



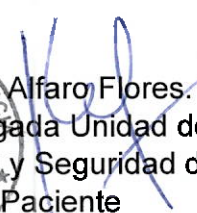




|   |   |                   |                  |
|---|---|-------------------|------------------|
|  <p>Servicio de Salud Metropolitano Central</p> <p>Ministerio de Salud</p> | <b>EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD 2023</b> |                   |                  |
|   | FECHA<br>02/2024                        | VIGENCIA<br>1 año | N° PÁGINAS<br>30 |




## EVALUACION METAS DE CALIDAD AÑO 2023

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

|   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA                          | Fecha: Enero 2024<br>Vigencia: 1 año |
|   | DIRECCIÓN  |                                      |
|   | UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE                       |                                      |
|   | EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL<br>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 1° Piso)      |       |
| Unidad Cuidados Medios Medico Quirúrgico (UCM 3° Piso)      | 11    |
| Unidad Cuidados Medios médico- Quirúrgico ( UCM 4° Piso)    | 12    |
| Unidad Cuidados Medios Médicos( UCM 6° Piso)                | 13    |
| Unidad Cuidados Medios Médico Quirúrgico (CAPC)             | 14    |
| Servicio Pabellón y Unidad Cuidados Postanestésicos ( 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<br>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                    |  |  |                   |
| EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE AÑO 2023 |  |  | Página: 4 de 28   |


| UNIDAD: EMERGENCIA HOSPITALARIA   |   |                                 |   |                             |  |  |
|---|---|---------------------------------|---|-----------------------------|--|--|
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023.  |   |                                 |   |                             |  |  |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Patricia Ramírez Zamorano                            |   |                                 |   |                             |  |  |
| META DE CALIDAD   | FORMULA MATEMATICA  | 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. | N° fichas revisadas que cumplan el registro completo del plan de atención de enfermería/N° total de fichas revisadas x100 | 95%                             | 75%   | EU Referente de calidad UEH | 1.- Revisión de fichas de acuerdo al calendario mensual.<br>2.- Capacitaciones mensuales de registro clínico.<br>3.- Inducción de EU nuevos.<br>4.realizar Feedback 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 | 1.- Aplicación diaria de pautas prequirúrgicas en periodo establecido.<br>2.-Supervisión diaria de cumplimiento de paciente prequirúrgico en base a protocolo institucional.<br>3.-Capacitación de checklist prequirúrgico.<br>5.- de acuerdo al porcentaje mensual realizar retroalimentación y planes de mejora. | 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. |

|  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <div>HOSPITAL DE URGENCIAASISTENCIA PÚBLICA</div> <div>DIRECCIÓN</div> |  | Fecha: Enero 2024<br>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 1° PISO   |  |                                 |   |                                |             |  |
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023   |  |                                 |   |                                |             |  |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Paulina González                       |  |                                 |   |                                |             |  |
| META DE CALIDAD   | FORMULA MATEMATICA   | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO O ALCANZADO (PROMEDIO) | RESPONSABLE META               | ACTIVIDADES | OBSERVACIONES / REPROGRAMACION DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO   |
| Disminuir la incidencia de ITU/CUP en pacientes hospitalizados de la UPC 1º piso              | $\frac{\text{N.º de pacientes con ITU/CUP adquiridas en UPC 1º piso}}{\text{N.º total de días/CUP en UPC 1º piso durante el periodo}} \times 100$                                      | <7                              |   | Enfermera encargada de calidad |             | -Meta no medida, de acuerdo a información referida por unidad de calidad.<br>-Se programa mediciones a contar de febrero 2024. |
| Asegurar el cumplimiento de la norma de aseo hospitalario en unidades clínicas en UPC 1º piso | $\frac{\text{N.º de unidades clínicas con resultado de bioluminiscencia <150 URL/100cm2 en UPC 1º piso}}{\text{N.º total de unidades clínicas supervisadas en el periodo}} \times 100$ | 90%                             |   | Enfermera encargada de Calidad |             | -Meta no medida, de acuerdo a información referida por unidad de calidad.<br>-Se programa mediciones a contar de febrero 2024. |

