

 <p>Servicio de Salud Metropolitano Central Ministerio de Salud</p>	<b>EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD 2023</b>		
	FECHA 02/2024	VIGENCIA 1 año	Nº PÁGINAS 30



## EVALUACION METAS DE CALIDAD AÑO 2023

Elaborado Por:	Revisado Por:	Aprobado Por:
<p>Marianela San Martín G. Profesional Unidad de Calidad y seguridad del paciente</p> <p><i>Marianela San Martín G.</i></p>	<p>Jorge Ibañez Parga Subdirector (s) Gestión Clínica</p> <p><i>Jorge Ibañez Parga</i></p> <p>Carolina Rivas Jerez Subdirectora (s) Gestión del Cuidado</p> <p><i>Carolina Rivas Jerez</i></p> <p>Karla Alfaro Flores. Encargada Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente</p> <p><i>Karla Alfaro Flores.</i></p>	<p>Patricio Barria Aillef Director HUAP</p> <p><i>Patricio Barria Aillef</i></p>
Fecha: Enero 2024	Fecha: Febrero 2024	Fecha: Febrero 2024

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024 Vigencia: 1 año
	DIRECCIÓN	
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023	Página: 3 de 28

## Índice

I.Introducción	3
II. Evaluación Metas de Calidad:	5
Unidad Emergencia Hospitalaria (UHE)	6
U.P.C. 1° piso	7
U.P.C. Quemados	8
UCI Valech	9
UTI 5° piso	10
Unidad Cuidados Medios Médico Quirúrgico( UCM 1º Piso)	
Unidad Cuidados Medios Medico Quirúrgico (UCM 3º Piso)	11
Unidad Cuidados Medios médico- Quirúrgico ( UCM 4º Piso)	12
Unidad Cuidados Medios Médicos( UCM 6º Piso)	13
Unidad Cuidados Medios Médico Quirúrgico (CAPC)	14
Servicio Pabellón y Unidad Cuidados Postanestesicos ( UCPA)	15-16
Unidad de Angiografía	17
Unidad de Endoscopia	
Servicio Esterilización	18
Unidad Rehabilitación y Medicina Física	
Servicio Imagenología	19
Servicio Laboratorio	20
Servicio Banco de Sangre	21
Servicio Anatomía Patológica	22-23
Servicio Farmacia	
Servicio Dental	24-26
VII. Referencias	27

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024 Vigencia: 1 año
	DIRECCIÓN	
	UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023	Página: 3 de 28

## I. INTRODUCCIÓN

Las metas de Calidad son herramientas de Gestión de la Calidad que impactan en un mejor desempeño del Sistema y en la Salud de nuestros usuarios.

El desarrollo de la Gestión de la Calidad en las Instituciones de Salud implica organizar y estructurar el trabajo para cumplir los logros colectivos de la organización de una manera efectiva y segura.

Las Metas de Calidad se planifican y desarrollan en conjunto, tanto por el equipo de los servicios clínicos y servicios de apoyo, como la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente y participan durante toda la gestión de la meta, tanto los jefes de servicio, supervisores, encargados de Calidad como el personal de cada Unidad.

A continuación, se presentan la evaluación de las metas de Calidad enunciadas por los Servicios Clínicos y de Apoyo, trabajadas en conjunto con la Unidad de Calidad y Seguridad del Paciente correspondientes al año 2023.

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN	Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Página: 4 de 28
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023	

**UNIDAD: EMERGENCIA HOSPITALARIA**

FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023.

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Patricia Ramírez

Zamorano

META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Cumplimiento de Registro clínico correcto según protocolo institucional en pacientes hospitalizados en UEH.	Nº fichas revisadas que cumplen el registro completo del plan de atención de enfermería/Nº total de fichas revisadas x100	95%	75%	EU Referente de calidad UEH	1.- Revisión de fichas de acuerdo al calendario mensual. 2.- Capacitaciones mensuales de registro clínico. 3.- Inducción de EU nuevos. 4.realizar Feedback y planes de mejora.	1.- Aplicación diaria de pautas prequirúrgicas en periodo establecido. 2.-Supervisión diaria de cumplimiento de paciente prequirúrgico en base a protocolo institucional. 3.-Capacitación de checklist prequirúrgico. 5.- de acuerdo al porcentaje mensual realizar retroalimentación y planes de mejora.
Cumplimiento lista de chequeo quirúrgico de pacientes prequirúrgicos de la UEH.	Total de pacientes prequirúrgicos que cumplen lista de chequeo/Total de pacientes prequirúrgicos x 100.	95%	0	EU Referente de calidad UEH	Se reprograma medición, ya que se realiza revisión diaria durante el año 2023 de los pacientes prequirúrgicos, sin embargo, no existe registro de lo anteriormente mencionado, por lo que se mantiene como meta de calidad para el año 2024.	

