

Abstracts de las Jornadas de Calidad y Gestión HCUCh año 2006

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

ENTREVISTA CON DIRECTORES DE DEPARTAMENTO Y JEFES DE SERVICIO PARA CONOCER SU OPINIÓN ACERCA DEL SERVICIO DE NUTRICIÓN

Autores: Sra. Elvira Yáñez C, Sra. M. Amelia Cubillos C

CONTACTO

Fono: 978 6085

E-mail: eyanez@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

El Servicio de Nutrición tuvo una evaluación variable en la encuesta "Estudio de cliente interno", que se aplicó a los directores de departamento y jefes de servicios en la cual calificaron de 1 a 5 el desempeño de los servicios clínicos. Estas diferentes evaluaciones nos motivaron a realizar una retroalimentación con estos directivos con el fin de realizar acciones de mejoras en aquellas áreas en que la solución estuviera en nuestras manos.

OBJETIVO GENERAL:

Realizar acciones de mejoramiento continuo de acuerdo a los resultados de las entrevistas con directivos clínicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer la opinión de los entrevistados en relación a la atención nutricional recibida por el paciente.
- Conocer la percepción que tienen los directivos de la participación del nutricionista en el equipo de salud.
- Conocer la percepción que tienen en cuanto a la atención del servicio de alimentación.
- Conocer sus sugerencias y solicitudes en el campo de la nutrición clínica.

METODOLOGÍA:

1. En la encuesta "Estudio de cliente interno", la que nos motivó a esta entrevista, se colocó una nota en escala de 1 a 7, de acuerdo a la importancia que el entrevistado le daba al servicio evaluado. En el caso de nuestro servicio, la evaluación fue la siguiente: de un total de 25 servicios, 11 le colocaron a Nutrición nota 7, es decir, consideraron la nutrición como muy importante: 9 la evaluaron con nota 6 (es importante); 3, con nota 5; 1, con nota 4 y 1, con nota 3.
2. De los 20 servicios que nos calificaron con nota 7 ó 6, solo el 40 % nos calificó en forma satisfactoria al contestar la encuesta, es decir, que a pesar de que ellos consideran importante la nutrición, no estarían conformes con nuestra atención clínica. Bajo este universo, construimos nuestro objetivo de entrevistar de preferencia a los directivos, los cuales a pesar de considerar la nutrición como muy importante o importante, sus calificaciones no fueron satisfactorias para nosotros (menos de 3 en una escala de 1 a 5).

En total se entrevistó a: 2 directores departamentos, 12 jefes de servicios, 3 enfermeras jefes y a 2 matronas jefes. Se realizó una entrevista personal a la que asistió la nutricionista jefe, la nutricionista coordinadora de calidad, la nutricionista clínica del servicio entrevistado y el entrevistado, en un tiempo de 15 minutos.

Las preguntas dirigidas fueron:

A - Cuáles fortalezas detecta usted en la atención del Servicio de Nutrición.

B - Sugerencias que no permitirían mejorar nuestro servicio.

Las respuestas se agruparon en: fortalezas, debilidades, oportunidades e indiferencia.

RESULTADOS:

Entre las fortalezas las mayormente mencionadas están:

- Buena presentación del personal y de las comidas.
- Avances en el sistema de servicio de las comidas.
- Buena integración de nutricionistas y ayudantes técnicos en el equipo.

De las debilidades cabe mencionar principalmente:

- Mayor necesidad del profesional en el servicio.
- Mayor utilización de tecnología en las actividades técnico- administrativas.

De las oportunidades se destaca:

- Mejorar la comida de las residencias.
- Mejorar la consistencia de algunas comidas en patologías quirúrgicas.

De las indiferencias:

- Desconocen si hay integración o problemas con la atención del servicio.

CONCLUSIONES:

- La entrevista personal es un buen método de retroalimentación, ya que tuvimos muy buena acogida en la mayoría de los entrevistados, quienes quedaron positivamente sorprendidos y sugirieron que se repitiera la actividad.
- Nos mencionaron varias sugerencias las cuales se podrían implementar en el corto, o mediano plazo; sin embargo, también encontramos algunas que difícilmente podremos concretar (RRHH).
- Ésta es la primera parte de un trabajo que esperamos terminar con una 2ª entrevista en cuanto se concreten las mejoras que estamos implementando. También consideramos continuar con entrevistas a nuestros clientes internos del área administrativa.

ANÁLISIS Y GESTIÓN CLÍNICA Y DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ANÁLISIS DE REPORTES DE INCIDENTES EN LA MEDICACIÓN

Autor principal: QF Ariel Castro L

Autores secundarios: Sandra Mena V, Yasna Sepúlveda V

CONTACTO

Teléfono: 978 8575

E-mail: acastro@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

La seguridad en el uso de medicamentos es un concepto que ha generado mayor preocupación en los últimos años, en la medida que diversos estudios han puesto de manifiesto el impacto en la morbi-mortalidad, como así también las consecuencias económicas que generan los Incidentes en Medicación (IM), eventos que se definen como cualquier error que se produce

en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de medicamentos. Esta definición pone énfasis en que no son las personas las que fallan, sino los sistemas o etapas implicadas en los procesos, por lo cual es necesario identificar estos puntos críticos para corregirlos. Una forma de identificarlos es a través del sistema de reportes de incidentes, el cual ha tenido diversos resultados en los distintos hospitales en los que se ha implementado. En nuestro Hospital se ha promovido desde hace algunos años el uso seguro de medicamentos dentro del marco de calidad de la práctica asistencial, siendo el reporte de incidentes una de las estrategias utilizadas para lograr este fin y siendo también las enfermeras quienes cumplen un rol fundamental en la implementación de esta práctica.

OBJETIVO GENERAL:

Analizar los reportes de IM en el período 2004-2005.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Caracterizar y clasificar los IM reportados.

METODOLOGÍA:

Estudio descriptivo de los IM reportados entre los años 2004 y 2005, utilizando como fuentes de información el sistema de censo del Hospital y los reportes generados por el personal de enfermería. Los IM fueron clasificados según la terminología propuesta por Otero-López. Los datos fueron ingresados a una planilla MS-Excel® para su análisis.

ACCIONES DE MEJORA:

Las acciones de mejora son implementadas por la enfermera jefe del servicio en que ocurrió el IM. Y luego son informadas a la jefa del Departamento de Enfermería.

RESULTADOS:

Se reportaron 76 IM, pero para el análisis se contabilizaron 59 reportes con su información completa. El promedio de edad de los pacientes involucrados en los IM fue de 55 ± 20 años, y los días de hospitalización, 17 ± 9 . Los servicios clínicos de tipo médico como Cardiología, Nefrología, Medicina Interna y las Unidades de Pacientes Críticos – Aislamiento, como el Intermedio Quirúrgico, fueron en los que se reportaron la mayor cantidad de incidentes: 73%. La mayor frecuencia de IM, según la etapa del sistema involucrada, se encontró en administración y prescripción con un 27 y 54% respectivamente, aunque en 20% se encontró a más de una etapa involucrada. Respecto a los grupos terapéuticos involucrados con mayor frecuencia, fueron: el 18.6% del grupo de medicamentos del sistema sanguíneo y el 15.2% del grupo de agentes antiifeciosos sistémicos. De los EM, el 71% llegó al paciente, necesitándose algún tipo de intervención en el 70% de esos casos.

CONCLUSIONES:

Los medicamentos involucrados en IM tienen relación con el tipo de paciente que se atiende en nuestro centro asistencial. Todos los IM reportados tuvieron la posibilidad de ser prevenidos. El sistema de reportes es un método útil para identificar los IM, aunque es incipiente y subnotificado, debido a que éste se lleva a cabo sólo por un grupo de enfermeras y no por todos los que participan en el sistema de utilización de medicamentos.

FARMACIA**EVALUACIÓN DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON MEDICAMENTOS EN PEDIATRÍA**

Autores principales: Ariel Guerrero, Nancy Abusada A

Autores secundarios: Paz Latorre O, Mónica Jeria C, Lorena Brito F, Chantal Urrutia M, Marcela Pezzani V, Rafael Pineda R, M. Pilar Monteverde O

CONTACTO

Teléfono: 978 8021

E-mail: nabusada@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

La farmacia clínica, nacida en la década del 60, dio paso al concepto de atención farmacéutica a principios de los años 90, a partir del trabajo de Charles D. Hepler y Linda M. Strand. Las escuelas de esta disciplina tomaron como herramienta de trabajo los problemas relacionados con medicamentos (PRM's), los que se usan aquí para evaluar el uso de los medicamentos. Este estudio forma parte del trabajo de internado de un alumno de la Carrera de Química y Farmacia de la Universidad de Chile y nace de la necesidad manifestada por el Jefe del Servicio de Pediatría sobre la necesidad de evaluar el comportamiento de su servicio con respecto a los medicamentos y los problemas que éstos pueden originar. Este estudio pretende también servir como antecedente para un eventual plan de atención farmacéutica en pacientes pediátricos del Hospital.

OBJETIVOS:

- Evaluación del uso de medicamentos en términos de PRM en el Servicio de Pediatría del HCUCh.
- Detectar e informar PRM's presentes.
- Mejorar la calidad de la atención, sugiriendo formas de resolver y prevenir los problemas detectados.
- Proponer formas de prevención.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio prospectivo en el Servicio de Pediatría del HCUCh. Éste consistió en la búsqueda de problemas relacionados con medicamentos. Se hizo un seguimiento a todos los pacientes pediátricos hospitalizados entre el 01 y el 30 de Abril del presente año, a través de las fichas clínicas y de la información aportada por médicos, enfermeras y auxiliares del servicio. Posteriormente se registraron en fichas especialmente diseñadas para el estudio. Los PRM buscados fueron los definidos en el Proyecto de Minnesota de Atención Farmacéutica. Se consideró que un paciente tenía polifarmacia cuando en un día hubiere recibido 5 ó más fármacos.

ACCIONES DE MEJORA:

En los pacientes con polifarmacia consultar en el Servicio de Farmacia posibles interacciones o reacciones adversas a medicamentos (RAM) potenciales en los tratamientos para prevenir que esto ocurra en el paciente.

