir estrategias factibles de intervención para prevenir y evitar aquellas reacciones en que el Banco de Sangre tiene responsabilidad en la aparición (ejemplo: uso de componentes filtrados en pacientes con RAT febriles).

**Método:** Para su realización fue necesario implementar un sistema de recolección de datos (vigilancia activa) desde la ficha clínica. Esto es realizado por un Tecnólogo Médico quien diariamente emite un informe de aquellos pacientes en que se detecta algún tipo de RAT. Este informe es entregado al Médico del BSUCH para su verificación y diagnóstico final. Luego, se construyó un indicador llamado "Índice de reacciones adversas a la transfusión relacionando:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Reacciones Adversas a Transfusión}}{\text{N}^\circ \text{ de hemocomponentes transfundidos}} \times 100$$

**Resultados y Conclusiones:** Al implementar la vigilancia activa de las RAT, se constató una subnotificación de ellas, ya que se informaban solo cuando eran severas o cuando se hacía necesario suspender la transfusión y enviar las unidades a cultivo bacteriológico. Aquellas reacciones menos graves o que ocurrían una vez terminada la transfusión se registraban en la ficha clínica pero no eran notificadas al Banco de Sangre. Durante el período estudiado (septiembre 2000-diciembre 2001) no se registró ninguna reacción hemolítica o infecciosa. Dado que estas reacciones son producto de error humano y por tanto evitables, es un indicador de que los procesos están funcionando de acuerdo a lo esperado.

El porcentaje de RAT fue de 0.5% y correspondieron a reacciones febriles no hemolíticas y reacciones alérgicas, estando este resultado dentro del límite esperado. Por ello, se decidió mantener la vigilancia activa de las reacciones transfusionales, de modo de utilizar este índice como medio para colaborar con el control de la seguridad transfusional, observando su desarrollo en el tiempo para detectar oportunidades de mejoramiento cuando los valores se alejen del estándar esperado.

# Utilidad de la aplicación de un indicador de gestión en el Banco de Sangre del HCUCh.

Nombre Autor Principal: TM Blanca Pagliero N.  
Nombre Segundo Autor: TM Leonor Armanet B, TM Elsa Orrego G, Dr. Milton Larrondo L.  
Servicio, Departamento o Unidad: Banco de Sangre  
Teléfono: 7777289 - 6788009  
E-mail: bpagliero@ns.hospital.uchile.cl

## Introducción

Un Banco de Sangre moderno y eficiente debe ofrecer una terapia transfusional de calidad y específica para cada patología que presentan los pacientes. Por consiguiente, es necesario que cada unidad de sangre donada sea fraccionada en diferentes hemocomponentes de acuerdo a una programación previa. Esto puede ser medido en un indicador llamado índice de fraccionamiento de sangre.

En Chile a modo de ejemplo y según datos del MINSAL, el índice de fraccionamiento es variable, 1.0 en Hospital de Buin, 2.35 en Hospital E. González Cortés. Esto significa que en el primer caso sólo se cuenta con sangre total para realizar la terapia transfusional, y en el segundo caso de cada unidad donada se obtienen en promedio 2 ó 3 hemocomponentes.

## Objetivos

- 1) Conocer el índice de fraccionamiento de sangre, considerando un estándar previamente definido de 2.5.
- 2) Evaluar si se cumple con la planificación del fraccionamiento.
- 3) Estudiar las implicancias de desviaciones de este indicador.
- 4) Proponer estrategias de intervención en el proceso si se detectan anomalías o no cumplimiento del estándar.

## Descripción del trabajo

Para realizar esta investigación se construyó un indicador de calidad que permitiera medir el grado de fraccionamiento de la sangre total donada, que se denominó Índice de Fraccionamiento de Sangre, cuyas características se detallan a continuación:

$$\frac{\text{Nº total de componentes producidos}}{\text{Nº total de donaciones efectivas}}$$

Tabla 1: Indicador

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Año
INDICE	2.6	2.6	2.8	2.8	2.9	2.9	3	2.7	2.7	2.8	2.8	2.9	2.8

Para aplicar este indicador en primer lugar es necesario contar con una base de datos que entregue esta información, por lo que fue necesario unificar los criterios que definen lo que es una donación efectiva, y un hemocomponente producido. Esto nos asegura un registro de datos fidedigno.

## Resultados y conclusiones

Al aplicar el indicador descrito anteriormente en la Unidad de Hemocomponentes evaluando su producción 2001 obtuvimos los valores que se muestran en la tabla 1.

Con estos datos podemos concluir que el valor para el año 2001 es 2,8. Si esta cifra la desagregamos de acuerdo a los meses del año podemos observar que existe una variación en el índice, atribuible a diferentes factores como por ejemplo disponibilidad de personal, feriados legales, etc.

El valor de este índice está de acuerdo con el estándar que el BSUCH tenía previamente fijado (2.5), lo que significa que a pesar de fluctuaciones se ha mantenido dentro de lo esperado.

Es necesario asociar este índice de fraccionamiento con la demanda de componentes sanguíneos que se ha tenido durante el período de aplicación lo que sirve para planificar la producción de acuerdo a las necesidades del Servicio, y cubrir así la demanda de Hemocomponentes. También nos permite controlar el cumplimiento de los objetivos de la planificación, en el sentido de evaluar productividad, recursos humanos destinados para este fin, y muy importantemente, la citación y captación de Donantes.

Cabe destacar que no es conveniente aumentar indiscriminadamente este índice, ya que está en directa relación con el grado de satisfacción de la demanda. Por lo tanto, ante una demanda de hemocomponentes adecuadamente cubierta (porcentaje de satisfacción sobre 90%); un aumento innecesario implicará pérdida por obsolescencia y baja en la calidad de los hemocomponentes producidos.

## Dento Máxilofacial

### Estrategia de gestión del recursos humanos del Servicio Dento-Máxilofacial para mejorar la calidad de atención

Nombre Autor Principal: EU Sra. Sonia Cerda  
Nombre Segundo Autor: Dr. Sergio Acosta Christian  
Servicio, Departamento o Unidad: Dento-Máxilofacial  
Teléfono: 678 81 33  
E-mail: sacostach@hotmail.com o scerda@ns.hospital.uchile.cl

En el marco de la gestión de calidad de atención al usuario, no solo es importante la preocupación de la Jefatura del Servicio por la excelencia de sus profesionales y académicos, tanto en la esfera cognoscitiva como en la de las relaciones humanas, para lograr empatizar con el paciente, mejorando el flujo de información, la relación médico paciente y, por ende, del producto final entregado. La calidad de atención que nuestro personal de apoyo, tanto auxiliares dentales como admisionistas brinda al paciente, es un aspecto de constante trabajo y dedicación. Ello es consecuente con el rol de la jefatura respecto de la gestión del recurso humano.

Conscientes de ello es que, una vez por semana, se realizan reuniones de evaluación de la labor realizada por admisionistas y auxiliares dentales por separado, donde se analizan los problemas surgidos entre el personal, con los profesionales y con el público atendido. En ellas prima la franqueza y la conciencia de la importancia del trabajo en equipo. Se definen las vías de solución e iniciativas de mejora y se realiza motivación destacando las cualidades de proactividad y creatividad para cumplir la Misión del hospital.

Las conclusiones de cada reunión se hacen presentes en reunión de la jefatura del servicio y las propuestas interesantes se estudian de manera de implementarlas. De ser así, se anuncian por intermedio de la Carpeta de Novedades, y si corresponde, en la reunión clínica del servicio.

Los resultados de tales reuniones han permitido mejorar el clima laboral, las relaciones entre los estamentos del servicio e implementar medidas que han contribuido a solucionar problemas que han mejorado la atención de calidad al paciente.

Esperamos diseñar un instrumento de medición del impacto de tales reuniones en relación con la mejora de los procesos internos y la satisfacción usuaria.

## Dirección Médica

### Proyecto de Centralización de la Administración de los Auditorios del Hospital Clínico.

Nombre Autor Principal: Paulette Iribarne  
Servicio, Departamento o Unidad: Oficina de Apoyo a la Docencia / Dirección Médica  
Teléfono: 678.8552 Fax: 678.8552  
E-mail: piribarn@ns.hospital.uchile.cl

#### Introducción:

Como antecedentes del proyecto, se presenta la información entregada por los Servicios y Departamentos clínicos para la Memoria 2002 del Hospital en su capítulo de Actividad Académica y el Catastro de Auditorios y Salas de Clase realizado por esta oficina a principios de 2003. Se han tomado en cuenta así mismo, las evaluaciones hechas por los estudiantes de pre-grado a la docencia en nuestro Hospital presentadas en dos estudios en las Jornadas de Calidad del año pasado.

El problema detectado consiste en la enorme disparidad tanto en el acceso que los diferentes servicios tienen a los auditorios, como a la administración, estado y equipamiento de los mismos.

#### Objetivos:

Centralizar la administración de los auditorios existentes para lograr:

- Una administración más eficiente del uso de los auditorios a través de un sistema único, común, conocido y accesible por todos, con reglas claras.
- Liberar secundariamente otros espacios actualmente dedicados a la docencia (y que podrían ser reciclados para alojar los espacios que los estudiantes reclaman para dejar sus cosas, estudiar, baños, etc)

#### Descripción del Trabajo:

Consiste en Desarrollar un sistema central de administración de auditorios con las siguientes características:

- Claro, fácil de utilizar,
- Universalmente conocido: formatos y vías de comunicación (anexo, teléfono, fax, email, WEB)
- Rápido,
- Con criterios conocidos y sin excepciones,
- Flexible.

Para sus administradores, este sistema además:

- debe permitir visualizar las alternativas,
- debe facilitar un ingreso expedito de datos,

- debe admitir acceso remoto y un determinado nivel de automatización,
- debe entregar informes cuantitativos,
- debe permitir búsquedas,
- se debe definir niveles de acceso para ingresar / modificar datos.

Un aspecto fundamental a considerar es la correcta y oportuna comunicación de este proyecto, de sus objetivos, beneficios y resultados esperados a nivel de toda la comunidad del Hospital, puesto que el catastro arrojó como elemento fuerte de la percepción de este tema la "propiedad" de un auditorios por un servicio y la asociación de esta "posesión" con algún nivel de poder, lo que se expresa en la actitud en sus administradores eventuales. Este elemento emocional permite prever una gran resistencia al cambio propuesto, y por lo tanto un factor gravitante en el éxito o fracaso del proyecto.

Resultados y Conclusiones:

Esperamos que los resultados sean:

- Una optimización del uso del espacio en el Hospital,
- Un mejoramiento en la calidad de la docencia que impartimos.
- Una optimización de las horas-hombre e insumos actualmente mal utilizados en la administración, búsqueda y mantención de los espacios para la docencia.
- Secundariamente, el fortalecimiento de nuestra imagen como Hospital Docente, en los docentes y alumnos, la sensación de estar respaldados eficientemente por la institución, y la liberación de espacios para otros fines.

## Sistematización y determinación del perfil epidemiológico de los egresos del HCUCh.

Nombre Relator: Dra. Susana Pepper Bergholz

Nombre Autor Principal: Dra. Susana Pepper Bergholz

Nombre Segundo Autor: EU Angélica Román González

Servicio, Departamento o Unidad: Unidad de Análisis y Gestión Clínica - Dirección Médica

Teléfono: 678 85-75

E-mail: spepper@ns.hospital.uchile.cl

Introducción: Dentro de los Sistemas de Información que apoyan la gestión de un establecimiento hospitalario, tiene particular relevancia aquél que permite sistematizar los egresos y su perfil epidemiológico. Su análisis permite establecer el grado de complejidad del establecimiento, compararlo con otros centros asistenciales, evaluar nuevas líneas de desarrollo en el campo asistencial o establecer posibles brechas de oferta. Puede además constituirse en el punto de partida para el desarrollo de estrategias de optimización: nuevos modelos de gestión de camas, uso de codificaciones para diagnóstico, redefinición de centros de costo, etc. De acuerdo al grado de desagregación a que se llegue en el análisis, puede además servir para el trabajo asistencial, de investigación y gestión de los médicos clínicos y Jefaturas de Servicio, al caracterizar el tipo de pacientes que se atienden en cada una de estas unidades y evaluar los resultados en salud obtenidos.

Objetivos:

El principal objetivo del presente estudio es definir el "perfil epidemiológico" de los pacientes atendidos y los resultados de la atención en salud que éstos han recibido. Se pueden establecer además los siguientes objetivos específicos:

1. Aportar información relevante en la toma de decisiones tanto a los equipos técnicos como directivos del establecimiento a través de la descripción del perfil epidemiológico de los pacientes ingresado a la atención cerrada.
2. Contribuir al diseño y desarrollo de proyectos de mejora y optimización de la Gestión Hospitalaria y de los Servicios.
3. Analizar los resultados en salud de las hospitalizaciones, para grupos diagnósticos afines y comparables en complejidad.
4. Apoyar y reforzar la introducción de sistemas de información hospitalaria con una clasificación aceptada en el ámbito nacional e internacional (la CIE-10: Clasifica-

ción Internacional de Enfermedades, última versión), que permita la comparación del perfil de egresos con otras instituciones homologas y un amplio desarrollo en la información clínico-epidemiológica del Hospital.

#### Descripción del Trabajo:

Se analizan el total de egresos del año 2002 (23.300), utilizando para tales efectos la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10. Esos se analizan en forma global y luego se describe la situación de los principales Servicios Clínicos a objeto de darle a este informe una mayor utilidad para las Jefaturas y así responder a los intereses particulares de los diferentes grupos de especialistas.

Cabe señalar la posibilidad de elaborar a partir de la base de datos de que se dispone, informes adicionales a los aquí presentados, que cumplan con requerimientos y necesidades específicas.

#### Resultados y Conclusiones:

El estudio permite describir las principales causas de hospitalización, las cuales marcan a éste como un establecimiento de alta complejidad que además es centro de referencia para patología de alta especialización. El análisis comparativo con establecimientos de perfil similar marcan algunas diferencias: la población infantil atendida tiene una baja relevancia en términos numéricos, al igual que los partos y el mayor porcentaje de egresos corresponde a pacientes de tipo quirúrgico. De igual forma, las tasas de mortalidad intrahospitalaria son bajas, en gran medida por el tipo de pacientes atendidos y por la calidad de la atención brindada. Una importante puerta de entrada para los pacientes está dada por los Servicios de Urgencia de Adultos y Niños y la gestión de camas lleva a un volumen muy significativo de traslados durante un episodio de hospitalización. Los principales diagnósticos de egreso corresponden a: patología digestiva, del sistema circulatorio, del sistema genitourinario, tumores y finalmente embarazo, parto y puerperio.

## Enfermería

### Personal de enfermería en el apoyo integral del paciente hospitalizado.

Nombre Autor Principal: Alejandra Avalos

Nombre Segundo Autor: Ana María\_Solis

Servicio, Departamento o Unidad: Departamento de Enfermería

Teléfono: 6788338 Fax: 7323594

E-mail: ysepulveda@ns.hospital.uchile.cl

Introducción: En esta oportunidad queremos destacar el respeto, amor y abnegación como requisitos básicos en la atención del ser humano necesitado de ayuda. La función de la ayudante de enfermería es de servicio continuo, llena de valores humanos y éticos, lo que genera confianza y gratitud en el paciente y en su familia. La hospitalización es la primera etapa de separación entre el enfermo y los suyos. Si partimos de la base que un enfermo no es un conjunto de síntomas, signos, funciones alteradas y órganos lesionados, sino que es un ser humano asentado en una familia y entorno social, que está angustiado, temeroso y esperanzado, que busca alivio, ayuda y confianza y deja su futuro inmediato en las manos de los profesionales de esta institución, debemos tener claro que la relación con el paciente debe basarse en un profundo conocimiento de éste, de sus características y problemática específica, haciendo de cada caso un caso único.