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA		Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN		Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023		Página: 4 de 28

**UNIDAD: UPC 1º PISO**

**FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023**

**RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Paulina González**

META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO O ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Disminuir la incidencia de ITU/CUP en pacientes hospitalizados de la UPC 1ºpiso	N.º de pacientes con ITU/CUP adquiridas en UPC 1ºpiso _____ X100	<7	Enfermera encargada de calidad			-Meta no medida, de acuerdo a información referida por unidad de calidad. -Se programa mediciones a contar de febrero 2024.
Asegurar el cumplimiento de la norma de aseo hospitalario en unidades clínicas en UPC 1ºpiso	N.º de unidades clínicas con resultado de bioluminiscencia<150 URL/100cm2 en UPC 1ºpiso _____ X100	90%	Enfermera encargada de Calidad			-Meta no medida, de acuerdo a información referida por unidad de calidad. -Se programan mediciones a contar de febrero 2024.

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA		Fecha: Enero 2024 Vigencia: 1 año
DIRECCIÓN		
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
 <b>EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023</b>		
<b>UNIDAD: UPC QUEMADOS</b> <b>FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023</b> <b>RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de calidad Yanet Badilla Galaz y Supervisora Pamela Orellana Guerra</b>		

META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO	
Disminuir el número de casos nuevos con LPP generadas en la UPC de quemados	Nº de casos nuevos de Lesiones Por Presión adquiridas en la UPC de quemados _____ x 100	Enero: 21% Febrero: 31% Marzo: 6% Abril: 29% Mayo: 33%. Junio: 18% Julio: 57% Agosto: 0% Septiembre:14% Octubre: 29% Noviembre: 6% Diciembre: 19%	UCP Quemados en el periodo < 25%	Encargada de calidad Supervisora	<p>Aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual GCL 2.2</p> <p>Revisión diaria de registros clínicos y seguimiento de LPP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Notificación de eventos adversos por LPP.</li> <li>Supervisión activa de los cambios de posición cada 2 horas por EU supervisora, jefe de turno y clínicos.</li> </ul> <p>Supervisión el plan de enfermería acorde la evaluación de escala de Braden.</p> <p>Realización de reuniones clínicas de enfermería en cada turno</p> <p>Incorporación de nuevo insumo cojin. Rollo y capacitaciones de uso</p>	<p>Registro en planilla Excel del servicio</p> <p>Mediante el registro de los cambios de posición desde enero 2023.</p> <p>(19-07-2023) – (23-08-2023).</p> <p>(07/10-08-203).</p>



 <p><b>HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA</b></p>	
<b>DIRECCIÓN</b>	Fecha: Enero 2024
<b>UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Vigencia: 1 año
<b>EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023</b>	Página: 4 de 28

UNIDAD: URGENCIA ASISTENCIA PUBLICA

EECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023

RESPONSABILIDAD Y EVALUACIÓN: Encaramada de calles Yanet Bernal Gómez 10

Supervisora Pamela Orellana Guerra

META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO O ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACION DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
<p>— Disminuir la tasa de neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva</p> <p>— N° de pacientes con VM (24hrs o más) que desarrollen neumonía asociada a ventilación mecánica invasiva (NAVM)</p> <p>-----x1000</p> <p>N° total de días de pacientes con VM (24hrs o más)</p>	<p>Enero: 3.8%</p> <p>Febrero: 8.5%</p> <p>Marzo: 11.7%</p> <p>Abril: 26%</p> <p>Mayo: 19%</p> <p>Junio: 9.3%</p> <p>Julio: 5.2%</p> <p>Agosto: 7.8%</p> <p>Septiembre: 0%</p> <p>Octubre: 8.8%</p> <p>Noviembre: 0%</p> <p>Diciembre: 5.8%</p> <p>Anual: 10.1%</p>	<p>&lt; 9%</p>	<p>Encargada de calidad</p> <p>Supervisora</p> <p>IAAS</p>	<p>-Supervisión diaria de las medidas de prevención de NAVM. Mediante la aplicación de Bundle de prevención de NAVM. - Supervisión de los 5 momentos de Higiene de Manos a través de la pauta de oportunidad de higiene de manos. -Supervisión de la técnica de Higiene de Manos a través de pauta y retroalimentación al personal. Uso controlado de sonda de aspiración cerrada. -Reuniones frecuentes con el equipo de IAAS. - Capacitación a todo el personal de quemados por parte de IAAS.</p>	<p>-Supervisión diaria de las medidas de prevención de NAVM. Mediante la aplicación de Bundle de prevención de NAVM. - Supervisión de los 5 momentos de Higiene de Manos a través de la pauta de oportunidad de higiene de manos. -Supervisión de la técnica de Higiene de Manos a través de pauta y retroalimentación al personal. Uso controlado de sonda de aspiración cerrada. -Reuniones frecuentes con el equipo de IAAS. - Capacitación a todo el personal de quemados por parte de IAAS.</p>	<p>Realizada mensualmente a IAAS</p> <p>Entregadas mensualmente a IAAS</p> <p>Registro del consumo de sondas Mensuales (información entregada 12-04-23)</p>