RESULTADOS:

En un total de 82 pacientes, el 54% eran mujeres y el 46% hombres. El 17% de los pacientes presentaron PRM con un total de 29, de los cuales destacamos que el 45% fue por frecuencia inadecuada, lo que se tradujo en que la posología fue demasiado baja y el 27% fue por RAM y todas ocurrieron en 2 pacientes que estaban con polifarmacia.

DISCUSIÓN:

La literatura cita un estudio de seguimiento fármaco terapéutico de características similares al nuestro realizado en Córdoba, Argentina. De un total de 21 pacientes, el 71.4% presentaron a lo menos 1 PRM durante su hospitalización. No se encontraron estudios en Chile para comparar. Hay un factor importante que pudiera influir en reducir los PRM y es que para algunas patologías en pediatría se utilizan protocolos de tratamiento.

CONCLUSIONES:

Del total de pacientes incluidos, 14 presentaron PRM (17%). En estos 14 pacientes se encontraron 29 PRM. Las RAM se presentaron en los pacientes con polifarmacia. De los PRM detectados, ninguno se estimó de gran relevancia clínica, vale decir, situación que causara daños graves al paciente o pusiera en riesgo su vida.

EVALUACIÓN DE LA EFICIENCIA DEL SISTEMA DE SOLICITUD ELECTRÓNICA DE MEDICAMENTOS EN EL HCUCH

Autor Principal: QF Beatriz González

Autores Secundarios: QF Lorena Brito F, QF Marcela Pezzani V, QF Nancy Abusada A, QF Mónica Jeria C, QF Rafael Pineda L, QF Paz Latorre O, QF Chantal Urrutia M, Sra. Pabla Ceballos N, Sr. Rodrigo Vicencio O

CONTACTO

Teléfono: 879 8021

E-mail: mpezzani@redclínicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

La solicitud de medicamentos es un proceso diario de gran importancia para el manejo clínico del paciente. Errores en este proceso pueden traer consecuencias en la dispensación de medicamentos y en los cargos a las cuentas de los pacientes. Estudios locales realizados en el año 2003 y 2004, demostraron que alrededor del 80% de las solicitudes tenían algún error. Esta situación llevó al desarrollo de un programa informático local que permitiera solicitar electrónicamente los medicamentos al Servicio de Farmacia. Este programa fue desarrollado en conjunto con el Departamento de Informática del Hospital y se inició un programa piloto con la UCI en julio del año 2005. Actualmente se encuentra implementado en el 14% de los servicios clínicos.

OBJETIVOS:

Evaluar la eficiencia del sistema informático de solicitud de medicamentos en un servicio clínico de adultos, comparando los resultados obtenidos con el sistema manual en el mismo servicio.

METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio prospectivo y ciego para enfermeras y médicos en el servicio UHO en el período comprendido entre enero y abril del 2006. La implementación del sistema en este servicio se inició en febrero del año 2006. Se consideraron en el estudio todas las solicitudes de medicamentos para pacientes hospitalizados, excluyendo las recetas de servicio y las dispensadas por ventanilla. En la primera etapa del estudio se evaluó el sistema manual y en una segunda etapa, una vez implementado el sistema informático, se evaluó este último en el mismo servicio. Se analizaron los errores de solicitud como forma farmacéutica, dosis solicitada, frecuencia de administración, errores en la digitación de la receta, tiempo de recurso humano asociado a la preparación de caseteras, digitación de receta y errores en la devolución de los medicamentos al Servicio de Farmacia y costos asociados.

ACCIONES DE MEJORA:

1. Implementación del sistema informático de solicitud de medicamentos en la UHO.
2. Capacitar a los profesionales del servicio de la UHO.
3. Capacitación al personal del Servicio de Farmacia.

RESULTADOS:

En la evaluación de la etapa manual se analizaron un total de 392 recetas con un índice de prescripción por receta de 5,24. En la evaluación de la solicitud electrónica se analizaron un total de 203 recetas con un índice de prescripción por receta de 6,72. Al comparar ambos sistemas, los errores asociados a la identificación y ubicación del paciente, identificación del prescriptor con nombre y RUT y firma, fecha de la solicitud, presencia de diagnóstico, identificación del centro de costo disminuyeron a cero. Los

errores asociados a la identificación correcta del medicamento, vía de administración y cantidad total solicitada, disminuyeron a un 0,16%. Sólo hubo un aumento en el sistema informático, con respecto al sistema manual, en lo referente a la identificación de la dosis y la frecuencia de administración. Con respecto a los tiempos ahorrados en el Servicio de Farmacia, disminuyó en un 34% la preparación de las caseteras con medicamentos y en un 74,8% en el proceso de digitación de recetas, disminuyendo a cero los errores en la digitación. La evaluación económica asociada a la elaboración de la receta electrónica disminuyó en \$5 pesos por receta. Si se considera un promedio de 600 recetas diarias, el ahorro estimado puede alcanzar a \$90.000 mensuales. También se observó una disminución en los errores asociados al proceso de devolución de medicamentos.

CONCLUSIONES:

Se concluye de este estudio que la solicitud electrónica de medicamentos resulta eficiente al considerar las variables evaluadas. Se logra ahorro de personal y mayor exactitud en las solicitudes. Los errores detectados son fácilmente corregibles al recapacitar al personal del servicio evaluado.

EVALUACIÓN Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA A PACIENTES VIH DEL SERVICIO DE FARMACIA DEL HCUCh

Autor principal: QF Alicia González C

Autores secundarios: QF: Lorena Brito F, Marcela Pezzani V, Nancy Abusada A, Mónica Jeria C, Rafael Pineda L, Paz Latorre O, Chantal Urrutia M

CONTACTO

Teléfono: 879 8021

E-mail: mpezzani@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

El incremento progresivo de pacientes tratados con terapia antiretroviral ha obligado a desarrollar programas de Atención Farmacéutica (AF) a pacientes externos que garanticen una atención adecuada. Ha demostrado ser una herramienta efectiva para mejorar el cumplimiento de las terapias, detectar problemas relacionados con medicamentos (PRM) y mejorar la calidad de vida del paciente. Se hace necesario, dada la complejidad del tema, establecer procesos de trabajo que permitan una atención individualizada específica para cada paciente e integrada dentro de un equipo de salud multidisciplinario. El Servicio de Farmacia del HCUCh en conjunto con el CONASIDA y el Departamento de Inmunología del Hospital, desde enero del año 2005 han desarrollado un programa de AF para pacientes VIH con el objetivo de otorgar una mejor atención a este tipo de paciente que antes habitualmente eran atendidos en hospitales públicos. Con el paso del tiempo, en el Servicio de Farmacia nace la necesidad de realizar un mejoramiento de la calidad en la AF para detectar las posibles falencias que se podrían estar desarrollando en el curso del programa de AF.

OBJETIVOS:

Evaluación y mejoramiento de la calidad del Programa de Atención Farmacéutica a pacientes VIH del Servicio de Farmacia del HCUCh.

METODOLOGÍA:

El trabajo se realizó en el Servicio de Farmacia del HCUCh en el período comprendido entre el 12 de septiembre y el 18 de noviembre del año 2005. Se incluyó a todos los pacientes con VIH que retiran sus medicamentos en el Servicio de Farmacia del HCUCh derivados del CONASIDA. Se realizó un diagnóstico inicial del programa y una revisión de los procesos con el propósito de detectar oportunidades de mejora. Se inició con una completa revisión bibliográfica. Se procedió a la identificación de pacientes, realizando una reformulación de las fichas de seguimiento y de información básica. Se diseñaron los instrumentos de trabajo y de evaluación a utilizar en el programa de atención farmacéutica, los cuales fueron validados en un grupo homogéneo de personas en cuanto a formato, letra, redacción, cantidad de preguntas, entre otros aspectos.

Se elaboró material educativo para pacientes y profesionales y se desarrolló una entrevista de evaluación de la calidad del servicio prestado.

ACCIONES DE MEJORA:

- Se identificó a todos los pacientes incluidos en el programa y se complementó la documentación individual,
- Se elaboraron los procedimientos a seguir en el programa de AF e instrumentos a utilizar. De este modo se estandarizó e integró a todos los químicos farmacéuticos del Servicio de Farmacia al programa.
- Procedimiento de control de inventario de los medicamentos antiretrovirales.
- Charlas de capacitación a profesionales y auxiliares técnicos.
- Elaboración de un manual de consulta para los químicos farmacéuticos sobre medicamentos antiretrovirales.
- Desarrollo de trípticos de cada medicamento antiretroviral para los pacientes.
- Entrevista de evaluación del grado de satisfacción de los pacientes con el servicio otorgado.

RESULTADOS:

1. Elaboración del manual de procedimientos, material educativo para profesionales y pacientes, fichas técnicas y de seguimiento al día, control de inventario de medicamentos.
2. Se evaluó el grado de satisfacción en 30 de los 34 pacientes incluidos a la fecha. El 93,3% de los encuestados calificó como bueno y muy bueno la localización, espacio de atención, horario y personal. El 76.7 calificó el proceso de dispensación como bueno o muy bueno y el 93.3% calificó el programa en general como bueno o muy bueno.
3. Se logró que todos los QF del servicio participaran del programa y conocieran a cabalidad los procedimientos.

CONCLUSIONES:

Se puede concluir que el programa desarrollado ha cumplido con los objetivos esperados y ha tenido una buena aceptación por parte de los pacientes.

EVALUACIÓN RETROSPECTIVA DE LAS VARIABLES ASOCIADAS AL DESARROLLO DE FLEBITIS EN PACIENTES ADULTOS CON NUTRICIÓN PARENTERAL PERIFÉRICA

Autor principal: Judith Lara G

Autores secundarios: QF Paz V. Latorre O, Dra. Karin Papapietro V, QF Marcela Pezzani V, QF Lorena Brito F, QF Nancy Abusada A, QF Mónica Jeria C, QF Rafael Pineda L, QF Chantal Urrutia M

CONTACTO

Teléfono: 978 9098

E-mail: pvlatorr@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

La nutrición parenteral periférica es una técnica por medio de la cual las mezclas nutricionales son infundidas a través de venas periféricas, evitando la colocación de catéteres venosos centrales. Sin embargo, la nutrición parenteral total periférica tiene ciertas limitaciones y presenta algunas complicaciones, siendo la más importante el desarrollo de flebitis. Es poca la información que existe disponible, por lo cual decidimos realizar un estudio local para conocer la realidad de nuestro Hospital y evaluar la incidencia de flebitis en aquellos pacientes que usaron nutrición parenteral periférica.