Las respuestas emocionales del paciente desempeñan un papel importantísimo en la evolución de la enfermedad y en el restablecimiento de la salud.

La mayoría de los enfermos necesita exponer abiertamente sus miedos, angustias y esperanzas y valoran positivamente la posibilidad de poder comunicarse.

El ayudante de enfermería tiene la función de prestar atención, consuelo, alivio y confort, no olvidando la relevancia que tiene el ayudar al buen morir, ya que este período de la enfermedad es en la cual los pacientes reciben menos atención médica pero mayores cuidados de nuestra parte. Si éstos son buenos el enfermo puede sentirse acompañado y morir más dignamente.

Propósito: Destacar como base de una atención de calidad la calidez y humanidad en el trato a nuestros pacientes.

#### Objetivos:

- Cultivar nuestra sensibilidad humana.
- Estimular nuestra vocación de servicio.

# Evaluación de las causas que provocan caídas en el HCUCH

Nombre Autor Principal: Yasna Sepúlveda

Servicio, Departamento o Unidad: Departamento de Enfermería

Teléfono: 6788338 Fax: 7323594

E-mail: ysepulveda@ns.hospital.uchile.cl

**Introducción:** desde algunos años, las enfermeras del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, han notificado por escrito los eventos no deseados ocurridos durante la hospitalización del paciente.

El evento notificado con mayor frecuencia durante el año 2001 es la caída del paciente hospitalizado.

En junio del año 2002 se inicia el programa de análisis y vigilancia de incidentes, lo que ha permitido evaluar algunos procesos de atención de enfermería, con el fin de identificar en este caso, las causas que provocan caídas.

**Propósito:** Disminuir la incidencia de caídas en nuestro hospital.

**Objetivos:**

- Identificar las causas que favorecen la ocurrencia de caídas en nuestro hospital.
- Implementar medidas de prevención en relación con resultados obtenidos.

**Descripción del Trabajo:**

1. Se realizan reuniones con enfermeras de todos los servicios del hospital, buscando las probables causas que provocan caídas en los pacientes hospitalizados.

2. Se implementan sesiones informativas de las consecuencias de los eventos no deseados y de la utilidad de la notificación de éstos.

3. Posteriormente se organizan las causas referidas por las enfermeras de distintos servicios en un diagrama causa - efecto.

4. Como resultado de lo mencionado, se programa la realización de las siguientes actividades:

- Catastro estado de las camas del Hospital en septiembre del 2002.
- Evaluación del estado de los baños del Hospital en septiembre - octubre 2002.
- Descripción de las caídas ocurridas durante el período junio - noviembre de 2002. Los datos fueron recolectados del formulario de notificación de incidentes y de los registros médicos y de enfermería.
- Revisión bibliográfica.

**Resultados y Conclusiones:**

La caída del paciente hospitalizado es un evento grave que no debiera ocurrir, pero es de difícil manejo ya que son múltiples las causas que los provocan.

Existe un déficit de recursos materiales necesarios para la prevención de caídas.

Los resultados de la descripción de caídas, nos orienta al perfil del paciente que cae, al lugar y al momento en que ocurren con mayor frecuencia.

Al existir múltiples factores que provocan caídas, hace necesario realizar un estudio que evalúe las medidas de prevención a implementar.

Es importante detectar a los pacientes susceptibles de sufrir caídas para la implementación de las medidas de prevención, por lo tanto, se elabora pauta de evaluación de riesgo de caídas, estando en este momento en período de evaluación del formato.

Se elabora protocolo de prevención, con medidas que deberán ser evaluadas con el fin de definir las más efectivas.

El equipo de salud debe aunar los esfuerzos para investigar los factores que predisponen las caídas de los pacientes, para implementar medidas de prevención y si la caída ocurre brindar atención oportuna, lo que disminuirá la ansiedad del paciente y de la familia.

**Tareas por realizar**

- Concienciar a todo el equipo de salud de la importancia de prevenir las caídas de los pacientes hospitalizados.
- Se continuará capacitando en relación con los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos de las caídas y sobre las medidas de prevención.

Agradecemos la colaboración de todo el personal de enfermería del Hospital, por realizar la notificación de los eventos no deseados ocurridos al paciente hospitalizado, la búsqueda de las causas, el catastro de las camas y por la información proporcionada al momento del análisis de las caídas.

# Unidad de dolor agudo: analgesia adecuada y segura en hospitalizados.

Nombre Autor Principal: Verónica Navarro

Servicio, Departamento o Unidad: Departamento de Enfermería

Teléfono: 6788338 Fax: 7323594

E-mail: ysepulveda@ns.hospital.uchile.cl

**Introducción:** Una de las preocupaciones más importantes en Medicina es el óptimo cuidado de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas, y en especial el control eficaz del dolor agudo post-operatorio. Una serie de estudios demuestran que al proporcionar una analgesia adecuada en el post-operatorio reduce la incidencia de determinadas complicaciones, el número de días y los costos totales de la hospitalización.

Además, la satisfacción que demuestra el paciente con el manejo del dolor se relaciona directamente con la calidad de atención recibida y la imagen que tiene éste de la institución. A pesar de los progresos alcanzados en el desarrollo de técnicas más eficaces para controlar el dolor post-operatorio en nuestro hospital, se pesquisan múltiples factores que imposibilitan otorgar una analgesia adecuada y segura a los pacientes. La necesidad de mejorar este proceso motivó la formación de la Unidad de Dolor Agudo en el Departamento de Anestesia de nuestra institución.

**Propósito:** Entregar una mejor calidad de analgesia en el post-operatorio

**Objetivos:**

1. Otorgar al paciente un manejo oportuno, eficiente y seguro del dolor en el post-operatorio.
2. Prevenir y tratar en forma oportuna complicaciones derivadas de la terapia analgésica.

**Descripción del Trabajo:** Como parte del proceso de intervención la UDA define los objetivos de la terapia analgésica, establece criterios de inclusión de paciente, se estandarizan soluciones analgésicas y se elabora el protocolo de atención para estos pacientes. Además, se aumenta la dotación de bombas de PCA y se implementa sistema de control y evaluación de la analgesia a través de dos visitas diarias por el Anestesiólogo y Enfermera de la unidad. Se logra mantener cobertura las 24 hrs. para resolver problemas fuera de horario hábil. Se inicia capacitación de Enfermeras sobre manejo del paciente con analgesia y uso de bombas PCA.

**Resultados y Conclusiones:**

· Desde su formación la UDA ha atendido aproximadamente 3100 pacientes con analgesia peridural (90%) y PCA (10%).

· Se implementó sistema de vigilancia epidemiológica de las complicaciones presentadas por éstos pacientes y se evalúa periódicamente el proceso para intervenir en caso de necesidad.

· Al aplicar la pauta de evaluación del dolor se demuestra que el esquema de analgesia utilizado para cada caso en particular, es el adecuado ya que los pacientes manifiestan EVA  $< 0 = a 3$ , que es lo esperado.

· Enfermería cumple un rol preponderante durante la administración de los distintos tipos de analgesia, ya que es su responsabilidad evaluar la efectividad de la terapia administrada, pesquisar precozmente complicaciones y comunicarlo oportunamente a la UDA.

Como tarea pendiente está el continuar con la capacitación programada e implementada el año 2002 para Enfermeras de Intermedios, crear conciencia en el equipo de salud sobre los beneficios que otorga esta terapia y elaborar guías de atención médica y de Enfermería.

## Farmacia

### Mejoramiento de la Cadena de Tiempo entre la Preparación y la Administración de Quimioterápicos

Nombre Autor Principal: Alejandra Rivera, QF Carmen Gloria San Martín C.

Nombre Segundo Autor: QF Marcela Pezzani, QF Paz Latorre, QF Pamela Jiménez, QF Nancy Abusada, QF Lorena Brito.

Servicio, Departamento o Unidad: Servicio de Farmacia

Teléfono: 6788051

E-mail: csanmartin@ns.hospital.uchile.cl

**Introducción:** El cáncer es una enfermedad que ha aumentado su frecuencia e incidencia en los últimos años, constituye una de las principales causas de muerte en Chile. En todo centro de salud, donde se traten enfermedades antineoplásicas, es necesario contar con un buen sistema de control de estos medicamentos que agrupe todas las actividades relacionadas, desde su adquisición hasta su administración. Para esta enfermedad se utilizan distintos quimioterápicos solo o en asociación, dependiendo del tipo de cáncer. La preparación de estos medicamentos en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile se realiza en la Unidad de Mezclas Oncológicas

(UMO) del Servicio de Farmacia desde el año 2000, previa indicación médica por medio de la receta de preparación oncológicas y confirmación telefónica con enfermera de que el paciente está en condiciones de recibir su tratamiento. El tiempo de estabilidad de este preparado varía dependiendo de la naturaleza del medicamento y del tipo de solvente empleado para la preparación. La UMO debe asegurar la calidad del preparado realizado a los diferentes servicios para ser administrado al paciente, por lo que debemos velar por el correcto transporte, la no-contaminación, la imposibilidad de confusión de los preparados. Lo más importante tener en cuenta las características particulares, de cada medicamento que influyan en su estabilidad dado que, algunos citostáticos una vez preparados solo tienen horas de estabilidad, ya sea por sistemas buffer, preservativos y aditivos que acompañan al producto farmacéuticos y factores químicos como hidrólisis, oxidación, reducción, fotodegradación y pH de la solución. Por todas las razones anteriores se hace necesario disminuir el tiempo que transcurre entre la preparación y la administración del mismo para asegurar un preparado estable.

Objetivos:

- Asegurar la estabilidad del quimioterápico.
- Conocer el tiempo real entre la preparación y la administración del preparado.
- Mejorar la cadena de tiempo entre la preparación y la administración del preparado.
- Evitar pérdida de la eficacia y pérdida del preparado.

Descripción del Trabajo: Este trabajo se realizó durante 3 meses del año 2002, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en la Unidad de Mezclas Oncológicas del Servicio de Farmacia y los diferentes Servicios del Hospital donde se encontraban los pacientes que recibieron quimioterapia. Criterio de inclusión: Pacientes hospitalizados que recibieron quimioterapia. Metodología: Se realizó una ficha de seguimiento donde fueron anotadas las horas reales de: confirmación de quimioterapia, hora de preparación, hora de aviso al servicio para el retiro, hora del retiro y hora de administración, con estos datos se realizó un análisis desde el tiempo que transcurre desde la hora de preparado y administración de la terapia y la incidencia que esta tendría en la calidad del producto. Luego se procedió a realizar una intervención a las Enfermeras del servicio de medicina con el fin de mejorar el sistema y permitir disminuir este tiempo, por medio de una charla. Posteriormente, se utilizó nuevamente la ficha de seguimiento para medir el tiempo y evaluar resultados.

Resultados y Conclusiones: En estos meses se evaluaron 4 servicios. En el Servicio de Medicina se midió el tiempo de 21 eventos de 8 pacientes distintos dando como tiempo promedio de entre la preparación y administración de 3.6 hrs. Pero cabe destacar que un preparado fue administrado a las 7 horas de ser preparado afectando la característica del producto. En el servicio de Urología se analizaron 3 eventos de 1 paciente dando como promedio 3.1 hrs, obteniéndose un tiempo de 4.5 hrs pero esto no afectaba el preparado. En Nefrología se analizaron 4 eventos de 2 pacientes, con un promedio de 2.5 hrs que no afectaba al producto. En los pensionados se analizaron 6 eventos de tres pacientes distintos con un promedio de 1.2 hrs. En la intervención se analizó el problema que podría tener para el paciente el tiempo transcurrido. Se concluyó que el Servicio de Farmacia prepararía todas las quimioterapias de los pacientes en su segundo horario de ingreso a la cámara, con el fin de reducir el tiempo y esperar que todas las terapias estuviesen confirmadas. Esto permitió disminuir el tiempo promedio a 1.5 hrs, mejorando la calidad de los preparados, mejorar la calidad de la atención por parte del servicio de enfermería y evitar pérdidas de algún preparado por suspensión de la indicación. También nos deja claro la necesidad de implementar en el Hospital un servicio específico para este tipo de pacientes, ya que se tendría personal especializado, normas claras, mejor atención al paciente tanto en su terapia, efectos adversos, ya que al año nuestro Servicio de Farmacia realiza preparaciones de aproximadamente 30 pacientes al mes hospitalizados.

## Estudio de pH de Soluciones de Nutrición Parenteral de la Unidad de Neonatología

Nombre Autor Principal: José Miguel Vicencio B. y QF Paz Verónica Latorre O.

Nombre Segundo Autor: QF Marcela Pezzani V, QF Carmen Gloria San Martín C, QF Lorena Brito F, QF Nancy Abusada A, QF Pamela Jiménez M.

Servicio, Departamento o Unidad: Servicio de Farmacia

Teléfono: 6788051-6788021

E-mail: pvlatorr@ns.hospital.uchile.cl

Introducción: Las soluciones de nutrición parenteral se preparan en el Servicio de Farmacia de nuestro hospital, de conformidad con la prescripción médica individualizada para cada paciente, acorde a sus propios requerimientos nutricionales. Calcio y fosfato son electrolitos

fundamentales en los procesos metabólicos, y su principal reservorio en el organismo son los huesos, desde ahí se liberan según la demanda fisiológica; en neonatos tal demanda es muy alta, y la desmineralización del hueso ocurre en forma rápida. La principal razón de hacer este estudio radica en la necesidad de evitar la presencia de precipitados de fosfato de calcio en las soluciones de nutrición parenteral (SNP) de neonatos, ya que dichas SNP poseen elevados niveles de calcio y fosfato y el riesgo de una precipitación es alto. El pH es el principal factor que afecta la solubilidad de las sales de calcio y fosfato, por lo tanto es un buen indicador del riesgo de precipitación; a menores valores de pH se favorece la solubilidad del fosfato de calcio. De existir un precipitado, las consecuencias podrían ser la obstrucción de un catéter, o una embolia en el paciente.

#### Objetivos:

- Determinar el rango de pH en el cual se encuentran la mayoría de las nutriciones parenterales de la Unidad de Neonatología.
- Evaluar la estabilidad del pH de las preparaciones durante su período de utilización.
- Conocer cómo influyen en el pH los distintos componentes de la nutrición parenteral.
- Poder estimar si en una determinada formulación existe el riesgo de una eventual precipitación.

#### Descripción del Trabajo:

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Farmacia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, midiéndose pH de cada nutrición parenteral elaborada en la Farmacia para la Unidad de Neonatología, durante un período de 2 meses. La medición de pH se realizó a las 0 hrs. y a las 24 hrs. de la preparación de cada SNP elaborada para la Unidad de Neontología. Se registraron los datos de cada receta en una en una hoja de cálculo excel confeccionada para calcular las cantidades mM de calcio y fósforo presentes en la muestra. La compatibilidad de las concentraciones de calcio y fosfato a un determinado pH se establecieron con la ayuda de un nomograma. Se relacionaron los componentes de la solución con el pH. Se hizo estudios particulares de la influencia de los 3 macronutrientes que contienen las SNP (glucosa, lípidos, aminoácidos) sobre el pH, los cuales son aportados en mayor volumen a la mezcla que el resto de los nutrientes.