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA		Fecha: Enero 2024 Vigencia: 1 año
DIRECCIÓN		
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023		Página: 4 de 28

**UNIDAD: UPC – UCI VALECH**

**FECHA DE EVALUACIÓN: 2024**

**RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: EU. Esp. Danilo Gonzalez Diaz**

META DE CALIDAD	FÓRMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Aumentar la oportunidad del registro de aseo bucal en pacientes con ventilación mecánica en UCI Valech	Nº de pacientes que se les realiza aseo bucal según normativa que se encuentren con VMI	Umbrial de cumplimiento del 90% del total de las pautas aplicadas	100 %	Enfermero Supervisor de la Unidad. Enfermera de Continuidad de la Unidad. Enfermera (o) Jefe de turno de la Unidad.	-Realización de Bundle de NAVM. -Registro adecuado de aseo bucal en hoja de enfermería. -Supervisión de técnica de aseo bucal. -Re educación sobre técnica de aseo bucal.	Se mantiene meta de calidad y se Reprogramarán, mediciones para el año 2024
Disminución del % de lesiones por presión relacionado al cambio de posición de los pacientes hospitalizados en UCI Valech.	Nº de pacientes con LPP que no poseen registro de cambio de posición en hoja de enfermería/ N° total de pacientes hospitalizados en UCI Valech. $\times 100$	Menor al 20% de LPP	< 10 %	Enfermero Supervisor de la Unidad. Enfermera de Continuidad de la Unidad. Enfermera (o) Jefe de turno de la Unidad	-Cambio de posición en base a reloj de posturas. -Cambio de posición registrado en hoja de enfermería. -En posicionamiento o registro en planificación de prevención de LPP	Medición: 21 junio 2024 Se mantiene meta de calidad y se Reprogramarán mediciones para el año 2024 Medición: 20 diciembre 2024



**HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA**  
**DIRECCIÓN**  
**UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**  
**EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023**

Fecha: Enero 2024  
 Vigencia: 1 año  
 Página: 4 de 28

<b>UNIDAD: TRATAMIENTO INTENSIVO 5° PISO</b> <b>FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023</b> <b>RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Evelyn Lara Lema</b>					
<b>META DE CALIDAD</b>	<b>FORMULA MATEMÁTICA</b>	<b>UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO</b>	<b>UMBRAL DE CUMPLIMIENTO O ALCANZADO (PROMEDIO)</b>	<b>RESPONSABLE DE META</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Disminuir la incidencia de ITU CUP en pacientes hospitalizados en UTI 5° piso	$\frac{\text{Nº pacientes con ITU/CUP adquiridas en UTI 5° piso}}{\text{Nº total de días/CUP en UTI 5° piso durante el período}} \times 1000$	< 2	1.9 ANUAL	Encargada de calidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Revisión diaria de registros.</li> <li>2.-Supervisión directa del cumplimiento de medidas del tipo bundle</li> <li>3. Realización de visita administrativa para retiro precoz de invasivos</li> <li>4.-Revisión mensual de las tasas de ITU CUP de la UTI 5° piso</li> </ol>
Cumplir con la correcta mantención de la línea arterial (LA) en pacientes hospitalizados en la UTI 5° piso	$\frac{\text{Nº de pacientes que cumplen con los criterios de mantención de LA}}{\text{Nº de pacientes con LA en el periodo evaluado}} \times 100\%$	80%	Reprogramado	Encargada de calidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Supervisión diaria de las medidas de mantención de LA</li> <li>2.- Realización de visita administrativa para retiro precoz de invasivos</li> <li>3. Supervisión del criterio de mantención de LA</li> </ol>

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN	Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023

UNIDAD: UNIDAD CUIDADOS MEDIOS 1º PISO
FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Paulina González

META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Disminuir la incidencia de ITU/CUP en pacientes hospitalizados de la UCM 1ºpiso	N.º de pacientes con ITU/CUP adquiridas en UCM 1º piso _____ X 100	<7		Enfermera encargada de calidad		-Meta no medida, de acuerdo a información referida por unidad de calidad. -Se programa mediciones a contar de febrero 2024.
Asegurar el cumplimiento de la norma de aseo hospitalario en unidades clínicas en UCM 1ºpiso	N.º de unidades clínicas con resultado de bioluminiscencia<150 URL/100cm2 en UCM 1ºpiso _____ X 100	90%		Enfermera encargada de calidad		-Meta no medida, de acuerdo a información referida por unidad de calidad. -Se programa mediciones a contar de febrero 2024.

