
OBSERVATORIO DE CALIDAD EN SALUD

Nota Técnica N°10/2018

Resultados Encuesta Nacional

Indicadores de Seguridad de la Atención en Prestadores de Atención Cerrada de Alta Complejidad a nivel nacional

I. Introducción

En el contexto de la Ley N°20.584 de 2012, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, la Resolución Exenta N°1031 de 2012 del MINSAL, aprobó Protocolos y Normas sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención en Salud. Todos los prestadores institucionales, tanto públicos como privados deben cumplir con la implementación, seguimiento y monitorización de estos protocolos y normas, lo que incluye los indicadores definidos en ellos.

Las normas establecidas fueron:

1. Reporte de Eventos Adversos y Eventos Centinelas
2. Normas de los Programas de Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (Norma N°124).
3. Normas de Prevención de Errores en Pacientes sometidos a procesos quirúrgicos:
 - Aplicación de Lista de Chequeo para Seguridad de la Cirugía
 - Prevención enfermedad tromboembólica en pacientes quirúrgicos
 - Análisis de reintervenciones quirúrgicas no programadas
4. Normas de prevención de errores asociados a transfusiones: pacientes transfundidos de acuerdo a protocolo

5. Normas de Prevención de Errores en la Atención de Salud y Cuidados del Paciente:

- Prevención de úlceras o lesiones por presión en pacientes hospitalizados
- Reporte de caídas de pacientes hospitalizados

Con el objetivo de describir la metodología utilizada por los prestadores de atención cerrada de alta complejidad del país, para evaluar los indicadores de la seguridad de la atención del paciente, el Observatorio de Calidad en Salud de la Superintendencia de Salud realizó una encuesta en la cual se solicitó diversa información respecto a la definición y medición de dichos indicadores. La información solicitada permitió identificar la consistencia en relación a lo descrito en cada norma respecto a atributos generales como profesional encargado de la medición, periodicidad de evaluación, metodología utilizada para la selección de los casos evaluados por el indicador y resultados generales.

Ponemos a disposición los resultados de la encuesta. Cada prestador puede obtener así, una visión de su desempeño. Si bien se solicitaron en la encuesta los resultados para los años 2014, 2015 y 2016, se decidió realizar este reporte con los resultados correspondientes a 2016 considerando que reflejan de manera más fidedigna lo que ocurre en cada institución. Es importante mencionar que en el período 2014-2016 no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los resultados reportados por los prestadores, si bien cada año fueron sumándose más prestadores que efectivamente reportaban resultados.

En general, los resultados reportados en la encuesta y presentados aquí hacen alusión al profesional encargado de la evaluación del indicador (si así expresamente lo mencionaba la norma), cómo se evaluaba el indicador y el resultado, el cual salvo para la tasa de incidencia de caídas corresponde a un indicador de proceso, reflejado en una proporción de cumplimiento. Estos resultados se expresan en medianas debido a que la distribución de los datos no cumplía con una distribución normal.

Los resultados de los indicadores se desagregaron por ámbito público y privado para presentar la distribución por cuartiles en cada grupo, obteniendo así un p25, mediana y p75, lo que permitirá a cada prestador contextualizar sus resultados. Se aplicó una prueba no paramétrica para comparar las medianas entre grupos, y en cada uno de los indicadores se señala exclusivamente cuando dicha comparación obtuvo un resultado significativo desde el punto de vista estadístico ($p < 0.05$).

La información obtenida en la encuesta se refiere a las Normas 3, 4 y 5 de las previamente mencionadas.

La encuesta fue enviada a los encargados de calidad de los 132 prestadores de atención cerrada de alta complejidad del país, que constaban en nuestra base de datos. Esta se encontraba estructurada en una planilla Excel, la cual una vez completada era enviada a un correo electrónico destinado a tal fin. Los datos fueron analizados con el software estadístico IBM SPSS, versión 23.

