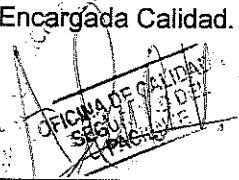
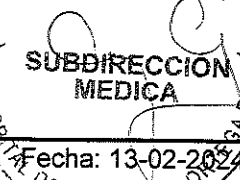
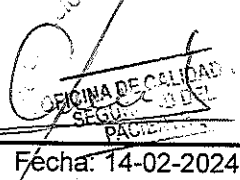

	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
		Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
		Página 1 de 20	Nº Edición: 4

PROTOCOLO PARA LA ELABORACIÓN DE DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

Elaboración	Revisión	Visación	Aprobación
Mat. Alyn Quiroz Vásquez Encargada Calidad.  Fecha: 08-02-2024	Dr. Carmen Cruz Gallardo Coordinadora Clínica.  Fecha: 13-02-2024	Q.F Camila Vásquez Ibañez Comité calidad.  Fecha: 14-02-2024	Kiga. Daniela Maldonado Vera Directora  Fecha: 14-02-2024
Distribución	Dirección, O.C.S.P, Archivo, SOME, Hospitalizados, Urgencias, Dental, Imagenología, Esterilización, Mantención, Equipamiento, Laboratorio, Pabellón, Vacunatorio, Salud Mental, Kinesiología, Matronas, Farmacia, Recurso Humano, Of. Finanzas, Of. De Partes, IAAS.		



**HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA
RODRIGUEZ**

Protocolo para la Elaboración de
Documentos Institucionales

Página 2 de 20



Código: PROT.

Vigencia: 5 años

Nº Edición: 4

ÍNDICE

Título	Página
Introducción	3
Objetivos	3
Responsables	3-4
Alcance	4
Excepciones	4
Terminología	4-5
Desarrollo	6-8
Referencias bibliográficas	9
Control de cambios	9
Diagrama de Flujo	10
Anexos	11-20

 	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
	Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
	Página 3 de 20	Nº Edición: 4

1. INTRODUCCIÓN

Un protocolo es un reglamento o instrucciones fijadas por convenio o tradición. También puede ser un documento o normativa que define cómo actuar ante ciertos procedimientos y se emplea en diversos contextos. En él se recopilan las conductas, acciones y técnicas adecuadas para actuar u operar ante ciertas situaciones.

La estandarización de la elaboración de documentos institucionales es un medio para ordenar esta práctica, donde permite uniformar procesos de acuerdo a la mejor evidencia disponible.

2. OBJETIVO

Establecer metodología para la elaboración, revisión, visación, aprobación, distribución, adopción de modificaciones y cambios de los documentos oficiales del Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez.



3. RESPONSABLES

Elaboración: Toda persona designada para elaboración de documentos como protocolo, guía clínica, procedimiento, etc. definido por el director o la jefatura de un servicio o unidad.

Revisión: Jefe de unidad o servicio. Se encargará de revisar documentos elaborados por funcionarios de su servicio o unidad. En el caso de que el protocolo sea elaborado por la jefatura de la unidad, este será revisado por su jefatura. Si la jefatura directa fuera directora, la revisión del documento será realizado por Coordinación clínica.

Visación: Oficina de calidad y seguridad del paciente, realizará la visación de documentos.

Aprobación: El director del establecimiento, será quien apruebe documentos elaborados y que ya se encuentren revisados.

 	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
	Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
	Página 4 de 20	Nº Edición: 4

Distribución: Oficina de partes será quien realiza impresión y distribuye los documentos en las unidades requeridas. Además, se debe distribuir a coordinación clínica para que el documento sea digitalizado y subido a la página del establecimiento.

Difusión: El jefe de unidad o servicio debe realizar difusión de los documentos internamente, como a otros servicios donde aplique el documento.

4. ALCANCE

Este protocolo debe ser aplicado en todos los servicios-unidades y ser cumplido por todos los funcionarios del Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez.

5. EXCEPCIONES

No aplica.

6. TERMINOLOGÍA

● Abreviaturas:

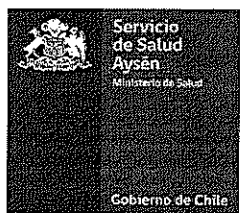

- **O.C.S.P:** Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente.
- **N/A:** No aplica.
- **HLOR:** Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez

● Definiciones:

Documentos de práctica clínica: se refiere a todos aquéllos que describen procesos que se vinculan con la atención de pacientes. Los documentos oficiales pueden ser programas, planes, procedimientos, instructivos, guías clínicas, protocolos, entre otros. Están destinados a asegurar y controlar la calidad técnica de los procesos de atención clínica.