#### Resultados y Conclusiones:

El estudio demostró que el 98,9% de las 94 SNP estudiadas se encuentra dentro de los márgenes en que no existe riesgo de precipitación de fosfato de calcio. El

1.1% correspondió a una SNP en que se encontró riesgo de precipitación de acuerdo a las concentraciones de calcio y fosfato presentes en la muestra.

De los tres macronutrientes el más influyente en el pH fue la solución de Aminoácidos, que elevó el pH en un 6,2% al aumentar al doble el contenido de aminoácidos de una muestra.

Dentro del período de 24 horas el pH promedio varió en 0.28% respecto del  $pH_{t=0}$ , la máxima variación fue de 0.13 unidades de pH, variación que no involucró riesgo de precipitación de fosfato de calcio para ninguna de las SNP analizadas.

La única forma de conocer el pH de una SNP es medirlo experimentalmente, debido a que no es predecible por simples cálculos al depender de múltiples factores.

## Desarrollo de la documentación de calidad del Servicio de Farmacia

Nombre autor principal: Santos Zeballos V.

Nombre segundo autor: Myrna Rojas.

Unidad: Docencia de Química y Farmacia

Teléfono 678 84 29

E-mail: santoszv@ciq.uchile.cl

#### Introducción:

Los sistemas de calidad hacen uso de varios conceptos, uno de estos está representado por el aseguramiento de la calidad. La construcción del aseguramiento de la calidad en la prestación de los servicios exige el desarrollo de la documentación de calidad, como son el manual de calidad, los procedimientos normalizados de trabajo y los instructivos de trabajo.

Una de las fuentes de error más grave en la no-calidad, ocurre cuando el personal, por alguna circunstancia no conoce bien su tarea o las pautas de cierto procedimiento, por lo que el resultado del trabajo realizado escapa a las expectativas pre-formadas. El aseguramiento de la calidad exige que el personal sea entrenado en el desarrollo de la tarea, en el uso de documentos de trabajo y el empleo adecuado de registros. Es necesario entonces enseñar y resaltar la importancia para los integrantes de la organización la incidencia directa en la satisfacción de los clientes o usuarios, cuando se trabaja con procedimientos controlados y normalizados, mantenidos bajo un sistema adecuado de documentación.

Un sistema de gestión de calidad ampliamente aceptado a nivel internacional está expresado en la Norma ISO

9001; el cual se tomó como referencia para la elaboración de la documentación de calidad en este trabajo.

Objetivos:

Objetivo general:

1. Desarrollar la documentación de calidad del Servicio de Farmacia.

Objetivos específicos:

1. Documentar los procesos generales en procedimientos generales.

2. Desarrollar el despliegue de los procedimientos específicos.

3. Desarrollar el Manual de Calidad del Servicio de Farmacia.

Descripción del Trabajo:

Para la elaboración de los documentos se tomó como referencia la Norma ISO 10.013, aceptada por el Instituto Nacional de Normalización, la que da la pauta normalizada para su confección. Para mantener la adecuada homogeneidad de los documentos se confeccionó un documento matriz, el cual sirvió de guía para la confección de los documentos y estableció el formato de los mismos.

El proceso en general para desarrollar los documentos obedece a las etapas de observación del trabajo realizado, la redacción, la revisión, la aprobación y puesta en vigencia de los documentos. La observación incluye además la participación activa en las actividades, la revisión de documentos escritos anteriores y la utilización de la entrevista escrita realizada a todo el personal, en el que detallan las actividades diarias, semanales, mensuales y ocasionales.

Resultados y conclusiones: Se desarrollaron 8 procedimientos generales, los que corresponden a la documentación de los procesos generales que ocurren en el Servicio de Farmacia. El desarrollo de los procedimientos específicos se ha realizado tomando como base a los procedimientos generales. Estos poseen varias características que permiten su adecuado control, manejo, revisión, archivo y mejora. Se han desarrollado en 114 documentos de calidad. Se ha confeccionado el Manual de Calidad y forma parte del sistema de documentación del Servicio de Farmacia.

La documentación de calidad, lograda forma la base para la gestión de los procedimientos, de los sub-procesos y de los macroprocesos, tendientes a implantar un programa de aseguramiento de la calidad y que por otro lado permitan la Certificación del Servicio de Farmacia, a través de la Norma ISO 9001.2000, constituyéndose en un modelo pionero.

## Primera evaluación de imagen del Servicio de Farmacia

Nombre autor principal: Santos Zeballos V.

Nombre segundo autor: Myrna Rojas.

Unidad: Docencia de Química y Farmacia

Teléfono 678 84 29

E-mail: santoszv@ciq.uchile.cl

Introducción:

El concepto de calidad expresado por Juran es la «adecuación al uso» de un producto o servicio; la adecuación al uso, tiene en forma implícita una reacción psicológica en el usuario o cliente: la satisfacción. El conocimiento de los niveles de satisfacción que puede lograr un servicio determinado es de mucha importancia para la construcción de programas de Gestión de la calidad. Las organizaciones proyectadas hacia la satisfacción de los clientes o usuarios están predestinados a perdurar en el tiempo, no ocurre así en los casos contrarios, por lo que esta es una razón para estar permanentemente informados de cómo están los niveles de satisfacción de los clientes o usuarios a quienes estamos atendiendo.

El Servicio de Farmacia tendiente a implementar un programa de gestión de la calidad y orientado a conocer como está su imagen, a través de los niveles de satisfacción de los clientes internos, desarrolla el presente trabajo, con el objetivo general de evaluarse y a partir de este punto enriquecer datos para su análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) y proyectar un programa de mejoramiento de los servicios prestados.

Objetivos:

Objetivo general: Desarrollar un modelo de investigación de imagen del Servicio de Farmacia.

Objetivos específicos.

1. Diseñar el instrumento de recolección de la información.

2. Aplicar el instrumento y procesar la información recolectada.

Descripción del Trabajo:

El modelo desarrollado se basa en la búsqueda de la información de los niveles de satisfacción - insatisfacción y obedece a un modelo de multiatributos. Se desarrolló un cuestionario, empleando un proceso de elaboración que parte por la revisión de objetivos y la decisión sobre el contenido, la redacción y la secuencia de las preguntas, sobre el formato de respuestas, la apariencia del documento y su validación. Se evaluó la impresión general, luego la satisfacción de los atributos o segmentos,

usando escalas de 5 niveles. Para la aplicación de la encuesta se procedió con las siguientes etapas: 1)Diseño de la encuesta, 2)Validación de la encuesta, 3) Recolección de la información, 4) Procesamiento de datos y 5) Resultados y conclusiones.

Esta encuesta se realizó sobre una muestra representativa global del personal usuario del servicio.

Resultados y conclusiones:

Se logró desarrollar el modelo de encuesta de imagen de satisfacción - insatisfacción, basado en dos preguntas iniciales de Imagen general y cinco preguntas sobre las categorías que integran el servicio como son: la evaluación de materiales, evaluación de métodos de trabajo, evaluación de desempeño del personal, evaluación de la infraestructura y la evaluación del rol de información sobre medicamentos. La encuesta se aplicó en los diferentes servicios hospitalarios usuarios directos del Servicio de Farmacia, con énfasis especial en las Clínicas de Enfermería y su personal integrante, en cada piso del edificio.

La información recogida informa de un nivel de satisfacción de 59.2% en forma general y 51.1% de satisfacción en promedio por las cinco categorías o atributos evaluadas.

Esta primera experiencia sirve de base para la aplicación de otros estudios de calidad del servicio tanto de ámbito general, como a los distintos segmentos del personal hospitalario, sobre la base de la experiencia lograda sobre el mecanismo propio de la aplicación de la encuesta, sobre el uso de recursos y las condiciones que rodean la toma de datos. La información recolectada permite además la posibilidad del reconocimiento de las debilidades, fortalezas y oportunidades de mejora en el desarrollo del trabajo del Servicio de Farmacia. «Solo se puede mejorar aquello que se conoce.»

## Estudio de los procesos del Servicio de Farmacia

Nombre autor principal: Santos Zeballos V.

Nombre segundo autor: Myrna Rojas.

Unidad: Docencia de Química y Farmacia

Teléfono 678 84 29

E-mail: santoszv@ciq.uchile.cl

Introducción:

El Servicio de Farmacia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile como unidad de apoyo clínico, tiene un rol muy importante en la prestación de los servicios de atención hospitalaria; enmarcándose dentro de la política de la subgerencia de calidad en el área de procesos, debe realizar la mejora de los servicios prestados a partir del conocimiento de los procesos que se dan al interior de éste.

El conocimiento de los procesos da la base para la aplicación de la gestión mediante el "enfoque de procesos", recomendado por la Norma ISO 9001; el cual a través del análisis de las interacciones, el estudio y análisis y el mantenimiento de los procesos, permite proyectarse hacia la mejora, con el objetivo de la satisfacción de los usuarios o clientes. Todo esto se hace importante para el logro de los objetivos de la organización, proyectados dentro del Plan de Calidad Institucional.

Objetivos:

Objetivo general:

Identificar los macroprocesos que ocurren en el Servicio de Farmacia.

Objetivos específicos:

1. Confeccionar los diagramas de flujo de los macroprocesos.
2. Elaborar las Plantillas de los macroprocesos del Servicio de Farmacia.

Descripción del Trabajo:

1. Se dictó una clase introductoria a todo el personal del Servicio de Farmacia en donde se motivó el conocimiento de los procesos y su incidencia en la calidad de prestación de servicio.
- 2.-Se realizó una entrevista escrita a todo el personal del Servicio de Farmacia, en donde cada uno detalló las actividades de trabajo diarias, semanales, mensuales y ocasionales.
- 3.-Durante seis meses se participó en forma directa en las actividades del personal en las diferentes secciones del Servicio de Farmacia.
- 4.-Se confeccionaron los diagramas de flujo funcionales y las plantillas, basados en los anteriores antecedentes.

#### Resultados y Conclusiones:

Se encontraron 8 macroprocesos en el Servicio de Farmacia, los cuales se expresaron en sus respectivos diagramas de flujo y plantillas de procesos; estos son:

Dispensación.	Recetario Magistral 1.
Devoluciones de medicamentos.	Recetario Magistral 2.
Consulta externa.	Unidad de Mezclas Oncológicas.
Dirección del Servicio.	Unidad de Nutrición Parenteral.

De esta forma se ha logrado determinar los macroprocesos que ocurren en este servicio los que están directamente relacionados a las secciones que conforman el Servicio de Farmacia.

Los diagramas de flujo obtenidos forman la base para el conocimiento de las actividades, el entrenamiento del personal y la aplicación de programas de mejoramiento.

Las plantillas de procesos representan documentos útiles que permiten en forma estructurada y detallada el conocimiento de los procesos, en lo que respecta a los elementos de entrada, los recursos empleados, las transformaciones y operaciones, los procedimientos incluidos, la verificación, la salida y la retroalimentación de salida y de las partes.

## Gastroenterología

### Evaluación de las Complicaciones Precoces de la Endoscopia Digestiva Alta.

Nombre Autor Principal: Dra. Carmen Hurtado Heim  
Nombre Segundo Autor: Sra. Elisa Zuñiga Pasten  
Servicio, Departamento o Unidad: Sección de Gastroenterología  
Teléfono: 678 8348 Fax: 678 8348  
E-mail: churtado@ns.hospital.uchile.cl

#### Introducción:

El procedimiento conocido como Endoscopia digestiva alta diagnóstica, consiste en la introducción de un instrumento llamado endoscopio, a través de la boca, esófago, estómago hasta el intestino proximal con el objeto de observar, describir lesiones y tomar biopsias a los pacientes para un posterior tratamiento médico. Este examen puede presentar variadas complicaciones, las que

pueden ser clasificadas bajo dos aspectos generales. El primer riesgo está asociado a la medicación (probables reacciones adversas a los medicamentos utilizados) y el segundo el procedimiento mismo (perforaciones, impacción del endoscopio, etc). Se desconoce la magnitud de estas complicaciones en el pabellón de Endoscopia de la Sección de Gastroenterología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Muchas de estas reacciones no deseadas se han observado, pero no se han cuantificado.

#### Objetivos:

Verificar y clasificar la presencia de complicaciones no deseadas en la endoscopia mediante un indicador de calidad.

#### Descripción del Trabajo:

Establecer una planilla de registro de datos diarios post procedimiento endoscópico, en el cual se consignen datos: nombre del paciente, edad, fecha del procedimiento, complicaciones. La responsable del registro en la planilla fue la enfermera de la Unidad de Endoscopia. Se evaluarán diariamente la aparición de complicaciones. El Indicador de calidad utilizado es: % de pacientes sometidos a Endoscopías que se complican. Formula:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes complicados} \times 100}{\text{Total de endoscopías}}$$

El Estándar para la Endoscopia diagnóstica es de 0,2 %. Se analizarán todas las endoscopías realizadas en 10 meses.

#### Resultados y Conclusiones:

Desde Julio de 2002 a Abril de 2003 se realizaron un total de 1954 endoscopías digestivas altas, en ninguna de ellas se presentaron reacciones indeseables.

La complicación a la endoscopia relacionada con efectos adversos a los medicamentos utilizados en el procedimiento es algo de azar y generalmente condición personal del paciente. No así las complicaciones relacionadas con la intubación misma que requiere pericia y experiencia (perforaciones etc). El personal médico que realiza este procedimiento en nuestra Unidad de Endoscopia está preparado en forma óptima para este propósito. La preocupación más importante es el momento de la capacitación del estudiante o becado.

## Geriatría

---

### Información básica referente a pacientes geriátricos hospitalizados en el HCUCh durante el año 2000.

Nombre autores: Tatiana Donoso, Manuela González, Carmen Quezada, Ximena Orellana.  
Servicio, Departamento o Unidad: Servicio de Geriatría  
Teléfono: 6788473, 6788132

Introducción: el concepto que hoy maneja la OMS en relación al adulto mayor (AM) es el de "Envejecimiento Activo" poniendo el énfasis en el envejecimiento como una conquista de la humanidad. El que se diga activo se refiere al proceso de optimización del potencial de bienestar tanto social como físico y mental de las personas a lo largo de su vida. El buen envejecimiento depende de la capacidad de mantener la autonomía para lo cual es indispensable la prevención y la promoción de la salud.

A modo de antecedente diremos que los ancianos suman ahora 629 millones, una proporción de casi 1 por 10 personas vivas; y la población de mayores sigue envejeciendo, según la ONU. La mayoría de las personas adultas mayores son mujeres. Hoy día hay 81 hombres por 100 mujeres.

#### Objetivos

- Conocer las características del paciente adulto mayor que se hospitaliza en el HCUCh. (edad, sexo, patologías más frecuentes, previsión, y n° de días de hospitalización).
- De acuerdo a la lectura de los datos que entrega la ONU, y a la revisión de los antecedentes de adultos mayores hospitalizados en el HCUCh en el año 2000, contribuir a mejorar la calidad de vida del AM que concurre a atenderse en la consulta ambulatoria a través de acciones de prevención de la salud.
- De acuerdo a los resultados obtenidos de los datos entregados por la Unidad de Estadística elaborar intervenciones educativas principalmente en aquel adulto mayor de mayor riesgo con el fin de evitar la pérdida de la autonomía.

