



INDICADORES PARA EL MANUAL DE ACREDITACIÓN DE ATENCIÓN CERRADA

Ejemplos de indicadores solicitados en la pauta de Cotejo para la Acreditación
de Prestadores Institucionales de Atención Cerrada.

Unidad de Asesoría Técnica
Intendencia de Prestadores
Superintendencia de Salud

Septiembre 2014

| FICHA INDICADOR CLINICO: GCL 1.1 EVALUACIÓN PRE-ANESTÉSICA | |
|--|---|
| Título | Proporción de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Pabellón General que cuentan con evaluación pre-anestésica según protocolo. |
| Propósito | Evaluar cumplimiento del registro de la evaluación pre-anestésica con el fin de mejorar la seguridad de la cirugía. |
| Tipo | Proceso |
| Numerador | Nº de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Pabellón General cuya evaluación pre-anestésica cumple con los atributos según protocolo en el período X * 100/ |
| Denominador | Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Pabellón General en el período X |
| Fuente de Datos | Revisión de Fichas Clínicas de pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente, registros de evaluación Pre - anestésica, pautas de cotejo con los atributos evaluados, etc. |
| Umbrales | 90% |
| Periodicidad | Mensual |
| Responsables | Jefe de Servicio / Enfermera de Pabellón/ Anestesiólogo |
| Observaciones | Es fundamental establecer claramente cuáles serán los atributos a registrar que serán evaluados para considerar como cumplida la “presencia de evaluación pre-anestésica”. A modo de ejemplo: los atributos mínimos a registrar en el formulario de evaluación pre-anestésica del paciente son: <ul style="list-style-type: none"> - 1er Nombre y apellidos del paciente - Edad del paciente - Clasificación ASA - Antecedentes de Alergias - Antecedentes mórbidos de importancia, - Nombre y firma del anestesista. |

| FICHA INDICADOR CLINICO: GCL 1.7 CRITERIOS DE INDICACIÓN MÉDICA DE TRANSFUSIÓN | |
|--|--|
| Título | Proporción de pacientes que han sido transfundidos con Glóbulos Rojos (GR) en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto según criterios definidos en el protocolo. |
| Propósito | Evaluar el cumplimiento de transfusión de Glóbulos Rojos según los criterios definidos en el protocolo que siguen las recomendaciones internacionales, con el fin de disminuir la variabilidad en la indicación de transfusión de GR. |
| Tipo | Proceso |
| Numerador | Nº de pacientes transfundidos con Glóbulos Rojos en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto en el periodo X que cumplen con los criterios de transfusión establecidos en el protocolo *100/ |
| Denominador | Total de pacientes transfundidos con Glóbulos Rojos en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto en el período X |
| Fuente de Datos | Revisión de fichas clínicas de pacientes transfundidos, solicitudes de transfusión, pautas de cotejo de cumplimiento de criterios de transfusión de GR. |
| Umbral | 90% |
| Periodicidad | Trimestral |
| Responsables | Médico responsable de Medicina Transfusional/ Jefe Servicio UCI Adulto/ Enfermera UCI Adulto |
| Observaciones | <p>Los Criterios de transfusión los define el propio Prestador Institucional considerando las recomendaciones actuales, el indicador puede valorar uno o más criterios, ejemplo:</p> <p>Son criterios de transfusión :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina ≤ 7 g/dL, <p>Para pacientes con comorbilidad cardiorespiratoria severa, gran quemado, adulto mayor (> 65 años) o isquemia miocárdica activa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina entre 8-10 g/dL |

| FICHA INDICADOR CLINICO GCL 1.12: IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES | |
|---|---|
| Título | Proporción de pacientes hospitalizados, identificados con brazalete según protocolo, en el Servicio de Medicina |
| Propósito | Evaluar el cumplimiento de identificación según protocolo de pacientes hospitalizados con el fin de disminuir el riesgo de eventos adversos asociados a una identificación errónea. |
| Tipo | Proceso |
| Numerador | Nº de pacientes hospitalizados identificados con brazalete según protocolo en el Servicio de Medicina en el período X *100/ |
| Denominador | Total de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina en el período X. |
| Fuente de Datos | Brazaletes instalados, pauta de cotejo de pacientes identificados con brazalete según protocolo |
| Umbral | 95% |
| Periodicidad | Mensual |
| Responsables | Enfermera Supervisora del Servicio de Medicina |
| Observaciones | <p>Los atributos mínimos que debe contener el brazalete según protocolo los define el propio Prestador Institucional, por ejemplo se puede considerar cumplida la identificación si en el brazalete consta:</p> <p>Nombre del paciente (1er nombre, apellidos) y número de RUT.</p> <p>Es fundamental establecer que el brazalete quedará instalado en el paciente y no en el entorno que lo rodea (barandas, respaldo de la cama, incubadora, etc.).</p> |