<b>HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA</b>	Fecha: Enero 2024 Vigencia: 1 año
<b>DIRECCIÓN</b>	
<b>UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	

**EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023**

<b>UNIDAD: CUIDADOS MEDIOS MÉDICO QUIRÚRGICO 3º PISO</b>					
<b>FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023</b>					
<b>RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Macarena Dura Vera.</b>					
<b>META DE CALIDAD</b>	<b>FORMULA MATEMÁTICA</b>	<b>UMBRAL DE CUMPLIMIENTO</b>	<b>UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)</b>	<b>RESPONSABLE META</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Cumplimiento de Norma de Aseo hospitalario en unidades clínicas de UCM (3º piso)	Nº de unidades Clínicas con resultado de bioluminiscencia < 150 LRU/100 cm <sup>2</sup> en UCM (3º piso) / Nº total unidades Clínicas supervisadas en el periodo evaluado x 100	No cuantificado	E.U Supervisora UCM 2023	<p>1.-Reunión 3m para establecer equipamiento software.</p> <p>2.-Capacitaciones periódicas de aseo.</p> <p>3.- Revisión diaria de registros.</p> <p>4.-Revisión mensual de la existencia de registros de cumplimientos de aseos.</p> <p>5.- De acuerdo al porcentaje mensual realizar retroalimentación y planes de mejora.</p>	<p>Meta no medida, de acuerdo a información referida por unidad de calidad.</p> <p>-Se programan mediciones a contar de febrero 2024.</p>



HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA  
DIRECCIÓN  
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE  
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023

Fecha: Enero 2024  
Vigencia: 1 año  
Página: 4 de 28

UNIDAD: CUIDADOS MEDIOS MÉDICO QUIRÚRGICO 3º PISO					
FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023					
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Macarena Dura Vera.					
META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES
Lograr capacitar al personal clínico sobre el uso correcto de elementos de precaución personal (EPP) en el manejo de Aislamientos.	Nº de funcionarios capacitados sobre EPP en manejo de Aislamientos, según protocolo / N° total de funcionarios evaluados en el periodo x 100	90%	No cuantificado	Supervisora UCM 3º piso 2023	<p>1. Supervisión Diaria del uso correcto de EPP.</p> <p>2.-Capacitaciones periódicas de aislamientos.</p> <p>3.- Revisión diaria de registros de aislamientos en hoja de enfermería.</p> <p>4.- Revisión anual del registro de capacitaciones.</p> <p>5.- De acuerdo al porcentaje mensual realizar retroalimentación y planes de mejora.</p>

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN	Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023	Página: 4 de 28

**UNIDAD: CUIDADOS MÉDICO QUIRÚRGICO 4° PISO**  
**FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023**  
**RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Evelyn Gutiérrez Peña / supervisora E.U. Jennifer Cheque**

META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Lograr la administración segura de medicamentos endovenosos a los pacientes de la UCM 4° piso.	Nº de medicamentos endovenosos administrados que cumplen con los 5 correctos /Nº total de medicamentos endovenosos administrados en el periodo evaluado x100		90%	0%	Enfermera encargada de calidad UCM 4° piso	1.- capacitaciones periódicas en los 5 correctos. 2.- Revisión diaria de registros. 3.- Revisión mensual de la existencia de notificaciones por error de medicamentos.
Lograr el cumplimiento de la preparación prequirúrgica del paciente hospitalizado en UCM 4° piso.	Nº de check list preoperatorios que cumplen según protocolo / N° total de check list preoperatorios aplicados en el periodo evaluados x100		90%	0%	Enfermera encargada de calidad UCM 4° piso	1.Revisión diaria de pacientes 2-Supervisión diaria del correcto llenado check list pre quirúrgico. 3- supervisión diario que todo paciente prequirúrgico que tenga su check list pre -operatorio - Capacitación periódica sobre los puntos relevantes a un paciente pre- operatorio

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN	Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023	Página: 4 de 28

UNIDAD: CUIDADOS MEDIOS MÉDICO QUIRÚRGICO 6° PISO					
FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2024					
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN NANCY GONZALEZ – JOCELYN ARREDONDO					
META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Administración segura de medicamentos endovenosos	Nº pautas aplicadas que cumplen la norma de administración de medicamentos endovenososNº total de pautas aplicadas de administración de medicamentos endovenosos x100	95%	90%	Encargada de calidad	<p>1.- aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual.</p> <p>2.- capacitaciones mensuales en los 5 correctos.</p> <p>3.- Revisión diaria de registros.</p> <p>4.- Revisión mensual de la existencia de notificaciones por error de medicamentos.</p> <p>5.- De acuerdo al porcentaje mensual realizar</p> <p>Retroalimentación y planes de mejora.</p>
Lograr capacitación del personal clínico sobre el uso correcto de elementos de Aislamiento, según protocolo	Formula Nº de funcionarios capacitados sobre EPP en manejo de Aislamiento, según protocolo _____ x 100	90%	85%	Encargada de Calidad	<p>- aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual.</p> <p>-Supervisión diaria de sobre la correcto instalación y retiro de las EPP.</p> <p>- de acuerdo al porcentaje mensual realizar</p> <p>Retroalimentación y planes de mejora.</p>
Precaución Personal (EPP) en el manejo de Aislamientos	Nº total de funcionarios evaluados en el periodo				