#### Metodología

- Se solicita el apoyo a la Unidad de Estadística del hospital la que nos proporciona una relación de todas las personas adultos mayores hospitalizadas durante el año 2000 con los datos indicados en el objetivo 1.

- Las 4 participantes en el estudio, de mutuo acuerdo nos repartimos por partes iguales la información.
- Se elabora una planilla en la que se vacían los datos parciales y otra para los datos totales.
- Se elaboran tablas y gráficos con los resultados obtenidos.

#### Conclusiones

- Se constataron los datos de: edad, sexo, patologías más frecuentes, previsión y n° de días de estada en el 100 % de los AM, hospitalizados en el HCUCh durante el año 2000. En total 6039 personas.

De los datos obtenidos se desprende que: se hospitalizan más mujeres que hombres, las edades más frecuentes son entre los 60 y los 70 años, las patologías más comunes son las cardiopatías, las intervenciones quirúrgicas para cataratas, tumores de vía biliar, entre otros. En cuanto a los días de hospitalización llama la atención que en la mayoría de los casos son estadías más bien cortas, es decir entre 1 y 8 días.

## Hematología-Oncológica

---

### Mejoramiento de la calidad de la atención a los pacientes de la Unidad de Hematología Oncológica.

Nombre Autor Principal: Dr. Guillermo Conte L.

Nombre Segundo Autor: Dr. Daniel Araos, Ps María pilar Calderón, EU Mariana Falck

Servicio, Departamento o Unidad: Unidad de Hematología -oncológica, Departamento de Medicina.

Teléfono: 678 8064

E-mail: gconte@ns.hospital.uchile.cl

Introducción: El continuo avance tecnológico y su amplia difusión científica y hacia la opinión pública condiciona nuevas matrices diagnósticas y terapéuticas, así como cambios en las actitudes de los pacientes respecto de las enfermedades oncohematológicas.

En el contexto de los actuales paradigmas del derecho a la Salud y los derechos de los pacientes, se favorece el desarrollo de modelos de atención centrados en el concepto de Calidad de Atención del paciente Hemato-oncológico.

Es por ello que la Unidad de Hematología Oncológica, ha creado el programa Hospital de Día con el fin de responder eficazmente a las necesidades de atención con-

tinua de óptima calidad para los pacientes durante sus períodos ambulatorios.

Objetivos:

General: Desarrollar una nueva estrategia de servicio al paciente, basada en una atención con acceso directo y resolución oportuna de las necesidades, destinada a los pacientes en tratamiento, bajo protocolos específicos, durante sus fases ambulatorias.

Específicos:

- Lograr una atención coordinada y oportuna de todos los pacientes durante sus períodos ambulatorios, como también la atención de las urgencias.
- Realizar quimioterapias que no requieran períodos de hospitalización prolongados.
- Realizar programas de procedimientos ambulatorios, disminuyendo la hospitalización innecesaria.
- Optimizar la atención para descongestionar los policlínicos de médicos hematólogos.
- Lograr la atención integral con diferentes especialistas.
- Lograr una atención rápida de pacientes nuevos.
- Coordinar el ingreso de pacientes a la Unidad de Hospitalizados.
- Lograr el cumplimiento estricto de los protocolos terapéuticos.
- Realizar evaluación y estudio de los pacientes propuestos a transplantes de Progenitores Hematopoyéticos en sangre periférica.

Descripción del Trabajo: Debido a la fuerte necesidad de implementar una continuidad en la atención de nuestros pacientes en tratamiento, la falta de atención programada durante los períodos ambulatorios y la mayor necesidad de control médico y optimización de los procesos de atención, se ha configurado un policlínico de atención ambulatoria, que funciona tres a cuatro veces por semana, durante las mañanas, a cargo de un médico hematólogo de la Unidad y una enfermera, quienes se encargan de controlar exámenes, evaluar y programar los pacientes destinados a los diferentes protocolos, como también aquellos que serán candidatos a trasplante y pacientes nuevos, realización de procedimientos médicos y de enfermería, como biopsias, mielogramas y curaciones, manejo de cateteres centrales, etc. Además se complementa con atención de urgencia y la coordinación con los diversos servicios del hospital.

Junto con lo anterior, la enfermera coordinadora a cargo del programa, ha establecido un canal de comunicación directa y permanente durante todo el día, a través de policlínico telefónico y entrevistas con los familiares, como también con equipos médicos en caso de re-

querimientos específicos, lo cual permite resolución inmediata de problemas de enfermería, de gestión y de administración. Sin embargo, el trabajo se realiza sin las condiciones estructurales necesarias, como un box adecuado de atención, sala de espera adecuada, falta de insumos y recursos físicos, y principalmente en ausencia de un sistema formal de registro.

Resultados y Conclusiones: Este programa piloto ha logrado realizar, al cumplir un año de implementación un total de 493 atenciones médicas y atenciones de enfermería. El total de pacientes activos alcanza un promedio de 80 pacientes en la actualidad, quienes están recibiendo una atención oportuna, coordinada y permanente, lo que ha permitido mejorar el manejo de los síntomas, programar eficientemente los ciclos de Quimioterapia y mantener la adhesividad al tratamiento, optimizando los resultados terapéuticos y la satisfacción de los pacientes. Sin embargo, por la ausencia de recursos físicos adecuados y la falta de insumos exclusivos, no hemos logrado la atención de quimioterapia ambulatoria y la realización de procedimientos, que disminuyan la hospitalización innecesaria, así como tampoco la implementación de un programa formal de atención multidisciplinaria.

## Imageneología

### Implementación de Protocolos en la Unidad de Scanner Centro de Imagenología HCUCH

Nombre Autor Principal: TM José Aguilera Valenzuela

Nombre Segundo Autor: TM Víctor Hugo Zapata Muñoz

Servicio, Departamento o Unidad: Centro de Imagenología. Unidad de Scanner

Teléfono: 6788417

E-mail: victorzapata@latinmail.com

Introducción: La diversidad de los procedimientos y patologías se transforman en un difícil obstáculo al momento de intentar desarrollar protocolos y guías clínicas. Pero en la medida que estos se implementan los beneficios son numerosos y de considerable impacto.

En la unidad de TAC cada procedimiento variaba según patología, agregando la variación del Médico Radiólogo, Becado de turno y del Tecnólogo Médico a cargo del procedimiento. Es por esto que a partir de diciembre se desarrollaron protocolos de atención para cada una

de las patologías atendidas en la Unidad, con un tiempo de ajuste de aproximadamente dos meses. Los resultados son presentados en este trabajo, en donde los beneficios obtenidos son auspiciosos.

Objetivos:

Objetivo General.

Implementar Protocolos Clínicos en la Unidad de Scanner del Centro de Imagenología HCUCh.

Objetivos Específicos:

1. Desarrollar los mejores procedimientos según evidencia médica y tecnológica para las distintas patologías.
2. Lograr un trabajo más eficiente en cada uno de los procesos de la unidad
3. Eliminar en el mayor grado posible la variación operador dependiente.
4. Facilitar la Capacitación en TAC tanto a Becados, Tecnólogos Médicos y Ayudantes Técnicos.
5. Reducir los costos de No Calidad

Descripción del Trabajo:

Para el desarrollo de los protocolos se hizo un proceso de Benchmarking principalmente con dos instituciones. La Clínica Alemana y el Hospital del Profesor. Junto con eso se recogió la experiencia de los procesos que con el scanner antiguo se realizaban. A esto se sumo todo un proceso de discusión en las cuatro grandes áreas de trabajo del scanner. Osteoarticular, Tórax, Abdomen y Pelvis y Neuro. Durante dos meses los especialistas de cada área se pusieron de acuerdo según la experiencia de ellos en cuales eran los mejores procedimientos para cada patología. Se redactaron los protocolos , junto con esto se programaron en el equipo, y se desarrollo un CD de auto instrucción, dirigido a Médicos y Tecnólogos sobre los alcances de los protocolos y su implementación en el nuevo equipo. Además se realizaron protocolos de trabajo para los ayudantes técnicos que se desempeñan en la unidad.

Por último se implemento, y durante los dos primeros meses se hicieron correcciones según la evidencia práctica que iba apareciendo. Actualmente contamos con protocolos que en forma periódica son revisados y actualizados según los nuevos requerimientos.

Resultados y Conclusiones:

Dentro de los resultados podemos destacar el logro en la creación e implementación de los protocolos dentro de la unidad, dentro de un plazo relativamente breve de ejecución, aproximadamente 3 meses. Esto se ha traducido en una mayor autonomía que a permitido los tiempos de realización de exámenes en aproximadamente la mitad. El porcentaje de cumplimiento de los proto-

los es altísimo, cercano al 100%. Además el porcentaje de placas utilizadas por examen se a estandarizado y su perdida ha bajado considerablemente. La tasa de recitaciones es casi nula. Se crearon flujogramas de trabajo y se desarrollo un CD de capacitación.

Con este trabajo podemos observar que la implementación de un sistema de Protocolos efectivos, tiene beneficios económicos importantísimos (%cumplimiento compromiso gestión 200%). Junto con esto existe una mayor seguridad en el accionar de los profesionales al verse respaldado en la toma de decisiones . Sin embargo el éxito de este esfuerzo exige una revisión y actualización constante de los protocolos asegurando de esta forma entregar un servicio de máxima calidad.

## Efectos del Cambio en la Satisfacción y Expectativas de los Pacientes. Centro de Imagenología HCUCh

Nombre AUTOR PRINCIPAL: Victor Hugo Zapata Muñoz

Nombre Segundo Autor: Alumnos de 3º año de TM mención Radiología

Servicio, Departamento o Unidad: Centro de Imagenología

Teléfono: 6788417

E-mail: victorzapata@latinmail.com

Introducción: El Centro de Imagenología vivió un gran proceso de cambio, tanto en sus aspectos estructurales, de infraestructura como en la incorporación de tecnología de punta en cada una de sus unidades. El año anterior se realizó una encuesta de satisfacción y expectativas de clientes en el cual pudimos constatar un alto nivel de satisfacción con el servicio entregado en sus distintas dimensiones. Sin embargo en este periodo en el que han existido modificaciones sustanciales a los distintos procesos, queremos analizar si es que el cliente percibe este cambio como una mejora en la calidad de la atención y determinar en que forma las expectativas se han modulado al incorporar una infraestructura moderna y equipamiento de alto nivel. Para eso se repitió la encuesta y los resultados y análisis comparativo se muestra en este trabajo.

Objetivos:

Objetivo General: Determinar el impacto del proceso de cambio del Centro de Imagenología del HCUCh en las expectativas y nivel de satisfacción de los clientes.

Objetivos Específicos:

1. Aplicar una encuesta de satisfacción y expectativas a los pacientes ambulatorios del Centro de Imagenología
2. Comparar los resultados de esta encuesta con los resultados obtenidos con la encuesta del año anterior.
3. Determinar las áreas de mayor y menor mejora de la calidad según la percepción del cliente

Descripción del Trabajo: Se aplicó una encuesta cerrada de expectativas y satisfacción, a 60 pacientes ambulatorios atendidos en el Centro de Imagenología del HCUCH. Esta encuesta se realizó en el mes de mayo tanto en las unidades de Recepción TAC; ECO, RNM, Mamografía y Radiología Convencional. Posteriormente se hizo un análisis comparativo con la encuesta realizada el año anterior en similar período. Para la comparación se utilizó t-students y análisis de correlación, para poder determinar el efecto del proceso de cambio en la expectativas y satisfacción del usuario. Junto con lo anterior se analizó la brecha entre las expectativas de los clientes y la satisfacción del usuario en cada una de las unidades

Resultados y Conclusiones: Los resultados de la presente encuesta demuestran un aumento significativo de las exigencias de los clientes en relación a lo que espera de un servicio de calidad. La expectativa en los tiempos de espera en las distintas etapas del proceso denota una mayor exigencia en esta área con disminuciones de un 20% en el total de la muestra. Además existe una mayor valoración de las dimensiones relacionadas con la calidad en la atención y el servicio en sí, fundamentalmente en el área de trato y empatía.

En el caso de la satisfacción podemos darnos cuenta que la satisfacción general por el tiempo de espera se mantiene sin variaciones significativas. En cambio la satisfacción por el trato y la calidad de la atención mejoró considerablemente (30%). Resalta la satisfacción por las instalaciones que produjo los niveles más altos de satisfacción usuaria.

En el análisis por área, podemos analizar que el área de recepción fue la peor evaluada (promedio: 5) en lo que se refiere a tiempos de espera. Las áreas de atención y de realización de examen no presentan diferencias significativas entre sí.

En base a los datos recogidos podemos señalar que el proceso de cambio, tanto físico como de los procesos de atención, ha producido repercusiones positivas en la satisfacción de nuestros usuarios pero ha hecho que las exigencias de estos para nuestro servicio vaya en constante aumento. Es la obligación de nuestro Centro el

aceptar este desafío y continuar en este proceso de mejora continua de la calidad.

## Laboratorio central

### Control de la oportunidad en la entrega de hemogramas a unidades críticas

Nombre Autor Principal: TM Bertha Rosas P.

Nombre Segundo Autor: TM Cristina Muñoz C. y TM César Muñoz G.

Servicio, Departamento o Unidad: Unidad Hematología, Servicio Laboratorio Central

Teléfono: 6788070 Fax: 6788071

E-mail: arojas@ns.hospital.uchile.cl

Introducción. El hemograma es un examen de rutina y su importancia radica en que es la expresión del funcionamiento de los Centros Hematopoyéticos y el equilibrio entre la producción y destrucción de los elementos figurados de la sangre. De los exámenes que recibe el Servicio de Laboratorio Central del Hospital Clínico Universidad de Chile, el hemograma es uno de los más frecuentemente solicitados, tanto en ambulatorios como en los pacientes hospitalizados. Es de gran importancia que se realicen a la brevedad las determinaciones que en el hemograma se hacen tanto en equipos automatizados como la lectura al microscopio, ya que los elementos figurados de la sangre se alteran luego de 4 a 5 horas después de la toma de muestra.

Objetivo. Determinar el porcentaje de hemogramas de las Unidades Críticas del Hospital Clínico Universidad de Chile, que se informan en un plazo no superior a 2 horas, desde su recepción hasta la firma por el Tecnólogo Médico.

Material y Método: Se analizaron los tiempos de entrega de los hemogramas recibidos de los Servicio de Unidades Críticas, un día en la semana, en la Unidad de Hematología del Servicio de Laboratorio Central en horario de 8 a 16:30 horas en los meses de Mayo y Junio del 2002.

Para esto se confeccionó una planilla en la que se registraban las horas de: recepción de la muestra, ingreso al laboratorio, recepción de orden médica y lámina de frotis en microscopía, recepción del resultado en secretaría, impresión del informe y firma del Tecnólogo Médico, con el fin de detectar en qué etapa se producen retrasos.

Con los datos obtenidos se analizaron los tiempos de entrega y se utilizó el porcentaje como herramienta estadística para evaluar el cumplimiento del estándar establecido en 95%.

Resultados: En los meses de Mayo y Junio se analizaron 81 hemogramas de las Unidades Críticas.

Los hemogramas informados en un plazo no superior a 2 horas fueron 79, con un porcentaje de cumplimiento del estándar de 97,53%.