❖ **Norma técnica:** Documento de ámbito general. Contiene actividades obligatorias en relación a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de un determinado problema o situación de salud. Es de carácter normativo, generalmente elaborado por la Autoridad Sanitaria o por un grupo de expertos convocados por ella basándose en la evidencia disponible.

❖ **Guía Práctica Clínica:** Documento de ámbito general. Considera las acciones adecuadas para cada momento de la historia natural de la enfermedad. Son recomendaciones útiles tanto para el profesional como para el paciente y

		HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
		Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
		Página 5 de 20	Nº Edición: 4

generalmente no tienen carácter normativo. Basadas en una síntesis sistemática del conocimiento.

- ❖ **Protocolo Clínico:** Documento de ámbito específico-local. Definen el cuidado de los pacientes en situaciones y un contexto específico. Generalmente tienen un carácter normativo local. Están basados en el consenso de un grupo de expertos a nivel local e idealmente complementados con la evidencia disponible.
- ❖ **Programa:** Documento que puede ser de ámbito general o específico. Contiene actividades, metas y modelo de evaluación en relación con determinada situación. Sus actividades están calendarizadas y basadas en el consenso de expertos.

Fecha de Elaboración: Fecha en que el documento se crea por primera vez. Esta fecha no se modifica. Va en la portada del documento.

Fecha de Revisión: Fecha en que se revisa el documento. Se cambia cada vez que se revisa el documento y generalmente está asociada a un cambio en el documento. Va en la portada del documento.

Fecha de Visación: Todos los documentos que se han elaborado y revisado, se remiten a la OCSP para que realice una breve revisión de la estructura y contenido.

Fecha de Aprobación: Fecha en que el documento es firmado por el Director. Esta fecha se modifica siempre que exista una revisión del documento. Va en la portada del documento.

Vigencia: Tiempo establecido por unidad de calidad para determinar la validez de un documento. Cabe señalar que por norma los documentos tendrán una vigencia máxima de 5 años.

Código: Corresponde a un código designado al documento. Se identificará con una serie de 3 a 4 siglas, las primeras letras, en mayúscula, indican el tipo de documento. (NOR= Norma, PROT= Protocolo, etc.), las 2 o 3 siguientes letras el ámbito de la Pauta de cotejo del Manual del Estándar General de acreditación; seguidos de los números correspondientes a la característica a desarrollar, si es que corresponde. En caso de no ser un documento de acreditación, solo debe ir el tipo de documento ((NOR= Norma, PROT= Protocolo, etc.).

Nº Edición: Número de veces que el documento ha sido revisado y aprobado.

Anexo: Utilizado para agregar al documento, gráficos, planillas de registros, formularios, esquemas, tablas y otros elementos que complementan la información entregada.



 	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
	Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
	Página 6 de 20	Nº Edición: 4

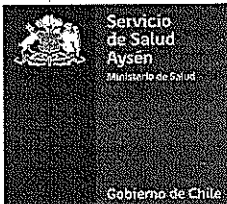

Diagrama de flujo: Es una representación que muestra gráficamente la secuencia de actividades que conforman un proceso para obtener el resultado esperado correspondiente a lo expresado en el objetivo.

8. DESAROLLO

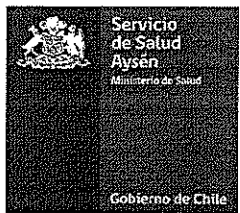

8.1 ELABORACIÓN

Todos los Documentos se deben elaborar en Word, utilizando el siguiente formato: Letra Arial, tamaño 12, salvo el título de la portada que debe ir en tamaño 36 y en negrita, justificado. Si este es muy extenso puede ajustarse a menor tamaño. Interlineado de 1.15 márgenes de 2.5 en cada lado(derecha, izquierda, superior e inferior).

- Se debe agregar en cada página el encabezado correspondiente, respetando el diseño, tipo y tamaño de fuente, de acuerdo con el siguiente modelo: letra arial, tamaño 10 o ajustar si es muy extenso.

 	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código:
	Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia:
	Página 6 de 20	Nº Edición:

- En el casillero central debe figurar el nombre del documento y número de página. En casillero a la derecha aparecerá un recuadro con el código, su vigencia y Nº edición. Esto debe ser completado por la OCSP.



		HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
		Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
		Página 7 de 20	Nº Edición: 4

El formato de firmas y tabla de portada deberá ir la siguiente información.

Elaboración	Revisión	Visación	Aprobación
Profesión+ Nombre+ 2 Apellidos	Profesión+ Nombre+ 2 Apellidos	Profesión+ Nombre+ 2 Apellidos	Profesión+ Nombre+ 2 Apellidos
Cargo	Cargo	Cargo	Cargo
_____ Fecha: día/mes/año	_____ Fecha: día/mes/año	_____ Fecha: día/mes/año	_____ Fecha: día/mes/año
Distribución	Dirección, Responsables Ámbitos de Calidad, Jefes de Servicios, Archivos.		

- Cuando el documento se encuentre con ediciones o modificaciones se deberá incluir un recuadro entre formato de firmas y el recuadro de distribución, como se presenta a continuación. Por lo que deberá además ir con su tabla de control de cambio asociada (anexo 3), congruente con la información indicada en página principal en sección de modificaciones. Esto no se considera en caso de actualización de documentos por término de vigencia.

Elaboración	Revisión	Visación	Aprobación
Profesión+ Nombre+ 2 Apellidos	Profesión+ Nombre+ 2 Apellidos	Profesión+ Nombre+ 2 Apellidos	Profesión+ Nombre+ 2 Apellidos
Cargo	Cargo	Cargo	Cargo
_____ Fecha: día/mes/año	_____ Fecha: día/mes/año	_____ Fecha: día/mes/año	_____ Fecha: día/mes/año
Modificaciones	Especificar qué punto fue modificado, ejemplo: Introducción, Objetivos, Indicador, etc.		
Distribución	Dirección, Responsables Ámbitos de Calidad, Jefes de Servicios, Archivos.		

 	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
	Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
Página 8 de 20		Nº Edición: 4

8.2 ESTRUCTURA DE LOS DOCUMENTOS

Todos los documentos deben contener portada (primera página) y cuerpo con el resto de las secciones. La estructura del Documento debe respetar el diseño oficial que se describe a continuación:



- Encabezados: Todos los documentos tendrán la estructura señalada previamente y contenida en el anexo 2, tanto para la portada como para el cuerpo del documento.
- Portada: Todos los documentos tendrán la estructura señalada en el anexo 2, respetando estrictamente el diseño, tipo y tamaño de fuentes señalados previamente.
- Cuerpo del documento: debe tener todos los contenidos referidos en el anexo 3, respetando el mismo orden. Si un contenido no aplica al proceso descrito, se puede omitir o colocar N/A.
- Evaluación e indicadores se realiza en un documento diferenciado del protocolo, destinado para esto (anexo 4 y 5)

La redacción debe ser clara y precisa, sin utilizar frases largas, ambiguas ni tiempos verbales condicionales. Se debe escribir en tiempo presente.

8.3 MODIFICACIONES DEL DOCUMENTO

Cada vez que se estime modificar un documento previamente aprobado por el Encargado de la Unidad de Calidad, será el Jefe de Servicio/Unidad, Programa, Oficina, quién dé curso al proceso. En este aspecto, se debe dejar constancia del nº de edición y agregar el punto de control de cambios, donde incluye fecha, tipo y aprobación de la modificación (anexo 3).

Se debe imprimir nuevamente el documento y distribuir en las unidades que corresponda.

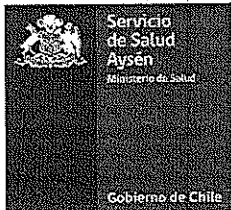
 	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
	Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
	Página 9 de 20	Nº Edición: 4

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Protocolo para la Elaboración de Documentos de Práctica clínica, Hospital Regional de Coyhaique, 2012.
- Protocolo para la Elaboración de Documentos de Práctica Clínica, Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez, 2018. Edición 3.
- Procedimiento para la elaboración y control de documentos. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2009.
- Pautas para la elaboración de guías y protocolos de práctica clínica del comité ejecutivo de calidad y epidemiología hospitalaria del Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse".2004.
- Pauta para la elaboración, aplicación y evaluación de guías de práctica clínica. Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud. Depto. de Calidad de Prestadores. MINSAL. 2002.
- Instructivo: Establece requisitos básicos para la elaboración de guías clínicas y protocolos. Unidad ETESA. Minsal. 2002.
- Norma Técnica para la elaboración de las guías de prácticas clínicas.2005.