| UNIDAD: UPC QUEMADOS  |  |                                 |   |                                     |   |  |
|---|--|---------------------------------|---|-------------------------------------|---|--|
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023   |  |                                 |   |                                     |   |  |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de calidad Yanet Badilla Galaz y Supervisora Pamela Orellana Guerra |  |                                 |   |                                     |   |  |
| META DE CALIDAD   | FORMULA MATEMATICA   | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO)   | RESPONSABLE META                    | ACTIVIDADES   | OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO   |
| Disminuir el número de casos nuevos con LLP generadas en la UPC de quemados                                 | $\frac{\text{Nº de casos nuevos de Lesiones Por Presión adquiridas en la UPC de quemados}}{\text{Nº total de Pacientes en UCP Quemados en el periodo}} \times 100$ | < 25%                           | Enero: 21%<br>Febrero: 31%<br>Marzo: 6%<br>Abril: 29%<br>Mayo: 33%<br>Junio: 18%<br>Julio: 57%<br>Agosto: 0%<br>Septiembre: 14%<br>Octubre: 29%<br>Noviembre: 6%<br>Diciembre: 19%<br><b>Anual: 20%</b> | Encargada de calidad<br>Supervisora | Aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual GCL 2.2<br><br>.Revisión diaria de registros clínicos y seguimiento de LLP<br><br>.- Notificación de eventos adversos por LLP.<br>Supervisión activa de los cambios de posición cada 2 horas por EU supervisora, jefe de continuidad, jefe de turno y clínicos. | Registro en planilla Excel del servicio<br><br>Mediante el registro de los cambios de posición desde enero 2023. |
|   |  |                                 |   |                                     | Supervisión el plan de enfermería acorde la evaluación de escala de Braden.<br><br>Realización de reuniones clínicas de enfermería en cada turno<br><br>Incorporación de nuevo insumo cojín. Roto y capacitaciones de uso   | (19-07-2023) – (23-08-2023).<br><br>(07/10-08-203).  |



|   |  |
|---|--|
|  |  |
| HOSPITAL DE URGENCIAASISTENCIA PÚBLICA  |  |
| DIRECCIÓN   |  |
| UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE  |  |
| EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL<br>PACIENTE AÑO 2023                    |  |
| Fecha: Enero 2024<br>Vigencia: 1 año  |  |
| Página: 4 de 28   |  |

| UNIDAD: UPC QUEMADOS HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA  |  |                                 |  |   |   |  |
|---|--|---------------------------------|--|---|---|--|
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023   |  |                                 |  |   |   |  |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de calidad Yanet Badilla Galaz y Supervisora Pamela Orellana Guerra |  |                                 |  |   |   |  |
| 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 tasa neumonía asociada la ventilación mecánica invasiva  | $\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes con VM (24hrs o más) que desarrollen neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM)}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de días de pacientes con VMI (24hrs o más)}} \times 1000$ | < 9%                            | Enero: 3.8%<br>Febrero: 8.5%<br>Marzo: 11.7%<br>Abril: 26%<br>Mayo: 19%.<br>Junio: 9.3%<br>Julio: 5.2%<br>Agosto: 7.8%<br>Septiembre: 0%<br>Octubre: 8.8%<br>Noviembre: 0%<br>Diciembre: 5.8%<br><b>Anual: 10.1%</b> | Encargada de calidad<br>Supervisora<br>IAAS | -Supervisión diaria de las medidas de prevención de NAVM.<br>Mediante la aplicación de Bundle de prevención de NAVM.<br>- Supervisión de los 5 momentos de Higiene de Manos a través de la pauta de oportunidad de higiene de manos.<br>-Supervisión de la técnica de Higiene de Manos a través de pauta y retroalimentación al personal.<br>Uso controlado de sonda de aspiración cerrada.<br>-Reuniones frecuentes con el equipo de IAAS.<br>- Capacitación a todo el personal de quemados por parte de IAAS. | Entregadas mensualmente a IAAS<br>Realizada en REDCAP.<br>Entregadas mensualmente a IAAS |
|   |  |                                 |  |   |   | Registro del consumo de sondas Mensuales (información entregada 12-04-23)                |