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA		Fecha: Enero 2024 Vigencia: 1 año
DIRECCIÓN		
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023		

UNIDAD: CLINICA ASISTENCIAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PUBLICA						
FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023						
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Blanca Escudero - Constanza Spencer						
META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Nº de pacientes con pautas de aplicación de mantenimiento de VWP que cumplen N° total de pacientes con pautas aplicadas de mantenimiento de VWP x100	90%	80%	Eu. Supervisora Eu. Continuidad Enfermeros clínicos.	1.- aplicación de 6 pautas diarias de mantenimiento de VWP. 2.- capacitaciones mensual de mantenición de VWP. 4.-Revisión mensual de las pautas en busca de ellos principales quebradas. 5.- De acuerdo al porcentaje mensual realizar retroalimentación y planes de mejora.	Trimestral	

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA		Fecha: Enero 2024 Vigencia: 1 año
DIRECCIÓN		
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023		Página: 4 de 28
		

UNIDAD: CLINICA ASISTENCIAL HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA-CAPC					
FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023					
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Blanca Escudero – Constanta Spencer					

META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Disminuir la incidencia de LPP en CAPC	Nº de casos nuevos de LPP generados en CAPC /Nº total de pacientes hospitalizados en el periodo evaluado x100	< 25%	< 15%	Eu. Supervisora Eu. Continuidad Enfermeros clínicos	<p>1.- aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual.</p> <p>2.- Supervisión diaria de las medidas de prevención de LPP.</p> <p>3.-Coordinar capacitaciones mensuales con equipo de enfermería para reforzar conocimientos de la escala de braden.</p> <p>4.- creación de drive de seguimiento de incidencia de LPP en CAPC.</p> <p>5.- Revisión mensual de los datos obtenidos</p> <p>6.-De acuerdo al porcentaje mensual realizar retroalimentación y planes de mejora</p>	Trimestral

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA		Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN		Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		Página: 4 de 28
	EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023	

**UNIDAD: PABELLON CENTRAL Y UCPA**

**FECHA DE EVALUACIÓN:** AÑO 2023

**RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN:** encargada de calidad E.U Paz Pinto Amaya

META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Aplicación de Pausa de Seguridad según protocolo	Nº de pacientes intervenidos quirúrgicamente En los que se aplicó Pausa de seguridad según protocolo -----x100 Total, de pacientes intervenidos quirúrgicamente Evaluados	90%	84%	Encargada de calidad	1.- Capacitación a enfermeros nuevos y reforzamiento a los Eu permanentes 2.- Revisión diaria de registros de Pausa 3.- Solicitud a nivel de jefaturas médicas la validación de la pausa con la firma por médico cirujano	
Mejorar el registro y rotulación de biopsias	Nº ° de muestras de biopsias, que cumplen con registro según protocolo Nº total de muestras de biopsias evaluadas	90%	98%	Encargada de calidad	1.- Mantener entrega de biopsias en las entregas de turno 2.- Revisión diaria de las muestras- orden y libro	

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN	Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023	Página: 4 de 28

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de calidad Enfermera Jimena Gallardo Zúñiga						
META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÉTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Oportunidad de Higiene de manos	Nº de pautas de higiene de manos aplicadas que cumplen con norma institucional/ N° total de pautas de oportunidad de higiene de manos aplicadas x100	85%	0%	Enfermera Supervisora Endoscopia	Capacitación 5 momentos higiene de manos OMS. Facilitación de alcohol gel en áreas administrativas.	No se mide por preparación para proceso de reacreditación
Administración segura de medicamentos endovenosos (estupefacientes)	Nº de pautas aplicadas que cumplen con la norma institucional de administración de medicamentos endovenosos / N° total de pautas aplicadas de administración de medicamentos endovenosos x100	90%	0%	Enfermera Supervisora Endoscopia	Capacitación administración segura, según protocolo institucional.	No se mide por preparación para proceso de reacreditación

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024 Vigencia: 1 año
DIRECCIÓN	
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	

EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023

UNIDAD: ANGIOGRAFIA		FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023			
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Laura Galaz – Daniela Valdés.		OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO			
META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES
Mejorar entrega de documentos clínicos a la salida de pabellón de angiografía. (consentimiento informado, pausa de seguridad, protocolo médico, hoja de registro de enfermería)	Nº de pacientes que se realizan procedimientos angiográficos en pabellón _____ _____ x 100 Nº total de pacientes que se realizan procedimientos angiográficos en pabellón evaluados en el periodo.	70%	EU encargada de calidad	Modificación hoja de enfermería, agregando registro de entrega de pausa de seguridad y consentimiento informado.	No se midieron indicadores de meta 2023, por proceso de acreditación hospitalaria.
Prevención de Eventos Adversos asociado al uso de medio de contraste durante los procedimientos de angiografía.	Nº de pacientes sometidos a procedimientos angiográficos con utilización de medio de contraste en que se aplicó la encuesta de factores de riesgo _____ _____ x 100 Nº total de pacientes sometidos a procedimientos con utilización de medio de contraste en el periodo evaluado.	90%	EU encargada de calidad.	1.-aplicación de encuestas de factores de riesgo. (encuesta de seguridad). 2.-Supervisión diaria de los factores de riesgo por paciente.	No se midieron indicadores de meta 2023, por proceso de acreditación hospitalaria.