Ante cualquier inquietud o consulta acerca de la interpretación de los resultados, comentarios o sugerencias no dude en contactarnos
observatorio@superdesalud.gob.cl

II. Resultados

Normas de Prevención de Errores en Pacientes sometidos a procesos quirúrgicos

1. Aplicación de lista de chequeo para la seguridad de la cirugía

El indicador de esta norma tiene por objetivo evaluar la aplicación de un instrumento recordatorio y de verificación de determinadas actividades aplicadas en el contexto de una intervención quirúrgica con el fin de contribuir a su seguridad. La norma establece que el prestador debe designar formalmente un responsable de la supervisión del cumplimiento de la normativa, siendo de responsabilidad del primer cirujano la aplicación de la lista de chequeo. A su vez, la medición del indicador se debe realizar con una periodicidad trimestral a través de estudios de prevalencia, el cual incluye al total de pacientes operados que se encuentran hospitalizados en el día del estudio, independiente del Servicio Clínico o tipo de cirugía.

El indicador es una proporción que da cuenta del cumplimiento en la aplicación de la lista de chequeo quirúrgico en los pacientes operados:

$$\frac{\text{Número de pacientes operados en que se aplicó la lista de chequeo}}{\text{total de pacientes operados}} * 100.$$

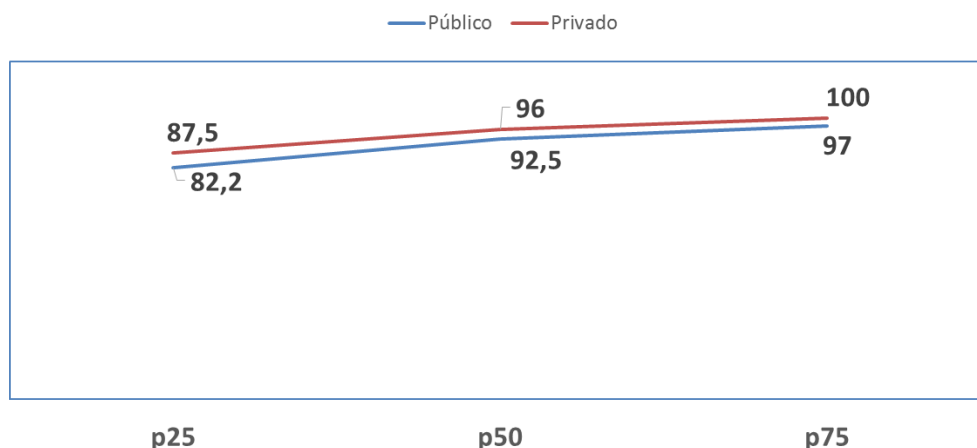
113 prestadores (56 del ámbito público y 57 del privado), reportaron resultados de este indicador para 2016. En aproximadamente un 60% de ellos el responsable de la evaluación correspondía a un profesional de enfermería. Los prestadores del ámbito público realizaban su medición más frecuentemente a través de la obtención de una muestra de un semestre, a diferencia de los prestadores del ámbito privado, que realizaban sus mediciones utilizando la gran mayoría, un estudio de prevalencia trimestral, tal como se describe en la normativa.

El menor porcentaje de cumplimiento reportado por un prestador del ámbito privado fue de 21% y de 40% por un prestador del ámbito público. En ambos, el máximo cumplimiento reportado correspondió a 100%.

La mediana del indicador fue de 92.5% para centros públicos y 96% para centros privados. Sólo un 25% de los prestadores reportó un resultado igual o menor a 87.5% en el ámbito privado y 82.2% en el público, distribución que revela un alto nivel de cumplimiento de la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura.

Figura N°1

Distribución por cuartiles de los resultados del indicador de aplicación de lista de chequeo en pacientes quirúrgicos. Prestadores de Atención Cerrada de Alta Complejidad (n=113). 2016.



2. Prevención de enfermedad tromboembólica (ETE) en pacientes quirúrgicos.

Esta Norma tiene por objetivo contribuir a prevenir la aparición de enfermedad tromboembólica en pacientes sometidos a cirugías a través del uso de medidas profilácticas. Consta de un indicador global, el cual evalúa la aplicación de las medidas de prevención y un indicador complementario, el que evalúa la aplicación de una escala de riesgo de enfermedad tromboembólica.

La Norma establece como responsables de la evaluación a un profesional médico que debe designarse formalmente para ello. El indicador debe evaluarse a través de estudios de prevalencia trimestral que incluyan a todos los pacientes quirúrgicos que se encuentren hospitalizados durante ese día, independiente del Servicio Clínico o del tipo de intervención.