|   |  |  |                   |
|---|--|--|-------------------|
| HOSPITAL DE URGENCIAS 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: UPC – UCI VALECH   |   |  |   |   |  |  |
|--|---|--|---|---|--|--|
| FECHA DE EVALUACIÓN: 2024  |   |  |   |   |  |  |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: EU. Esp. Danilo Gonzalez Diaz  |   |  |   |   |  |  |
| META DE CALIDAD  | FORMULA MATEMATICA  | 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                     | N° de pacientes que se les realiza aseo bucal según normativa que se encuentren con VMI   | Umbral de cumplimiento del 90% del total de las pautas aplicadas | 100 %                                       | Enfermero Supervisor de la Unidad.<br>Enfermera de Continuidad de la Unidad.<br>Enfermera (o) Jefe de turno de la Unidad. | -Realización de Bundle de NAVM.<br>-Registro adecuado de aseo bucal en hoja de enfermería.<br>-Supervisión de técnica de aseo bucal.<br>-Re educación sobre técnica de aseo bucal. | Se mantiene meta de calidad y se Reprogramarán mediciones para el año 2024<br><br><b>Medición: 21 junio 2024</b>     |
| Disminución del % de lesiones por presión relacionado al cambio de posición de los pacientes hospitalizados en UCI Valech. | N° de pacientes con LPP que no poseen registro de cambio de posición en hoja de enfermería/<br>N° total de pacientes hospitalizados en UPC en el periodo x100 | Menor al 20% de LPP  | < 10 %                                      | Enfermero Supervisor de la Unidad.<br>Enfermera de Continuidad de la Unidad.<br>Enfermera (o) Jefe de turno de la Unidad  | -Cambio de posición en base a reloj de posturas.<br>-Cambio de posición registrado en hoja de enfermería.<br>-En posicionamiento o registro en planificación de prevención de LPP  | Se mantiene meta de calidad y se Reprogramarán mediciones para el año 2024<br><br><b>Medición: 20 diciembre 2024</b> |




| UNIDAD: TRATAMIENTO INTENSIVO 5° PISO  |   |                                 |   |                      |  |  |
|--|---|---------------------------------|---|----------------------|--|--|
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023  |   |                                 |   |                      |  |  |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Evelyn Lara Lema                                    |   |                                 |   |                      |  |  |
| META DE CALIDAD  | FORMULA MATEMATICA  | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO) | RESPONSABLE DE META  | ACTIVIDADES  | OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO   |
| Disminuir la incidencia de ITU CUP en pacientes hospitalizados en UTI 5° piso                              | $\frac{\text{N° pacientes con ITU/CUP adquiridas en UTI 5° piso}}{\text{N° total de días/CUP en UTI 5° piso durante el período}} \times 1000$ | < 2                             | 1.9 ANUAL                                   | Encargada de calidad | 1.- Revisión diaria de registros.<br>2.-Supervisión directa del cumplimiento de medidas del tipo bundle<br>3.Realización de visita administrativa para retiro precoz de invasivos<br>4.-Revisión mensual de las tasas de ITU CUP de la UTI 5° piso | Reprogramación 2024 x no medición por RE-acreditación 2023 |
| Cumplir con la correcta mantención de la línea arterial (LA) en pacientes hospitalizados en la UTI 5° piso | $\frac{\text{N° de pacientes que cumplen con los criterios de mantención de LA}}{\text{N° de pacientes con LA en el período evaluado}}$       | 80%                             | Reprogramado                                | Encargada de calidad | 1.- Supervisión diaria de las medidas de mantención de LA<br>2.- Realización de visita administrativa para retiro precoz de invasivos<br>3. Supervisión del criterio de mantención de LA   | Reprogramación 2024 x no medición por RE-acreditación 2023 |