| FICHA INDICADOR CLINICO GCL 2.1: PAUSA DE SEGURIDAD EN CIRUGÍA | |
|--|--|
| Título | Proporción de pacientes intervenidos quirúrgicamente en los cuales se aplica la pausa de seguridad según protocolo, en el Pabellón General |
| Propósito | Evaluar el cumplimiento en la aplicación de la pausa de seguridad según protocolo con el fin de contribuir a la seguridad de la cirugía. |
| Tipo | Proceso |
| Numerador | N° de pacientes operados en los cuales se aplica la pausa de seguridad según protocolo, en el Pabellón General en el periodo X *100/ |
| Denominador | N° de pacientes operados en el Pabellón General en el periodo X |
| Fuente de Datos | Ficha Clínica, formulario o checklist de pausa de seguridad y pauta de cotejo de aplicación de la pausa de seguridad según protocolo |
| Umbral | 95% |
| Periodicidad | Trimestral |
| Responsables | Enfermera Supervisora de Pabellón |
| Observaciones | <p>Las particularidades que debe tener la pausa de seguridad la define el propio prestador institucional, un ejemplo podría ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pausa uno: será aplicada antes de la inducción anestésica, verificando que se trate del paciente correcto. - Pausa dos: será aplicada antes de la incisión quirúrgica, verificando que sea el sitio y tipo de cirugía correcto. - Pausa tres: será aplicada antes de iniciar el cierre de los planos, evitando el abandono de cuerpo extraño del sitio quirúrgico, verificando que el instrumental se encuentre completo, N° de compresa correcto, N° gasas correcto. |

| FICHA INDICADOR CLINICO GCL 2.2: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENDOVENOSA (EV) | |
|---|---|
| Título | Proporción de procedimientos de administración de medicamentos por vía EV, en el Servicio de Medicina, en los cuales se ha aplicado la lista de comprobación de los cinco correctos, según protocolo. |
| Propósito | Evaluar el cumplimiento en la aplicación de la lista de comprobación de los cinco correctos con el fin de contribuir a disminuir el riesgo de eventos adversos asociados a la administración de medicamentos por vía EV. |
| Tipo | Proceso |
| Numerador | Nº de procedimientos de administración de medicamentos vía EV evaluados, en que se aplica la medida de los cinco correctos según protocolo, en el Servicio de Medicina, en el periodo X *100/ |
| Denominador | Total de procedimientos de administración de medicamentos por vía EV evaluados, en el Servicio de Medicina, en el periodo X. |
| Fuente de Datos | Pautas de observación del procedimiento de administración de medicamentos vía EV. |
| Umbral | 90% |
| Periodicidad | Mensual |
| Responsables | Enfermera Supervisora de Medicina |
| Observaciones | Los cinco correctos consisten en verificar que se administra: <ul style="list-style-type: none"> - El medicamento correcto. - El paciente correcto. - La dosis correcta. - La hora correcta - La vía correcta. |

| FICHA INDICADOR CLINICO AOC 1.2: CATEGORIZACIÓN DE PACIENTES DE URGENCIA | |
|--|---|
| Título | Proporción de pacientes a los que se categorizó para atención en Servicio de Urgencias según norma local. |
| Propósito | Evaluar el cumplimiento de pacientes categorizados y priorizados en la Atención de Urgencia según norma local, con el fin de contribuir a hacer más expedita la atención del paciente de mayor riesgo. |
| Tipo | Proceso |
| Numerador | N° de pacientes categorizados y priorizados según norma local, en el Servicio de Urgencia, en periodo X *100/ |
| Denominador | Total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia, en el periodo X. |
| Fuente de Datos | Datos de Atención de Urgencia, pautas de cotejo de categorización de urgencias. |
| Umbral | 95% |
| Periodicidad | Mensual |
| Responsables | Enfermera Coordinadora de Urgencia |
| Observaciones | <p>Las particularidades de la priorización las define el propio Prestador Institucional, un ejemplo podría ser la utilización del Sistema de Triage de Manchester:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel 1: Emergencia, debe ser atendido inmediatamente. - Nivel 2: Muy Urgente, debe ser atendido máximo en 10 minutos. - Nivel 3: Urgente, debe ser atendido máximo en 60 minutos. - Nivel 4: Poco urgente, puede ser atendido dentro de 120 minutos. - Nivel 5: No Urgente, puede ser atendido dentro de los siguientes 240 minutos. |

