

Desde hace unos años, el Hospital Clínico Universidad de Chile a través de su Dirección de Calidad ha establecido un espacio de desarrollo y enriquecimiento institucional de sus prácticas y está enfocado en contribuir a la formación de una cultura de calidad y seguridad de los pacientes que permita posicionar y alinear la calidad en todos los niveles del quehacer de su Institución. Es por esto que desde hace unos años organiza las Jornadas de Calidad HCUCH en las cuales se presentan trabajos realizados localmente que tuvieron como objetivo la obtención de mejores resultados en la atención de los pacientes. A continuación compartimos los trabajos presentados en su versión 2014 y 2015.

Abstract jornadas de calidad HCUCH

2015. EVALUACIÓN DE INTERVENCIONES EN CUMPLIMIENTO NORMA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO.

MUÑOZ M., PIZARRO H., COSTA A., SANTIBÁÑEZ A., GUAJARDO M.

SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO.

INTRODUCCIÓN: El personal del laboratorio clínico presenta riesgo potencial de infecciones por exposición a fluidos biológicos. Para cumplir con la norma de precauciones estándar y evitar la transmisión de agentes, se han aplicado, desde el año 2014, pautas de supervisión en todas las unidades del servicio de laboratorio clínico. Los componentes evaluados son: higiene de manos, uso de equipo de protección personal, manejo de material cortopunzante, limpieza y desinfección de superficies y manipulación adecuada de desechos. **OBJETIVO:** Evaluar el cumplimiento de la norma de precauciones estándar, luego de implementar intervenciones de difusión y vigilancia, en diferentes unidades del laboratorio clínico. **MATERIAL Y MÉTODO:** Luego de realizar difusión de resultados obtenidos en forma previa, se aplicaron 5 pautas de observación de cumplimiento en las unidades del laboratorio clínico; Recepción, Toma de muestras de tratamiento anticoagulante oral (TACO), Bioquímica, Hematología, Microbiología y Biología Molecular. Los resultados actuales se compararon con aquellos obtenidos previo a la ejecución de intervenciones. **RESULTADOS:** El porcentaje total de cumplimiento (92.3%) fue mayor que el año anterior (90,6%). La unidad de Toma de muestra de TACO, presentó el mayor cumplimiento, con un 100%, Biología molecular y Recepción de Muestras 96%, Hematología 92%, Bioquímica 86% y Microbiología 84%. De los criterios evaluados, el mayor cumplimiento fue obtenido por el manejo de material cortopunzante y la manipulación adecuada de desechos (100%) y el menor cumplimiento por higiene de manos (81,6%). **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Las intervenciones de difusión y vigilancia realizadas, mejoraron los resultados previos de cumplimiento de precauciones estándar, por lo tanto es posible lograr mayor adherencia implementando y sosteniendo dichas medidas en el tiempo. La higiene de manos continúa siendo el criterio evaluado con menor cumplimiento, por lo que se sostiene la necesidad de capacitación formal y la instalación de soluciones alcohólicas en cada unidad.

2015. CUMPLIMIENTO DEL INDICADOR “NOTIFICACIÓN VALOR CRÍTICO HEMATOCRITO” EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO.

MUÑOZ M., PIZARRO H., COSTA A., SANTIBÁÑEZ A., GUAJARDO M.

SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO.

INTRODUCCIÓN: Los valores críticos (VC) son resultados que expresan una situación médica posiblemente peligrosa para el paciente sin intervención oportuna. Requieren de un aviso inmediato, por lo que su manejo es un requisito obligatorio. Con este propósito fue creada la “Norma de manejo de valores críticos para los laboratorios del hospital clínico de la Universidad de Chile” (NVC-HCUCH) y la implementación de mejoras en el SIL (sistema informático de laboratorio). **OBJETIVOS:** a) Evaluar la evolución del cumplimiento de notificación VC hematocrito acorde a NVC-HCUCH en el servicio laboratorio clínico (SLC). b) Evaluar el nivel de satisfacción de los usuarios clínicos con la notificación de VC. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Análisis retrospectivo y descriptivo (enero 2009 a diciembre 2014) del indicador “Porcentaje de exámenes identificados con VC que cumplen con el procedimiento de notificación” para hematocrito ($\leq 20\%$ y $\geq 60\%$ en adultos y $\geq 64\%$ en recién nacidos), registrados correctamente en sistema. Umbral de cumplimiento esperado de 75%. Datos obtenidos en registros del sistema de control de calidad del SLC. Además se realizó una encuesta de satisfacción de la notificación de VC a 20 profesionales de las unidades de paciente crítico (UPC). **RESULTADOS:** Entre los años 2009 y 2014, el porcentaje promedio de cumplimiento de notificación de VC, para cada año, fue del 42%, 57%, 61%, 56%, 90% y 87%, respectivamente. Los profesionales encuestados concordaron en un 100% en la utilidad clínica de la notificación adecuada de VC. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Podemos concluir que la existencia de la NVC-HCUCH y la implementación de mejoras realizadas al SIL entre los años 2009 y 2012, como el bloqueo de validación VC en el SIL en caso de no registro y la presencia de alarma roja como advertencia de VC, contribuyeron en forma directa a superar el umbral de cumplimiento (años 2013 y 2014).

2015. DESEMPEÑO DE LOS LABORATORIOS CLÍNICOS EN EL CUMPLIMIENTO DE ÁMBITOS RELACIONADOS CON ACREDITACIÓN

PIZARRO H., GUAJARDO M.

LABORATORIOS CLÍNICOS HCUCH.

INTRODUCCIÓN: Los diversos laboratorios clínicos de nuestra institución han desarrollando un trabajo sistemático y de progreso creciente, en los ámbitos de la acreditación que le competen. Esta diversidad no permite visualizar los logros de manera objetiva, y queda la sensación de un avance escaso o nulo. **OBJETIVOS:** Evaluar la evolución del cumplimiento de los laboratorios clínicos en los ámbitos de acreditación que le competen entre los años 2010 y 2014. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un análisis retrospectivo de las 4 autoevaluaciones realizadas entre los años 2010 a 2014, para los ámbitos notificación oportuna de exámenes de riesgo (AOC-1.3), procedimientos etapa preanalítica (APL-1.2), procedimientos etapas analítica y postanalítica (APL-1.3), participación en control de calidad externo (APL-1.4) y bioseguridad en todo el proceso (APL-1.5), en los laboratorios de nuestro hospital: Servicio Laboratorio Clínico (central), Endocrinología, Gastroenterología. Medicina Molecular, Hematología Especialidad, Inmunología, Terapia Celular y Citogenética. **RESULTADOS:** El cumplimiento global promedio para los 5 ámbitos de la acreditación fue 1,67% el año 2010, 35% el año 2012, 53.33% el año 2013 y 63.33% el año 2014. El cumplimiento por ámbito en los años 2010, 2012, 2013 y 2014 para AOC-1.3 fue 0%, 50%, 75% y 75%; para APL-1.2 fue 0%, 25%, 75% y 50%; para APL-1.3 fue 8,33%, 0%, 16,7% y 41,7%; para APL-1.4 fue 0%, 0%, 50% y 50%; y para APL-1.5 fue 0%, 100%, 50% y 100%, respectivamente. **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:** Se observa un aumento en el % de cumplimiento global de los Laboratorios a partir de la autoevaluación del año 2010. Destacan los ámbitos AOC 1.3 y APL 1.5 como aquellos con las mayores tendencias de mejora, luego están el APL 1.2, 1.4 y 1.3, donde las mejoras son más reducidas debido al impacto de contar con 7 laboratorios, con distinto tipo y cantidad de prestaciones.