| UNIDAD: UNIDAD CUIDADOS MEDIOS 1° PISO   |  |                                 |   |                                |             |  |
|--|--|---------------------------------|---|--------------------------------|-------------|--|
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023  |  |                                 |   |                                |             |  |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E. U Paulina González                     |  |                                 |   |                                |             |  |
| META DE CALIDAD  | FORMULA MATEMATICA   | 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<br>100 X                                  | <7                              |   | Enfermera encargada de calidad |             | -Meta no medida, de acuerdo a información referida por unidad de calidad.<br>-Se programa mediciones a contar de febrero 2024. |
| Asegurar el cumplimiento de la norma de aseó hospitalario en unidades clínicas en UCM 1ºpiso | N.º de unidades clínicas con resultado de bioluminiscencia<150 URL/100cm2 en UCM 1ºpiso<br>100 X | 90%                             |   | Enfermera encargada de Calidad |             | -Meta no medida, de acuerdo a información referida por unidad de calidad.<br>-Se programa mediciones a contar de febrero 2024. |





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

| UNIDAD: CUIDADOS MEDIOS MÉDICO QUIRÚRGICO 4º PISO  |  |                                 |   |  |  |  |
|--|--|---------------------------------|---|--|--|--|
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023  |  |                                 |   |  |  |  |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Evelyn Gutiérrez Peña / Supervisora E.U. Jennifer Cheuque |  |                                 |   |  |  |  |
| META DE CALIDAD  | FORMULA MATEMÁTICA   | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE 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 4º 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 4º piso | 1.- capacitaciones periódicas en los 5 correctos.<br>2.- Revisión diaria de registros.<br>3.- Revisión mensual de la existencia de notificaciones por error de medicamentos.   | No fue posible aplicar instrumento de medición en la administración de medicamentos endovenosos por motivos de acreditación. |
| Lograr el cumplimiento de la preparación prequirúrgica del paciente hospitalizado en UCM 4º piso.                | Nº de check list preoperatorios que cumplen según protocolo / Nº total de check list pre-operatorios aplicados en el periodo evaluados x100                  | 90%                             | 0%  | Enfermera encargada de calidad UCM 4º piso | 1.Revision diaria de pacientes Prequirúrgicos<br>2-Supervisión diaria del correcto llenado check list pre quirúrgico.<br>3-supervisión diario que todo paciente prequirúrgico que tenga su check list pre -operatorio - Capacitación periódica sobre los puntos relevantes a en un paciente pre-operatorio | No fue posible aplicar instrumento de medición en los check list pre-operatorios por motivos de acreditación.                |

**UNIDAD: CUIDADOS MEDIOS MÉDICO QUIRÚRGICO 6° PISO**

**FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2024**


**RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN NANCY GONZALEZ – JOCELYN ARREDONDO**

| META DE CALIDAD  | FORMULA MATEMATICA   | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO) | RESPONSABLE META     | ACTIVIDADES  | OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO  |
|--|--|---------------------------------|---|----------------------|--|---|
| Administración segura de medicamentos endovenoso   | N° pautas aplicadas que cumplen la norma de administración de medicamentos endovenosos/N° total de pautas aplicadas de administración de medicamentos endovenosos x100 | 95%                             | 90%   | Encargada de calidad | 1.- aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual.<br>2.- capacitaciones mensuales en los 5 correctos.<br>3.- Revisión diaria de registros.<br>4.- Revisión mensual de la existencia de notificaciones por error de medicamentos.<br>5.- De acuerdo al porcentaje mensual realizar retroalimentación y planes de mejora. | Meta no medida, de acuerdo a información referida por unidad de calidad.<br>-Se programa mediciones a contar de febrero 2024. |
| Lograr capacitación del personal clínico sobre el uso correcto de Elementos Precaución Personal (EPP) en el manejo de Aislamientos | Formula<br>N° de funcionarios capacitados sobre EPP en manejo de Aislamiento, según protocolo<br>----- x 100<br>N° total de funcionarios evaluados en el periodo       | 90%                             | 85%   | Encargada de Calidad | - aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual.<br>-Supervisión diaria de sobre la correcto instalación y retiro de las EPP.<br>- de acuerdo al porcentaje mensual realizar retroalimentación y planes de mejora.   |   |