| FICHA INDICADOR CLINICO AOC 1.3: NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS CRÍTICOS DE LABORATORIO CLÍNICO | |
|---|---|
| Título | Proporción de exámenes de Laboratorio Clínico con resultados críticos notificados en el período. |
| Propósito | Evaluar el cumplimiento en el tiempo de notificación oportuna de resultados críticos obtenidos en el laboratorio Clínico con el fin de entregar la atención adecuada ante situaciones de riesgo. |
| Tipo | Resultado |
| Numerador | N° de exámenes del Laboratorio Clínico, con resultados críticos notificados, en el periodo X *100/ |
| Denominador | Total de exámenes del Laboratorio Clínico con resultados críticos, en el periodo X. |
| Fuente de Datos | Registro de resultados de exámenes de Laboratorio Clínico y de notificaciones de resultados críticos, pauta de cotejo de exámenes de Laboratorio Clínico con resultados críticos notificados. |
| Umbral | 90% |
| Periodicidad | Trimestral |
| Responsables | Tecnólogo Médico del Área Técnica de Hematología. |
| Observaciones | Los resultados críticos a notificar son definidos por el propio Prestador Institucional según su contexto clínico-asistencial y las recomendaciones actuales. Ejemplo: se notificará en menos de 30 minutos todas aquellas glicemias con valores: <45 Mg/dl - >500 Mg /dl. |

| FICHA INDICADOR CLINICO APE 1.3: PREPARACIÓN DE MATERIAL ESTÉRIL | |
|--|---|
| Título | Proporción de cajas de cirugía de tórax preparadas correctamente según norma institucional, en el Servicio de Esterilización. |
| Propósito | Evaluar el cumplimiento de la correcta preparación de cajas de cirugía de tórax según norma institucional, con el fin de disminuir el riesgo de infección asociada a la atención en salud. |
| Tipo | Resultado |
| Numerador | Número de cajas de cirugía de tórax preparadas según norma institucional en el Servicio de Esterilización, en el periodo X *100 / |
| Denominador | Número de cajas de cirugía de tórax preparadas en el Servicio de Esterilización, en el periodo X. |
| Fuente de Datos | Pautas de supervisión de cajas de cirugía de tórax preparadas correctamente |
| Umbrales | 80% |
| Periodicidad | Trimestral |
| Responsables | Enfermera Supervisora de Esterilización |
| Observaciones | Utilizar como referencia, la Norma General Técnica sobre esterilización y desinfección de elementos clínicos, aprobada por Resolución Exenta N° 1665, noviembre de 2001 MINSAL, Capítulo IV, "Preparación de los materiales". |

| FICHA INDICADOR CLINICO APE 1.3: RECEPCIÓN DE MATERIAL ESTERILIZADO FUERA DE LA INSTITUCIÓN | |
|---|--|
| Título | Porcentaje de material estéril evaluados que cumplen con la norma local de recepción de material esterilizado fuera de la Institución, en el Servicio de Esterilización. |
| Propósito | Evaluar el cumplimiento de la correcta recepción de material estéril que cumplen con la norma de recepción de material esterilizado fuera de la Institución. |
| Tipo | Proceso |
| Numerador | Número de artículos de material estéril evaluados que cumplen con la norma local de recepción de material esterilizado fuera de la Institución, en el Servicio de Esterilización, en el periodo X *100 / |
| Denominador | Número de artículos de material estéril evaluados en la recepción de material esterilizado fuera de la Institución, en el Servicio de Esterilización, en el periodo X. |
| Fuente de Datos | Pautas de supervisión del procedimiento de recepción de material esterilizado fuera de la Institución |
| Umbrales | 80% |
| Periodicidad | Trimestral |
| Responsables | Enfermera Supervisora de Esterilización |
| Observaciones | Utilizar como referencia, la Norma General Técnica sobre esterilización y desinfección de elementos clínicos, aprobada por Resolución Exenta N° 1665, noviembre de 2001 MINSAL, Capítulo III, "Recepción y lavado del material". |

| FICHA INDICADOR CLINICO APD 1.2: PROCEDIMIENTOS DE HEMODIÁLISIS | |
|---|--|
| Título | Proporción de dializadores y líneas de sangre identificados de acuerdo a sistema estandarizado de registro de los procedimientos de hemodiálisis. |
| Propósito | Evaluar el cumplimiento del sistema estandarizado de registro de procedimientos de hemodiálisis en relación a la identificación de dializadores y líneas de sangre, con el fin de disminuir los eventos adversos asociados a una identificación errónea. . |
| Tipo | Proceso |
| Numerador | Número de dializadores y líneas de sangre identificados de acuerdo a protocolo en periodo X *100/ |
| Denominador | Número total de dializadores y líneas de sangre utilizadas en la Unidad de Diálisis, en periodo X. |
| Fuente de Datos | Registros estandarizados de la Unidad de Diálisis para identificación de dializadores y líneas de sangre en hoja de registros de diálisis y registros en sala de reutilización |
| Umbrales | 100% |
| Periodicidad | Mensual |
| Responsables | Enfermera Supervisora del Servicio de Diálisis |
| Observaciones | Los atributos del rotulo de los dializadores y líneas de sangre los define el propio prestador institucional, a modo de ejemplo: Nombre del paciente (1er Nombre y los 2 apellidos) Fecha |