El indicador global queda establecido como una proporción de cumplimiento:

$$\frac{\text{Número de pacientes operados con riesgo de ETE que tienen las medidas de prevención}}{\text{Número total de pacientes operados}} * 100$$

88 prestadores reportaron resultados de este indicador para el 2016. (45 del ámbito público y 43 del privado), constituyó el indicador del cuál obtuvimos menor cantidad de resultados reportados. Es importante destacar que varios centros, reconocidos a nivel nacional por su actividad quirúrgica, tanto públicos como privados, reportaron no evaluar este indicador. Lo cual, lógicamente, constituye una limitación importante en la evaluación de esta práctica.

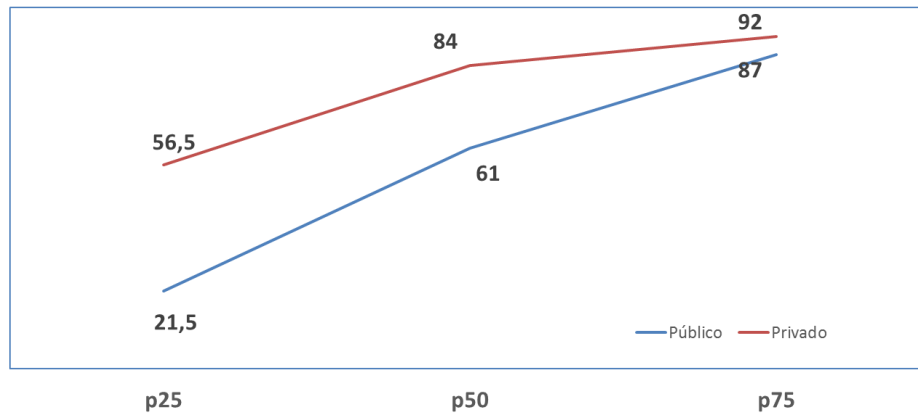
21 prestadores explicitaron que la evaluación del indicador se realizaba exclusivamente en pacientes sometidos a cirugía mayor.

Sólo alrededor de un 40% de los prestadores contaba con un profesional médico designado para la supervisión del cumplimiento de la Norma. En el caso de los prestadores del ámbito público, referían con mayor frecuencia evaluar obteniendo una muestra semestral de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, mientras que en los del ámbito privado más del 80% refería realizar la evaluación a través de un estudio de prevalencia trimestral, tal como señala la norma.

La mediana reportada del indicador fue de un 84% en el cumplimiento de medidas de prevención de ETE para los prestadores del ámbito privado y de un 61% en los prestadores del ámbito público, existiendo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre ambos grupos.

Figura N°2

Distribución por cuartiles del resultado del indicador de aplicación de medidas de prevención de enfermedad tromboembólica en pacientes quirúrgicos en prestadores de atención cerrada de alta complejidad (n=88). 2016.



Normas de prevención de errores asociados a transfusiones

3. Pacientes transfundidos de acuerdo a protocolo

Esta norma tiene como propósito contribuir a reducir el número de transfusiones innecesarias, estableciendo la evaluación de la indicación de la transfusión, la cuál debe ser consistente con el protocolo local. Tal como en otras normas, ésta establece que debe asignarse a profesionales médicos la evaluación del cumplimiento de dicho protocolo, la cual debe realizarse trimestralmente a través de un estudio de prevalencia, revisando los registros clínicos de todos los pacientes transfundidos en un día o semana (se recomienda al menos tener un número de 30 casos para la evaluación). La norma contempla además que los registros clínicos utilizados como fuente de información para el indicador deben ser complementarios: solicitud de transfusión y Ficha Clínica del paciente.

El indicador global queda establecido como la proporción de cumplimiento del protocolo local:

$$\frac{\text{Número de pacientes transfundidos según protocolo}}{\text{Número total de pacientes transfundidos}} * 100$$