**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 MATEMATICA  | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO) | RESPONSABLE META                                     | ACTIVIDADES   | OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO |
|--|---|---------------------------------|---|--|---|--|
| -Mantención correcta de vía venosa periférica. | N° de pacientes con pautas de aplicación de mantención de VVP que cumplen /N° total de pacientes con pautas aplicadas de mantención de VVP x100 | 90%                             | 80%   | Eu. Supervisora Eu. Continuidad Enfermeros clínicos. | 1.- aplicación de 6 pautas diarias de mantención de VVP.<br>2.- capacitaciones mensual de mantención de VVP.<br>4.-Revisión mensual de las pautas en busca d ellos principales quiebres.<br>5.- De acuerdo al porcentaje mensual realizar retroalimentación y planes de mejora. | Trimestral   |

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

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

| META DE CALIDAD                        | FORMULA MATEMATICA   | 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 | N° de casos nuevos de LPP generados en CAPC / N° total de pacientes hospitalizados en el periodo evaluado x100 | < 25%                           | < 15%                                       | Eu. Supervisora<br>Eu. Continuidad Enfermeros clínicos | 1.- aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual.<br>2.- Supervisión diaria de las medidas de prevención de LPP.<br>3.-Coordinar capacitaciones mensuales con equipo de enfermería para reforzar conocimientos de la escala de braden.<br>4.- creación de drive de seguimiento de incidencia de LPP en CAPC.<br>5.- Revisión mensual de los datos obtenidos<br>6.-De acuerdo al porcentaje mensual realizar retroalimentación y planes de mejora | Trimestral   |

|   |  |                                 |   |                      |   |  |
|---|--|---------------------------------|---|----------------------|---|--|
| 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 MATEMATICA   | 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                        | N° de pacientes intervenidos quirúrgicamente En los que se aplicó Pausa de seguridad según protocolo<br><br>-----x100            | 90%                             | 84%   | Encargada de calidad | 1.- Capacitación a enfermeros nuevos y reforzamiento a los Eu permanentes<br>2.- Revisión diaria de registros de Pausa<br>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                            | N° ° de muestras de biopsias, que cumplen con registro según protocolo ----- x 100<br>N° total de muestras de biopsias evaluadas | 90%                             | 98%   | Encargada de calidad | 1.- Mantener entrega de biopsias en las entregas de turno<br>2.- Revisión diaria de las muestras-orden y libro  |  |

| UNIDAD: ENDOSCOPIA  |   |                                 |   |                                  |  |   |
|---|---|---------------------------------|---|----------------------------------|--|---|
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023   |   |                                 |   |                                  |  |   |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de calidad Enfermera Jimena Gallardo Zúñiga |   |                                 |   |                                  |  |   |
| META DE CALIDAD   | FORMULA MATEMATICA  | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO) | RESPONSABLE DE META              | ACTIVIDADES  | OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO  |
| Opportunidad de Higiene de manos  | N° de pautas de oportunidad 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)                 | N° 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. Mantener rótulos auto adhesivos de estupefacientes para rotular jeringas. | No se mide por preparación para proceso de reacreditación |

| UNIDAD: ANGIOGRAFIA   |  |                                 |   |                           |   |  |
|---|--|---------------------------------|---|---------------------------|---|--|
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023   |  |                                 |   |                           |   |  |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de calidad E.U Laura Galaz – Daniela Valdés.  |  |                                 |   |                           |   |  |
| META DE CALIDAD   | FORMULA MATEMATICA   | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO) | RESPONSABLE DE META       | ACTIVIDADES   | OBSERVACIONES / REPROGRAMACION DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO                           |
| Mejorar entrega de documentos clínicos a la salida de pabellón de angiografía. (consentimiento informado, pausa de seguridad, protocolo médico, hoja de registro de enfermería) | <p>N° de pacientes que se realizan procedimientos angiográficos en pabellón ----- x 100</p> <p>N° total de pacientes que se realizan procedimientos angiográficos en pabellón evaluados en el periodo.</p>   | 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.   | <p>N° de pacientes sometidos a procedimientos angiográficos con utilización de medio de contraste en que se aplicó la encuesta de factores de riesgo ----- x 100</p> <p>N° total de pacientes sometidos a procedimientos con utilización de medio de contraste en el periodo evaluado.</p> | 90%                             |   | Eu. encargada de calidad. | 1.-aplicación de encuestas de factores de riesgo. (encuesta de seguridad).<br>2.-Supervisión diaria de los factores de riesgo por paciente. | No se midieron indicadores de meta 2023, por proceso de acreditación hospitalaria. |