OBJETIVOS:

Evaluar las variables que influyen en el desarrollo de flebitis en pacientes adultos que recibieron nutrición parenteral total periférica.

METODOLOGÍA:

El trabajo se realizó en el Servicio de Farmacia del HCUCh, entre mayo y octubre de 2005. Fue un estudio retrospectivo, en el que se recopiló la información de pacientes adultos, ambos géneros, cualquier diagnóstico, que recibieron nutrición parenteral periférica, ya sea elaborada en la Sección Producción (magistral) o bolsa prellenada comercialmente disponible para administración periférica, en el período entre enero 2003 y julio 2005. Los pacientes fueron seleccionados a través de la revisión de las recetas recibidas en el Servicio de Farmacia durante el período mencionado. Se excluyeron los pacientes pediátricos y aquellos cuya ficha no estaba completa al momento de solicitarla para su revisión. Se estudió la ficha médica y de enfermería, tabulando los siguientes datos para cada paciente en una planilla Excel: N° ficha, nombre, género, edad, fecha ingreso y egreso, servicio, peso, talla, IMC, diagnóstico, motivo, duración, composición y osmolaridad de la NPTP y complicaciones asociadas. Posteriormente se realizó el análisis de la relación de las distintas variables en el desarrollo de flebitis, utilizando estadígrafos de posición y dispersión, prueba de hipótesis para comparar dos muestras y test de Ji Cuadrado. Finalmente se definieron tasas semestrales.

ACCIONES DE MEJORA:

- Utilización de NPTP elaboradas de acuerdo a las necesidades del paciente, donde se calcula y controla la osmolaridad.
- Recomendación de uso de aguja N° 20G para la administración de NPTP.

RESULTADOS:

Se revisaron fichas de un total de 104 pacientes, de los cuales 72 (69.2%) cumplen con los criterios de inclusión. El 61% es de género masculino y el promedio de edad de la muestra es de 57 años. El 48.6% presenta algún tipo de neoplasia. Las osmolaridades fluctuaron entre 300 y 800 mOsm/l. Un 26.4% (19) recibió NPTP comercial, de los cuales 16 (84.2%) presentaron flebitis. Un 73.6% (53) recibieron magistral y sólo 9 (17%) presentaron flebitis. No se determinó correlación entre el género, diagnóstico o el N° total de días de tratamiento y la aparición de flebitis. En cambio sí se determinó correlación entre el diámetro de la aguja utilizada para la administración, la osmolaridad o el tipo de preparación y el desarrollo de flebitis. La tasa de prescripción de NPTP alcanzó un máximo de 13.45% en el primer semestre de 2005 y la máxima incidencia de flebitis se registró entre los meses de febrero y julio de 2004, con un valor de 56.75%.

CONCLUSIONES:

- Un 34.72% del total de pacientes que recibieron NPTP en el período estudiado, desarrollaron flebitis durante su administración.
- Se observa un aumento sostenido en la frecuencia de prescripción de NPTP durante todo el período de estudio; sin embargo, la incidencia de flebitis se ve muy aumentada en el año 2004, coincidiendo con la administración de NPTP comerciales.
- La incidencia de flebitis en aquellos pacientes que recibieron NPTP magistral es inferior a la que registraron los pacientes con NPTP comercial. Las diferencias fueron estadísticamente significativas.
- No existe correlación entre el género de los pacientes y el desarrollo de flebitis.
- No existe correlación entre el diagnóstico de los pacientes estudiados y el desarrollo de la flebitis.
- No existe correlación entre el número total de días de tratamiento con NPTP y el desarrollo de flebitis.
- Un mayor diámetro de aguja está correlacionado con una mayor incidencia de flebitis.
- NPTP con osmolaridades mayores a 700 mOsm/l, presentan mayor correlación con el desarrollo de flebitis en los pacientes estudiados.

IMAGENOLOGÍA

MEJORA CONTINUA EN EL MANEJO DE INVENTARIO

Nombre Autores: TM: Víctor Hugo Zapata M, Gonzalo Aravena C, Williams Astudillo E, Gabriel Aguilera, Sra. Gabriela Pérez

CONTACTO

Teléfono: 978 8412

E-mail: vzapata@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

Dentro de las actividades fundamentales en la mejora continua de la calidad está la optimización y eficiencia de los procesos a través de la contención de costos. El costo de mantener altos inventarios está dado por las pérdidas y la dificultad de su manejo, por lo cual, la tendencia moderna es tender a una política *just in time*, satisfaciendo los requerimientos según la demanda real de cada unidad. Los altos costos de implementación de estos sistemas dificultan la incorporación de estas tecnologías de gestión.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Incorporar un sistema de inventario *just in time* en el Centro de Imagenología del HCUCCh.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el consumo diario real de insumos para cada unidad según demanda asistencial.
- Crear un archivo computacional de control de inventario en salas y bodega.
- Desarrollar un empoderamiento del estamento auxiliar a través de un sistema de control compartido.
- Disminuir las pérdidas de materiales por mal uso o por falta de control de las unidades.
- Dar cumplimiento a los requerimientos del PECAH en el estándar función de abastecimiento.

METODOLOGÍA:

Para la determinación del consumo diario se realizó una estimación del uso de insumos y materiales según la demanda del último trimestre del 2005, clasificándolos en administrativos y técnicos. Se incluyeron insumos administrativos (sobres, bolsas, etiquetas, etc.) y técnicos (películas, químicos de revelado, fijador, etc.). Todo esto para cada una de las unidades de radiología convencional y mamografía. Las cuales agrupan el 80% de este tipo de insumos utilizados en el servicio. Se trabajó en base a lluvia de ideas e *ishikawa* con los ayudantes técnicos que iban a estar a cargo del control para determinar las acciones requeridas.

ACCIONES DE MEJORA:

Se detectó un impresionante sobre *stock* de los distintos insumos (500 a 1.000%), ausencia de lugares definidos de almacenamiento y de resguardo de los materiales. Se desarrolló una planilla Excel compartida entre cada unidad y las áreas encargadas de los insumos administrativos y técnicos, la cual en forma sencilla y, aprovechando la red del Hospital, permitiese mantener en línea el registro de los insumos de la bodega central del servicio. En el caso de los ayudantes técnicos, se realizó en forma conjunta una revisión del *stock* de cada sala, se les formó en el manejo del programa Excel y se recogieron sus sugerencias para el control del inventario. Se determinó el cronograma de entrega diario del encargado de los insumos administrativos y de los insumos clínicos.

RESULTADOS:

Se estimó el uso diario de 30 insumos utilizados en las unidades de radiología y mamografía. Se disminuyó el sobre *stock* en todos los insumos de las 6 salas de exámenes y se logró un sistema de entrega diaria tipo *just in time* para todos los insumos. Se definieron lugares específicos y seguros de almacenamiento para cada unidad, junto con protocolos de registro del uso de materiales. Se implementó con éxito la planilla Excel compartida entre las distintas áreas involucradas, con un ajuste automático del *stock* de cada unidad, requerimientos de entrega de insumos y de reposición de éstos a la bodega central del servicio. Se redujo el uso de insumos en un 15%, atribuible a una optimización en el proceso y disminución de las pérdidas.

CONCLUSIONES:

El control de toda actividad puede generar un clima de tensión por parte del personal. En nuestra experiencia, el compartir desde el inicio una iniciativa de control, permite desarrollar un compromiso con los objetivos planteados, transformándose en un elemento motivador de gran importancia. Junto con esto, la contención de costos y mejora de los procesos es posible con herramientas disponibles en nuestro Hospital que no implican mayores costos. Todo lo anterior permite dar cumplimiento a los requerimientos del PECAH en relación a generar un mejoramiento continuo en los procesos de gestión al interior de nuestra unidad.

ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN MODELO DE ALTA PRODUCCIÓN

Nombre autores: TM: Angelo Roncagliolo P, Víctor Hugo Zapata M

CONTACTO

Teléfono: 978 8417

E-mail: tmarp2000@yahoo.com

INTRODUCCIÓN:

Las tecnologías tradicionalmente usadas para el diagnóstico en salud van quedando obsoletas y dan paso a nuevas y mejores formas para diagnosticar las enfermedades que aquejan a nuestros pacientes. De esta manera, a principios del año 2006, nuestro Hospital adquirió uno de los más modernos equipos de Tomografía Computada (TC) que existen en nuestro país, el cual es inmensamente rápido y versátil. Pero dichas características imponen grandes desafíos para quienes trabajan con esta nueva tecnología, obligándonos a reestructurar los flujos de atención de nuestros pacientes y la realización misma de los exámenes, así como también el optimizar el uso de esta herramienta en pos de atender a más pacientes que lo requieran.

OBJETIVOS:

- Aumentar la producción del área de Tomografía Computada, manteniendo los estándares de calidad con que trabajamos en este Centro de Imagenología.
- Diseñar nuevo flujo de atención para los exámenes de TC de este Hospital.
- Aplicar herramientas que permitan evaluar y asegurar la calidad de atención de acuerdo al nuevo diagrama de procesos.
- Comparar los resultados con los parámetros de calidad que se utilizan actualmente en este Centro de Imagenología y proponer acciones de mejora de acuerdo a los resultados obtenidos de este estudio.

METODOLOGÍA:

Se visitaron varios centros de imagenología en Chile y uno en el extranjero (*Benchmarking*), con scanner de características similares al recientemente adquirido por este Hospital y se adaptó de ellos un nuevo flujo de atención para los pacientes de la unidad de TC. Se consideraron los resultados de producción de los meses de abril, mayo y junio en esta área y se compararon con los del año 2005 y con la proyección hecha por la jefatura para esos meses. Respecto a la calidad de los procesos, se aplicó una encuesta al médico jefe y la matrona o enfermera jefe de los servicios considerados clientes internos de nuestro centro, para medir su nivel de satisfacción con respecto de la nueva forma de trabajo en TC. Se compararon estos resultados con los obtenidos en años anteriores mediante encuesta similar, para evaluar si la calidad de atención se mantenía. Se realizaron entrevistas dirigidas que permitieron obtener mayor información sobre cómo operan en la realidad estos nuevos enfoques. Se realizó una *lluvia de ideas* con el grupo de tecnólogos médicos que trabajan en el área y se usó diagrama de *ishikawa* para determinar posibles acciones de mejora.