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA		Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN		Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		Página: 4 de 28
 <b>EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023</b>		

UNIDAD: ESTERILIZACIÓN					
FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023					
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de Calidad Esterilización: Mabel Saldívia Torres					
META DE CALIDAD	FORMULA	UMbral Esperado	UMbral Alcanzado (Promedio)	RESPONSABLE	ACTIVIDADES
Cumplir con el almacenamiento de material estéril de la Unidad de Dental del Hospital de Urgencia Asistencia Pública	Nº de pautas que cumplen con el protocolo de almacenamiento de material estéril de la Unidad de Dental _____ x 100 Nº total de pautas de almacenamiento de material estéril aplicadas en el período	90 %	50 %	Encargada de Calidad Esterilización	<p>1.- Aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual.</p> <p>2.- Capacitaciones de almacenamiento al personal técnico y auxiliar de la Unidad Dental</p> <p>3.- Reuniones con enfermera a cargo de Unidad Dental</p>
Disminuir los incidentes relacionados con las cajas traumatológicas esterilizadas y liciladas en la Unidad	Nº de cajas quirúrgicas traumatológicas esterilizadas entregadas a la Unidad de Pabellón reportadas con incidentes _____ x 100 Nº total de cajas quirúrgicas traumatológicas despachadas a la Unidad de Pabellón en el período	1 %	< 1 % (0,95%)	Encargada de Calidad Esterilización	<p>1.- Aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual.</p> <p>2.- Supervisión diaria en la abertura de cajas al inicio de cirugías programadas.</p> <p>3.- Registro diario de los incidentes presentes en cajas quirúrgicas de TMT presenciales en cajas quirúrgicas de TMT</p> <p>4.- Plan de Mejora mensual relacionado con incidentes en cajas quirúrgicas de TMT</p> <p>5. Informe mensual de incidentes a jefaturas de pabellón, TMT, SDGC, Calidad</p> <p>-Evaluación realizada desde Enero a diciembre del 2023</p> <p>-Registro diario de incidentes en planilla de Esterilización</p> <p>-Supervisión abertura de cajas en Pabellón, de lunes a viernes por EU Esterilización</p>

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN	Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023	Página: 4 de 28



**UNIDAD: KINESIOLOGIA INTENSIVA Y SOPORTE VENTILATORIO**

FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargado de calidad Kilo Diego Arévalo V

META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Lograr el cumplimiento exitoso de extubación, asociado al protocolo de weaning dentro de las primeras 48 horas post extubación en UPC Valech.	Nº de procedimientos de extubación exitosas en Unidades de Paciente Crítico asociadas a cumplimiento de GPC de weaning, dentro de las primeras 48 horas postextubación _____x100	Nº de procedimientos de extubación exitosas en Unidades de Paciente Crítico asociadas a cumplimiento de GPC de weaning, dentro de las primeras 48 horas postextubación _____x100	75%	0%	Encargado de calidad KYSV	1.Determinación de metas 2.No se concluyó el proceso.
Cumplir con porcentaje de egresos hospitalarios en pacientes sin debilidad adquirida (según escala MRC >48 puntos) en pacientes hospitalizados en el Hospital de Urgencia Asistencia Pública.	Fórmula: Nº de pacientes egresados de HUAP con puntaje MRC> 48 puntos _____x100 Nº de pacientes totales egresados HUAP en el mes			Encargado de calidad KYSV	1.Determinación de metas 2.No se concluyó el proceso.	No se evaluó debido a acreditación 2023.

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN	Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023	Página: 4 de 28

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de Calidad Imagenología TM Majorie Paredes.						
META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMENTO O ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Cumplimiento de oportunas de notificaciones de TEP pesquisados a través de AngioTC de Tórax realizados en la Unidad de Imagenología y diagnosticados por radiólogos del HUAP al médico tratante o jefe de turno según protocolo en el periodo	Número de notificaciones oportunas de diagnósticos de TEP pesquisados con AngioTC de Tórax realizados en la Unidad de Imagenología y diagnosticadas por radiólogos del HUAP.	Número total de diagnósticos de TEP pesquisados con AngioTC de Tórax realizados en la Unidad de Imagenología y diagnosticadas por radiólogos del HUAP en el periodo	95%	Pendiente	1. Supervisión permanente	Programación de charlas sobre la importancia de que médico radiólogo notifique el resultado con diagnóstico de TEP para que TM cumpla con notificación oportuna.
					TM Supervisora Imagenología	

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN	Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023	Página: 4 de 28