| UNIDAD: ESTERILIZACIÓN   |  |                 |                             |                                     |  |  |
|--|--|-----------------|-----------------------------|-------------------------------------|--|--|
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023  |  |                 |                             |                                     |  |  |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de Calidad Esterilización: Mabel Saldivia Torres                             |  |                 |                             |                                     |  |  |
| META DE CALIDAD  | FORMULA  | UMBRAL ESPERADO | UMBRAL ALCANZADO (PROMEDIO) | RESPONSABLE META                    | ACTIVIDADES  | OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO   |
| Cumplir con el almacenamiento de material estéril de la Unidad de Dental del Hospital de Urgencia Asistencia Pública | N° de pautas que cumplen con el protocolo de almacenamiento de material estéril de la Unidad de Dental<br><br>N° total de pautas de almacenamiento de material estéril aplicadas en el período<br><br>x 100                            | 90 %            | 50 %                        | Encargada de Calidad Esterilización | 1.- Aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual.<br>2.-Capacitaciones de almacenamiento al personal técnico y auxiliar de la unidad Dental<br>3.- Reuniones con enfermera a cargo de Unidad Dental   | Las pautas se aplicaron desde el mes de Junio a Diciembre del 2023   |
| Disminuir los incidentes relacionados con las cajas traumatológicas esterilizadas y liciadas en la Unidad            | N° de cajas quirúrgicas traumatológicas esterilizadas entregadas a la Unidad de Pabellón reportadas con incidentes<br><br>N° total de cajas quirúrgicas traumatológicas despachadas a la Unidad de Pabellón en el período<br><br>x 100 | 1 %             | < 1 %<br>(0,95%)            | Encargada de Calidad Esterilización | 1.- Aplicación de pautas de acuerdo al calendario mensual.<br>2.- Supervisión diaria en la abertura de cajas al inicio de cirugías programadas.<br>3.- Registro diario de los incidentes presentes en cajas quirúrgicas de TMT<br>4.- Plan de Mejora mensual relacionado con incidentes en cajas quirúrgicas de TMT<br>5.Informe mensual de incidentes a jefaturas de pabellón, TMT, SDGC, Calidad | -Evaluación realizada desde Enero a diciembre del 2023<br>-Registro diario de incidentes en planilla de Esterilización<br>-Supervisión abertura de cajas en Pabellón, de lunes a viernes por EU Esterilización |




| UNIDAD: KINESIOLOGIA INTENSIVA Y SOPORTE VENTILATORIO   |  |                                 |   |                           |  |  |
|---|--|---------------------------------|---|---------------------------|--|--|
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023   |  |                                 |   |                           |  |  |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargado de calidad Kigo Diego Arévalo V   |  |                                 |   |                           |  |  |
| META DE CALIDAD   | FORMULA MATEMATICA   | 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.   | N° de procedimientos exitosos 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<br>2.No se concluyó el proceso. | No se evaluó debido a proceso de acreditación 2023.      |
| 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:<br>N° de pacientes egresados de HUAP con puntaje MRC> 48 puntos -----x100<br>N° de pacientes totales egresados HUAP en el mes                             | 75%                             | 0%  | Encargado de calidad KYSV | 1.Determinación de metas<br>2.No se concluyó el proceso. | No se evaluó debido a proceso de acreditación 2023.      |