10. CONTROL DE CAMBIOS

No aplica



HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA
RODRIGUEZ

Protocolo para la Elaboración de
Documentos Institucionales

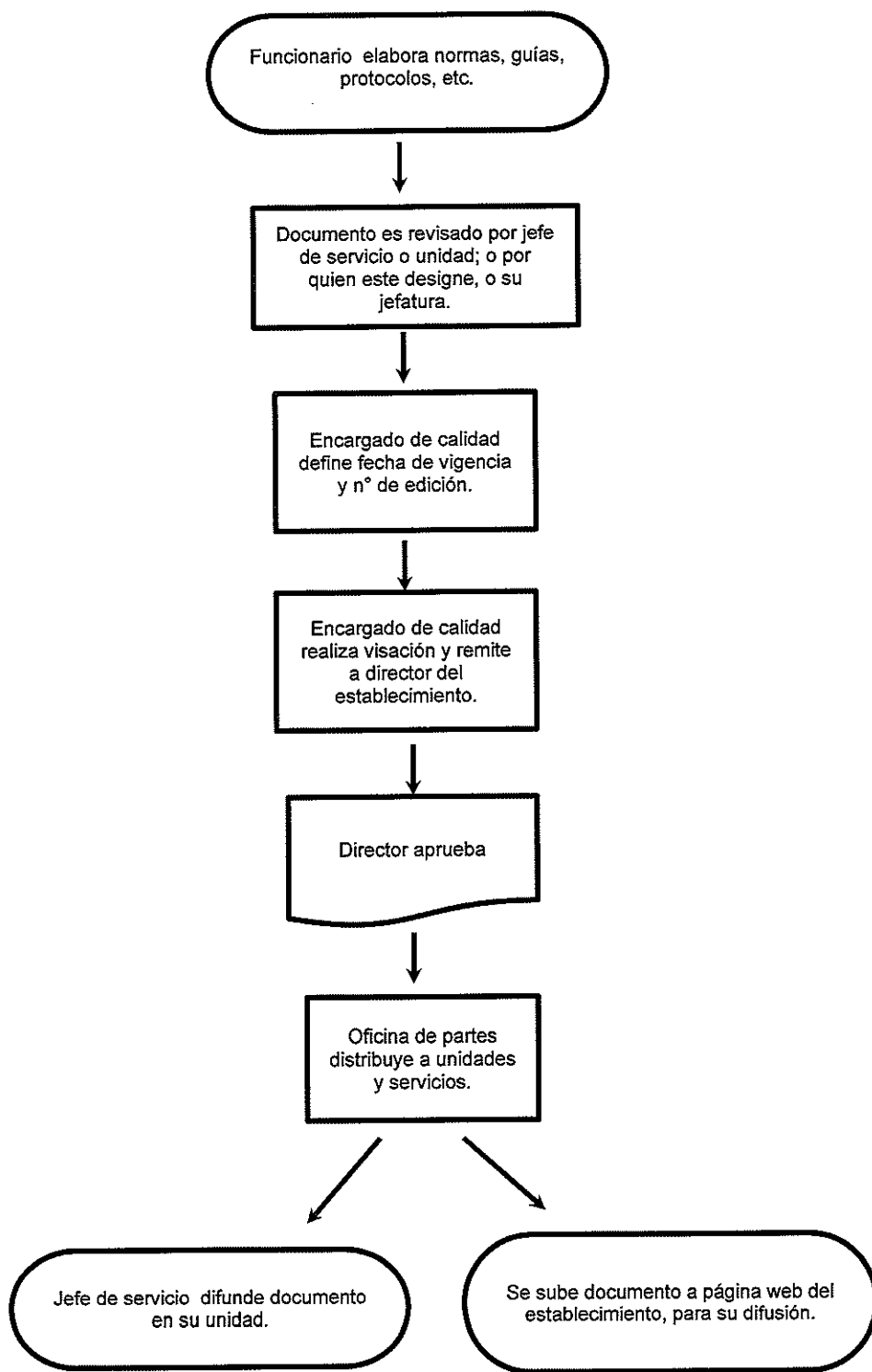
Página 10 de 20

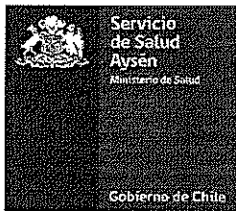

Código: PROT.

Vigencia: 5 años

Nº Edición: 4

11. DIAGRAMA DE FLUJO DE ELABORACIÓN, REVISIÓN, VISACIÓN Y APROBACIÓN



 	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
	Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
	Página 11 de 20	Nº Edición: 4

12. ANEXOS

12.1 ANEXO 1: SIGLAS DE CODIFICACIÓN

- Tipo de Documento:

PROT: Protocolo.