**UNIDAD: IMAGENOLOGÍA**

**FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023**

**RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN:** Encargada de Calidad Imagenología TM Marjorie Paredes.

META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Cumplimiento en la confirmación de identidad de pacientes NN en el Sistema de Gestión de Imágenes Médicas (RIS-PACS) que se realizan Escáner de Servicio de Imagenología del HUAP.	Número de pacientes NN que se realizaron Escáner en el Servicio de Imagenología del HUAP con confirmación de identidad en el RIS-PACS en el periodo X100	85%	85%	Encargado de Calidad Imagenología, TM Supervisora Imagenología.	Administrador de Sistema RIS-PACS realiza confirmación de identidad semanalmente. Se corrobora información con correo electrónico desde admisión Marzo de 2024 para realizar plan de mejora.	Reunión con encargado de admisión Marzo de 2024 para realizar plan de mejora.

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN	Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023	

UNIDAD: LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA		FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023		RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de calidad TM. Camila Valenzuela B.		
META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Lograr el cumplimiento de la notificación de valores críticos de Laboratorio dentro del plazo establecido en: Química clínica, Gases, marcadores cardíacos.	Nº de notificaciones de valores críticos informados según protocolo/Nº total de notificaciones de valores críticos informados en el periodo evaluado x 100			Encargada de calidad	<p>Se realiza informe mensual del indicador y se difunde información a profesionales que participan en la validación y notificación de valores críticos.</p> <p>Toma de conocimiento del Protocolo de Notificación de Valores críticos.</p>	<p>Se comienza a medir desde marzo 2023 por cambio de Sistema Informático.</p>
Lograr disminuir el rechazo de muestras recibidas por el Laboratorio Clínico en los exámenes provenientes de los Servicios Clínicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.	Nº de muestras rechazadas por el Laboratorio Clínico, según protocolo/ N.º total de muestras recibidas por el Laboratorio Clínico en el periodo evaluado x 100	<10%	6%	Encargada de calidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se realiza informe mensual que es difundido a todos los Servicios Clínicos evaluados.</li> <li>2. Difusión de Protocolo de Toma de muestra.</li> </ol>	<p>Se comienza a medir desde marzo 2023 por cambio de Sistema Informático.</p>

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA		Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN		Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		Página: 4 de 28
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023		
		

UNIDAD: LABORATORIO CLÍNICO HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA

FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de calidad TM. Camila Valenzuela B.

META DE CALIDAD	FORMULA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO O ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Lograr el cumplimiento de la notificación de valores críticos de Laboratorio dentro del plazo establecido en: Química clínica, Gases, marcadores cardíacos.	Nº de notificaciones de valores críticos informados según protocolo/Nº total de notificaciones de valores críticos informados en el periodo evaluado x 100			Encargada de calidad	Se realiza informe mensual del indicador y se difunde información a profesionales que participan en la validación y notificación de valores críticos. Toma de conocimiento del Protocolo de Notificación de valores críticos.	Se comienza a medir desde marzo 2023 por cambio de Sistema Informático.
Lograr disminuir el rechazo de muestras recibidas por el Laboratorio Clínico en los exámenes provenientes de los Servicios Clínicos del Hospital de Urgencia Asistencia Pública.	Nº de muestras rechazadas por el Laboratorio Clínico, según protocolo/ N° total de muestras recibidas por el Laboratorio Clínico en el periodo evaluado x 100	<10%	6%	Encargada de calidad	Se realiza informe mensual que es difundido a todos los Servicios Clínicos evaluados. Difusión de Protocolo de Toma de muestra.	Se comienza a medir desde marzo 2023 por cambio de Sistema Informático.

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN	Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023	Página: 4 de 28

<b>UNIDAD: BANCO DE SANGRE</b>
<b>FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023</b>
<b>RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargado/a de Calidad de Banco de Sangre</b>

T.M. Mathias Mellado Muñoz

META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Aumentar las donaciones altruistas recibidas en la casa del donante del Hospital de Urgencia Asistencia Pública	Nº de donaciones altruistas /Nº total de donaciones en periodo evaluado X 100	20%	22.5%	Encargado/a de Calidad del Banco de Sangre	<p>Aplicación de pauta de evaluación por trimestre.</p> <p>Revisión de llamados a donantes altruistas, cumplimiento y frecuencia.</p> <p>3.- Revisión de posibles gestiones de colectas altruistas</p>	<p>Indicador no fue medido durante el 2023 por contingencia de pandemia. Se ajustará umbral de cumplimiento para año 2024, por cumplimiento de umbral.</p>

	HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN	Vigencia: 1 año	
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023		Página: 4 de 28

UNIDAD: BANCO DE SANGRE					
FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023					
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargado/a de Calidad de Banco de Sangre					
T.M. Mathias Meliado Muñoz					
META DE CALIDAD	FORMULA MATEMATICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES
Disminuir las unidades de globulos rojos que exceden el tiempo máximo de transfusión recomendado, según protocolo	Nº de unidades de globulos rojos que exceden el tiempo máximo de transfusión recomendado, según protocolo/ Nº total de unidades de globulos rojos transfundidos en el semestre anterior X 100	<25%	0%	Encargado/a de Calidad del Banco de Sangre	<p>- Revisión de planilla Excel "Hemovigilancia de pacientes 2023" para medición de pauta por trimestre.</p> <p>- Capacitación formal del personal de UMT en proceso de "Instalación de la Transfusión".</p> <p>- Intervención con personal clínico, sobre mejoras en la comunicación durante el proceso transfusional con la UMT.</p>
					Indicador no fue medido durante el 2023 por contingencia de pandemia. Se mantienen las condiciones para año 2024.