2015. RELACIÓN ENTRE LOS VALORES DE PROBNP Y BNP EN MUESTRAS CLÍNICAS DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

VIAL M.J., VALENCIA R., GUAJARDO M.

SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO.

INTRODUCCIÓN: La medición del péptido natriurético, es útil para diferenciar la disnea de origen cardiovascular de la respiratoria, especialmente en pacientes que ingresan al Servicio de Urgencia. En Servicio de Laboratorio Clínico se mide con método tradicional ProBNP con un tiempo de respuesta de 90 minutos, lo que deja al paciente y box inutilizable por ese período de tiempo. Para disminuir el tiempo de espera se pide implementar BNP por método de Point of Care (POCT) con el fin de disminuir este

tiempo y mejorar la gestión del box de urgencia. OBJETIVO: Determinar la relación entre los valores de ProBNP y BNP en muestras de suero y sangre total para diferentes niveles de ambas hormonas. MATERIALES Y MÉTODOS: Se midieron 107 muestras de pacientes a los que se le solicitó ProBNP en suero con metodología de enzimo inmunoensayo (EIA) en el equipo VITROS® 5600, en distintos servicios de nuestro hospital y BNP en sangre total, con metodología ELISA en equipo POCT, I-STAT® en Noviembre de 2014. Se evaluó la correlación clínica entre ambos, según el valor de referencia comercial de cada método. RESULTADOS: De los 107 pares de datos, 85 (79%) de ellos fueron concordantes para ambas metodologías y 22 (21%) resultaron discordantes (índice Kappa de 0,51). De los 22 discordantes, 21 resultados son patológicos según ProBNP y normales con BNP, 13 (59%) con patologías no cardiovasculares y 9 (41%) de ellos sin antecedentes. DISCUSIÓN: Los valores de ProBNP y BNP son moderadamente concordantes, pero existen casos en que los resultados de ambos indican estados clínicos divergentes. Dado estas observaciones sería deseable reevaluar los valores de referencia para ambos métodos en población chilena y hacer un estudio clínico de valores de corte en diferentes patologías.

2015. MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA LIMPIEZA EN PABELLONES QUIRÚRGICOS CON APOYO DE BIOLUMINISCENCIA.

ZÁRATE FUENZALIDA J., REYES CORREA C., NEIRA GONZÁLEZ S.

SERVICIO DE PABELLONES QUIRÚRGICOS.

INTRODUCCIÓN: La limpieza del pabellón es un proceso clave dentro del servicio, actualmente se utiliza la inspección visual para determinar la calidad del aseo, sin embargo algunos estudios han demostrado que esta actividad no es suficiente. Actualmente existen métodos cuantitativos para el control de la limpieza ambiental, uno de ellos es la bioluminiscencia, la cual mide residuos orgánicos sobre una superficie mediante cuantificación del ATP, expresada en URL (unidades relativas de Luz). En nuestra institución los valores de aceptación son ≤ 200 URL. OBJETIVO GENERAL: Evaluar la calidad de la limpieza que se realiza en los pabellones quirúrgicos en los aseos concurrentes de las salas quirúrgicas, con apoyo de la bioluminiscencia. Según los resultados obtenidos, planificar y ejecutar intervención educativa y evaluar resultado. MATERIAL Y METODO. Se seleccionaron al azar tres salas quirúrgicas de cada uno de los sectores de pabellón (A B D), realizando mediciones de las superficies de mayor contacto: mesa quirúrgica, mesa arsenalera, mesón de pabellón, máquina y carro de anestesia, con ayuda de bioluminómetro en la segunda semana del mes de agosto. En una segunda etapa post intervención educativa se realiza la segunda medición, primera semana de septiembre, utilizando la misma metodología de la primera etapa. RESULTADOS:

Tabla 1: Resultados promedios de mediciones en URL. De pabellones quirúrgicos PRE- INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Pabellón	Mesa arsenalera	Mesa quirúrgica	Mesón pabellón	Carro de anestesia	Máquina de anestesia
A	764	1085	212	714	1913
B	910	2134	3032	1443	3853
D	590	1058	314	1112	3090
Promedio	755	1426	1186	1090	2952

Tabla 2. Resultados promedios de medición en URL, Pabellones Quirúrgicos. POST INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Pabellón	Mesa arsenalera	Mesa quirúrgica	Mesón pabellón	Carro de anestesia	Máquina de anestesia
A	67	86	94	67	41
B	52	255	164	619	309
D	37	195	56	82	375
Promedio	52	179	105	256	242

CONCLUSIONES: La inspección visual no es suficiente para garantizar la calidad del aseo, en la primera medición solo un 15% de las superficies evaluadas contaban con niveles bajo los 200URL a pesar de que a la inspección visual se observan limpias. En la segunda medición post intervención educativa un 80% de las superficies se encontraban bajo los 200 URL. Es necesario instaurar un sistema de capacitación y monitorización permanente del aseo en pabellón.

2015. PREVENCIÓN DE ERRORES DE MEDICACIÓN EN ANESTESIA HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE. PERIODO JUNIO 2014- AGOSTO 2015.

NAVARRO, V.

DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

INTRODUCCIÓN: El error de medicación (EM) es un evento prevenible que puede ó no terminar con daño al paciente, causado por una falla en los sistemas de control del proceso de administración de medicamentos. El pabellón Quirúrgico es un lugar de alto riesgo de presentar EM por múltiples factores, aunque son poco frecuentes, sus consecuencias son graves y los costos económicos elevados. Durante Junio 2014 se presentan 4 errores EM graves en el servicio por lo que se realiza un programa de intervención local. **OBJETIVO:** Disminuir la incidencia de EM en Anestesia. **MATERIAL Y METODO:** Se identifican los factores de riesgo presentes en quirófano y se implementan medidas de prevención: estandarizar almacenamiento de medicamentos, eliminar de los carros medicamentos de alto riesgo e incorporar etiquetas impresas para rotular jeringas. Entre Julio 2014 y Abril 2015 se capacita a médicos, becados y técnicos sobre administración segura de medicamentos. Para evaluar el cumplimiento del programa se diseñó una pauta de supervisión y se seleccionó una muestra utilizando el total de pacientes operados en el segundo semestre 2015, con un 95% de confianza, error muestral 10% y cumplimiento 95%. Se aplicaron 21 pautas en los tres sectores durante agosto 2015. **RESULTADOS:** El 100% de los medicamentos son preparados por el técnico de Anestesia, la administración la realiza el técnico en 85%, 10% medico staff y 5% becado anestesia. De las seis medidas evaluadas, 5 se cumplen en un 100% : verificar nombre del medicamento antes de preparar, preparar medicamento de acuerdo a dilución estándar, rotular jeringa inmediatamente después de cargar, leer el nombre en jeringa antes de administrar y guardar ampollas vacías hasta finalizar cirugía. Solo el 79% confirma verbalmente la indicación médica. Durante año 2015 se notifica un EM, donde no se lee el rotulo de la jeringa y se administra un medicamento equivocado en una jeringa correctamente cargada y rotulada. **CONCLUSIÓN:** Las medidas implementadas influyen en la disminución de EM , pero sabemos que se encuentran subnotificados. El factor humano como el apuro, falta de atención y falla en la comunicación es la principal causa de EM en quirófano, por lo que es fundamental mejorar el cumplimiento del doble chequeo (visual y verbal) del medicamento antes de administrar. Además, se ha delegado en el personal técnico la función de preparar y administrar medicamentos de alto riesgo, por lo que es relevante la capacitación y supervisión permanente.

2015. REPORTE AUTOMATIZADO DE INCIDENTES, EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA

VILLALEIVA, S., VILLALOBOS, A.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.

a) **Introducción:** Muchos hospitales han implantado sistemas para el reporte de incidentes de seguridad del paciente. Sin embargo, el uso de formatos papel que implica un traspaso de información y falta de oportunidad del reporte ha dificultado que se utilice como una herramienta de aprendizaje eficaz. El año 2012 el departamento de enfermería implementa un aplicativo informático para el reporte de incidentes. b) **Objetivo:** Identificar distribución de los tipos de incidentes de seguridad del paciente del Departamento de Enfermería, realizados durante 3 años. c) **Material y método:** Corresponde a un estudio descriptivo-retrospectivo que incluye el total de los incidentes de seguridad reportados desde enero 2012 a diciembre de 2014 por los servicios dependientes del Departamento de Enfermería, la muestra corresponde a todos los incidentes reportados excluyendo los incidentes en que no estuviese involucrado personal de enfermería. Se revisaron 774 reportes de incidentes realizados en el "Aplicativo de Reporte de Incidentes", de los cuales 735 tenían relación con la atención de enfermería. Se revisa la base de datos en formato Excel, para análisis y clasificación. d) **Resultados:** En los 3 años se reportó un total de 735 incidentes de seguridad, con la siguiente distribución: Proceso/procedimiento de enfermería 448(61%) y otros incidentes 287 (39%). Con una tasa de 2,3 reportes de enfermería por 1000 pacientes. e) **Discusión y Conclusiones:** La incorporación de un sistema automatizado de reporte de incidentes ha facilitado de manera importante el registro y recuperación de la información, ha permitido la identificación de diferentes tipos de incidentes de seguridad en el departamento; sin embargo, ha evidenciado la necesidad de contar con un sistema estandarizado de clasificación que nos permita compararnos con experiencias nacionales e internacionales.

2015. EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD EN HEMOCULTIVOS 2014

VIDAL M., SILVA F., ARENAS C., BARRERA B., FLORES J., CANALES A., MARTINEZ P.

UNIDAD MICROBIOLOGÍA. SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO HCUCH.

CATEGORIAS: Introducción: El hemocultivo es fundamental en el diagnóstico de sepsis. Su adecuado manejo pre y postanalítico influye en el uso de recursos y toma de decisiones. La contaminación en la toma de muestra influye en el manejo del paciente y en los costos por exámenes sin utilidad clínica. **Objetivo:** Evaluar indicadores en hemocultivos del HCUCH y proponer mejoras. **Materiales y métodos:** Se obtuvo listado de hemocultivos 2014 en pacientes adultos del HCUCH y Clínica Quilín. Se calculó % hemocultivos contaminados general y por servicio, % hemocultivos solitarios, % positividad de agentes recuperados y % positivos avisados correctamente según norma de valores críticos. **Resultados:** Se tomaron 5548 hemocultivos (3721 pacientes), el 66.6% corresponde a Urgencia y UPC. El % de contaminación fue 1.3 % y los servicios con mayor contaminación fueron Intermedio Neuroquirúrgico y U. Coronaria. El % de hemocultivos solitarios fue 1.55%. La positividad fue 13.1% y los principales agentes recuperados fueron E. Coli, S. coagulasa negativa, S. Aureus. Los hemocultivos positivos avisados fueron 552. **Discusión y conclusiones:** Un % importante de los hemocultivos son tomados en 2 servicios. El % de contaminación esta bajo el estándar (<=3%). Los servicios con más contaminados son aquellos en que se toman con poca frecuencia por lo que la técnica de toma de muestra podría influir en la contaminación. El % hemocultivos solitarios es bajo. El % de positividad y los agentes recuperados son comparables a lo descrito en la literatura. El % de hemocultivos positivos avisados (72.3%) estuvo bajo estándar (75%). Las principales causas de no cumplimiento fueron mal registro de datos de quien recibe la información, no registro y no notificación. Los indicadores de hemocultivos en general están dentro de lo esperado, sin embargo, se podría evaluar volumen de muestra, y la oportunidad de aviso del hemocultivo positivo desde que este es detectado.

2015. EFECTOS DE LA IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION EN UNA UCI ADULTO DE ALTA COMPLEJIDAD

BERASAIN MA, REPETTO C, GALLEGOS L, MARTINEZ G, FLORES N, RIVAS S.

UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS, UNIDAD DE PACIENTES CRÍTICOS, HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE.