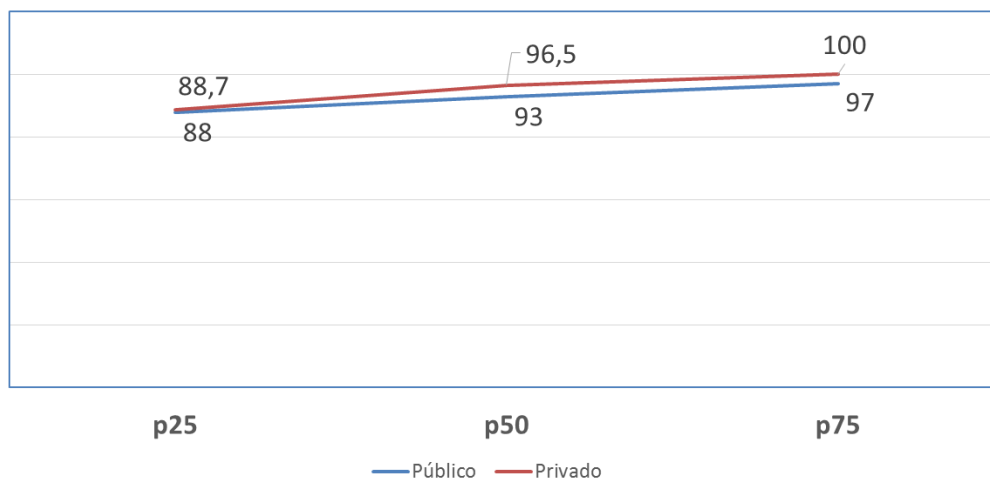
120 prestadores reportaron resultados de este indicador para el 2016 (58 del ámbito público, 62 del privado). En la mitad de los prestadores tanto públicos como privados existía un profesional médico a cargo de la evaluación del indicador. En un 30% de los prestadores privados que reportaron resultados, este profesional correspondía a un Tecnólogo Médico. 11 prestadores, en su mayoría del ámbito privado, reportaron evaluar el indicador exclusivamente para la indicación de transfusión de glóbulos rojos, lo cual no se corresponde con la norma.

La metodología más aplicada para la evaluación del indicador consistió en un estudio de prevalencia semestral en los centros del ámbito público y en el caso de los privados en el universo de los casos presentados en un trimestre. Sólo un tercio de los prestadores reportó que utilizaban tanto la solicitud de transfusión como la Ficha Clínica como fuente de información del indicador.

Tanto en los centros del sector público como el privado el mínimo de cumplimiento reportado fue de un 51%. La mediana de cumplimiento reportado de transfusión de acuerdo a protocolo reveló un alto nivel de cumplimiento para este indicador, siendo este de un 96.5% para los prestadores del ámbito privado y un 93% para aquellos del ámbito público.

Figura N°3

Distribución por cuartiles de los resultados del indicador de pacientes transfundidos de acuerdo a protocolo local de indicación de transfusión. Prestadores de Atención Cerrada de Alta Complejidad (n=120). 2016.



Normas de Prevención de Errores en la Atención de Salud y Cuidados del Paciente

4. Prevención de Úlceras o Lesiones por Presión (UPP) en Pacientes Hospitalizados.

Esta norma establece la evaluación del riesgo de desarrollar una úlcera por presión en los pacientes hospitalizados, así como la aplicación de medidas de prevención. Las medidas de prevención establecidas, son para todo paciente clasificado con riesgo mediano o alto y constan de la utilización de superficie de alivio de presión y el cambio de posición cada dos horas.

La norma establece que la evaluación del indicador será realizado por el personal de enfermería de cada Servicio Clínico, a través de estudios de prevalencia trimestral mediante observación directa a todos los pacientes hospitalizados.

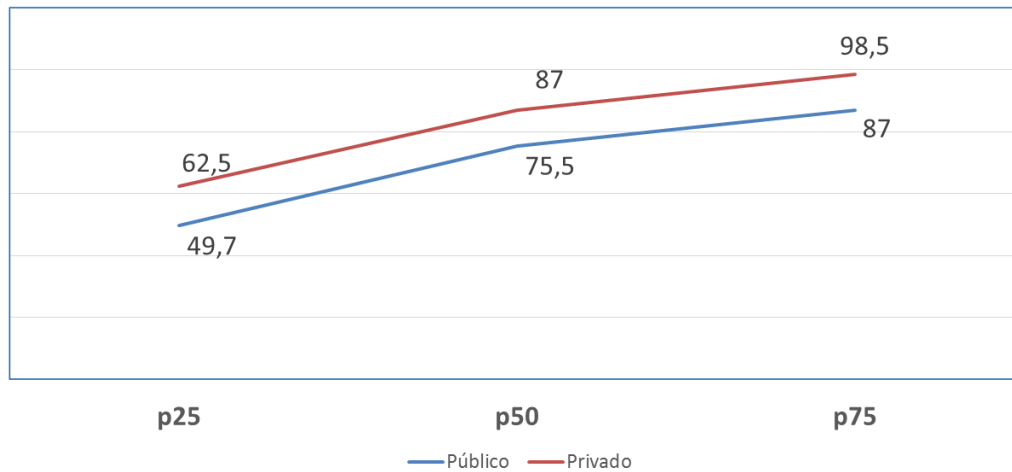
El indicador queda expresado como la proporción de cumplimiento en relación a aplicación de las dos medidas de prevención de UPP descritas:

Número de pacientes de desarrollar UPP según escala aplicada que están con las dos medidas de prevención/Número total de pacientes con riesgo * 100

117 prestadores reportaron resultados al 2016. De ellos 64 correspondían al ámbito público y 53 al privado. La mediana del indicador en prestadores del ámbito público correspondió a 75.5% y del privado a 87%. El mínimo reportado fue de 4% en el sector privado y 23% en el público. Los centros públicos evaluaban más frecuentemente a través de una prevalencia semestral y los privados a través de una prevalencia trimestral.

Si bien las medianas revelan un adecuado nivel de cumplimiento, los p25 dan cuenta que este indicador constituye un área importante de mejora en los prestadores, pues al menos un 25% de los prestadores refieren un cumplimiento de 63% y 50% o menos, en el ámbito privado y público respectivamente.

Figura N°4 Distribución por cuartiles de los resultados del indicador de aplicación de medidas de prevención de UPP. Prestadores de Atención Cerrada de Alta Complejidad (n=117). 2016.



5. Indicador Reporte Caídas en Pacientes Hospitalizados

Para este indicador la Norma establece que el profesional responsable de su evaluación debe ser el Encargado de Calidad de la institución.

En este caso el indicador es la incidencia de caídas, y la norma contiene una hoja de reporte para la evaluación de la incidencia trimestral.

Al tratarse de una incidencia el indicador queda establecido como:

$$N^{\circ} \text{ de pacientes hospitalizados que sufren caída} / \text{Número de días cama ocupados (DCO)} * 1000$$

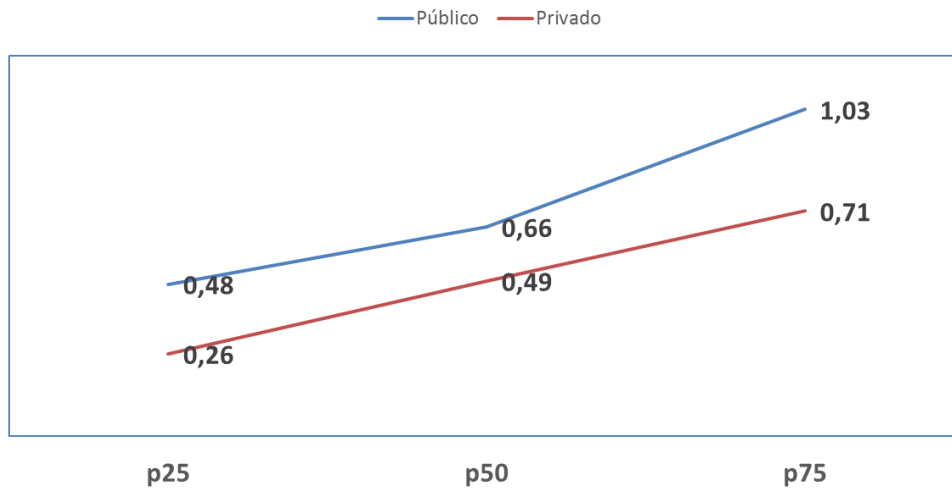
122 prestadores nos reportaron resultados de este indicador sin embargo, de ellos sólo 86% evaluaban incidencia de caídas, ya que los restantes (16) evaluaban la aplicación de medidas preventivas, indicador que se corresponde con exigencias del Estándar de Acreditación para prestadores de atención cerrada. Por lo tanto son 106 prestadores (57% del ámbito público y 43% del ámbito privado) los que reportaron evaluar incidencia de caídas durante el año 2016. El 91% de los prestadores del ámbito público realizaba una evaluación de la incidencia de caídas semestral y el 78% de los del ámbito privado evaluaba una incidencia trimestral tal y cómo lo describe la norma.