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA		Fecha: Enero 2024 Vigencia: 1 año
DIRECCIÓN		Página: 4 de 28
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023
		

RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de Calidad TM. Daniela Urmenate.						
META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Lograr cumplimiento de la notificación de valores críticos de Anatomía Patológica dentro del plazo establecido según protocolo.	Nº de informes diagnosticados con resultado crítico emitidos y notificados, según protocolo/Nº total de informes diagnosticados con resultado crítico en el periodo evaluado X100.	95%	100%	TM. Encargada de calidad Anatomía Patológica	1.-aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual. 3.- Revisión mensual de registros. 4.- Revisión mensual de la existencia de notificaciones correo. 5.- Revisión de mensual de Excel.	
Notificar las biopsias intraoperatorias emitidas en el plazo señalado de acuerdo a protocolo/ Total de biopsias intraoperatorias realizadas en el periodo evaluado	Nº de biopsias intraoperatorias emitidas en el plazo señalado de acuerdo a protocolo/ Total de biopsias intraoperatorias realizadas en el periodo evaluado X100.	90%	0%	TM. Encargada de calidad Anatomía Patológica	1.-aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual. 2.- Revisión de informes semestrales.	Se mantiene meta de calidad ya que no se cumplió con el umbral de cumplimiento en el año 2023

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024
DIRECCIÓN	Vigencia: 1 año
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	
EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023	Página: 4 de 28

UNIDAD: FARMACIA					
FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023					
RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de calidad de Farmacia Q.F. Cecilia Sanhueza Cid					
META DE CALIDAD	FORMULA MATEMÁTICA	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE META	ACTIVIDADES
Lograr cumplimiento del despacho de medicamentos en gavetas de Unidosis, según protocolo	Nº pautas de despacho de medicamentos que cumplen con los criterios de revisión de Gavetas/Nº total de pautas aplicadas en el periodo X 100	97%	92.6%	Encargada de calidad de Farmacia	<p>1.- Aplicación de 3 pautas mensuales de acuerdo a días randomizados de calendario mensual.</p> <p>2.- Revisión de la preparación de medicamentos en las gavetas, de acuerdo al Servicio que corresponde de acuerdo al randomizado.</p> <p>3.- Registro de lo observado en revisión en pauta de cotejo.</p> <p>4.- Obtención del porcentaje de cumplimiento mensual.</p> <p>5.- Se realiza retroalimentación de errores detectados a los funcionarios de acuerdo a lo encontrado.</p>
					Se midió el indicador desde el mes de febrero a diciembre del 2023

HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA	Fecha: Enero 2024 Vigencia: 1 año
DIRECCIÓN	
UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	Página: 4 de 28

**EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023**

<b>UNIDAD: Urgencia de Odontología y Maxilofacial del HUAP</b>					
<b>FECHA DE EVALUACIÓN: Año 2023</b>					
<b>RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Enfermera de Continuidad</b>					
META DE CALIDAD	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO	UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)	RESPONSABLE DE META	ACTIVIDADES QUE SE REALIZARON PARA CUMPLIR META	OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO
Lograr capacitación del personal clínico sobre el uso correcto de Elementos de Precaución Personal (EPP) en el manejo de Aislamientos.	90 %	-	Enfermera encargada de calidad	Actividad de reuniones con funcionarios al término de los Turnos, con asistencia preferente de TENS Y Auxiliares: EVALUACIÓN CON PRUEBAS, NOTAS Y CERTIFICADOS. Con poca adhesión del profesional. Además de una alta rotación de Pasantes e Internos	Definitivamente esta Meta fue desestimada para ser implementada en el presente año 2024, por su mínimo impacto. Ellos pacientes de Aislamiento, son atendidos en sala, excepcionalmente 1 o 2 pacientes en el Servicio, al año. Se reemplazo por la Meta: "Eliminación del material corto punzante por el profesional", ya implementado.
Lograr uso correcto del área limpia, según Norma IAAS	85 %	-	Enfermera de continuidad	Para la Operatividad y realización de la Meta, no fue factible la Definición de características como "área limpia" a evaluar, debido a la masiva concurrencia de pacientes post pandemia, además de los espacios y recursos muy limitados.	Se replanteó y realizó las Definiciones, Metodologías y características para Evaluar eficazmente esta meta en el presente año. Acciones ya implementadas.