ACCIONES DE MEJORA:

Se diseñó nuevo diagrama de procesos para la atención en TC. Se asignaron funciones específicas para cada tecnólogo médico y ayudante técnico participante de cada jornada y se agregaron 1 tecnólogo médico y 1 ayudante técnico más a la atención. Se elaboraron nuevos protocolos de exámenes, acordes con el nuevo equipo. Se realizó capacitación en el manejo del equipo

y realización de estudios por parte de aplicador de la empresa que vendió el equipo. Finalmente, se disminuyó el tiempo de atención a 15 min/paciente en un primer período, para después quedar en un tiempo de atención de 10 min/paciente.

RESULTADOS:

La producción del área de TC aumentó respecto a los mismos resultados obtenidos el año 2005 y respecto de lo esperado por la dirección. Por otro lado, las dimensiones tomadas en consideración para medir calidad (calidad técnica, oportunidad y seguridad) del área se mantuvieron en niveles superiores a los estándares para esta actividad, según la encuesta realizada.

CONCLUSIONES:

La optimización del uso del nuevo tomógrafo computado ha permitido aumentar la cantidad de pacientes atendidos que requieren de nuestros servicios, sin verse afectadas las dimensiones de calidad que nos interesa evaluar. Este aseguramiento de la calidad se encuentra dado tanto por los cambios realizados tempranamente en los flujos de atención, como en los aportes efectuados por quienes trabajan con esta nueva herramienta. Así, nos damos cuenta de que la intervención del equipo de calidad en la implementación y evaluación de cualquier elemento que produzca cambios importantes dentro de la dinámica propia de cada unidad, resulta vital al momento de asegurar la calidad con que ésta opera, aún cuando existan otras variables o dimensiones que cobran importancia relativa en un momento dado.

INDICADORES DE CALIDAD EN LA GESTIÓN DEL PERSONAL

Nombre autores: TM: Victor Zapata M, José Aguilera V, Cristián Garrido I, Eduardo Barrios S, Alex Zelaya A, Silvia Laupheimer G, EU Karina Zúñiga L, Sra. Nancy Jaramillo O, TM Mónica Zárate C

CONTACTO

Teléfono: 978 8412

E-mail: vzapata@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

La gestión del personal presenta entre sus desafíos, el desarrollo de sistemas de evaluación que junto con medir el desempeño del funcionario, lo motiven al cumplimiento de las metas institucionales. En el cuadro de mando integral, los indicadores de gestión son utilizados como una herramienta eficaz para lograr estos objetivos. Nuestro centro ha desarrollado distintos indicadores de calidad y productividad con el fin de dar cumplimiento a los requerimientos del PECAH, los cuales pueden ser utilizados como una importante herramienta de gestión del personal.

OBJETIVO PRINCIPAL:

Utilizar indicadores técnico-administrativos en el proceso de gestión del personal del Centro de Imagenología del HCUCh.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desarrollar indicadores de producción y de calidad de los distintos procesos.
- Aplicar un sistema de evaluación en base a indicadores en el estamento de los tecnólogos médicos.
- Desarrollar compromisos de mejora individuales en cada uno de los TM del Centro de Imagenología.
- Aumentar la productividad y el compromiso de los TM en la mejora continua de la calidad.

METODOLOGÍA:

La consolidación de indicadores de productividad y de calidad se desarrolló según los requerimientos del PECAH. Se creó un sistema de evaluación consolidado para cada uno de los 25 tecnólogos médicos del servicio, en el cual se recogió la evaluación anual de indicadores. Se realizaron mesas de trabajo con cada funcionario y la jefatura para determinar los compromisos de mejora. Se utilizó la misma herramienta de evaluación para determinar la mejora en la productividad y en la mejora continua de los indicadores individuales de cada TM.

ACCIONES DE MEJORA:

- Se desarrolló un sistema de indicadores que dio cuenta de los distintos componentes del programa de calidad y gestión.
- Se implementó (1er semestre 2005) un plan de capacitación en las técnicas diagnósticas de escáner para todos los TM en mamografía a 4 TM y en angiografía 3 TM, de manera de nivelar los conocimientos técnicos en el grupo de TM.
- En diciembre se evaluó en base a los indicadores creados con los datos de enero a noviembre del 2005. La productividad se determinó según la cantidad de exámenes por hora. La calidad de los exámenes, según la tasa de registro de insatisfacción por parte de los médicos que informan los exámenes. El manejo técnico, según evaluación del coordinador de cada unidad (5 unid.). El cumplimiento de las normas de radioprotección, según el porcentaje de cumplimiento en el uso del dosímetro. El cumplimiento de las normas de IHH se determinó según porcentaje de cumplimiento de la evaluación individual realizada por la enfermera del servicio en base a la evaluación directa y a la participación en las actividades del área. El aporte en la docencia se midió en base al porcentaje en el cumplimiento de clases asignadas, evaluaciones desarrolladas, evaluación de la calidad de los contenidos y evaluación docente de los alumnos.
- Para la determinación del perfeccionamiento de cada TM se determinaron requisitos de formación y postítulo según antigüedad en el cargo, porcentaje de participación al curso anual de formación continua y presentación de temas en este curso.
- Se incluyó una evaluación de la coordinadora del área administrativa en base a la solución de problemas y disposición al trabajo en equipo. Esta misma medición se realizó en junio del año 2006.

RESULTADOS:

Se observó un buen cumplimiento general e individual del grupo de TM (92%). En el grupo de los TM que presentaron más baja evaluación en el cumplimiento de protocolos y conocimientos técnicos, se desarrollaron trabajos individuales lo que mejoró los indicadores respectivos en un 85% (marzo-junio 2006). En trabajo grupal de coordinadores (dic. 2005) se determinaron las competencias técnicas centrales de cada TM y se reasignaron los puestos de trabajo en el cual debía desempeñarse cada profesional, lo que mejoró la productividad personal y de cada unidad en un 30% promedio. En base a los resultados, se desarrolló un programa de formación en postgrado que en estos dos años incluye el 80% de los TM (4 diplomados en docencia; 8, en gerencia de unidades clínicas; 1, en gestión de calidad, 2 magísteres en Física y 1, en administración). En forma conjunta, se creó un programa a 3 años en formación en inglés que actualmente alcanza al 50% de los TM. En forma conjunta con los TM se han implementado programas de trabajo de los cuales están a cargo: prevención de riesgos, gestión de calidad, protección radiológica, actualización de protocolos, desarrollo de cursos de postítulo, etc.

CONCLUSIONES:

El desarrollo de indicadores que den cuenta de los procesos más sensibles de una institución deben ser utilizados como herramienta que permita focalizar los esfuerzos de las distintas jefaturas para alcanzar la visión de cada institución. Si bien bajarlos a un nivel operativo e individual requiere de un arduo trabajo, los resultados que se pueden alcanzar son trascendentales, al permitir que el compromiso y desarrollo de cada funcionario sea la base de la mejora continua de la institución.

NEUMOLOGÍA**¿CUÁL ES LA PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN A SU ROL EN LA DOCENCIA DEL HCUCH?**

Autor principal: Dr. Ely Jover L

Autor secundario: EU Angélica Espinosa N

CONTACTO

Teléfono: 978 8409

E-mail: jover65@yahoo.com

INTRODUCCIÓN:

Es obvio el rol fundamental que cumplen los pacientes hospitalizados en nuestro Hospital para permitirnos desarrollar una docencia que pretende ser de excelencia; sin embargo, no hay ningún registro que haya evaluado la opinión que tienen los

pacientes al respecto. Creemos que es fundamental saberlo para así poder optimizar tanto la docencia como la calidad de atención a los pacientes hospitalizados.

OBJETIVOS:

Actualmente no existe ninguna información directa (verbal o escrita) que se le entregue al paciente acerca de su participación en la docencia mientras está hospitalizado. Queremos determinar el grado de conocimiento que tienen los pacientes en relación a esto. Asimismo, recabar información en cuanto a la experiencia que han tenido al respecto y a la importancia que se adjudican dentro la docencia.

METODOLOGÍA:

Se confeccionó una encuesta con 18 preguntas que exploran el conocimiento del papel del paciente en docencia, su aceptación al mismo, cómo perciben al alumno, cuál ha sido su experiencia personal, en qué actividades están dispuestos a colaborar, el tiempo diario que ellos están dispuestos a participar, qué opinión tienen en relación a la presentación personal y si su participación sería mejor si se les informara con antelación que van a participar en este tipo de actividades. La encuesta se realizó entre los meses de abril a junio del presente año, en los diferentes servicios y secciones de nuestro Hospital.

ACCIONES DE MEJORA:

Pretendemos de acuerdo a los resultados de la encuesta, elaborar un documento escrito que se entregue a los pacientes en el momento de su ingreso, donde se les indique que participarán en actividades docentes y que pueden no participar si así lo desean.

RESULTADOS:

Se realizaron 45 encuestas en las diferentes secciones del hospital, 25 (55%) hombres y 20 (44%) mujeres. El grupo etéreo mayoritario fue entre los 46 y 60 años (48%). El 97% de los encuestados sabe que éste es un hospital universitario y que participarán en docencia. El 86% tiene una actitud favorable en la interrelación con los alumnos; un 77% acepta con agrado participar en actividades docentes y un 66% lo encuentra necesaria. Un 56% de los encuestados refiere que tendría mejor predisposición si se les informara de su participación en docencia; en cambio, un 44% indica que esto no modificaría su actitud. El 87% percibe que los alumnos están a cargo de un tutor y que no pueden tomar decisiones sin consultar. El 37% considera que podría dedicar una hora al día para actividades docentes y el 33% indica que no tiene un tiempo límite. Un 53% de los encuestados indica que el número óptimo por grupo de alumnos es entre 1 y 3, en cambio, un 40% no tiene problema en ser visitado por más alumnos.

Un 33% de los pacientes no es capaz de reconocer a los integrantes del grupo médico que lo atiende, un 22% sólo reconoce alguno de los integrantes y un 17% no sabe lo que es un becado.