Introducción: Las úlceras por presión (UPP) representan un indicador de calidad asistencial, con prevalencia entre 5 y 38% en pacientes críticos, aumenta la mortalidad, costos y días de hospitalización. Causa multifactorial. El cumplimiento de la pauta de prevención UPP año 2012 fue 56%, de ahí la importancia de contar con protocolos de enfermería. **Objetivo:** Conocer el efecto de implementar un protocolo de prevención de UPP en UCI. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo. Se realizó programa de intervención que incluyó elaboración y difusión de protocolo de prevención de UPP, educación al personal, redistribuyéndose las actividades priorizando el cambio de posición cada 2 horas, asignando mayor tiempo a los TENS para esta actividad, se implementa revisión 2 veces por turno del colchón antiescaras y corrección inmediata, creación de instrumentos para registro, se relacionan los resultados con la incidencia de UPP período 2013-2014. **Análisis programa excel.** **Resultados:** El porcentaje de cumplimiento de la pauta fue de 82% y 91% en 2013, 2014 respectivamente. La incidencia de UPP fue 183 y 76 lesiones mismo período, observándose una disminución de 41% el 2014. Los estadios corresponden a tipo I 62% (47), tipo II 20% (15), tipo III 9% (7) predominando lesiones de talón, seguidas por las sacro-glúteas, el 100% corresponden a alto riesgo según Braden, la patología de mayor prevalencia fue sepsis-shock séptico, seguido por DHC. El 34% se ulceró en menos de 4 días (20) y el 25%(15) entre el día 5° y 14°. **Conclusión:** La implementación de un protocolo de prevención de UPP logró reducir la incidencia sobre el 40%, el cumplimiento de la pauta fue en ascenso, el estadio predominante es el I, el mayor porcentaje se ulceró dentro de los primeros 4 días correspondiendo en su mayoría a pacientes con sepsis severa. La educación y protocolización son fundamentales en prevención de UPP.

2014. CARACTERIZACIÓN DEL CONTROL DOSIMÉTRICO PERSONAL EN ATENCIÓN DE PACIENTES CON YODO RADIACTIVO DURANTE 2013

CASTRO, D. GARRIDO, C.

UNIDAD DE RADIOPROTECCIÓN, DIRECCIÓN MÉDICA

Introducción: El control del personal expuesto a radiación ionizante en el ámbito hospitalario constituye un requisito establecido en la legislación nacional vigente en protección radiológica. A mediados de 2012 se logró cubrir este requerimiento para el total del personal que atiende en 3 servicios de nuestra institución a pacientes que se hospitalizan por tratamiento con yodo radiactivo (I-131), quienes cuentan para ello con elementos de protección radiológica y capacitación periódica. Objetivo: Realizar un análisis estadístico de los registros dosimétricos obtenidos por el personal de los 3 servicios en contacto con estos pacientes (Médico-Quirúrgico 3°E, Clínica Quirúrgica 5°A y Geriatria 4°E) durante todo el año de 2013 y compararlos con límites de dosis establecidos tanto en la legislación nacional como en recomendaciones internacionales. Materiales y Métodos: Se registró en una base de datos las dosis informadas por el laboratorio para cada funcionario en cada período de control de 2013, así como el valor acumulado en 12 meses de trabajo. Se utilizó el software estadístico STATA versión 11.2 para realizar un análisis descriptivo de los datos. Resultados. Se observó una dosis promedio inferior a 0,5 mSv por período de control para los 3 servicios analizados, con valores de dosis personal máxima inferior a 1 mSv. Al analizar los datos de dosis acumulados se observa que el P99 es de 1.47, 1,66 y 2,04 mSv para los servicios de Geriatria 4°E, Clínica 5°A y Médico-Quirúrgico 3°E respectivamente. Discusión y Conclusiones. Los valores de dosis por período de control se encuentran bajo el valor de dosis de alerta establecida como vigilancia por el ISP (< 90%). Por otro lado, los valores de dosis acumulados en 2013 no superan el 5% del límite de dosis legal y el 11% del recomendado por organismos internacionales.

2014. EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN AGILIZADA EN PACIENTES DE BAJA COMPLEJIDAD QUE SE RETIRAN SIN SER ATENDIDOS DE URGENCIAS

RETAMAL A., HERRADA L., QUEZADA R., CORTÉS C., TOBAR E.

SERVICIO DE URGENCIA

Introducción: Uno de los indicadores con mayor impacto en calidad de gestión y de satisfacción usuaria en un servicio de urgencias (SU) y recomendados por la ACEP (American College of Emergency Physicians), es la cantidad de pacientes inscritos que se retiran sin atención médica. (Left Without Been Seen: LWBS). Se describen en la literatura numerosas estrategias para disminuir este indicador. En este contexto, se implementa un modelo de atención agilizada para pacientes de baja complejidad, con medico acoplado a demanda, para medir el impacto en la tasa de LWBS del SU del HCUCH. Objetivo: Medir el efecto de la atención agilizada de baja complejidad, en la tasa de LWBS. Materiales y Método: Estudio descriptivo analítico, que mide el efecto de la atención agilizada en el servicio de urgencia, en horario de alta demanda asistencial (12 a 18 horas), comparando el porcentaje de LWBS en el mes de Mayo del año 2013 con el mes de Mayo del año 2014. Los datos fueron obtenidos desde la ficha clínica electrónica y se consideró LWBS a aquel paciente inscrito para atención, que se retiró sin atención médica. Resultados: La tasa de LWBS para Mayo 2013 fue de 8,14% y 7.39% para Mayo 2014. Al comparar el número absoluto de LWBS por tramos horarios, se establece una asociación protectora en el tramo intervenido del mes de mayo de 2014 en relación al mismo tramo en mayo del 2013 con un OR: 0,61 IC de 95% (0,416 – 0,920). Discusión y Conclusiones: La implementación de un modelo de atención agilizada en horario de alta demanda disminuye el número de pacientes que se van sin ser evaluados desde el servicio de urgencia, lo que impacta positivamente en la gestión y calidad de atención.

2014. VERIFICACIÓN DEL CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE UN DETECTOR DE RADIACIONES GEIGER MÜLLER MEDIANTE USO DE FUENTE PATRÓN

OTÁROLA S, ALAY R, PADILLA P, GONZÁLEZ P, MASSARDO T.