|  |   |                                 |   |  |                           |  |
|--|---|---------------------------------|---|--|---------------------------|--|
| UNIDAD: IMAGENOLOGÍA   |   |                                 |   |  |                           |  |
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023  |   |                                 |   |  |                           |  |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de Calidad Imagenología TM Marjorie Paredes.   |   |                                 |   |  |                           |  |
| META DE CALIDAD  | FORMULA MATEMATICA  | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO O ALCANZADO (PROMEDIO) | RESPONBLE META   | ACTIVIDADES               | OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO   |
| Cumplimiento de notificaciones oportunas de diagnóstico de TEP, pesquisados con AngioTC de Tórax realizados en la Unidad de Imagenología y diagnosticadas por radiólogos del HUAP. | Número de notificaciones oportunas de diagnósticos 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<br><br>$\frac{\text{Número total de diagnósticos de TEP pesquisados con AngioTC de Tórax realizados en la Unidad de Imagenología y diagnosticadas por radiólogos del HUAP en el periodo}}{x100}$ | 95%                             | Pendiente                                     | Encargado de calidad Imagenología. TM Supervisora imagenología | 1. Supervisión permanente | Programación de charlas sobre la importancia de que medico radiólogo notifique el resultado con diagnóstico de TEP para que TM cumpla con notificación oportuna. |


|   |   |                                 |   |   |  |   |
|---|---|---------------------------------|---|---|--|---|
| UNIDAD: IMAGENOLOGIA  |   |                                 |   |   |  |   |
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023   |   |                                 |   |   |  |   |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Encargada de Calidad Imagenología TM Marjorie Paredes.  |   |                                 |   |   |  |   |
| META DE CALIDAD   | FORMULA MATEMATICA  | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO O ALCANZADO (PROMEDIO) | RESPONBLE META  | 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 en el 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<br><br>Número total de pacientes NN que se realizaron Escáner en el Servicio de Imagenología del HUAP en el periodo. | 85%                             | Sin medición                                  | Encargado de Calidad Imagenología, TM Supervisora Imagenología. | Administrador de Sistema RIS-PACS realiza confirmación de identidad semanalmente. Se corrobora información con correo enviado desde admisión de pacientes con respectiva identificación. | Reunión con encargado de admisión Marzo de 2024 para realizar plan de mejora. |

| 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 MATEMATICA  | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO) | RESPONSABLE META     | 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.                      | N° de notificaciones de valores críticos informados según protocolo/N° total de notificaciones de valores críticos informados en el periodo evaluado x 100    | 95%                             | 96%   | 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. | N° 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 | 1. Se realiza informe mensual que es difundido a todos los Servicios Clínicos evaluados.<br>2. Difusión de Protocolo de Toma de muestra.  | Se comienza a medir desde marzo 2023 por cambio de Sistema Informático. |

|   |  |                                      |  |
|---|--|--------------------------------------|--|
|  |  |                                      |  |
| HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA   |  |                                      |  |
| DIRECCIÓN   |  | Fecha: Enero 2024<br>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 MATEMÁTICA  | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO O ALCANZADO (PROMEDIO) | RESPONSABLE META     | 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.                      | N° de notificaciones de valores críticos informados según protocolo/N° total de notificaciones de valores críticos informados en el período evaluado x 100    | 95%                             | 96%   | 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. | N° de muestras rechazadas por el Laboratorio Clínico, según protocolo/ N° total de muestras recibidas por el Laboratorio Clínico en el período 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<br>ASISTENCIA PÚBLICA |  | Fecha: Enero 2024<br>Vigencia: 1 año |  |
|   |  | DIRECCIÓN                                  |  |                                      |  |
|   |  | UNIDAD DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE |  |                                      |  |
| EVALUACIÓN METAS DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL<br>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 Mellado Muñoz  |   |                                 |   |  |   |   |
| META DE CALIDAD   | FORMULA MATEMATICA  | 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 Publica | N° de donaciones altruistas /N° total de donaciones en periodo evaluado X 100 | 20%                             | 22.5%                                       | Encargado/a de Calidad del Banco de Sangre | Aplicación de pauta de evaluación por trimestre.<br>Revisión de llamados a donantes altruistas, cumplimiento y frecuencia.<br>3.- Revisión de posibles gestiones de colectas altruistas | Indicador no fue medido durante el 2023 por contingencia de pandemia. Se ajustará umbral de cumplimiento para año 2024, por cumplimiento de umbral. |