El profesional encargado de calidad constituía el responsable de la evaluación en la mitad de los prestadores que reportaron resultados de incidencia, siendo la principal fuente de información el sistema de notificación y la hoja de reporte contenida en la norma.

En cuanto a la distribución de los resultados del indicador de incidencia de caídas, tanto en el ámbito público como en el privado la incidencia más baja corresponde a 0.6 caídas/1000 DCO, y la más alta a 2.13 (prestadores públicos) y 1.68 (prestadores privados) caídas/1000 DCO respectivamente.

Se presenta la distribución en cuartiles de la incidencia de caídas, observándose diferencias significativas ($p < 0.05$) en las medianas al desagregar entre ámbito público vs privado. Estos resultados deben interpretarse con cautela pues existen factores asociados a subnotificación y contextos clínico asistenciales diversos que deben considerarse al interpretar la diferencia encontrada en la incidencia de caídas por ámbito.

Figura N° 5 Distribución por cuartiles de la tasa de incidencia de caídas durante 2016 en prestadores de atención cerrada de alta complejidad del ámbito público y privado (n=106).



III. Conclusiones

Si bien es importante destacar la alta participación y respuesta que obtuvimos en la encuesta, podemos observar tras el análisis de los datos recolectados que es necesario mejorar la participación de los prestadores en la evaluación de los indicadores, pues aunque la medición de ellos constituye una obligación normativa, existieron prestadores al 2016 que reportaban no realizar dicha evaluación. Lo anterior es particularmente relevante considerando que son prestadores de atención cerrada de alta complejidad, cuyos procesos asistenciales hacen particularmente necesario la adopción de protocolos y su correspondiente evaluación, con el fin de resguardar y promover la seguridad del paciente.

Por otra parte, se observó la tendencia de que los prestadores del ámbito privado en general cumplían con mayor frecuencia en relación a la metodología de evaluación descrita en la normativa, lo que revela la necesidad de enfatizar dichos aspectos de la norma en los prestadores del ámbito público. Asimismo, nos parece relevante señalar que la información reportada revela variabilidad en la metodología aplicada para evaluar las normas, lo que limita la comparabilidad de los resultados. A modo de ejemplo preguntamos por la formulación del indicador (tanto numerador como denominador), evidenciándose que a pesar de que el indicador se encuentra explícitamente definido en cada norma, existen prestadores que utilizan definiciones diversas para su numerador y denominador e inclusive en algunas oportunidades esta definición no era consistente con lo que efectivamente evaluaba el prestador.

En relación a los resultados de la medición de los indicadores, en general las cifras revelan más que adecuados niveles de cumplimiento para los indicadores de proceso y para el indicador de incidencia de caídas es consistente con cifras previas nacionales e internacionales. Este hallazgo respalda la conclusión de que en aquellos prestadores que efectivamente evalúan los indicadores, se han adoptado las prácticas descritas en la normativa. Ahora bien, los indicadores, cuya medición constituye una exigencia incorporada en el Estándar de Acreditación para Prestadores de Atención Cerrada como por ejemplo, aplicación de lista de seguridad de la cirugía e indicación de transfusión de hemocomponentes según protocolo, revelan resultados óptimos de cumplimiento, lo cual interpretamos como una excelente contribución del Sistema de Acreditación. Menores niveles de cumplimiento reportado revelaron los indicadores de prevención de úlceras por presión y prevención de enfermedad tromboembólica en pacientes quirúrgicos. Este último fue reportado

como el de menor mediana y además fue el reportado por la menos cantidad de prestadores.

Finalmente, con este análisis obtenemos una visión panorámica de la evaluación de los indicadores relacionados con la seguridad de la atención, evidenciándose la necesidad de difundir aún más la normativa vigente, una mayor estandarización en la evaluación y cumplimiento de atributos específicos de la evaluación que permitan la consolidación de la aplicación de las normas de seguridad de la atención en los prestadores de atención cerrada de alta complejidad. Sin embargo en general es una visión bastante positiva, pues una gran cantidad de prestadores han adoptado dichos protocolos revelando en su aplicación un buen nivel de cumplimiento.

Finalmente, agradecemos la colaboración de todos los prestadores que participaron en el reporte de información para esta encuesta.