El 86% declara que es importante la apariencia personal del alumno, un 60% indica que prefiere la ropa formal, el 26% está a favor del uso de corbata, un 68% está en desacuerdo con el pelo largo y aros y un 71% en desacuerdo con el uso de aros. El 100% de los encuestados indica que el uso de delantal debería ser obligatorio.

CONCLUSIONES:

A pesar de no existir ninguna información directa verbal o por escrito, la mayoría de los pacientes conoce que participará en actividades docentes, la cual la aceptan con agrado y la encuentran necesaria. Más de la mitad de los pacientes sienten que su actitud sería mejor si existiera algún tipo de documento que les indicara su participación en docencia. Llama la atención la preferencia por la ropa formal y el rechazo para el uso de pelo largo y aros. A la luz de los resultados parece pertinente tener un instructivo escrito donde se le indique al paciente su participación en docencia y por otro lado, debería realizarse una encuesta más grande para ver la aceptación a la ropa informal. Es necesario explicarle al paciente lo que es un becado.

MODIFICACIÓN DE LAS ROTACIONES DE RESPIRATORIO PARA LA CARRERA DE MEDICINA

Autor principal: Dra. Laura Mendoza I

Autores secundarios: Carlos Moya, Dr. Felipe Rivera Ch, Dr. Mauricio Ruiz C, Dr. Ely Jover L, EU Angélica Espinosa N, Pm Olga Smith C, Pm Carolina Escobar C, Sra. María Escobar V

CONTACTO

Teléfono: 978 8409 - 978 8408

E-mail: lmendoza@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

Las rotaciones de los alumnos de 3º año de medicina por la Sección de Respiratorio durante el segundo semestre están organizadas en rotaciones secuenciales de grupos de 14 alumnos que pasan de lunes a jueves en la mañana durante 3 semanas por la sección. Hasta el año 2004 tenían varias características que, a nuestra vista, la hacían deficiente. Primero: se basaban fundamentalmente en visita de 7 a 14 alumnos acompañados de un docente a pacientes hospitalizados, con variabilidad en enfermedades vistas y número de pacientes hospitalizados, con poca interacción alumno-paciente. Todo esto resultaba un aprendizaje muy desigual de las patologías respiratorias y escasa oportunidad de discusión dirigida de las enfermedades prevalentes en respiratorio. Segundo: los alumnos no recibían formación sobre procedimientos básicos en respiratorio como técnicas correctas en administración de fármacos por vía inhalatoria, medición e interpretación correcta del PEF *peak expiratory flow* y conceptos básicos de la espirometría, muy importantes en el diagnóstico de enfermedades respiratorias. Tercero: la evaluación de los alumnos durante la rotación era muy superficial y poco objetiva, basándose sólo en la pauta entregada, generalmente con notas altas, lo que se asociaba con una actitud pasiva y algo desinteresada de los alumnos durante la rotación. Cuarto: contamos en la sección con sólo 4 médicos que deben cumplir con obligaciones asistenciales y otras obligaciones docentes, lo que impide una docencia más cercana y con grupos pequeños de alumnos por cada docente durante la rotación.

OBJETIVOS:

Dados los problemas expuestos, decidimos modificar completamente la modalidad de enseñanza y evaluación de los alumnos durante la rotación. Los objetivos fueron los siguientes:

1. Primero: reforzar la enseñanza del enfrentamiento de las patologías prevalentes en la Sección Respiratorio en forma homogénea para todos los alumnos, considerando la escasez de docentes disponibles.
2. Incorporar instancias donde se les enseñara a los alumnos los procedimientos básicos asociados a las enfermedades respiratorias.
3. Incorporar una evaluación más objetiva de los alumnos durante la rotación basada en evaluación del aprendizaje de los temas tratados durante la estadía.
4. Incorporar una encuesta escrita para ser respondida por los alumnos donde pudiéramos evaluar en forma sistemática el punto de vista de ellos acerca de la rotación.

METODOLOGÍA Y ACCIONES DE MEJORA:

Incorporamos la discusión de casos clínicos en forma de 5 seminarios en grupos de 7 alumnos con 1 docente a cargo y 2 estaciones donde los alumnos rotan en grupos de 3 a 4 alumnos por 4 casos distintos en relación a una patología prevalente. Los casos clínicos y las guías de discusión fueron diseñados por los docentes. Incorporamos 2 talleres para enseñanza de técnica inhalatoria correcta y de conceptos básicos en función pulmonar, que fueron responsabilidad de paramédicos y de la enfermera de la sección. La evaluación de los alumnos se realizó en base a asistencia, con disminución de nota por ausencia y retraso, minitest previos a los 5 seminarios y evaluación final con un OSCE de 13 a 14 estaciones. Al final de la rotación, posterior al OSCE, los alumnos responden una encuesta escrita con evaluación de los docentes, seminarios, estaciones, talleres y OSCE, además de preguntas abiertas acerca de las debilidades y las fortalezas de la rotación, y oportunidad de dar sugerencias. Al comienzo de cada rotación se le entrega a cada alumno un programa escrito de todas las actividades a desarrollar durante su estadía en la sección, con los casos clínicos a discutir en los seminarios y la pauta de evaluación de la rotación. Se programó visita a sala sólo 2 días a la semana en grupos de 7 alumnos con 1 docente.

RESULTADOS:

Como evaluación de los resultados obtenidos durante la rotación, por ahora sólo contamos con los resultados de la encuesta escrita entregada por los alumnos. Las notas (en escala de 1 a 7, promedio \pm DS) fueron las siguientes: para los docentes fue de $6,3 \pm 1,2$ (con mínimo de 5,8 hasta 6,7); seminarios: $6,6 \pm 0,6$; talleres: $6,7 \pm 0,6$; estaciones: $6,4 \pm 0,6$; OSCE: $6,5 \pm 0,6$. Entre las fortalezas de la rotación los alumnos destacaron principalmente la buena programación, cumplimiento de actividades, buen reforzamiento de contenidos teóricos, rotación amena y agradable. Entre las debilidades destacaron la corta duración de la rotación, los pocos pacientes vistos y la infraestructura. Entre las sugerencias hechas destacan más visitas a ver pacientes, salas más cómodas, grupos más pequeños e implementar taller de radiografías.

CONCLUSIONES:

Creemos que la modificación del programa de rotaciones en la sección de respiratorio ha sido una buena instancia de solución de los problemas docentes observados en los años previos. Gracias a la encuesta sabemos qué debemos mejorar. Creemos que es necesario complementar la evaluación con estimación de la persistencia en el tiempo de los contenidos enseñados durante la rotación con pequeños test diagnósticos a los alumnos durante 4º y 5º año de medicina.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

CALIDAD ASISTENCIAL EN OBSTETRICIA, PERÍODO 2004-2005 EN EL HCUCH

Autor principal: Dr. Hugo Salinas P

Autores secundarios: Dr. Benjamín Naranjo D, Int. M^a Beatriz Retamales M

CONTACTO

Teléfono: 737 5325

Email: hsalinas@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

Existen numerosos indicadores de calidad de asistencia utilizados por organizaciones públicas, privadas y sin fines de lucro, que tienen por finalidad mejorar la práctica asistencial en maternidades.

OBJETIVO:

El objetivo de este trabajo fue comparar los estándares de dichos indicadores con los obtenidos en el Servicio de Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el año 2004 y 2005.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica y a través de Internet, de procesos, indicadores y estándares utilizados por organismos competentes, en diversos servicios y en diferentes países, analizándolos en base a la totalidad de la actividad ambulatoria (consultas y procedimientos) y hospitalaria de nuestro Servicio de Maternidad para el año 2004 y 2005.

ACCIONES DE MEJORA:

Mejora de gestión clínica.

RESULTADOS:

Se observó un leve aumento del tiempo de espera de 22 a 24 minutos en el año 2005. Al comparar los dos períodos estudiados, se observó una disminución en el screening de diabetes gestacional y profilaxis de anemia. La investigación de Estreptococo grupo B (SGB) se mantuvo similar y se observó un aumento en la profilaxis anteparto de pacientes Rh negativas; sin embargo, no fueron

diferencias significativas. La evaluación de pruebas de bienestar fetal hecha por especialista disminuyó de un 100 a 78% en el año 2005, diferencia estadísticamente no significativa. La inducción de madurez pulmonar en amenaza de parto prematuro se mantuvo sin cambios. En cuanto al control metabólico en pacientes con diabetes gestacional, tampoco hubo diferencias significativas. El *screening* de VIH no presentó modificaciones en el período estudiado. No hubo cambios significativos en el uso de analgesia/anestesia en trabajo de parto (abarcando un 98% de las pacientes), ni en los desgarros perineales de III y IV grado. Al evaluar la tasa de cesárea, se observó la persistencia del 40% y una disminución no significativa de parto vía vaginal post cesárea. No hubo episodios de metrorragia del puerperio durante el período 2005, a diferencia de lo observado en el año 2004.

CONCLUSIONES:

Al comparar los 2 períodos estudiados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores de calidad, lo que implica una persistencia en vez de una mejoría en la calidad de atención a las pacientes. Sin embargo, este *sistema de monitorización* debe servir para continuar mejorando la calidad de atención a nuestros pacientes y nos invita a poner metas más exigentes para lograr los estándares de calidad internacionales recomendados. Por esto, el uso permanente de estos indicadores de calidad constituye la unidad básica de un sistema de monitorización.

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE HISTERECTOMÍA ABDOMINAL, VAGINAL Y LAPAROSCÓPICA EN EL HCUCH

Autor principal: Dr. Hugo Salinas P

Autores secundarios: Dr. Benjamín Naranjo D, Int. M^a Beatriz Retamales M

CONTACTO

Teléfono: 737 5325

E-mail: hsalinas@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

La histerectomía es una de las cirugías más frecuentes dentro de la ginecología por lo que posee importantes implicancias en el ámbito médico y económico. Tradicionalmente la resección uterina se ha realizado por abordaje abdominal o vaginal. En los últimos años, tras el advenimiento de la histerectomía laparoscópica, se hace necesario medir los efectos médicos y económicos de las distintas alternativas quirúrgicas existentes para la resección uterina.

OBJETIVOS:

Evaluar los resultados a corto plazo de las tres técnicas de histerectomía realizadas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

METODOLOGÍA:

Estudio retrospectivo observacional. El estudio incluye 2.527 pacientes entre 27 y 86 años histerectomizadas por patología ginecológica benigna entre enero de 1997 y diciembre del 2005. Las distintas variables incluidas fueron analizadas de la base de datos *File Maker 8.0* del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Para comparar las variables categóricas se usó el *test exacto de Fisher's* y para las variables continuas, el *t test* para comparación de dos medias.