Los 2 hemogramas informados en un tiempo superior a las 2 horas se debió a la repetición de la tinción de los frotis, por un error técnico.

Conclusión: Se cumplió en un 97,53% con el objetivo superando el estándar establecido como calidad de servicio. Con esto se asegura resguardar la calidad técnica del examen y además con estos tiempos de entrega se permite que en las Unidades Críticas se puedan tomar determinaciones clínicas en cortos períodos de tiempo, mejorando el funcionamiento de ellas.

## Maternidad

### Análisis de la frecuencia de la operación de cesárea en nuestro Servicio de Maternidad.

Nombre Autor Principal: Hugo Salinas

Nombre Segundo Autor: Sergio Carmona

Servicio, Departamento o Unidad: Servicio de Maternidad

Teléfono: 6788551 Fax: 7375325

E-mail: hsalinas@ns.hospital.uchile.cl

La operación cesárea constituye actualmente el 40% de los nacimientos totales en nuestro país, cifra que nos coloca en uno de los primeros lugares de frecuencia en el mundo para esta intervención.

Durante el primer trimestre del presente año, la tasa promedio de cesáreas en la maternidad del Hospital Clínico Universidad de Chile fue de un 45.3%.

La operación cesárea cumple un papel fundamental en el término del embarazo en presencia de patología obstétrica, sin embargo, tiene indicaciones precisas. Es nuestra intención someter a un análisis acabado la totalidad de estas intervenciones en nuestro hospital, con el fin de reducir su frecuencia y, por lo tanto, prevenir retrasos en la recuperación de la paciente, afectación del vínculo madre-hijo, riesgos operatorios, altos costos de hospitalización, etc.

#### Objetivos

- Llevar un registro completo de las operaciones cesáreas realizadas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico Universidad de Chile
- Constatar y diferenciar los casos de cesáreas indicadas potencialmente evitables
- Revisar detenidamente y caso a caso, aquellas cesáreas sin una justificación debida
- Puesta al día y revisión bibliográfica de los temas que motivaron las cesáreas de indicación potencialmente evitable

#### Descripción del Trabajo

- Se procedió a confeccionar una base de datos para ingresar las cesáreas del servicio.
- Entre los datos a consignar se incluyeron: edad, antecedentes (paridad, patología obstétrica anterior) diagnósticos del embarazo actual, causa que motivó la cesárea, sexo, peso, talla y APGAR del recién nacido (1 y 5 minutos).
- Basándose en datos obtenidos de la base de datos "Maternidad Online", de las fichas de las pacientes y de las entregas de turno se confeccionó una lista de cesáreas sujetas a análisis por un comité auditor conformado por médicos staff y becados del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico Universidad de Chile.

#### Resultados y Conclusiones

Durante el mes de Abril de 2003 se produjeron 153 nacimientos: 83 partos, 15 fórceps y 55 cesáreas, constituyendo éstas un 36% del total.

Del análisis se desprenden los siguientes resultados:

Con respecto a la paridad de las pacientes, un 38,18% correspondió a multíparas de 1, seguido por las multíparas de 2 con un 21,8%. Las pacientes primigestas alcanzaron un 20% del total.

Edad: La edad promedio fue de 32 años. No existió ninguna paciente menor de 18 años, mientras que hubo 13 mayores de 35 años.

RN: El promedio de pesos de los RN fue de 3043 g, resultando 10 casos menores de 2500 g y 4 casos mayores a 4000 g. El APGAR 1/5 promedio fue de 8/9, habiendo 7 casos con APGAR < 8 en el minuto 1 y 3 casos al minuto 5.

Dentro de las causas de cesárea más frecuentes durante el mes de Abril están: Distocias de Presentación (14,55%), Sufrimiento Fetal Agudo y Falta de Progresión del Trabajo de Parto (ambas con un 10,91%), DCP y mio-mectomía previa (ambas con un 9,09%).

Para auditoría posterior se seleccionaron 7 fichas con las siguientes indicaciones de cesárea: Herpes Genital, Colitis Ulcerosa, Pre Eclampsia Severa, Miomectomía Previa, Herpes Zoster, Económica y RCIU Severo.

## Sistematización del Control Prenatal en el HCUCh.

Nombre Autor Principal: Hugo Salinas  
Nombre Segundos Autores: Rodrigo Terra, Ana Sougarret  
Servicio, Departamento o Unidad: Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Universidad de Chile  
Teléfono: 6788151 Fax: 7375325  
E-mail: hsalinas@ns.hospital.uchile.cl

**Introducción:** El contenido y alcance de los programas de control prenatal que se usan actualmente en el mundo, son realizados sin el apoyo de una base científica y evidente que determine su efectividad. Por una parte, la falta de control prenatal relevante y de calidad en países en desarrollo es una preocupación importante. Por otro lado, en aquellos donde hay control prenatal regular, muchas veces se puede ver sobrepasada la capacidad para evaluación de dichas pacientes. Como una forma de solucionar la escasez de información, la OMS implementó a través de un estudio clínico aleatorizado multicéntrico un nuevo modelo de control prenatal que consiste en menor número de controles y restringe el número de exámenes y de procedimientos clínicos a solo aquellos que demostraron por medio de evidencia, mejorar resultados en mujeres y recién nacidos. De esta forma, debiera ser necesario lograr una identificación de factores de riesgo en nuestras pacientes embarazadas para luego distribuir las en alto y bajo riesgo, y de acuerdo a esto evaluar si se puede implementar, a futuro, un modelo de control prenatal adaptado para nuestro centro.

### Objetivos

- Implementación de un sistema de identificación y standarización de factores de riesgo para las mujeres embarazadas que ingresan a nuestra Maternidad para iniciar el control prenatal.
- Identificación de condiciones y/o patologías prevalentes en nuestra población de pacientes, que aumenten la posibilidad de resultados adversos.

### Descripción del Trabajo:

A cada paciente que inicia sus controles de embarazo, en su primera visita, se le realiza una encuesta, basado en un formulario de la OMS (diseñado para la implemen-

tación del nuevo modelo). Dicho formulario incluye preguntas simples con respuestas binarias (sí/ no) que abarca antecedentes obstétricos de la paciente, su embarazo actual y patologías médicas generales. Así se logra una clasificación en pacientes de Alto y Bajo riesgo  
Resultados y Conclusiones:

Desde Abril de este año se inició la aplicación de este formulario a cada paciente que iniciaba su control en esta maternidad. Como resultados preliminares se pueden mencionar que del total de 131 pacientes evaluados hasta la fecha, un 40.4% (53 pacientes) fueron clasificados como de alto riesgo, basados en la presencia de al menos una respuesta positiva de la encuesta. Dentro de las causa más frecuentes que llevaron a las pacientes a catalogarlas de esta forma destacan:

Cirugía previa en aparato reproductor con cesáreas anteriores 49.1% (26 pacientes)

Mortinato previo o pérdida neonatal: 26.4% (14 pacientes).

A través de este análisis se puede conocer la prevalencia de patologías o condiciones que aumenten la probabilidad de resultados negativos para la madre y/o el feto al momento del ingreso y de esta forma, poder encausar el control prenatal en forma más eficiente (desde el punto de vista clínico y en relación a costos que involucren cada grupo) en pacientes de alto y de bajo riesgo.

## Creación de una base de datos de las actividades de nuestro Servicio de Maternidad.

Nombre Autor Principal: Hugo Salinas  
Nombre Segundo Autor: Rubén Marchant  
Servicio, Departamento o Unidad: Servicio de Maternidad  
Teléfono: 6788151 Fax: 7375325  
E-mail: hsalinas@ns.hospital.uchile.cl

En este último tiempo la información se ha vuelto una herramienta fundamental en el que hacer diario en todos los ámbitos y muy particularmente en el área médica, por esta razón, surge casi como una necesidad el hecho de contar con una base de datos de las actividades de nuestro servicio. De esta forma nace el proyecto denominado "Maternidad OnLine" el cual consiste en la creación y actualización periódica de una base de datos que concentra las nueve prestaciones quirúrgicas que se realizan en la maternidad, lo que permite el de-

sarrollo de un informe trimestral, disponibilidad de datos para múltiples líneas de investigación y el análisis de diferentes parámetros para evaluar la calidad de atención.

#### Objetivos

1. Creación de una base de datos de la maternidad, que permita conocer la incidencia, prevalencia y manejo de las diferentes patologías que se resuelven en el servicio.
2. Actualización diaria de la base de datos.
3. Redacción de un Informe trimestral, que resuma todas las actividades de la maternidad.
4. Desarrollo de diversas líneas de investigación, a partir de la información actualizada presente en la base de datos.

#### Descripción del Trabajo

Se crea una ficha electrónica en formato File Maker 5.0 (para Windows) que es estándar para las nueve prestaciones quirúrgicas realizadas en la maternidad (Parto, fórceps, cesárea, esterilización tubaria, vaciamiento y legrado uterino, cirugía de embarazo ectópico, cerclaje e histerectomía obstétrica). Esta ficha cuenta con datos de: 1. Identificación de la paciente 2. Antecedentes médicos, quirúrgicos, ginecológicos y obstétricos. 3. Patología obstétrica actual 4. Descripción de trabajo de parto y parto. 5. Antecedentes de procedimiento y equipo quirúrgico actual. 6. Evolución post-operatoria.

A contar desde las 0:00 hrs del día 1 de enero del 2003 hasta la fecha se completan los datos en forma diaria por los médicos becados involucrados en cada procedimiento.

En forma trimestral se redacta un informe.

#### Resultados y Conclusiones:

Hasta la fecha se ha logrado redactar el primer informe del proyecto "Maternidad OnLine", en el cual se presenta la estadística de las actividades de la Maternidad. Además se cuenta con la información de la incidencia, prevalencia, factores de riesgo, vía de resolución, etc. de las diferentes patologías que han sido vistas en nuestro servicio desde el 1 de enero del 2003 hasta la fecha, lo que permite evaluar y mejorar los estándares de atención y calidad de nuestro hospital.

## Paquetes de prestaciones y costos del Servicio de Maternidad y su relación con los indicadores de acontecimientos.

Nombre Autor Principal: Hugo Salinas

Nombre Segundo Autor: Cristina Aleuanlli

Servicio, Departamento o Unidad: Servicio de Maternidad

Teléfono: 6788151 Fax: 7375325

E-mail: hsalinas@ns.hospital.uchile.cl

#### Introducción

La transformación de la actividad de un servicio clínico en paquetes de prestaciones constituye uno de los avances más significativos en gestión clínica en nuestro Hospital. Lo anterior, además de simplificar los procesos administrativos, permite influir en la mejoría de la eficacia y eficiencia en el manejo de la totalidad de los procesos que constituyen dichos paquetes. El Servicio de maternidad consciente de lo anterior, viene efectuando un proceso de conocimiento, adaptación y readecuación de los paquetes de prestaciones que constituyen su actividad productiva y que son el motivo de la presente comunicación.

#### Objetivos:

1. Definir los paquetes de prestaciones.
2. Establecer la importancia relativa de sus componentes.
3. Montar sistemas de auditorías de los mismos.
4. Readecuar los paquetes a las nuevas necesidades del Servicio.
5. Mejorar la eficacia y eficiencia de los mismos.

#### Descripción del Trabajo:

El Servicio de Maternidad trabaja con 9 paquetes de prestaciones, los cuales son sometidos en la actualidad a un exhaustivo proceso de revisión por componentes, con el objeto de mejorar la eficacia y eficiencia de la producción del Servicio. En este proceso tiene un rol preponderante el proyecto Maternidad on Line, implementado en nuestro Servicio a partir de enero del presente año y que permite tener día a día actualizada toda la información cuanti y cualitativa necesaria para la elaboración de los mismos. Paralelamente el Servicio recibe la información actualizada suministrada por la Gerencia de Operaciones de nuestro Hospital.

#### Resultados y Conclusiones:

El Servicio de Maternidad presenta sus paquetes de prestaciones y la metodología base de su definición. En-

trega un detallado análisis de las prestaciones, frecuencias de uso y gasto de los mismos. Identifica puntos críticos de utilización clínica y sus repercusiones económicas. Presenta en forma actualizada sus auditorías económicas y sus implicancias clínicas. Establece potenciales puntos de ahorro de recursos, mediante una mejor utilización de procedimientos clínicos (ejemplo: auditoría de cesáreas, uso de medicamentos, racionalización de días de estada, cambio de procedimientos).

## Nefrología

### Optimización de la dosis de diálisis en insuficiencia renal crónica

Nombre Autor Principal: Dra. María Eugenia Sanhueza.

Nombre Segundo Autor: Dr. Antonio Saffie, EU Eugenio Ibáñez, EU Carolina Quezada

Servicio, Departamento o Unidad: Central de Diálisis, Servicio de Nefrología  
Teléfono: 678 8423 Fax: 735 89 69

E-mail: nefrolog@ns.hospital.uchile.cl

#### Introducción:

La dosis de diálisis expresada como el KT/V es importante en la población de enfermos en diálisis, pues es un determinante de la sobrevida de los pacientes y del estado nutricional. Dentro de los factores que influyen en el KT/V está el tiempo de diálisis, calidad de las punciones del acceso vascular, tipo de acceso vascular, el flujo de sangre durante el procedimiento, el tamaño de la membrana y el flujo del dializado. Un KT/V menor de 0.8 se asocia a mayor morbimortalidad y los valores mayores de 1.2 a menor mortalidad, las normas a nivel internacional señalan que las dosis mínima de diálisis que debe recibir un paciente en diálisis es un KT/V de 1.2

#### Objetivos:

El presente trabajo tiene como objetivo dinamizar la dosis de diálisis para lograr un KT/V mayor de 1.2 en pacientes en hemodiálisis crónica.

#### Descripción del Trabajo:

Ingresaron al estudio el total de pacientes de hemodiálisis crónica pertenecientes a la Central de Diálisis del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, se excluyó del estudio a una paciente embarazada que estaba en el programa de diálisis diaria.

Para lograr nuestro objetivo se realizó una evaluación basal en el mes de junio del año 2002, a partir del cual, se fueron corrigiendo aquellas variables que pudieran

estar influyendo en un KT/V menor de 1.2, mensualmente se realizó medición del BUN pre y post diálisis y se calculó el KT/V por fórmula de Daugirdas. Se controló en forma estricta el cumplimiento del tiempo de diálisis que deberían recibir los pacientes anotando la hora de conexión y desconexión en cada sesión, se evaluó el acceso vascular en forma periódica y se indicaron las correcciones necesarias para lograr el tiempo mínimo de diálisis que deberían recibir los pacientes, considerando 4 horas tres veces por semana. En los casos en que estaba indicado se procedió a cambiar el tamaño de la membrana y optimización de los recursos sanguíneos, se corrigió las alteraciones del acceso vascular en forma oportuna, se controló las punciones del acceso vascular para lograr la dosis indicada de diálisis y se realizó una evaluación nutricional al ingreso al estudio. Los pacientes están siendo seguidos de forma prospectiva, se entregan los resultados expresados como porcentaje de los primeros seis meses de evaluación.