| FICHA INDICADOR CLINICO APA 1.2: ROTULACIÓN DE MUESTRAS DE BIOPSIAS | |
|---|--|
| Título | Proporción de muestras de exámenes de Anatomía Patológica rotuladas de acuerdo a protocolo. |
| Propósito | Evaluar el cumplimiento del protocolo de rotulación de muestras de exámenes de Anatomía Patológica con el objetivo de disminuir el riesgo de eventos adversos asociados a una mala rotulación de la muestra. |
| Tipo | Proceso |
| Numerador | Número de muestras de exámenes de Anatomía Patológica que ingresan a ese Servicio rotuladas de acuerdo a protocolo el periodo X $\times 100/$ |
| Denominador | Total de muestras de Exámenes de Anatomía Patológica, que ingresan a ese Servicio en el periodo X |
| Fuente de Datos | Muestras de biopsias, Pauta de cotejo de rotulación de muestras de exámenes de Anatomía Patológica |
| Umbral | 90% |
| Periodicidad | Trimestral |
| Responsables | Tecnólogo Médico de Anatomía Patológica |
| Observaciones | Los atributos de registro obligatorio que debe contener el rótulo de las muestras de biopsias los define el propio prestador institucional, a modo de ejemplo: Nombre del paciente (1er Nombre y los 2 apellidos) Número de Ficha Clínica Fecha de Obtención de la muestra Tipo de muestra N° de muestras |

| FICHA INDICADOR CLINICO APQ 1.3: ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTINEOPLÁSICOS | |
|---|---|
| Título | Proporción de procedimientos de administración de medicamentos antineoplásicos por vía endovenosa (EV) realizados según protocolo, en el Servicio de Quimioterapia |
| Propósito | Evaluar el cumplimiento del protocolo de administración de medicamentos antineoplásicos por vía EV, con el objetivo de disminuir el riesgo inherente a la administración de dichos fármacos. |
| Tipo | Proceso |
| Numerador | Número de procedimientos de administración de medicamentos antineoplásicos por vía EV realizados según protocolo, en el Servicio de Quimioterapia, en el periodo X *100/ |
| Denominador | Total de procedimientos de administración de medicamentos antineoplásicos por vía EV en el Servicio de Quimioterapia, en el periodo X |
| Fuente de Datos | Pautas de supervisión de procedimientos de administración de medicamentos antineoplásicos endovenosos |
| Umbral | 80% |
| Periodicidad | Mensual |
| Responsables | Enfermera Supervisora del Servicio de Quimioterapia |
| Observaciones | Teniendo presente los cinco correctos, deberán evaluarse otros aspectos relacionados con el protocolo de tratamiento, tales como: hidratación, premedicación, duración del tratamiento, cuidados de la vía de administración, orden de administración de los fármacos, estabilidad del fármaco, dilución, sueros concomitantes e incompatibilidades, complicaciones potenciales: si el fármaco es vesicante o produce emesis, efectos colinérgicos, nefrotoxicidad, cardiotoxicidad, reacciones alérgicas, etc. |

| FICHA INDICADOR CLINICO API 1.2: UTILIZACIÓN DE MEDIO DE CONTRASTE ENDOVENOSO (EV) EN PROCEDIMIENTOS IMAGENOLÓGICOS | |
|---|---|
| Título | Proporción de procedimientos imagenológicos con uso de medio de contraste EV en los que se aplicó el check list de prevención de eventos adversos asociado a uso de medio de contraste EV en el Servicio de Imagenología. |
| Propósito | Evaluar la aplicación de check list de prevención de eventos adversos asociado a uso de medio de contraste EV, con el objetivo de disminuir el riesgo de presentación de dichos eventos y mejorar la preparación del personal ante estos eventos. |
| Tipo | Proceso |
| Numerador | Número procedimientos imagenológicos con uso de medio de contraste EV en que se aplicó el check list de prevención de eventos adversos asociado a uso de medio de contraste EV en el Servicio de Imagenología en el periodo X $\times 100/$ |
| Denominador | Total de procedimientos imagenológicos con uso de medio de contraste EV en el Servicio de Imagenología en el periodo X |
| Fuente de Datos | Checklist de prevención de eventos adversos asociado a uso de medio de contraste EV en el Servicio de Imagenología |
| Umbral | 80% |
| Periodicidad | Mensual |
| Responsables | Tecnólogo Médico de Imagenología |
| Observaciones | Los atributos que debe contener el checklist de prevención de eventos adversos asociado a uso de medio de contraste EV, los define el propio Prestador Institucional, por ejemplo: Nombre del paciente Edad Antecedentes de alergia a medios de contraste Creatinina plasmática |