|   |  |                   |
|---|--|-------------------|
|  |  |                   |
| 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 Mellado Muñoz  |  |                                 |   |  |   |   |
| META DE CALIDAD   | FORMULA MATEMATICA   | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO) | RESPONSABLE META                           | ACTIVIDADES   | OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO  |
| Disminuir las unidades de glóbulos rojos que exceden el tiempo máximo de transfusión recomendado, según protocolo | N° de unidades de glóbulos rojos que exceden el tiempo máximo de transfusión recomendado, según protocolo / N° total de unidades de glóbulos rojos transfundidos en el semestre anterior X 100 | <25%                            | 0%  | Encargado/a de Calidad del Banco de Sangre | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de planilla Excel "Hemovigilancia de pacientes 2023" para medición de pauta por trimestre.</li> <li>- Capacitación formal del personal de UMT en proceso de "Instalación de la Transfusión".</li> <li>- Intervención con personal clínico, sobre mejoras en la comunicación durante el proceso transfusional con la UMT.</li> </ul> | Indicador no fue medido durante el 2023 por contingencia de pandemia. Se mantienen las condiciones para año 2024. |

| UNIDAD: Anatomía Patológica   |  |                                 |   |  |   |   |
|---|--|---------------------------------|---|--|---|---|
| FECHA DE EVALUACIÓN: AÑO 2023   |  |                                 |   |  |   |   |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: encargada de Calidad TM. Daniela Urmeneta.  |  |                                 |   |  |   |   |
| META DE CALIDAD   | FORMULA MATEMATICA   | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE 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. | N° de informes diagnosticados con resultado crítico emitidos y notificados, según protocolo/N° 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.<br>3.- Revisión mensual de registros.<br>4.- Revisión mensual de la existencia de notificaciones correo.<br>5.- Revisión de mensual de Excel. |   |
| Notificar las biopsias intraoperatorias emitidas en el plazo señalado, según protocolo.   | N° 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 protocolo.<br>2.- Revisión de informes semestrales.  | Se mantiene meta de calidad ya que no se cumplió con el umbral de cumplimiento en el año 2023 |

**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 MATEMATICA  | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ESPERADO | UMBRAL DE CUMPLIMIENTO ALCANZADO (PROMEDIO) | RESPONSABLE META                 | ACTIVIDADES  | OBSERVACIONES / REPROGRAMACIÓN DE PLAZOS DE CUMPLIMIENTO           |
|--|---|---------------------------------|---|----------------------------------|--|--|
| Lograr cumplimiento del despacho de medicamentos en gavetas de Unidosis, según protocolo | N° pautas de despacho de medicamentos que cumplen con los criterios de revisión de Gavetas/N° total de pautas aplicadas en el periodo X 100 | 97%                             | 92.6%                                       | Encargada de calidad de Farmacia | 1.- Aplicación de 3 pautas mensuales de acuerdo a días randomizados de calendario mensual.<br>2.- Revisión de la preparación de medicamentos en las gavetas, de acuerdo al Servicio que corresponde de acuerdo al randomizado.<br>3.- Registro de lo observado en revisión en pauta de cotejo.<br>4.- Obtención del porcentaje de cumplimiento mensual.<br>5.- Se realiza retroalimentación de errores detectados a los funcionarios de acuerdo a lo encontrado. | Se midió el indicador desde el mes de febrero a diciembre del 2023 |

|   |                                 |   |                                |   |  |
|---|---------------------------------|---|--------------------------------|---|--|
| UNIDAD: Urgencia de Odontología y Maxilofacial del HUAP   |                                 |   |                                |   |  |
| FECHA DE EVALUACIÓN: Año 2023   |                                 |   |                                |   |  |
| RESPONSABLE DE LA EVALUACIÓN: Enfermera de Continuidad  |                                 |   |                                |   |  |
| 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 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: EVALUACION 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. Ej. los 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.  |