#### Resultados y Conclusiones:

De un total de 43 pacientes, 25 (58%) de sexo masculino y 18% (41%) de sexo femenino ingresaron al presente estudio. Un total de 22 (51%) tenía un KT/V menor 1.2 al ingreso a estudio en 5 pacientes (11.6%) hubo problemas en el acceso vascular, uno con un catéter transitorio, dos con FAV disfuncionante, dos prótesis vasculares trombosadas, en cuatro de ellos se logró una corrección del acceso vascular. En un 18% de los pacientes se encontró que el tiempo de diálisis era menor de 4 horas tres veces por semana, 2 por incumplimiento voluntario del tiempo de diálisis y en los 6 restantes se corrigió el tiempo a la norma. En los 30 pacientes restantes (69%) se optimizó la calidad de las punciones del acceso vascular, espaciando las punciones; el flujo sanguíneo durante la diálisis se corrigió considerando un mínimo de 300 ml/min y el tamaño de los filtros se adecuó a cada caso para lograr la dosis de diálisis mínima. Los resultados de la evaluación nutricional al ingreso del estudio, dio por resultado en un total de 41 pacientes encuestados y evaluados 34 (82%) estaban eutróficos, 2 (4.8%) con sobrepeso, 4 (9.6%) enflaquecidos 1 (2.4%) desnutridos. Al final de los primeros seis meses de tratamiento se logró un KT/V > de 1.2 en el 90.24% de los pacientes, está pendiente la segunda evaluación nutricional.

La mejoría del control de la calidad de diálisis, cumplimiento del tiempo de diálisis, tipo de membranas y tamaño, corrección oportuna de la disfunción del acceso vascular y calidad de la punción del acceso vascular, logran obtener una dosis de diálisis expresadas como un KT/V mayor de 1.2.

# Reacciones adversas, complicaciones y Accidentes en Unidad de Hemodiálisis

Nombre Autor Principal: Eugenio Ibañez Soto. Enfermero Jefe de la Unidad de Hemodiálisis

Nombre Segundo Autor: María Irene Jemenao, Dra. M Eugenia Sanhueza Servicio, Departamento o Unidad: Servicio de Nefrología, Unidad de Hemodiálisis.

Teléfono: 678 8425 – 678 8418 Fax: 7352964

E-mail: eibanez@ns.hospital.uchile.cl

## Introducción:

En nuestra unidad, se implemento un Programa de Vigilancia, Manejo de Reacciones Adversas, Accidentes y Complicaciones en Procedimiento de Hemodiálisis, evaluando el área de calidad técnica, de acuerdo a los planes de calidad trazados por la Institución y cumpliendo con las exigencias del MINSAL, para Unidades de Hemodiálisis.

Durante el presente año nuestro desafío sigue siendo mejorar nuestros procesos de atención a través de acciones emanadas mediante la aplicación de este Programa, y comparar los resultados obtenidos en estos periodos.

## Objetivos:

- Cumplir con normas emanadas del MINSAL.
- Optimizar el trabajo mediante el empleo de indicadores de calidad.
- Documentar y evaluar la calidad de la atención técnica usando indicadores

## Seleccionados.

- Conocer el número de reacciones adversas y la gravedad de ellas.
- Conocer el número de accidentes en Hemodiálisis y su gravedad.
- Identificar las complicaciones ocurridas diálisis, su gravedad y frecuencia.
- Lograr una mayor complementación en el trabajo de equipo de la unidad
- Contribuir a mejorar la imagen de nuestra unidad.
- Cumplir con normas del programa de IIH.

## Descripción del Trabajo:

- En nuestra Unidad se creo y desarrollo un programa de vigilancia para pesquisar las reacciones adversas, accidentes y complicaciones ocurridas durante la sesión de hemodiálisis.
- Para esto se desarrollo un manual en cual se definen cada una de estos hechos ocurridos durante el procedimiento. Para cada una de ellos se definen sus causas,

síntomas, tratamiento y medidas efectivas de prevención.

- Se crea un sistema de captación de datos, a través de un formulario confeccionado especialmente para esta acción.

- Se confeccionan tablas para analizar estos datos mensualmente

- La información obtenida a través de la aplicación de estas tablas será analizada por el equipo médico y de enfermería de la unidad.

- De acuerdo a los resultados obtenidos se podrán aplicar medidas para corregir o subsanar aquellas reacciones que sean más graves por sus consecuencias, y aquellas que no siendo tan graves sean lo bastante frecuente que requieren una intervención sobre ellas.

## Resultados y Conclusiones:

1. No existen reacciones adversas en nuestra unidad hasta abril del 2003.

2. Con relación a los accidentes en HD. De un total de 3140 procedimientos existe un 2.5 % de accidentes, de los cuales: no existen accidentes graves, el 7.5% corresponde a accidentes de mediana gravedad y el 91.25% corresponde a accidentes de baja gravedad.

3. Con relación a las complicaciones en HD. De un total de 3140 procedimientos el 35.6% corresponde a complicaciones, de los cuales el 1.5% corresponden a complicaciones graves, el 29.1% corresponden a complicaciones de mediana gravedad y el 69.35% corresponden a complicaciones de baja gravedad.

4. Por lo que podemos concluir que no existe ningún tipo de reacciones adversas ni accidentes graves, las complicaciones y los accidentes son en mayor porcentaje de baja gravedad, lo cual no presenta un problema en la calidad de atención a los pacientes, siendo bajos los porcentajes de complicaciones y accidentes de acuerdo a la literatura especializada.

# Neonatología

## Asistencia a los padres durante el duelo neonatal

Nombre Autor Principal: Matrona Ana María González  
Nombre Segundo Autor: Matronas Maris Zambrano S, María Elena Larée Q, Sasha Céspedes U, Dr. Hugo Muñoz C.  
Servicio, Departamento o Unidad: Neonatología  
Teléfono: 678 8320  
E-mail: humunoz@ns.hospital.uchile.cl

### Introducción:

El nacimiento considerado un proceso fisiológico, en algunas circunstancias deriva en una evolución fatal, dentro de las cuales las patologías como prematuridad extrema, anomalías congénitas, infecciones graves y asfixia perinatal constituyen los eventos más frecuentes que contribuyen a la muerte neonatal.

Durante esta etapa crítica es fundamental para la óptima relación del personal de salud y los padres, la orientación y asistencia necesaria con el objeto de disminuir la respuesta reactiva a este proceso

La Unidad de Neonatología de la Maternidad ha implementado desde hace 2 años un programa de Asistencia al proceso del duelo neonatal dentro del proyecto Humanización del nacimiento

### Objetivos:

Presentar las percepciones y experiencia de los profesionales del servicio frente al duelo neonatal

Presentar la respuesta experimentada por los padres frente a este evento

### Descripción del Trabajo:

La unidad cuenta con una normativa escrita a desarrollar con los padres frente a la muerte neonatal, detallada en 14 puntos:

- Informar sobre la importancia de la autopsia
- Avisar a los padres ante el agravamiento del neonato
- Según religión, bautizar
- Dar información clara y precisa en un ambiente privado
- Escuchar a los padres
- Entregar palabras de consuelo y fortaleza
- Facilitar el contacto físico y acunar al bebé en un ambiente donde puedan expresar libremente el dolor
- Autorizar si lo solicitan acompañamientos de familiares
- Ofrecer objetos que pertenecieron al bebé (brazaletes, identificación, pelitos, etc)
- Facilitar trámites legales u hospitalarios
- Asesorar a la madre para la suspensión de la lactancia

- Ofrecer apoyo psicológico posterior

Informar sobre la evolución normal del duelo para disminuir sentimientos de culpa

Resultados y Conclusiones:

Esta normativa se ha aplicado en más o menos 35 casos

Respuesta de los padres: Se establece una buena relación entre personal y padres, evidenciada en la disminución de la tensión reactiva a este doloroso evento, entre los problemas detectados se relacionan con autorización de autopsias por parte de la familia, extensión del certificado de defunción, traslado y entrega de recién nacido en anatomía patológica.

Respuesta del personal: hemos observado mayor involucramiento (acompañamientos a ritos religiosos), disposición a apoyar y orientar, compartir sentimientos de dolor con los padres, necesidad de capacitación del personal para enfrentar este proceso, apertura a la aceptación a la presencia de otros familiares, apoyo de otros padres de niños hospitalizados. El personal percibe un cambio en el ambiente del servicio al crearse una atmósfera de respeto, silencio y recogimiento. Como resultado de este trabajo se han detectado algunos problemas a resolver:

Traslado de recién nacido mediante cajas ad hoc, entrega de recién nacido en Anatomía que es considerado muy frío, seguimiento y apoyo emocional a los padres, autorización de la autopsia, capacitación al personal sobre proceso del duelo, mayor conocimiento sobre la concepción cultural de la muerte.

## Experiencia de las madres en el momento del parto con el sistema tradicional de atención y con el sistema de apego inmediato

Nombre Autor Principal: Dr. Hugo Muñoz C.  
Nombre Segundo Autor: Matronas. Srás. Rosa I. González C, Delia Opazo R, Marcela Vásquez O.  
Servicio, Departamento o Unidad: Neonatología  
Teléfono: 678 8320  
E-mail: humunoz@ns.hospital.uchile.cl

### Introducción:

El modo como nace un niño y la relación inmediata que se establece con su madre y padre es una variable importante para establecer un vínculo óptimo madre - padre e hijo y contribuir además al éxito de la lactancia. Numerosas experiencias etológicas como la observación en humanos así lo avalan.

En nuestra maternidad, dentro del proyecto de Humanización del nacimiento, desde hace aproximadamente un año se recomienda en la norma de atención inmediata del recién nacido normal, el contacto precoz padres e hijo que se continúa durante el período de recuperación de la madre. El método tradicional, separaba al recién nacido de su madre con el objeto de aplicar los procedimientos de atención inmediata y observación aislada en salas específicas para tal efecto.

#### Objetivos:

Explorar las vivencias experimentadas por los padres en relación con el contacto precoz con el recién nacido.

#### Descripción del Trabajo:

Se aplicó una encuesta abierta realizada por los autores a madres multíparas que hubieran experimentado el sistema médico tradicional en sus primeros partos (separación del niño después del parto y su entrega al cabo de algunas horas) versus el sistema de apego inmediato con presencia del padre y contacto precoz con el recién nacido en pabellón y en sala de recuperación.

En dicha encuesta se hicieron preguntas abiertas para la exploración de las expectativas de la madre en relación con el contacto inmediato con el niño, los sentimientos experimentados al ver al hijo, la opinión en relación al contacto precoz permanente y la comparación de la experiencia con relación a los partos anteriores.

#### Resultados y Conclusiones:

El proceso de vinculación inmediata con el recién nacido experimentado por los padres después del nacimiento fue calificado como maravilloso, inolvidable, único, emocionante en el total de las madres encuestadas.

En relación con las expectativas, las madres esperan un contacto inmediato con el bebé, información que han recibido por experiencias de otras madres o a través de los medios de comunicación, sólo un pequeño grupo de madres no esperaba un contacto precoz con su hijo.

Al explorar las experiencias con partos anteriores, existe un grupo de madres que la sienten como una experiencia hermosa y maravillosa, en cambio la experiencia anterior la describen incluso como "fome", además agregan que el acompañamiento del padre es positivo desde el punto de vista de los lazos afectivos.

## Inasistencia a citas en una consulta pediátrica

Nombre Autor Principal: Pablo Valenzuela Fuenzalida

Nombre Segundo Autor:

Servicio, Departamento o Unidad: Consultorio Pediátrico Centro Diagnóstico

Teléfono: 6788766 o 93231294

E-mail: pvalf@vtr.net

Introducción: En el Centro de Diagnóstico del Hospital Clínico de la Universidad de Chile se entrega atención pediátrica por numerosos médicos especialistas que trabajan en un sistema de libre elección por parte de los padres, todos beneficiarios de sistemas de salud dependientes de Isapre y Fonasa.

La inasistencia a las citas solicitadas por los padres es una eventualidad de ocurrencia relativamente frecuente, que no he visto evaluada en forma personalizada, aun cuando esta información seguramente está a disposición del Hospital.

La inasistencia genera desorden en trabajo médico, tiempo perdido y falta de atención a personas que no encuentran cupo, eventos todos que atentan contra la calidad de la atención médica.

Objetivos: El presente trabajo pretende analizar la estructura de la inasistencia en la consulta de un pediatra con el propósito de estudiar posibles estrategias para minimizarla.

#### Descripción del Trabajo: Material y Método:

Entre octubre de 2002 y marzo de 2003 se analiza la ocurrencia de inasistencia en una consulta que atiende cuatro días a la semana durante un período de 3 horas cada día. Cada día el pediatra recibe un listado de los pacientes que debe atender actualizado a la hora de inicio de las atenciones.

Toda la atención pediátrica está consignada en una base de datos operada en un computador personal que permanece en la consulta. La ausencia a una consulta queda anotada y los padres son interrogados en la consulta siguiente sobre los problemas que tuvieron para cumplir con la cita. Las razones de la ausencia se anotan de acuerdo a la expresión de los padres, agrupándolas en diez categorías, seis relacionadas a la manera en que ellos abordan la información sobre su no asistencia y cuatro relacionadas a problemas derivados del sistema de citación. Se eligió ese período por existir las mejores condiciones climáticas y mayores facilidades para acceder al Centro Diagnóstico.

Resultados y Conclusiones: Se analiza el período entre el 1 de octubre de 2002 y el 31 de marzo de 2003 durante el cual se generan 1288 solicitudes de atención con una inasistencia de 225 pacientes (17,5%)

El 69,4% de los consultantes son menores de dos años, el 21% entre dos y 7 años y el 19,5% mayores. En general el consultorio no atiende niños mayores de 15 años.

Con respecto a volver a consultar, hay gran diferencia entre los pacientes nuevos y los antiguos. Los nuevos tienen un retorno inferior al 10% y por lo tanto las causas de su inasistencia son muy dudosas. Los pacientes antiguos retornan más del 55% y en ellos la ausencia injustificada (olvido o simplemente no avisa) es del 27% de los motivos expresados. Hay 31 pacientes, 44,9% de las inasistencias, que declaran haber avisado a la Central del Hospital antes de la consulta y cuyas citas no son anuladas al momento de iniciarse el trabajo del médico y por lo tanto el cupo se pierde para otro paciente. De este modo, las causas imputables a los pacientes son del 44,9% y las imputables al sistema son del 55,1%.

El presente trabajo no cuantifica la pérdida de consultas que resulta de estas inasistencias ni el desorden en el trabajo médico, especialmente ante la eventualidad de la solicitud de sobre cupos, hecho frecuente y diario, que sólo puede resolverse mediante una agenda de citas realmente actualizada lo cual sin duda redundará en una mejor calidad del trabajo pediátrico.

El análisis de la atención médica enfocado desde esta perspectiva permitirá desarrollar procedimientos de educación a los pacientes y corregir deficiencias del sistema que sin duda beneficiarán a los usuarios, destinatarios últimos de nuestro esfuerzo asistencial.

## Neumología

### Instalación del informe espirométrico computacional, correlación con el informe médico y su impacto en la calidad de atención al paciente en el HCUCh.

Nombre Autor Principal: Dr. Ely Jover López

Nombre Segundo Autor: EU Angélica Espinosa Norambuena

Servicio, Departamento o Unidad: Sección Enfermedades Respiratorias -

Departamento de Medicina

Teléfono: 6788409 Fax: 777618

E-mail: ejover@ns.hospital.uchile.cl

Introducción: La espirometría es el examen de función pulmonar más solicitado, su propósito es determinar si existe algún tipo de alteración ventilatoria (restrictiva u obstructiva) en los pacientes estudiados, así mismo es útil para la evaluación pre operatoria, seguimiento de pacientes pulmonares crónicos y como instrumento de investigación.