ACCIONES DE MEJORA:

Mejora de gestión clínica.

RESULTADOS:

En relación al tiempo operatorio, HL requirió en promedio 124 minutos, 98 minutos la HV y 119 minutos la HA, siendo el tiempo de la VH significativamente menor ($p < 0,0001$). Las complicaciones postoperatorias fueron significativamente más frecuentes en la HA, por sobre la HV y ésta sobre HL. La estadía hospitalaria fue en promedio 2.79 días para la HV, 3.19 días para la HA y 2.39 días para la HL, diferencia estadísticamente significativa. El análisis de costos muestra que la HL es más costosa sobre las otras alternativas quirúrgicas

CONCLUSIONES:

Este estudio sugiere que en nuestro Hospital la HV es menos costosa y muestra menor tiempo operatorio que la HL. También que la HL exhibe una serie de ventajas en relación con la HA, presentando menos complicaciones, menor tiempo operatorio y menor estadía hospitalaria.

PAUTAS DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS

Autor principal: Dr. Hugo Salinas P

Autores secundarios: Dr. Benjamín Naranjo D, Int. M^a Beatriz Retamales M

CONTACTO

Teléfono: 737 5325

E-mail: hsalinas@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

La terapia antibiótica profiláctica en los actos quirúrgicos es una práctica común y aceptada por la comunidad médica, porque disminuye la probabilidad de infección quirúrgica y las complicaciones. A pesar de la frecuencia de uso y las normas hospitalarias que lo regulan, es posible observar la falta de seguimiento de éstas por parte del personal médico, quienes ateniéndose a conocimientos personales, al seguimiento de normas de otro origen o simplemente al desconocimiento de ellas, utilizan criterios y esquemas distintos a los recomendados, lo que aumenta el riesgo de utilizar terapias inapropiadas, la resistencia bacteriana a los antibióticos y los costos.

OBJETIVOS:

El siguiente estudio compara el uso de antibióticos en procedimientos y cirugías obstétricas establecidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile con las normas propuestas por el NIH, para así proponer una norma sobre el uso racional de antibióticos profilácticos en cirugía obstétrica.

METODOLOGÍA:

Se realizó una búsqueda en Internet en los sitios mdconsult, pubmed y ovid, bajo los términos *antibiotic prophylaxis in surgery*, *antibiotics in obstetrics* y *antibiotics in gynecological surgery*, encontrándose 2000 referencias. Se seleccionaron 6 trabajos del año 2000 en adelante que cumplieran los requisitos para ser consideradas revisiones sistemáticas del tema, con el objeto de consensuar esquemas de uso de antibióticos profilácticos en obstetricia. Complementariamente se realizó un muestreo aleatorio representativo de la actividad del Servicio, analizando en forma retrospectiva 406 fichas clínicas de pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas obstétricas durante el segundo semestre de 2004 y el primer semestre de 2005, tabulándose si hubo o no profilaxis antibiótica, y de haber sido utilizada, la droga o drogas empleadas, vías y plazos de administración.

ACCIONES DE MEJORA:

Mejora de la gestión clínica.

RESULTADOS:

Durante el período de estudio y según el criterio empleado por NIH, se analizaron 406 fichas clínicas, correspondiendo a 170 cesáreas, 123 partos vaginales eutócicos, 47 partos vaginales operatorios y 66 vaciamentos uterinos. Del total de cesáreas, el 51,17% fueron electivas; de éstas 98,8% recibieron profilaxis antibiótica, en comparación al 93% de las pacientes sometidas a una cesárea de urgencia. En ambos casos, el esquema más utilizado fue cefazolina 2 gramos (83,8% y 72,7%, en cesárea electiva y de urgencia, respectivamente). Al comparar partos con y sin episiotomía, se evidenció uso de antibiótico profiláctico en 51% y 45% de las pacientes, respectivamente; similar a lo ocurrido en cesáreas, el esquema profiláctico más usado fue cefazolina 2 gramos. En el caso de parto distócico vaginal, 60% de las pacientes recibió terapia profiláctica con el mismo esquema antibiótico preferido en las cirugías antes descritas (cefazolina 2 gramos en 60,7% de los casos). Finalmente,

en 65% de los vaciamentos uterinos recibieron profilaxis antibiótica, sin embargo, el esquema utilizado en el vaciamiento de I y II trimestre fue distinto: en el primero se utilizó mayoritariamente cefazolina 1 gramo vs. 2 gramos en el segundo.

CONCLUSIONES:

Podemos concluir que hay estudios que recomiendan el uso de profilaxis antibiótica en todas las cesáreas electivas y de urgencia; sin embargo, aún no existe consenso en otros procedimientos como en parto operatorio o vaciamentos uterinos. Son necesarios más estudios randomizados y controlados para poder normar el uso de antibióticos profilácticos en estos procedimientos.

ONCOLOGÍA

CREACIÓN E IMPLEMENTACION DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Autores: Elsa Cabrera A, equipo Sección Oncología

CONTACTO

Teléfono: 978 8974

E-mail: ecabrera@redclinicauchile.cl; oncologia@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

Las guías de práctica clínica (GPC) son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar al profesional de la salud, en beneficio del paciente, a tomar decisiones adecuadas en distintas circunstancias clínicas. Son de gran utilidad tanto desde el punto de vista clínico como del administrativo, sirviendo de apoyo en la gestión. Por otro lado, constituyen material docente de alta calidad. En Chile cada institución elabora en forma independiente sus guías clínicas de acuerdo a sus propias necesidades. El MINSAL con la reforma de la salud y la Ley AUGE, elaboró guías clínicas para aquellas patologías cubiertas por el programa.

OBJETIVOS:

- Identificar patologías y procedimientos oncológicos que necesitan guía de práctica clínica.
- Crear para las patologías y procedimientos oncológicos, guías de práctica clínica.
- Elaboración de criterios objetivos para la toma de decisiones en la práctica clínica oncológica.
- Crear indicadores de calidad técnica a partir de la implementación de las GPC.
- Establecer una conducta de equipo frente a la toma de decisiones médicas.
- Establecer las bases para la evaluación de resultados de salud luego de la aplicación de las GPC por un período de tiempo.
- Creación de material docente para formación de pregrado como de postgrado.
- Evaluación por parte del equipo médico del conocimiento de esta GPC.

METODOLOGÍA:

Se estableció el equipo multidisciplinario a participar. A cada equipo se le asignó un tema específico basado en las patologías más frecuentes que llegan al Hospital, comprometiéndose en las actividades con una carta *Gantt*. Cada tema analizado significó la aplicación de una metodología sistemática de elaboración, dando como resultado una propuesta, la cual fue discutida en reuniones mensuales del equipo, y a partir de la cual se agregan los cambios sugeridos, obteniéndose las guías definitivas. Se implementaron las guías clínicas en el quehacer diario de la sección. Se fijaron y se midieron los indicadores de calidad asociados a GPC y se procedió a realizar una evaluación del conocimiento de las GPC del equipo.

ACCIONES DE MEJORA:

- Se crea planilla de registro de seguimiento de indicadores de calidad técnico para enfermería.
- Se crea y se evalúa por medio de planilla de registro el % de adherencia de la práctica clínica por parte del equipo médico y enfermería.
- Mejorar la adherencia a las guías clínicas.
- Actualizar las guías clínicas.

RESULTADOS:

Se identificaron 15 patologías oncológicas y 2 de procedimientos de enfermería que necesitaban GPC. Se crearon 17 GPC. Se implementaron 3 indicadores de calidad técnica y se midieron. Se obtuvo un 80% de adherencia a la guía de administración de fármacos oncológicos. En las guías de manejo de reacciones de hipersensibilidad se obtuvo un 60% de cumplimiento, y en las guías de adherencia al tratamiento, se cumplió en el 70% de los casos. En las encuestas de evaluación del conocimiento de la guía clínica se obtuvo frente a la pregunta "si conocen las guías clínicas" los siguientes resultados: el 100% contestó que sí; el 70% desconocía la existencia de las 17 guías existentes en el servicio; un 64% no sabe dónde están físicamente en caso de tener dudas; el 55% no las ha consultado nunca; el 100% considera que lo consensuado en éstas se ajusta al quehacer médico y el 90% considera que se deben actualizar una vez al año.

CONCLUSIONES:

En un mundo con exceso de información, de difusión global, y complejidad creciente de los problemas clínicos, las decisiones se deben tomar a nivel local y para pacientes individuales. En este proceso de acomodación de las evidencias a la realidad, las GPC aportan conocimientos y experiencias útiles para tomar decisiones bien fundamentadas en situaciones de incertidumbre, que sirvan de ayuda real y mejoran la calidad de la asistencia. No depende sólo de las actitudes de los profesionales ante las mismas, sino también del apoyo institucional y las mejoras en su desarrollo e implementación. Para la Sección de Oncología ha sido todo un desafío y una experiencia grata la creación e implementación de estas GPC, ya que nos ha permitido consensuar tratamientos en beneficio de los pacientes, por lo que debemos mejorar la calidad de la presentación, información y actualización de éstas por lo menos una vez al año.

MODIFICACIONES DEL APRENDIZAJE DE ONCOLOGÍA MÉDICA DEL CURSO PRÁCTICAS CLÍNICAS TUTORIADAS

Nombre autores: Dra. Mónica Ahumada O, Equipo Sección Oncología

CONTACTO

Teléfono: 978 8974

E-mail: mahumada@redclinicauchile.cl; oncologia@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

La Sección de Oncología realiza en forma permanente docencia de pregrado en las carreras de Medicina y Química Farmacéutica. Siendo el curso de Prácticas Clínicas Tutoriadas de IV de Medicina en el que realizamos actividad de Oncología propiamente tal. Recibimos alumnos de IV año durante el primer y segundo semestre, rotando entre 5 a 7 alumnos cada 2 semanas. Debido al cambio curricular y queriendo cambiar el proceso docente antiguo basado sólo en contenidos y algo en objetivos, a uno basado en procesos. Teniendo en cuenta también que nuestro quehacer varía mucho de semana a semana, se quiso homogeneizar algunos temas para que fueran vistos por todos los alumnos.