SECCIÓN MEDICINA NUCLEAR, DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Introducción: En la Sección de Medicina Nuclear, se trabaja con radiaciones ionizantes, por lo que es vital tener un detector que permita evaluar la tasa de exposición a la que se encuentran expuestos el personal y pacientes .Para estos efectos, se cuenta con un detector Geiger Müller (GM), calibrado por la CCHEN, cada 2 años, no obstante es importante tener otro mecanismo que permita chequear de rutina su funcionamiento. En este marco hemos desarrollado un sistema de Verificación del detector, que consiste en

medir una fuente Patrón de Cs 137 (periodo de semidesintegración 30 años). Objetivo: Verificar en forma rápida y sencilla el óptimo funcionamiento del detector GM disponible en la Sección de Medicina Nuclear. Material y Método: Se efectuaron 100 mediciones desde Abril 2008 a Septiembre 2014, de una fuente patrón de Cs- 137 cuya actividad certificada es de 210 uCi del 18 de Abril de 1985 (n° certificación: 184353g), con un GM marca Biodex , modelo 2 Survey Meter N° 128056 ,sonda s/n (equipo calibrado en LMRI_CEN la Reina Chile el 23 de Abril 2012). Las mediciones se efectuaron siempre en las mismas condiciones, sin variar la distancia ni la geometría. Resultados: Se obtuvo un valor promedio total de $34,4 \pm 1,03$ mR/h, y un $p= 0.0001$.

Tabla 1

Año	Promedio	D.S.
2008	34,90	0,06
2009	34,65	0,10
2010	33,65	0,30
2011	32,77	0,21
2012	32,38	0,12
2013	32,09	0,29
2014	30,51	0.01

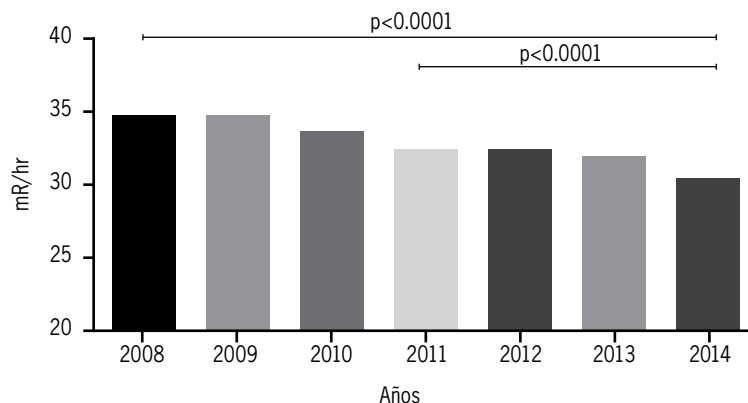


Tabla y Gráfico 1. “Promedio y D.S (corregido por decaimiento) por año de la tasa de exposición (mR/h) de una fuente patrón de Cs-137”

Conclusión: Podemos concluir que es un método válido para chequear el buen funcionamiento del detector GM entre las calibraciones que recomienda la entidad reguladora, dado que las diferencias obtenidas para los diferentes años no son estadísticamente significativas ($p= 0.0001$).

2014. DETERMINACIÓN DE PARATHORMONA: ACCIÓN CORRECTIVA TRAS MONITOREO DE RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE CALIDAD EXTERNO RIQAS

TAPIA V, GARRIDO M, CAAMAÑO E, ROMERO C.

LABORATORIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y BIOLOGÍA DE LA REPRODUCCIÓN

Introducción. Los programas de evaluación de calidad externa son uno de los componentes principales de los sistemas diseñados para mantener y mejorar la calidad analítica de los laboratorios clínicos. La participación y un funcionamiento adecuado de tales programas son actualmente una parte esencial en los sistemas de acreditación de los laboratorios. El programa RIQAS mide la exactitud de los laboratorios. Los datos de este programa constituye un recurso de gran valor: aseguran la transferencia de procedimientos y resultados entre laboratorios, detectan fallas de equipos y/o problemas de reactivos lo que permite evaluar y poner en práctica las medidas correctivas correspondientes. Objetivo. Evaluar e iniciar medidas correctivas tras un desempeño insatisfactorio en el Programa de Control de Calidad Externo RIQAS. Material y método. Informe de rendimiento RIQAS (Immunoassay Specialty 1 cycle 4 sample 4) Determinación de Parathormona (PTH) por electroquimioluminiscencia en autoanalizador Cobas e411. RESULTADOS. Se recibe el informe RIQAS con un desempeño insatisfactorio para el analito PTH. El detalle estadístico indica un índice de desviación estándar (SDI) de -4.59, con la presencia de error sistemático frente al grupo de comparación (RMSDI = 5.23) y un sesgo promedio (RM%DEV=39.9) mayor al sesgo mínimo admisible de las especificaciones de desempeño para este analito. Se revisa el procesamiento del control RIQAS, encontrando un error pre-analítico: el control había sido congelado para ser analizado junto con las muestras de pacientes que siguen igual tratamiento. Se evaluó por lo tanto si el congelamiento afecta a la PTH en las muestras de pacientes, para lo cual se hicieron determinaciones de PTH a muestras de rutina recién recibidas y después de ser congeladas y descongeladas, observándose un 20% de disminución en los valores de éstas últimas. Discusión y conclusiones. Se establece, como medida correctiva, que la determinación de PTH se debe realizar diariamente en sueros sin congelar.

2014. DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD DE ASISTENCIA EN OBSTETRICIA

SALINAS, H.; MORALES, N.; HERRERA, A.; CEA, M.; INOSTROZA, D.; VÁSQUEZ M., AGUILERA, A.; CORTÉS, L.

SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Introducción. Calidad en salud tiene dos componentes: intrínseco y extrínseco. Tradicionalmente se otorga mayor importancia al componente extrínseco (trato al enfermo y su familia, accesibilidad al sistema, hotelería y otros) que al intrínseco que agrupa entre otros, conocimientos, destrezas y tecnología. Respecto a éstos últimos, diferentes grupos de especialistas han estado construyendo indicadores de calidad de asistencia, con el objeto de evaluar si la prestación otorgada fue: adecuada, oportuna, segura, accesible, en tiempos razonables y una correcta utilización de recursos. Objetivo. Diseñar indicadores de calidad de asistencia, diferentes para la atención ambulatoria y hospitalaria, estableciendo el nivel técnico actual de nuestra asistencia, proponiendo aspectos a mejorar, cambiar u optimizar. Material y métodos. Se realizó una revisión bibliográfica con el objeto de extraer procesos, indicadores y estándares y que dicen relación con la práctica obstétrica. En una segunda etapa se han priorizado indicadores en base a los siguientes criterios: número de pacientes, riesgo, variabilidad y consumo de recursos. Se han definido procesos, indicadores y estándares en base a la totalidad de la atención ambulatoria (consultas y procedimientos) y hospitalaria. Finalmente se está en proceso permanente de evaluación de los resultados obtenidos y lograr la mejoría en nuestra calidad de atención. Resultados. Los indicadores de atención ambulatoria y los indicadores de riesgo durante la hospitalización se acercan a los estándares establecidos. La evaluación de indicadores de efectividad, eficiencia y riesgo son en general cercanos a los propuestos en base a estándares internacionales. Discusión y conclusiones. Los indicadores que hemos seleccionado nos permiten comparaciones nacionales e internacionales. Aplicados en diferentes tiempos pueden evaluar la evolución de la práctica asistencial. Es necesario que la propuesta de indicadores sea revisada y adaptada en forma periódica en virtud de los cambios en la práctica asistencial y la evidencia científica disponible.