Hasta 1999 la espirometría se realizaba en un equipo técnicamente no recomendado, en ese año el hospital adquirió un espirómetro computarizado que mejoró sustancialmente los resultados de nuestras espirometrías. En noviembre del año 2002 detectamos que existía un retardo en la entrega de los informes a los pacientes debido principalmente a que el equipo actual no entrega un informe inmediato. Para mejorar este aspecto se decidió crear un programa computacional que entregue un informe automático, el mismo quedó listo en Enero 2003.

Actualmente el informe computacional es revisado por un médico de la sección para legitimar el resultado obtenido, esto ha permitido que los exámenes sean entregados a los pocos minutos de haber sido realizados, cabe destacar que con el informe tradicional el paciente debía regresar 24 horas después.

Objetivos:

- 1) Determinar si el informe computacional concuerda con el realizado por los médicos de la sección.
- 2) Determinar el porcentaje de entrega inmediata de los informes a los pacientes.

Descripción del Trabajo:

Analizamos las espirometrías realizadas durante el mes de mayo del 2003 con el objetivo de ver la correlación entre el informe computacional y el realizado por el médico, para esto todas las espirometrías fueron revisadas

por un miembro del equipo de la sección, cuando el informe no era concordante se respetaba el resultado que brindaba el facultativo y se separaba el informe computacional.

Para determinar si el informe computacional mejoraba nuestra calidad de atención al paciente en relación al tiempo de espera en la entrega de su informe, tabulamos aquellos casos en los cuales el informe se entregaba en forma inmediata y aquellos casos en los cuales la entrega se difería para el día siguiente, además registramos las causas de esta tardanza.

#### Resultados y Conclusiones:

Durante el mes de mayo se realizaron 92 espirometrías de las cuales 64 (69.6%) se realizaron en pacientes ambulatorios y 28(30.4%) en pacientes hospitalizados.

5 (5.4%) informes computacionales debieron ser modificados y 87 (94.6%) informes computacionales no se modificaron porque cumplían con los requisitos exigidos por el médico.

En relación al tiempo de entrega tenemos:

29 (31.5%) de los informes fueron entregados en forma inmediata, lo que corresponde a 22 (34.3%) pacientes ambulatorios y 7 (25%) a pacientes hospitalizados. 63 (68.4%) de los informes se entregaron al día siguiente, correspondientes a 45 (70.3%) en pacientes ambulatorios y 18 (64.2%) en pacientes hospitalizados. La causa para diferir la entrega del examen fue la ausencia de un médico para revisar el informe computacional (100% de los casos).

Concluimos que el informe computacional emite un resultado ampliamente confiable y que aún puede mejorar realizando cambios en el programa inicial. El informe computacional permite una mejor calidad de atención al paciente, puesto que en un tercio de los casos el resultado está listo el mismo día, tomando en cuenta que anteriormente el 100% de los exámenes se entregaba al día siguiente..

Hay que destacar que si bien la única causa de diferir la entrega del examen se debe a la ausencia de un médico para que revise el informe computacional, hay que tomar en cuenta que las espirometrías se realizan durante todo el día y los médicos tienen un contrato de 22 horas, lo que hace difícil la revisión de los informes especialmente en las tardes. Nuestras metas propuestas son: llegar al 100% de concordancia entre el informe computacional y el médico, entregar el informe en forma inmediata en un 50% de los casos.

## Operaciones

### Implementación de mejoras en el Servicio de Atención Ambulatoria

Nombre Autor Principal: César Tambley Ramírez

Nombre Segundo Autor: Pilar Díaz

Servicio, Departamento o Unidad: Subgerencia Atención de Pacientes-

Depto Admisión Ambulatoria

Teléfono: 6788136

E-mail: ctambley@ns.hospital.uchile.cl

#### Objetivos del Proyecto

- Que el paciente realice su trámite en un solo punto de atención.
- Mejorar la calidad de atención administrativa a pacientes.
- Facilitar el acceso a reserva de horas médicas.
- Disminuir atraso y ausentismo médico.

Actividad Realizada según objetivo.

Objetivo: Trámite en un solo punto y mejora en la calidad de atención.

- Venta Electrónica de Bonos

En todas las cajas del Hospital se venden bonos electrónicos de Fonasa. A partir de los primeros días de julio se iniciará la venta de bonos de las Isapres Colmena y Cruz Blanca.

- Cajeros multifuncionales

En Centro de Diagnóstico B se eliminaron las cajas. Las funciones básicas de cajeros, cita médica y recepción de pagos se complementaron con venta de bonos, codificación y programas médicos.

- Atención de pacientes privados de Cirugías Ambulatorias Menores.
- Emisión de Boletas computacionales.
- Entrega de Presupuestos de prestaciones ambulatorias emitidas por el sistema computacional.
- Entrega de material de apoyo para los cajeros, renovación de sillas.

Objetivo: Facilitar el acceso a reserva de horas médicas  
Confirmación de Horas Médicas Solicitadas

Las citas de las especialidades Neurología, Colonoscopias, Diabetes, Endocrino y Reumatología se están confirmando. Se tiene diseñado habilitar una oficina destinada a esta actividad.

- Reserva telefónica CM Vivaceta

Se centralizó toda la dación de horas en un solo sistema, lo que permitirá que se puedan dar horas para el hospital y centros periféricos desde cualquier puesto de trabajo.

· Citófonos Murales

Habilitados 5 citófonos que acceden directamente a la reserva telefónica. Este año se está evaluando el grado de utilización de éstos y según los resultados se extenderá el servicio a otras áreas.

· Implementar Agenda Electrónica en Imaginología 90%  
Se agendaron las citas a exámenes de Imaginología con el objetivo de tener un adecuado control de las horas y de los pagos asociados.

Objetivo: Disminuir atraso y ausentismo médico.

· Seguimiento de Atraso y Ausentismo Médico

Se lleva un registro del inicio de la atención en boxes: Se preparó un informe de frecuencia y magnitud del atraso por cada especialidad. El informe permite identificar y promover bajar los valores más críticos.

· Reuniones con Area Médica (Dermatología, Otorrino y enfermería de Cirugía) con la finalidad de coordinar los procedimientos y mantener una comunicación que permita trabajar en equipo.

## Implementación de mejoras en el servicio de Admisión hospitalizada

Nombre Autor Principal: César Tambley Ramírez

Nombre Segundo Autor: Ana María Guzman

Servicio, Departamento o Unidad: Subgerencia Atención de Pacientes - Depto Admisión Hospitalizados

Teléfono: 6788136

E-mail: ctambley@ns.hospital.uchile.cl

### Objetivos

- Facilitar el acceso de pacientes y optimizar uso de camas.
- Apoyar a Finanzas en disminuir las cuentas incobrables.
- Mejorar la calidad de atención administrativa a pacientes.
- Mejorar las condiciones de admisión en Clínica Siquiátrica.

### Actividades realizadas según objetivo

Objetivo: Facilitar el acceso de pacientes y optimizar uso de camas .

- Estudio para Centralizar la Administración de Camas.

Objetivo: Apoyar a Finanzas en disminuir las cuentas incobrables.

- Consulta al Databussines.

Durante los primeros meses de este año se habilitó la consulta vía Internet a los antecedentes de morosidad de pacientes y personas que dejan una garantía.

Objetivo: Mejorar la calidad de atención administrativa a pacientes.

- Presupuestos, 100% de avance

Presupuestos vía computacional. Es tal vez el avance más importante de este período. Se inició con 133 prestaciones y a la fecha se han incorporado 40 más, fundamentalmente de Cirugía, Traumatología y Especialidades.

- Guías informativas

Se creó una guía diferente por cada Unidad de Admisión, que contiene información general y específica para cada Unidad.

- Arancel de Traumatología

En el mismo contexto de mejorar la calidad de la información entregada en los presupuestos, se solicitó a los Traumatólogos (tal vez el área con diagnósticos más complejos de codificar correctamente por los Admisiónistas) que en la orden de hospitalización incluyeran el código de la intervención a realizar.

- Estandarización en el uso de formularios

Se han diseñado plantillas para los formularios más frecuentes usados en admisión: hospitalizaciones con la misma garantía, cambios de clave previsional, anulación de cuentas, cambio modalidad de atención, pase de admisión, etc. El uso uniforme de estos formularios ha permitido entregar una información completa a otros Departamentos como Apoyo y Cobranzas. También se está trabajando en la estandarización de timbres en todas las Unidades de admisión.

#### · Carné de Alta

Ha costado bastante "deshacer" la instrucción de este trámite por parte de las enfermeras, sin embargo a contar del mes de Marzo se notó un cambio radical en este aspecto, ya que es ocasional cuando algún paciente solicita que le timbren el carné de alta.

#### · Tabla operatoria de Pacientes de Pensionado y Traumatología

A lo iniciado en Diciembre para los pacientes de Pensionado, también se sumó el Servicio de Traumatología el que organiza su tabla operatoria de acuerdo a la información que le proporciona Admisión, a través de la orden de hospitalización visada con VB, indicando que el paciente tiene los trámites al día o a través del Sistema Computacional de Admisión que se instaló tanto en la Secretaría de Pabellones como en la de Traumatología, desde ahí se puede consultar si el paciente está con reserva de hospitalización, lo cual significa que tiene efectuado su trámite de ingreso de garantía (cheque, carta de resguardo, orden de atención etc.).

## Optimización de recurso camas en el HCUCh.

Nombre Autor Principal: César Tambley Ramírez

Nombre Segundo Autor: Héctor Aguirre Ramírez

Servicio, Departamento o Unidad: Gerencia Operaciones - Subgerencia de Informática

Teléfono: 6788135 Fax:

E-mail: ctambley@ns.hospital.uchile.cl

#### Introducción:

El recurso camas es escaso y de vital importancia para la producción de atenciones a pacientes Hospitalizados. En la actualidad existe una serie de situaciones que no permiten una visión única de la disponibilidad de camas, lo que se refleja en:

- No se conoce la disponibilidad de camas al minuto.
- No es factible satisfacer la demanda de hotelería del paciente

- La información de disponibilidad no es oportuna,
- Cada día quedan camas disponibles (lucro cesante)
- Los servicios no "entregan" oportunamente la disponibilidad.

#### Objetivos:

- Conocer en tiempo real el estado de las camas del Hospital. (Ocupadas, libres, en mantención, etc)
- Admisión asigne las camas a los pacientes según requerimientos técnicos-clínicos, necesidades de hotelería del paciente.
- Optimizar el uso del recurso cama permitiendo la hospitalización de pacientes en ubicación física distinta al servicio tratante.
- Administrar adecuadamente la demanda de camas en concordancia con los ingresos a Tabla Quirúrgica.

#### Descripción del Trabajo:

El proyecto de administración de camas, consiste en contar con una aplicación computacional que permita el registro oportuno de los ingresos, traslados y egresos de pacientes hospitalizados, logrando así una información global de la disponibilidad de camas centralizada en el Depto. de Hospitalizados quien las asignará.

Con este avance tecnológico se pretende lograr un mejor aprovechamiento del recurso cama y por ende generar mayores recursos para nuestro Hospital.

Para llevar a cabo este proyecto, está contemplado dotar a todas las estaciones de enfermería con PC, lo cual proporcionará información en línea (actualizada a la realidad), que permitirá una mejor programación de los ingresos.

#### Resultados y Conclusiones:

En la actualidad se desarrolló un Sistema de Información en tecnología Internet, esto significa que el sistema se puede acceder desde cualquier Computador conectado a una red. También se desarrollo un procedimiento administrativo orientado a administrar en forma centralizada la asignación de camas a pacientes.

Estamos en etapa de capacitación y pruebas del sistema.

A la fecha de la presentación, el sistema debiera estar en marcha.

# Ejecutivas de Hospitalizados

Nombre Autor Principal: María Teresa Pizarro Cortés

Nombre Segundo Autor: Macarena Alvarez Siglic Semiramis Ramírez Miranda

Servicio, Departamento o Unidad: Dpto Servicio y Recuperación Subgerencia Calidad

Teléfono: 6788057

E-mail: mpizarro@ns.hospital.uchile.cl

## Introducción:

En el año 2002 la Subgerencia de Calidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, determinó ampliar la atención de las Ejecutivas de su Departamento de Servicio y Recuperación, hacia los sectores de hospitalizados de la Institución, creando el cargo de Ejecutivas de Hospitalizados, funciones que se asemejan en ciertos aspectos a las de House Keeper de otras instituciones de salud. La causa de esta determinación, se basó en varios indicadores que señalaron deficiencias en la atención posibles de mejorar referente al servicio recibido.

Este trabajo se realizó, a través de análisis situacional con el Departamento de enfermería, de un análisis riguroso, de indicadores, acciones de benchmarking, con instituciones de salud y otras y una investigación de literatura referente al tema.

Se espera a fines de este año tener resultados cuantitativos de este cargo, tanto del cliente interno, como del externo.

## Propósito:

El objetivo general del proyecto es facilitar la comunicación entre los pacientes, sus familiares, y la institución, como a la vez colaborar en mejorar la percepción del paciente, referente a la calidad de atención recibida.

Entre los objetivos específicos tenemos:

Colaborar en la resolución de quiebres de servicio en el proceso de hospitalización.

Proporcionar un valor agregado al proceso de atención y que sea distintivo de otras instituciones.

Orientar al usuario en sus requerimientos durante su estadía en el hospital y hasta 10 días después del alta.

Resolver fallas en los procesos que afecten al usuario relacionados con aseo, mantención de inmobiliarios, vigilancia, entre otras.

Colaborar en la comunicación del paciente con sus familiares y/o con el equipo de salud, si es necesario o si el paciente lo solicita.

Colaborar en la información del paciente relacionada con la entrega de instructivos, normas de servicios y otros.

Lograr retroalimentación entre la institución y el usuario, referente a los diferentes procesos de atención.

Participar en proyectos de mejoramiento de los procesos que tengan relación con la atención de los usuarios, en los servicios de hospitalizados donde ejerza su función.

## Descripción del Trabajo:

### Metodología del Proyecto

1. Diseño, que se basó en los resultados obtenidos a través de:

- Coordinación con enfermería,
- Benchmarking con Housekeeper de Clínicas y Hoteles,
- Flujograma del proceso de hospitalización de un paciente y sus fallas de atención,
- Determinación del perfil, requisitos del cargo y funciones de la Ejecutiva de Hospitalizados.

2. Análisis, revisión, presentación y perfeccionamiento del pre proyecto

3. Selección y capacitación de la Ejecutiva de Hospitalizados.

### Selección de los Servicios

4. Marcha Blanca en los servicios seleccionados.

### Evaluación de resultados

5. Ejecución del proyecto.

### Evaluación

### Resultados y Conclusiones:

Como resultado del estudio realizado durante el año 2002, la Subgerencia de Calidad, dio inicio al Proyecto Ejecutivas de Hospitalizados en las secciones de Medicina Interna, Gastroenterología, Cirugía y Otorrinolaringología, en el mes de Febrero del 2003, realizándose marcha blanca en estas secciones durante los meses de Febrero, Marzo y Abril.