OBJETIVOS:

- Realizar un programa de pasada de la Sección de Oncología para IV año.
- Especificar los objetivos de la pasada de Oncología de acuerdo con el programa existente del curso Practicas Clínicas Tutoriadas.
- Cambiar la forma de evaluación de la pasada con la creación de una pauta de evaluación, para concepto y cambio de instrumento teórico de prueba escrita a presentación de caso clínico.
- Conocer mediante encuesta la opinión de nuestro quehacer en diferentes aspectos para diagnóstico y mejoras para futuro.

METODOLOGÍA:

- Creación de programa de la pasada que se entrega el primer día.
- Creación de apuntes docentes que se entregan el primer día.
- Creación de pauta de evaluación conceptual de los alumnos.

- Utilización de nuevas técnicas de aprendizaje (casos clínicos, seminarios, pasos tutoriados, casos simulados en PC).
- Creación y ejecución de encuesta para alumnos.
- Análisis de resultados de encuesta para toma de decisiones futuras.

ACCIONES DE MEJORA:

A partir del conocimiento, análisis y resultados de la encuesta de opinión de los alumnos se objetivaron los cambios en la rotación de los alumnos, en lo logístico, en lo teórico y en lo práctico. Esto nos ha permitido mejorar nuestro tiempo docente y crear nuevas actividades más interactivas y con mayor participación de los alumnos.

RESULTADOS:

Se confeccionó un programa de rotación de 2 semanas, además de apuntes docentes. Se analizaron las encuestas después de cada fin de semestre desde 2004 a diciembre del 2005. 14 grupos de alumnos pasaron por nuestra sección: 87 alumnos encontraron los temas tratados de utilidad y 2, no. 80 alumnos encontraron adecuada la forma de tratar los temas; 11, regular y mala, 0. 18 alumnos consideraron los temas innecesarios y 28, no innecesarios. Les hubiera gustado otro tema: 28 alumnos y a 16, no. A 62 alumnos les hubiera gustado más tiempo con pacientes y menos teoría y 27 no opinaban así. Respecto a la pasada por policlínico, la encontraron adecuada de 63 alumnos; regular, 14; mala, 2; y no tuvieron policlínico 8. Respecto a la pasada de sala: adecuada, 59; regular, 37; mala, 6. En referencia a la pasada en general: buena, 71; regular, 13; mala, 2; muy mala, 1. Y además obtuvimos varias sugerencias.

CONCLUSIONES:

El programa se ha ido modificando con los resultados de la encuesta y ésta nos ha permitido conocer nuestras virtudes y falencias como equipo docente de Oncología, de tal modo que ya hemos realizado cambios para mejorar nuestros resultados. Tenemos pendiente ejecutar encuesta a los docentes en forma de auto evaluación, la que se realizará a partir de este año, al fin de cada semestre.

NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN ONCOLOGÍA

Nombre autor: Dra. Elsa Cabrera A

CONTACTO

Teléfono: 678 8974

E-mail: ecabrera@redclinicauchile.cl; oncologia@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

El avance de la medicina junto con la reforma a la salud en Chile, presenta grandes desafíos para el HCUC en el presente y en el futuro. Uno de éstos es lograr compatibilizar los costos de las nuevas tecnologías con la oportunidad de que los pacientes reciban tratamiento con costos razonables y de alta calidad. La relación costo eficiencia se ha posicionado como una de las estrategias competitivas más importantes del último tiempo. La Sección de Oncología hasta el año 2003 otorgaba prestaciones aisladas con costos poco claros, sin guías clínicas de tratamiento y sin una metodología uniforme de trabajo, lo que claramente nos hacía menos competitivos. A partir del 2004 se crea este nuevo modelo de atención.

OBJETIVOS:

- Otorgar una atención de alta calidad a los pacientes de la sección.
- Crear un modelo, dando respuesta a las necesidades del mercado de modo de ser competitivos.
- Ofrecer tratamientos basados en la mejor evidencia clínica (actualizada) a los pacientes.
- Crear las bases para un modelo de solución integral oncológica.
- Creación de la estructura de evaluación del modelo de atención.

METODOLOGÍA:

Se analizaron las estadísticas de producción de Oncología de los años 2003-2004. Se revisaron los costos de cada una de las prestaciones otorgadas, se conoció y se analizó el proceso de atención de un paciente oncológico ambulatorio, desde el punto de vista administrativo y médico. Se solicitó a la subgerencia de calidad un estudio de las necesidades de nuestros pacientes que se atienden en el HCUCh. Se registraron todos los programas de quimioterapia indicados y luego se trabajó con los datos obtenidos.

ACCIONES DE MEJORA:

- Actualización de prestaciones oncológicas con costo conocido.
- Creación de las guías clínicas oncológicas.
- Potenciación del comité oncológico multidisciplinario.
- Creación del flujo administrativo que mejora la comunicación con la aseguradora.
- Se crea y se entrega el instructivo para pacientes que ingresan a Oncología en una carpeta institucional.
- Capacitación del personal administrativo y de salud como parte de la implementación del nuevo modelo.

RESULTADOS:

- Se obtuvo prestaciones oncológicas de costo conocido.
- Creación de las 17 guías clínicas de tratamiento y administración de quimioterapia a pacientes.
- De 10 profesionales que asistían al comité oncológico a inicio de 2003, en la actualidad se cuenta con 20 profesionales de manera estable. De 6 especialidades que participaban en el comité oncológico, se aumentó a 12.
- Estructura de comunicación rápida, expedita y fluida con las personas encargadas de las aseguradoras en beneficio del paciente.
- Del estudio de las necesidades de nuestra población, se observó que el 80% de los pacientes nuevos y antiguos desconocían el proceso administrativo de atención de nuestra sección; posteriormente a la creación del instructivo, el 70% de los pacientes reconoce manejar el modelo de atención.
- El 100% del equipo médico, enfermeras y secretarías conocen y manejan el nuevo modelo de atención.
- Se genera una evolución desde un 80% a un 95% de la correcta completación del programa médico de quimioterapia.

CONCLUSIONES:

El nuevo modelo de atención da respuesta a las necesidades del mercado de modo que su impacto en el aumento de demanda se verá reflejada con un plazo mínimo de implementación de 1 año. Este modelo, a través de la atención con guías clínicas, presentación de los casos al comité oncológico y de la educación de los procesos administrativos internos, nos ha permitido otorgar una atención de alta calidad a los pacientes de la sección.

ONCOLOGÍA - FARMACIA

EXPERIENCIA DE REPORTE DE REACCIONES ADVERSA (RAM) DE LA SECCIÓN DE ONCOLOGÍA

Nombre autores: QF. Carmen Gloria San Martín C, Dra. Elsa Cabrera A, QF. Nancy Abusada A

CONTACTO

Teléfono: 678 8974

E-mail: csanmartin@redclinicauchile.cl; oncologia@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

El potencial de riesgos de la terapia con medicamentos es conocido. No existe ningún medicamento absolutamente seguro, aunque se prescriba en dosis terapéuticas. La OMS define la fármaco-vigilancia como la ciencia y actividades relacionadas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos y otros

problemas relacionados. El HCUCh en el 2005 crea la Unidad de Fármaco-vigilancia a la cual la Sección de Oncología es invitada a participar. Su objetivo es reportar al Servicio de Farmacia todas las reacciones adversas pesquisadas en nuestra sección, mediante la ficha de fármaco-vigilancia, para que posteriormente el Servicio de Farmacia envíe al CENIMEF del ISP.

OBJETIVOS:

- Reportar al Servicio de Farmacia todos los eventos adversos pesquisados de drogas oncológicas.
- Implementar una metodología de trabajo para la pesquisa de estas RAM.
- Mejorar el reporte de estos efectos en las fichas clínicas.
- Informar al equipo de salud de esta Unidad de Fármaco-vigilancia y de la importancia del reporte.
- Prevención y/o tratamiento de las RAM.
- Mejorar la seguridad en la atención de nuestros pacientes en Oncología.

METODOLOGÍA:

Se invita al Servicio de Farmacia a desarrollar una presentación al equipo médico de la Unidad de Fármaco-vigilancia sobre la importancia del reporte. Se analizan las fichas de consulta médica ambulatoria del policlínico para determinar la calidad de información de los efectos adversos que presentan los pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria. Se realiza una reunión con el equipo médico para mejorar la calidad de los datos y determinar que todos los eventos adversos que presente el paciente, deben ser reportados. Se procede a instruir a las secretarías de la sección en el sentido de que todas las fichas del policlínico deben ser entregadas para la revisión de éstas. Se revisan las fichas clínicas y se pesquisan las RAM. Se procede al llenado de la ficha de fármaco-vigilancia. Se envía al Servicio de Farmacia como parte del programa y se guarda una copia en nuestra sección para nuestro análisis. Se analizan nuestras fichas de fármaco-vigilancia reportadas.

ACCIONES DE MEJORA:

- Mejorar la claridad y registro de la información de las RAM de los pacientes en las fichas clínicas.
- Recordar mediante información verbal y escrita a los médicos de este programa.
- Mejorar la calidad de la información que se completa en la ficha de fármaco-vigilancia.
- Obtener *feedback* de Farmacia para mejorar nuestro reporte.

RESULTADOS:

De un 100% de fichas revisadas después de las consultas médicas en la Sección de Oncología, en un 70% no se encuentra toda la información del evento adverso para poder realizar el reporte. Se reportaron 78 eventos adversos desde septiembre 2005 a mayo 2006 a Farmacia, que corresponden a 34 de nuestros pacientes que se encuentran en tratamiento con alguna droga oncológica, con un promedio de 2.2 RAM por pacientes. Los principales eventos reportados fueron: 7 reportes para mucositis oral entre grado de toxicidad 1 a 3; neuropatía sensitiva en 7 reportes todos grado 1; neutropenia en 24 reportes entre los grados 1 y 4, siendo éste el evento adverso que generó mayor número de hospitalizaciones; 7 reportes de vómitos grado 1 a 2. Se reportaron en menor número eventos como diarrea, oscurecimiento de la piel, constipación, etc. En 23 de los reportes se desconoce, al momento de llenar la ficha, el estado del evento. En 31 de los reportes se encuentran recuperados el minuto de reportar el evento adverso y 24 de los reportes se registran como no recuperados. En 15 de los reportes no se identifica al médico pesquisador del evento y en 3 fichas no se define el grado de toxicidad de los eventos.