2014. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PREANALÍTICA 2014

PIZARRO H., JIMÉNEZ R., TAPIA V., CEMBRANO A., ZAPATA S., COVARRUBIAS N., CUNEO M., PÉREZ C., PARDO R., MAUREIRA D.

LABORATORIOS CLÍNICOS

Introducción: La primera etapa del proceso de un examen de laboratorio o fase preanalítica, es donde ocurre el mayor % de los errores. Estos pueden ser por problemas asociados a la muestra o a la identificación de la misma. El no detectarlos puede afectar la calidad del resultado, su interpretación por el médico y aumentar los costos en todo el proceso. Objetivos: Evaluar el % de errores de la fase preanalítica en el Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH). Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo del total de exámenes recibidos y el total de exámenes rechazados por los distintos laboratorios del HCUCH entre enero y julio del año 2014. Se agruparon los rechazos según los criterios definidos para la medición mensual del indicador: Hemólisis, coagulado, mal rotulado o sin rótulo, muestra inadecuada, contenedor inadecuado, muestra escasa, sobre o bajo el límite de llenado, transporte inadecuado, toma de muestra fuera de horario, orden ilegible, muestra derramada y, otras causas. Como referencia se utilizó el umbral definido para el cálculo del indicador mensual de rechazos $\leq 5\%$. RESULTADOS: De un total de 486.436 exámenes, 4645 (0.96%) fueron rechazados. Desglosado por causa los mayores índices están representados por la hemólisis (46.7%) y la muestras coaguladas (20.6%), seguido de "Otras causas" (10.0%), muestra inadecuada (7.4%), Bajo nivel (5.1%), mal rotulada o sin rótulo (4.0%), muestra escasa (2.1%) y sobre nivel (1.5%). Discusión y conclusiones: Si bien los resultados acumulados del periodo están bajo el umbral definido, la presencia de hemólisis y coágulos en las muestras como principal causa de rechazos, son reflejo de procedimientos incorrectos en la recolección de la muestra, lo cual sugiere la revisión del % de rechazos en algunos servicios con el fin de seguir mejorando las cifras alcanzadas y, según esto, planificar intervención.

2014. EVALUACIÓN DE ENCUESTAS DE PACIENTES TERAPIA ANTICUAGULANTE (TACO)

SANTIBÁÑEZ A., VIAL MJ., MUÑOZ G. Y SILVA F.

SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN: Todo paciente atendido en el Policlínico de Terapia Anticoagulante (TACO) del Servicio de Laboratorio Clínico, como parte de la atención, recibe las indicaciones generales respecto a razones del TACO, rango de INR, restricciones dietéticas, posibles complicaciones, dosificación y necesidad de control. Para evaluar la incorporación de esta información, los funcionarios del área, aplican una encuesta a los pacientes que asisten a su segundo control o posterior. Se plantea entonces que si el paciente contesta

afirmativamente las preguntas, se puede inferir que ha entendido las indicaciones y por lo tanto, se espera que su resultado de INR se encuentre en rango terapéutico. OBJETIVO: Determinar si existe relación entre los pacientes que responden afirmativamente la encuesta aplicada y los INR control. MATERIAL Y MÉTODO: Se analizó retrospectivamente las encuestas aplicadas entre enero y agosto del año 2014. Las encuestas respondidas afirmativamente se compararon con la base de datos de TACO 2014, en busca de su INR. Se definió el rango terapéutico como $INR \pm 0.2$ unidades y en base a ello se determinó los pacientes en rango y fuera de él. RESULTADOS: Se revisaron un total de 154 encuestas, de las cuales 95 (61.7%) fueron respondidas afirmativamente en todas las preguntas. De estas, el 64 % corresponden a pacientes que tienen su INR control dentro de rango terapéutico, mientras que el 35.8% están fuera de rango, de los cuales el 26% tienen explicación por otras causas. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: No existe relación directa entre responder afirmativamente la encuesta y el resultado de INR. Adicionalmente podemos señalar que el porcentaje de INR en rango terapéutico de pacientes que respondieron afirmativamente, coincide con lo expuesto en la literatura, que lo sitúan alrededor del 60%, considerando que para lograr este objetivo se deben tomar en cuenta otras variables que serán evaluadas en el futuro.

2014. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LA UNIDAD DE RECEPCIÓN DE MUESTRAS DEL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

PIZARRO H., SANTIBAÑEZ A., VALENCIA R., CANALES A.

SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN: La puerta de entrada de las muestras al Laboratorio es la Unidad de Recepción, la cual si comete errores impacta directamente en los resultados generados por las Unidades analíticas. A partir de enero del año 2014, se rediseñó el funcionamiento de la Unidad, incluyendo organigrama, procedimientos, roles, atención de público, conducta funcionaria, además de capacitaciones en la información de los exámenes. OBJETIVOS: Evaluar la frecuencia de errores en la recepción de muestras a 8 meses de su intervención. MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizó retrospectivamente el total de errores notificados por las unidades analíticas, entre enero y agosto de 2014. Cada notificación se evaluó en función de los exámenes que se afectan y se determinaron 8 categorías de errores: muestras perdidas, muestras no recibidas, muestras mal rotuladas, muestras dañadas en tránsito, demora en notificación de rechazos, incumplimiento de procedimiento, muestras inadecuadas, errores en Toma de Muestras. RESULTADOS: Se notificaron 343 errores, de los cuales 60.9% corresponden a muestras no recibidas, 27.1% incumplimiento de procedimiento, 3.2% muestras perdidas, 3.2% muestras mal recibidas, 3.2% errores en toma de muestras, no atribuibles a recepción, 1.2% muestras mal rotuladas recibidas, 0.6% muestras dañadas y 0.6% demora en la notificación del rechazo. El % de notificación de errores mensuales respecto del total de notificaciones fluctuó entre 4.1% en febrero y 36.2% en marzo, siendo la media 12.5%. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Ante la ausencia de datos previos, como parte del rediseño se implementó un sistema de notificación de errores, los que según el estudio se han mantenido estables. Esto apoya las medidas tomadas y alienta a seguir capacitando al personal en el cumplimiento de los protocolos y procedimientos definidos. Lo observado en marzo es atribuible a la incorporación del personal de turnos rotativos en la Unidad, los cuales rápidamente se adaptaron al proceso.