A fines del mes de Abril, en conjunto con las jefaturas de Enfermería de Medicina y Cirugía y la Jefatura del Servicio de Enfermería, se evalúan cualitativamente estas funciones, las que fueron catalogadas como altamente satisfactorias, solicitando extender la atención de estas Ejecutivas a otras secciones de pacientes hospitalizados. Esperamos tener a fines del año 2003 evaluaciones cuantitativas de estas funciones, las que se realizarán a través de encuestas de satisfacción de clientes internos y externos de la Institución.

## Adquisición de Destrezas Quirúrgicas Durante el Programa de Formación en ORL HCUCH

Nombre Relator: Dr. Juan Cristóbal Maass Oñate

Nombre Autor Principal: Dr. Juan Cristóbal Maass Oñate

Nombre Segundo Autor: Dr. Alfredo Nacer González, Carolina Zamorano Carbonell, Angélica Urdangarín, Patricia Robinson.

Servicio, Departamento o Unidad: Otorrinolaringología

Teléfono: 678 81 53 92335938

E-mail: jcmaass@yahoo.com

### Introducción:

El departamento de Otorrinolaringología (ORL) de la Universidad de Chile (UCH), imparte un programa de especialización en cuatro sedes (Norte, Occidente, Oriente y Sur). La formación teórica es uniforme y está a cargo de la Escuela de Postgrado de la UCH y de la sociedad chilena de ORL. Sin embargo, la formación práctica es diferente en cada centro y está sujeta a sus fortalezas o debilidades. La misión del servicio nos llama a "Ser líder y principal centro formador en ORL". Por esto quisimos evaluar la formación práctica del departamento y buscar en qué áreas podríamos mejorar. Sin ánimo de establecer una competencia entre los centros, sino para mejorar en base al conocimiento mutuo.

### Objetivo:

Evaluar la adquisición de destrezas quirúrgicas en el programa de formación en ORL de la UCH.

### Descripción del Trabajo:

Se realizó un estudio descriptivo, mediante una encuesta basada en los objetivos prácticos del programa de formación de especialistas en ORL. Esta última se aplicó a los 22 becados del periodo 2000-2002 de la UCH, durante el segundo semestre de 2002 en forma anónima y voluntaria. Se evaluó características generales de los becados, capacidad docente del centro, la estimación del número de cirugías realizadas como primer cirujano y la percepción al terminar la beca de estar capacitados para realizar cirugías en forma independiente. En los últimos dos aspectos se privilegió la información proveniente del tercer año de beca, el resto de la información se utilizó para evaluar tendencias. Al analizar se comparó los resultados del hospital clínico con el total de la UCH. Los resultados se expresaron en promedios de cirugías estimadas y porcentajes de becados que se sentían capaces de lograr cada objetivo.

### Resultados y Discusión:

22 encuestas, 8 de tercer año. Relación Hombre/Mujer 2/1. Becados mayoritariamente con financiamiento ministerial<sup>(1)</sup>, siete autofinanciados. En nuestro centro la capacidad docente se evaluó positivamente, exceptuando la "oportunidad quirúrgica". En la UCh "la biblioteca" es el aspecto evaluado negativamente.

Promedios de cirugías realizadas: En ORL general nuestro centro estuvo por sobre la UCh. Obtuvimos el mayor promedio en las cirugías más prevalentes (Ej. Amigdalectomías) a excepción de reducción de fracturas nasales siendo los más débiles. En oído se estuvimos bajo el promedio general pero se realizaron todos los procedimientos incluidos en el programa. Incluso en nuestro centro se realizó cirugía experimental en hueso temporal mientras que no se realizó en los demás hasta la fecha de la encuesta. En rinosinusología sobre el promedio. Destaca que procedimientos clásicos de la especialidad se realizan infrecuentemente (Ej. Caldwell luc). En cabeza y cuello en prácticamente ningún centro los becados fueron primer cirujano. Encontramos también diferencias entre los centros (10 veces más) en la cantidad de cirugías.

Se consideraban capacitados para realizar en forma independiente cirugías: En ORL general todos. En oído la UCh y en el hospital en un bajo porcentaje. En rinosinusología en UCh sólo 50%, pero en el hospital 100% y además se encontraron aptos para realizar procedimientos no incluidos en el programa. En cabeza y cuello nadie se sentía capaz de cumplir los objetivos prácticos del programa.

Los resultados muestran fortalezas, debilidades y su dimensión. Tenemos un buen centro formador y completo (cumple la mayoría de los objetivos), pero debemos seguir mejorando. Nuestros resultados tienen subjetividad y una muestra pequeña. Pero son congruentes al evaluar las tendencias en la obtención de objetivos dentro de cada centro. Las diferencias entre los centros muestran virtudes que podrían ser compartidas. Los resultados reflejan que la especialidad ha cambiado. Hay cirugías en desuso y otras que podrían convertirse en objetivos. Los aspectos médico-legales hacen más difícil la práctica en cadáver y la posibilidad de operar. Se propone actualizar y perfeccionar los programas incluyendo la posibilidad de complementar la experiencia entre los centros. Sería útil establecer un mínimo de cirugías necesarias como parámetros de referencia para futuros estudios.

# Evaluación Cualitativa Mediante Grupos Focales del Internado de ORL del HCUCH.

Nombre Relator: Patricia Robinson Muñoz  
Nombre Autor Principal: Angélica Urdangarín Mahn  
Nombre Segundo Autor: Patricia Robinson Muñoz, Carolina Zamorano Carbonell, Dr. Juan Cristóbal Maass, Dr. Juan Carlos Sepúlveda.  
Servicio, Departamento o Unidad: Otorrinolaringología  
Teléfono: 678 81 53  
E mail: patarobinsonm@hotmail.com

**Introducción:** En el último tiempo ha cambiado la educación médica, centrándose ésta en el alumno. Dicho cambio se instauró también en la Universidad de Chile, mediante una reforma curricular. Este año llegaron los primeros internos de este nuevo currículo, produciéndose así una situación excepcional: un enfrentamiento de dos modalidades curriculares, con internos de sexto y séptimo año juntos. Es así como internos de séptimo decidieron llevar a cabo un estudio para así comparar las opiniones entre dos generaciones.

**Objetivo:** Evaluar en forma cualitativa los aspectos que influyen en la calidad del internado de Otorrinolaringología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

**Descripción del Trabajo:** Se realizó un estudio mediante la técnica de grupos focales, con internos de sexto y séptimo año de Medicina de la Universidad de Chile, que cursaban la asignatura. El primer grupo focal estaba integrado por cuatro internos de sexto año, cursando la última semana de su pasadía. El segundo estaba integrado por internos de séptimo año que ya habían culminado su internado. Ambos grupos fueron entrevistados en Mayo de este año (2003). Los aspectos evaluados en una pauta semiestructurada fueron: 1. Importancia de la especialidad para el médico general, 2. Actividad docente, 3. Policlínico, 4. Seminarios, 5. Trabajo en sala y visitas de servicio, 6. Ambiente físico y relación con el personal, 7. Bibliografía, 8. Conocimientos adquiridos, y 9. Metodología de evaluación.

**Resultados y Conclusiones:** Los aspectos más importantes consensuados fueron: 1. El conocimiento de la patología otorrinolaringológica es muy importante en el desempeño del médico general. 2. Existió una buena disposición para la docencia, destacando además el desempeño de los becados. 3. La actividad de policlínico fue la mejor evaluada por los grupos focales. Sí se criticó el número excesivo de internos por pasadía, lo que entorpecía el trabajo, y disminuía la oportunidad de aprender. 4. La actividad de seminarios permitió fortalecer

conceptos teóricos, y adquirir nuevos conocimientos. 5. El trabajo en sala no aportaba en su aprendizaje. Las visitas de servicio son necesarias diariamente, debido al alto recambio de pacientes. 6. Se dio una buena relación con el personal paramédico y administrativo. 7. El material de estudio consistió en los apuntes del Servicio y bibliografía obtenida por Internet. 8. En general aumentaron sus conocimientos teóricos, habilidades y destrezas en la práctica clínica, pero hubo un consenso en que faltaba reforzar el tratamiento farmacológico. 9. No hubo consenso en la forma de evaluación más adecuada.

La información, que enfatiza aspectos no tradicionales, será útil para guiar al docente en el desarrollo de un internado que logre llenar las expectativas tanto del interno como del docente, y será una base para luego investigar cuantitativamente el tema.

## Psiquiatría

### Calidad y Oportunidad de la Epicrisis del Depto. de Psiquiatría y Salud Mental

Nombre Autor Principal: Julio Pallavicini G, M Angélica Montenegro.  
Nombre Segundo Autor: Nelly Aravena, Jaime Martínez, Daisy Mejías  
Servicio, Departamento o Unidad: Departamento Psiquiatría  
Teléfono: 6788601 Fax: 7776786  
E-mail: sec\_psiq@ns.hospital.uchile.cl

**Introducción:**

Con el propósito de optimizar el registro recogido en las Epicrisis de los pacientes psiquiátricos, es que el comité de calidad de la Clínica Psiquiátrica Universitaria, elaboró el indicador "Calidad y oportunidad de la Epicrisis", que sería evaluado en el período Abril - Diciembre 2002.

**Objetivos:**

- Evaluar retrospectivamente la calidad de registro de la Epicrisis, en términos de oportunidad, legibilidad y responsabilidad médica precisión diagnóstica y confiabilidad.
- Evaluar eventuales aspectos deficitarios de los aspectos mencionados.
- Reformular criterios de exigencia en torno a la calidad y oportunidad de la Epicrisis.

**Descripción del Trabajo:**

Se realiza una evaluación retrospectiva en una muestra probabilística (50 fichas clínicas) tomadas al azar y se

analizan 5 aspectos que dan cuenta objetiva de una buena epicrisis.

Posteriormente se evalúa en el grado de cumplimiento en 3 períodos diferentes: al egreso, a la semana y al mes cotejando la responsabilidad médica del evento, con la firma del médico tutor del becario.

Resultados y Conclusiones:

- Al egreso se registra un 66.53% de las Epicrisis efectuadas, aunque sin el respaldo del tutor.
- Al mes, aproximadamente la mitad de ellas cuentan con la firma del médico tutor.
- Al año (Abril 2003) la meta se cumplen en un 100%, luego que la actual. Directora del Departamento, instruyera taxativamente en torno a la realización y supervisión de las Epicrisis.
- El estudio de este indicador, redundó en altos grados de satisfacción del equipo profesional. Por otra parte, en la actualidad, la totalidad de ellas son transcritas a máquina.

## Traumatología

### Uso del índice de calidad "WOMAC" en pacientes sometidos a cirugía protésica primaria de cadera

Nombre Autor Principal: Dr. Carlos de la Barrera C.

Nombre Segundo Autor: Basil Darker G, Carlos Gallardo A, Hanns Lembach J.

Servicio, Departamento o Unidad: Servicio de Traumatología y Ortopedia

Teléfono: 6788225 Fax: 6788225

E-mail: carlosdelabarrer@hotmail.com; hanns@vtr.net

Resultados preliminares

Introducción: La artrosis es una enfermedad degenerativa de los cartílagos de las articulaciones, que se manifiesta principalmente en aquellas que soportan peso, como la cadera o la rodilla. Característicamente el dolor es el síntoma eje de la enfermedad, es producido por el movimiento y aliviado por el reposo. La destrucción del cartílago articular en los estadios más avanzados genera severas limitaciones en la movilidad hasta llegar a la rigidez completa. La cojera es uno de los signos más característicos que compromete severamente la calidad de vida del paciente. Una vez hecho el diagnóstico, el tratamiento depende de la articulación afectada, edad del paciente, severidad de los síntomas, del desgaste y condiciones asociadas. En casos leves pue-

de lograrse una mejoría de los síntomas con el uso de medicación analgésica o antiinflamatoria. Otras medidas aconsejables incluyen una restricción de la actividad, control adecuado del peso corporal y el uso de un bastón. Para reemplazar el hueso dañado en la articulación de la cadera, se implanta quirúrgicamente una prótesis total de cadera. La cirugía protésica total de cadera es el principal procedimiento con que cuenta la traumatología actual para la recuperación de la función articular perdida por la artrosis. El análisis de los resultados de las prótesis totales de cadera con frecuencia se ha realizado desde el punto de vista médico, considerando detalles técnicos acerca de la instalación de la prótesis, materiales usados, tipo de prótesis, uso de cemento en su fijación y la existencia de complicaciones entre otros aspectos. Sin embargo hasta hace poco tiempo atrás, no se había considerado el resultado de la intervención desde el punto de vista del paciente, en especial en los enfermos que sufrían afecciones crónicas en su articulación. Estos pacientes habían visto disminuir en forma importante su calidad de vida a lo largo del tiempo, principalmente a causa del dolor y la rigidez articular, que les imposibilitaban en los estadios más avanzados de la enfermedad realizar sus tareas cotidianas.

Objetivos: Es de nuestro interés analizar en este estudio los resultados de la cirugía protésica total primaria de la articulación de la cadera desde el punto de vista del paciente, es decir analizar el mejoramiento en su calidad de vida después de la intervención, en otras palabras, establecer si en realidad la cirugía solucionó concretamente los problemas que la motivaron.

Descripción del Trabajo: Para establecer el índice de calidad de vida en un paciente con artrosis de cadera, se utilizó el índice WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index) que consiste en una encuesta que evalúa la opinión del paciente en tres aspectos principales: Dolor, Rigidez y Función. La encuesta del índice de WOMAC fue aplicada a pacientes del Servicio de Traumatología del Hospital Clínico de la Universidad de Chile sometidos a cirugía protésica total primaria de la cadera. Los pacientes fueron seleccionados de acuerdo un protocolo a los que se aplicó el índice WOMAC durante su hospitalización en el preoperatorio y luego en el postoperatorio alejado a los 6 meses.

Resultados y Conclusiones: Con respecto al grupo muestral, se aplicó el WOMAC a un total de 41 pacientes, 30 mujeres y 11 hombres, con una media de edad de  $63,16 \pm 13,09$  años, de los cuales 16 fueron entrevistados en una segunda oportunidad a los 6 meses de la

intervención. En el preoperatorio, la media de puntaje WOMAC Total fue de  $90,29 \pm 13$  puntos, que se desglosan por ítem en  $17,78 \pm 4.6$  puntos para el ítem dolor,  $7,44 \pm 1.9$  puntos en el ítem rigidez, y  $65,7 \pm 9$  puntos en el ítem función. En el postoperatorio, en cambio, la media de puntaje WOMAC Total a los seis meses fue de  $35,06 \pm 8,5$  puntos, que se desglosan por ítem en  $7 \pm 2.42$  puntos para el ítem dolor,  $2,31 \pm 0.79$  para el ítem rigidez, y  $25,75 \pm 5.95$  puntos para el ítem función. La artroplastía de cadera produjo una reducción de 57,19 puntos WOMAC (disminución de 61,99%) a los 6 meses, que se desglosan en una disminución de 11,19 puntos en el ítem de dolor (disminución de 61,51%), 5,44 en rigidez (disminución de 70,16%) y 40,56 en el ítem de funcionalidad (disminución de 61,17%). Los valores expuestos nos lleva a concluir que la artroplastía primaria de cadera aumenta significativamente la calidad de vida de los pacientes que sufrían artrosis severa en su articulación, y se observa una amplia satisfacción de los pacientes con respecto al beneficio que obtuvieron gracias al procedimiento evaluado a los 6 meses, lo que se refleja en las significativas reducciones de los puntajes WOMAC post-operatorios con respecto a los pre-operatorios.