CONCLUSIONES:

Los resultados del análisis de las RAM reportadas en Oncología son comparables con los obtenidos por el CENIMEF de otros hospitales. Nuestro Hospital destaca como el centro con mayor número de reportes al CENIMEF y en segundo lugar, se encuentra el Hospital Regional de Valdivia. Aun cuando falta incentivar más el buen reporte de las RAM, esta experiencia nos ayuda a generar conciencia de cómo podemos mejorar la calidad de la atención integral a nuestros pacientes.

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA

PROFILAXIS DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA EN CIRUGÍA DE CADERA

Autor principal: Dr. Carlos Montes M

Autores secundarios: Dr. Fernando Vargas G, Dr. Jorge Numair V, Int. Alvaro Zamorano

CONTACTO

Teléfono: 978 8225, 978 8226

E-mail: cmontes@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

La Trombosis Venosa Profunda (TVP) es una enfermedad que afecta principalmente a las extremidades inferiores. Afecta a 1 de cada 1000 personas por año en la población general. Sus complicaciones más comunes son el Tromboembolismo Pulmonar (TEP) y el síndrome postflebítico. Los pacientes que son sometidos a una cirugía de reemplazo articular de cadera, ya sea parcial o total, tienen un riesgo mayor de presentar TVP. La TVP se asocia significativamente con una mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad en este tipo de pacientes. Existen numerosos estudios que avalan la necesidad de utilizar tromboprofilaxis en este tipo de pacientes. En pacientes sometidos a artroplastía de cadera sin una adecuada tromboprofilaxis, entre un 40% y un 60% presentan TVP en el postoperatorio. Actualmente no existe un consenso claro acerca de qué medidas utilizar, dosis o duración de la terapia profiláctica.

OBJETIVO GENERAL:

Establecer guías clínicas respecto a la tromboprofilaxis en pacientes sometidos a cirugía de cadera en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del HCUCh.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Entregar información válida y actualizada acerca de tromboprofilaxis en pacientes sometidos a cirugía de cadera a los distintos grupos de cirujanos del Servicio.
- Intentar consensuar el enfrentamiento de esta patología, utilizando para ello como referencia guías clínicas desarrolladas por este Servicio.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica en distintas bases de datos en la literatura internacional respecto a estudios clínicos y guías clínicas acerca de la tromboprofilaxis en pacientes sometidos a cirugía de cadera. Se utilizaron como *key words*: *TVP, thromboprophylaxis, hip surgery, hip arthroplasty*. De la literatura encontrada se privilegió aquella que poseía un alto grado de evidencia y las guías clínicas validadas en este tema.

ACCIONES DE MEJORA:

Con la información recolectada se pretende estandarizar las indicaciones de los distintos grupos de cirujanos de cadera respecto a qué utilizar y sus correspondientes variables en cuanto a la prevención de la trombosis venosa profunda y sus complicaciones en pacientes sometidos a cirugía de cadera.

RESULTADOS:

Al revisar la literatura se encontraron numerosos artículos con diversos grados de evidencia que tratan el tema. Luego de su lectura, se decidió utilizarlos como referencia en la configuración de estas guías clínicas. Dos publicaciones internacionales fueron las siguientes:

- *Prophylaxis of venous thromboembolism. A national clinical guideline*. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); Octubre 2002.
- *Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy*. 2004.

Ambas publicaciones concuerdan en muchos aspectos en cómo enfrentar la prevención de la TVP y sus complicaciones. Sin embargo, también encontramos diferencias sustantivas a la hora de realizar recomendaciones respecto a cómo enfrentar esta patología en situaciones puntuales. Estas diferencias han sido materia de debate internacional aún en estos días, lo que debe motivar aún más el estudio y el conocimiento de cómo abordar la tromboprofilaxis en pacientes operados de cadera.

CONCLUSIONES:

La prevención de la TVP y sus complicaciones debe ser considerada inevitablemente en pacientes sometidos a cirugía de cadera. En el servicio de Ortopedia y Traumatología del HCUCh no existe un consenso de cómo enfrentar esta patología. Se estudió la literatura disponible procediendo a redactar un documento final en que se realizan diversas recomendaciones con niveles de evidencia altos respecto a cómo actuar en su prevención. Hay que considerar que aún hay un intenso debate en la comunidad científica acerca de muchos puntos y situaciones como, por ejemplo, fármacos a utilizar, dosis, tiempo de uso, utilización o no de medidas anexas no farmacológicas, entre otras. De ahí que se hace más que necesario seguir estudiando el tema en forma crítica y constante.

SUBGERENCIA DE APOYO A LA GESTIÓN E INFORMÁTICA

SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LABORATORIOS (LIS)

Autor principal: Christian Salvo - Área de Desarrollo de Sistemas

Autores secundarios: Informática · Laboratorio Clínico Central

CONTACTO

Teléfono: 978 8777

E-mail: csalvo@redclinicauchile.cl

INTRODUCCIÓN:

El Laboratorio Clínico Central del Hospital contaba hasta mayo de 2005 con un sistema desarrollado por terceros. Las principales desventajas de aquel sistema eran:

- Múltiples errores de la aplicación al procesar los exámenes.
- Lentitud de la aplicación por tecnología obsoleta, base de datos Access y Sql_server 6.5 sin soporte del fabricante por obsolescencia de la herramienta.
- Dependencia de la empresa propietaria de los programas fuentes, para realizar correcciones y adecuaciones a la aplicación, implicando tiempos excesivos para las correcciones y modificaciones.
- Imposibilidad de incorporar en la aplicación a otro laboratorio que no fuera el Central e imposibilidad de la empresa propietaria del software para conectar analizadores de exámenes a la aplicación, debiéndose recurrir a terceros.
- Sistema aislado, no trabajaba en línea con las aplicaciones del Hospital.
- Pago mensual por el mantenimiento de la aplicación y adquisición de licencias para nuevos usuarios.

OBJETIVOS:

1. Dotar al Hospital de un sistema computacional que permita manejar múltiples laboratorios, múltiples tomas de muestra, conexión con analizadores de exámenes integrada con las aplicaciones del Hospital, que incorpore a las áreas de hospitalización, ambulatoria y urgencia, permitiéndoles solicitar, visualizar y emitir resultados de exámenes.
2. Dotar al Hospital de la propiedad de los programas fuentes y licencias, para entregar un soporte expedito a los requerimientos de adecuaciones e incorporación de mejoras en el futuro.

METODOLOGÍA:

El nuevo sistema partió el 18 de Mayo de 2005 y se consideró reemplazar el antiguo sistema en los lugares ya automatizados, para luego incorporar nuevos laboratorios, tomas de muestra y usuarios. En consecuencia se presentarán comparaciones entre la cantidad de laboratorios y usuarios que hacen uso de la aplicación y cantidad de exámenes procesados con ayuda del sistema para junio 2004, junio 2005 y junio 2006.

ACCIONES DE MEJORA:

Se planifica la realización de un proyecto informático, que contempla la construcción e implementación de un sistema de apoyo a la gestión de los laboratorios del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Una vez que el paciente cancele en la caja ambulatorio, se genera una orden para la toma de muestra que le corresponda al lugar de pago. En el box de la toma de muestra, se dispone de la lista de pacientes, permitiendo llamar conforme al orden de llegada. Se asigna la fecha y hora en que fue tomada la muestra, se emiten las etiquetas con código de barra y luego se envían las muestras debidamente identificadas al Laboratorio. Según examen y lugar de pago, se asigna el laboratorio y sección que debe realizar el examen. En su computador, el tecnólogo médico del Laboratorio, consulta la orden de trabajo y los exámenes solicitados en ella, y procede a colocar la muestra en la máquina analizadora de exámenes. La máquina identifica automáticamente la muestra mediante lectura a la etiqueta de código de barra, consulta al sistema los exámenes a procesar, ejecuta automáticamente el trabajo programado y una vez obtenidos los resultados, transmitirá la información al sistema. El tecnólogo mediante consulta en el sistema revisará los valores obtenidos y aprobará los resultados, quedando el informe finalizado, con su firma digitalizada y disponible para ser visualizado e impreso en cualquier punto autorizado de la red. Para el caso en que el tecnólogo resuelva el examen mediante una técnica manual, deberá registrar directamente los resultados del examen y otro tecnólogo procederá a aprobarlos. En el caso de pacientes hospitalizados y de la atención de urgencia, se digitará la orden de trabajo y se emitirán las etiquetas de código de barra, marcando las muestras como tomadas y se cargará automáticamente a la cuenta del paciente por la hospitalización o la atención de urgencia según corresponda. Todos los exámenes (ambulatorios, hospitalizados y urgencia) quedarán disponibles para ser consultados y/o impresos por los profesionales médicos y tecnólogos del laboratorio en el momento que así lo requieran.

RESULTADOS:

Ítem de comparación	Jun-04	Jun-05	Jun-06
Cantidad de laboratorios utilizando el sistema Clínico Central, Quilín, Concepción, La Serena, Antofagasta, Calama, Iquique. En julio/2006 Inmunología (8) y en agosto/2006 Dermatología (9).	1	1	7
Cantidad de tomas de muestra Central, Vivaceta, Macul, Badajoz, Concepción, Rancagua 1 y 2, Maipú, Quilín, La Serena, Antofagasta, Calama, Iquique.	3	3	13
Cantidad de exámenes procesados con ayuda del sistema	53.886	71.667	106.774
Cantidad de usuarios que utilizan el sistema Se incorporan servicios clínicos y servicios de urgencia para consultar resultados.	60	65	350

CONCLUSIONES:

El nuevo sistema, desarrollado completamente por el Departamento de Informática, se adapta completamente a los requerimientos del Hospital. Sus principales ventajas:

- Disminución de la tasa de errores al evitar la transcripción de valores de resultados de exámenes e identificación de pacientes.
- Permite administrar integradamente múltiples tomas de muestra y laboratorios.
- Los exámenes una vez aprobados quedan disponibles en todo el Hospital y en los centros externos, integrado con los sistemas del Hospital.
- Independencia de terceros para incorporar mejoras y sin límite de licencias de uso.