2014. APORTE DEL SERVICIO DE FARMACIA A LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: CUMPLIMIENTO DE VERIFICADORES ASOCIADOS A FÁRMACOS

ABUSADA NJ., LATORRE PV., LAGOS MD.

SERVICIO DE FARMACIA

Introducción: La seguridad del paciente surge como pilar fundamental en todas las estrategias sanitarias¹ y es así como el Servicio de Farmacia (SF) tiene procedimientos enfocados en pro de este aspecto, resguardando la calidad a través del correcto almacenamiento de los medicamentos y la oportunidad de entrega de ellos. Objetivo: Exponer el cumplimiento de verificadores relacionados con el almacenamiento y conservación de medicamentos (ACM) en los Servicios Clínicos (SC) y dispensación oportuna del stock mínimo (SM) desde el SF. Materiales y Métodos: Desde Enero a Agosto 2014, se realizaron 2 supervisiones mensuales a 26 SC (puntos de verificación), usando pauta de supervisión. Por otro lado, se consignaron en la receta de SM la hora de recepción y despacho. Se definió como estándar 5-10 minutos. Resultados: Medicamentos con fecha vigente, de 340 supervisiones, 85% cumplió. Medicamentos multidosis con fecha de apertura, de 183 supervisiones, 62% cumplió. Almacenamiento de medicamentos psicotrópicos bajo llave, de 188 supervisiones, 97% cumplió. Registro de temperatura

del refrigerador con límites entre 2 y 8 °C, 61% cumplió. De 32 recetas registradas de SM, Farmacia demoró en promedio 03:49 minutos en su despacho. No se registraron los tiempos de 16 recetas de SM. Discusión: El incumplimiento de algunos verificadores de almacenamiento y conservación podría deberse a desconocimiento o falta de capacitación de procedimientos, baja rotación de los medicamentos que mantienen los SC 4 y/o falencias en recursos físicos y humano, aspectos éstos, un poco más difíciles de resolver. El tiempo de despacho, en un primer momento, fue definido en forma arbitraria, sin embargo, según los resultados podríamos deducir que en condiciones óptimas de disponibilidad de medicamentos este tiempo incluso podría disminuir. Conclusiones: En ACM, ninguno de los aspectos evaluados se cumple en su totalidad. En tiempo de despacho de recetas del SM, se cumple el estándar establecido.

2014. LA EDUCACIÓN COMO ESTRATEGIA PARA DISMINUIR LOS UROCULTIVOS POLIMICROBIANOS EN LA UNIDAD DE TOMA DE MUESTRAS (UTM)

ANTIBILO M., PIZARRO H., ARANEDA M., VALENTIE N. Y SILVA F.

SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO

Introducción: La infección del tracto urinario es la patología más frecuente en la población general. Se diagnóstica a través del urocultivo, donde el 20 a 22% del total de solicitudes, tiene resultados positivos. En este contexto pueden aparecer urocultivos polimicrobianos (UP), considerándose aceptable $\leq 5\%$, según la Sociedad Americana de Microbiología. En tanto, la Sociedad Chilena de Infectología, define como UP cuando hay presencia ≥ 100.000 UFC/ml, con desarrollo de 3 o más microorganismos, sin predominio de alguno y sin importar el método de obtención de la muestra. Visto lo anterior, la UTM elaboró un indicador, cuyo umbral de 3.8% corresponde al mayor valor histórico del período 2007-2009, luego se aplicó un programa de intervención educativo a pacientes y funcionarios durante todo el 2010. Objetivo: Evaluar el efecto de la educación a largo plazo en la disminución de los UP. Material y método: Se realizó análisis retrospectivo del % de UP de enero 2011 a Julio 2014, obtenido a partir del Sistema informático de Laboratorio (SIL) y registros de UTM. Resultados: En el año 2011 el % de UP fluctuó entre 0.9% y 4.3%. El valor medio alcanzado en el período fue de 2.4%. En el 2012 el % de UP fluctuó de 0.5% a 4.9%, con valor medio de 2.2%. En el 2013 el % de UP fluctuó de 0.2 a 1.8% con valor medio de 1.24%. En el 2014, desde enero a junio, el % fluctuó 0.5 a 1.6% con valor medio de 1.04%. Resultados estadísticamente significativos ($p < 0.05$). Discusión y conclusiones: El programa educativo fue efectivo, ya que se observó una disminución de hasta un 50% en los valores de UP los cuales se han mantenido en niveles cercanos a 1.5% a partir del año 2012. Lo anterior permitirá reevaluar, a futuro, la disminución del umbral del indicador.

2014. POINT OF CARE (POCT) PARA CREATININA Y SU IMPACTO EN EL SERVICIO DE URGENCIA

VIAL MJ, VALENCIA R., PIZARRO H., RETAMAL A., TOBAR E., HERRADA L. Y GARRIDO N.

SERVICIO LABORATORIO CLÍNICO Y SERVICIO DE URGENCIA

Introducción: El tiempo de respuesta de la medición de creatinina es relevante para evaluar la función renal en pacientes que acuden al Servicio de Urgencia y que requieren escáner con medio de contraste. En el laboratorio, con el método tradicional el tiempo de respuesta podría ser de 90 minutos, lo que deja al paciente y box inutilizable por ese período. Se implementó la Creatinina por método de Point of Care (POCT) con el fin de disminuir este tiempo de espera y mejorar la gestión del box de urgencia. Objetivo: Demostrar que la utilización de Creatinina por POCT, disminuye considerablemente el tiempo de espera del paciente previo al escáner y mejora la gestión del box de urgencia. Material y método: se midieron y compararon los tiempos de respuesta de creatinina obtenidos por método utilizado en el Servicio de Laboratorio Clínico (Vitros 5600 J&J) entre Enero a Junio 2013 y los analizados por POCT (I-Stat) entre enero-junio 2014. Resultados: se seleccionó una muestra aleatoria de 498 solicitudes de creatinina procesadas por el método tradicional el año 2013 y se compararon con igual cantidad de solicitudes del creatinina POCT del 2014. Para el método tradicional el tiempo de respuesta promedio fue de 97 minutos y para POCT fue de 32 minutos. La incorporación de POCT disminuyó significativamente ($p < 0.05$) el tiempo de espera del paciente en 65 minutos, lo que equivale a una disminución en el tiempo de respuesta promedio de un 67%. Discusión y conclusiones: Se logró demostrar que la incorporación del POCT en el Servicio de Urgencia disminuye considerablemente el tiempo de espera de los pacientes, además contribuye a acelerar la toma de decisiones como hospitalizar o alta, aumentando el recambio de pacientes lo que permite mejorar la calidad de gestión de los box de atención con que cuenta el servicio.

2014. PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE CESÁREAS

SALINAS, H.; MORALES, N.; HERRERA, A.; CEA, M.; INOSTROZA, D.; VÁSQUEZ M., AGUILERA, A.; CORTÉS, L.

SERVICIO OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Introducción: La importancia relativa del número de cesáreas viene aumentando de manera exponencial en el mundo, independiente de las causas, sin una clara evidencia que disminuya la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, razón por la cual muchos grupos de interés está implementando estrategias que tiendan a su disminución. La práctica obstétrica influye en la tasa de cesáreas y es así como muchas organizaciones han introducido estrategias que apuntan a controlar la toma de decisiones individuales con el objeto de abordar las operaciones que fueren innecesarias. Objetivo: Establecer un sistema de auditoría clínica, respecto a la decisión de una operación cesárea, comparándolas con la práctica habitual e introduciendo las modificaciones necesarias para lograr la disminución de las mismas. Material y métodos: Se diseñó y se está implementando un sistema de auditoría que nos permite brindar una atención segura de parto para la madre y el recién nacido, con mínima intervención y máxima satisfacción. Resultados: Se ha establecido una línea basal de cesáreas. Se han categorizado los partos para posteriormente proceder al análisis por paridad, categoría, curso y gestación. El programa de auditoría propuesto incluye entrega de turno diario por residencia, segunda opinión para decidir operación cesárea, auditoría mensual de “cesáreas evitables”, estandarización de protocolos y guías clínicas. Los muestreos obtenidos en diferentes períodos muestran una disminución significativa cuando se hace evidente la intervención. Discusión y conclusiones: Si a una población objetivo conformada por médicos y matronas se le advierte de los cambios deseados por sus observadores, los resultados mejoran en forma significativa. La introducción de cambios en el manejo obstétrico protocolizado es muy importante. Es necesario mantener el feedback de la auditoría clínica sobre la efectividad de las prácticas hasta que se logre el consenso respecto al cambio en las conductas.

2014. SUPERVISIÓN DE NORMA DE PRECAUCIONES ESTÁNDAR EN EL SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

GUAJARDO M., JEMENAO M., PIZARRO H.

SERVICIO DE LABORATORIO CLÍNICO

Introducción: La práctica de los funcionarios del laboratorio presenta el riesgo de transmisión de infecciones asociadas a atención en salud (IAAS), principalmente a través de la exposición a fluidos biológicos y al cultivo de microorganismos. Las IAAS pueden ser evitadas cumpliendo prácticas de atención, dentro de las cuales se encuentran las precauciones estándar, que constan de 6 componentes: higiene de manos, uso de equipo de protección personal (EPP), manejo de material cortopunzante, limpieza y desinfección de superficies, manipulación adecuada de desechos e higiene respiratoria. Objetivo: Conocer el nivel de cumplimiento de precauciones estándar en diferentes Unidades del Laboratorio Clínico. Material y método: Fueron aplicadas 5 pautas de observación de cumplimiento de normas de precauciones estándar a las Unidades de Recepción, Toma de muestras de tratamiento anticoagulante oral (TACO), Bioquímica, Hematología, Microbiología y Biología Molecular del Servicio de Laboratorio Clínico del HCUCH. Resultados: De 30 pautas aplicadas el porcentaje total de cumplimiento de los 5 criterios evaluados fue de 90,6%. La unidad de Biología Molecular presentó cumplimiento del 100%, Bioquímica y Recepción de Muestras 92%, Hematología y Toma de muestras 88% y Microbiología 84%. De los criterios evaluados, el mayor cumplimiento (100%) fue obtenido por la manipulación de desechos y manejo de material cortopunzante, y el menor cumplimiento (76%) fue la higiene de manos especialmente entre el retiro de guantes y la manipulación de elementos presentes en áreas limpias. Discusión y conclusiones: Es posible realizar intervenciones como difundir los resultados actuales desde la dirección a las diversas unidades auditadas, realizar capacitación a funcionarios y fortalecer la vigilancia, aplicando pautas de supervisión de precauciones estándar regularmente. El lavado de manos es la medida más eficaz para reducir las IAAS³, y como fue el criterio con menor cumplimiento, sería recomendable instalar dispositivos de soluciones alcohólicas en cada unidad para mejorar su adherencia.

2014. MONITORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS EN PREVENCIÓN INFECCIONES TORRENTE SANGUÍNEO ASOCIADO A VÍA VENOSA CENTRAL

BUSTAMANTE R, AGUAYO R, PÉREZ P, COLOMA J, PAVEZ C, MORALES Y, MORALES S, CARRIÓN M, CHÁVEZ M, FALCK M.

UNIDAD HEMATOLOGÍA ONCOLÓGICA

Las infecciones del torrente sanguíneo (ITS) asociadas a catéter venoso central (CVC) constituyen un problema de salud relevante. Son frecuentes, de alto costo y potencialmente letales. La tasa MINSAL (2.9/1000 días catéter) corresponde al estándar nacional. En UHO es 3.3/1000 días catéter. Los factores asociados son múltiples. Corresponden al huésped, instalación, manipulación y ubicación del CVC. La evidencia para prevenir ITS/CVC está normada y se sintetiza en las conductas medidas por Pautas de Supervisión (PS) aplicadas en Chile desde 2009. Objetivo: Medir el impacto de la monitorización y análisis de resultados en la prevención de ITS/CVC en pacientes hematológicos a través de información obtenida de las PS. Material y método: Estudio descriptivo analítico. Incluimos la totalidad de PS aplicadas el 2013 en UHO (n=212) relacionadas con factores que afectan ITS/CVC como instalación, manejo y mantenimiento del catéter asignando puntuación 1 a la conducta correctamente realizada y 0 en caso contrario. Las pautas contempladas fueron (a) higiene de manos, (b) administración de medicamentos (c) Instalación y (d) mantenimiento de CVC. El análisis estadístico se realizó en SPSSv20. Se calculó estadística descriptiva y regresión logística. Resultados: De un total de 212 pautas destaca que el mayor número de conductas correctas se evidenció en Mantenimiento del Catéter con 93% versus Instalación con 58%. El análisis logístico arrojó un OR crudo 0.083 (IC 95% 0.007 – 0,952) para la mantención del catéter año 2013, resto de variables no significativas. Discusión y conclusiones: Si bien el cumplimiento de la norma disminuiría el riesgo de ITS/CVC en un 95.4% la tasa permanece elevada. De acuerdo a estos resultados se implementaron medidas más estrictas (disminución en tiempos de espera post aseo piel, número máximo de punciones, fijación CVC entre otros) para reforzar las existentes en función de prevenir las ITS/CVC y evaluar resultados e impacto el 2015.