PROC: Procedimiento.

NOR: Norma Técnica.

GUI: Guía Clínica.

PROG: Programa.

MAN: Manual.

SIST: Sistema.

INFO: Informe.

PLAN: Plan.

MET: Metodología

- Ámbitos de la pauta de Cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación:

DP: Respeto a la Dignidad del Paciente.

CAL: Gestión de la Calidad.

GCL: Gestión Clínica.

AOC: Acceso, Oportunidad y Continuidad de la Atención.

RH: Competencias del Recurso Humano.

REG: Registros.

EQ: Seguridad del Equipamiento.

INS: Seguridad de las Instalaciones.

APL: Servicios de Apoyo Laboratorio Clínico.



APF: Servicios de Apoyo Farmacia.

APE: Servicios de Apoyo Esterilización.

APA: Servicios de Apoyo Anatomía Patológica.

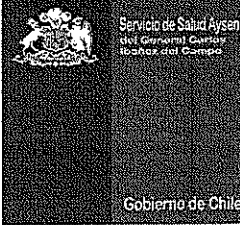

API: Servicios de Apoyo Imagenología.

APK: Servicios de Apoyo Kinesioterapia.

 	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Código: PROT.
		Vigencia: 5 años
Página 12 de 20		Nº Edición: 4

12.2 ANEXO 2: ESTRUCTURA PORTADA DOCUMENTO (material explicativo)

Encabezado de Página:

 	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Código: PROT.
		Vigencia: 5 años
Página 11 de 20		Nº Edición: 4



Título:

TÍTULO

Letra Arial Tamaño nº 36, negrita.

Tabla:

Elaboración	Revisión	Visación	Aprobación
Profesión+ Nombre+ 2 Apellidos Cargo	Profesión+ Nombre+ 2 Apellidos Cargo	Profesión+ Nombre+ 2 Apellidos Cargo	Profesión+ Nombre+ 2 Apellidos Cargo
Fecha: día/mes/año	Fecha: día/mes/año	Fecha: día/mes/año	Fecha: día/mes/año
Distribución	Servicios, Oficinas o Unidad donde se distribuirá el documento.		

		HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
		Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
		Página 13 de 20	Nº Edición: 4

12.3 ANEXO 3: ESTRUCTURA CUERPO DOCUMENTO (material explicativo)

ÍNDICE

Título	Página
Introducción	
Objetivos	
Responsables	
Alcance	
Excepciones	
Terminología	
Desarrollo	
Referencias bibliográficas	
Diagrama de Flujo	
Anexos	

INTRODUCCIÓN



Nota introductoria breve sobre el contexto bajo el cual se desarrolló la guía y sus objetivos generales. Debe señalar además cuál es el problema de salud (enfermedad) que va a abordar y cuáles son los ámbitos que serán considerados (diagnóstico, tratamiento, otros cuidados, pronóstico, etc.), expresados en forma breve y precisa.

OBJETIVOS

Definen el resultado futuro que ha de alcanzarse.

RESPONSABLES

Establecer en matriz de responsabilidad, quienes participan en la aplicación del procedimiento, indicando función relevante y cargos responsables de ejecutarlas.

 	HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
	Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
	Página 14 de 20	Nº Edición: 4

ALCANCE

Debe indicar el campo de aplicación, tanto las áreas funcionales, el personal, como las situaciones o procesos donde el documento debe ser aplicado. Debe ser entendido y entendible por todos los involucrados en el mismo, como por todos los que manejan el procedimiento.

EXCEPCIONES

Hace referencia a situaciones especiales del proceso que se protocoliza, en las que por alguna razón el protocolo no se aplica o se exceptúa.

TERMINOLOGÍA

Corresponde a un listado de términos con sus definiciones correspondientes, para aclarar las actividades descritas en el documento.

ACTIVIDADES A REALIZAR

Describir en forma secuencial y numerada, las actividades que conforman el procedimiento, indicando claramente todos los pasos de este. Tomar en cuenta quiénes participan, que realizan, cómo se realiza y dónde se realiza. Si es pertinente, se puede agregar un diagrama de flujo, para describir secuencialmente las actividades del procedimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Deberá detallar todos los documentos, material referencial y bibliografía que respaldaron los contenidos del Documento.

CONTROL DE CAMBIOS



		HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
		Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
		Página 15 de 20	Nº Edición: 4

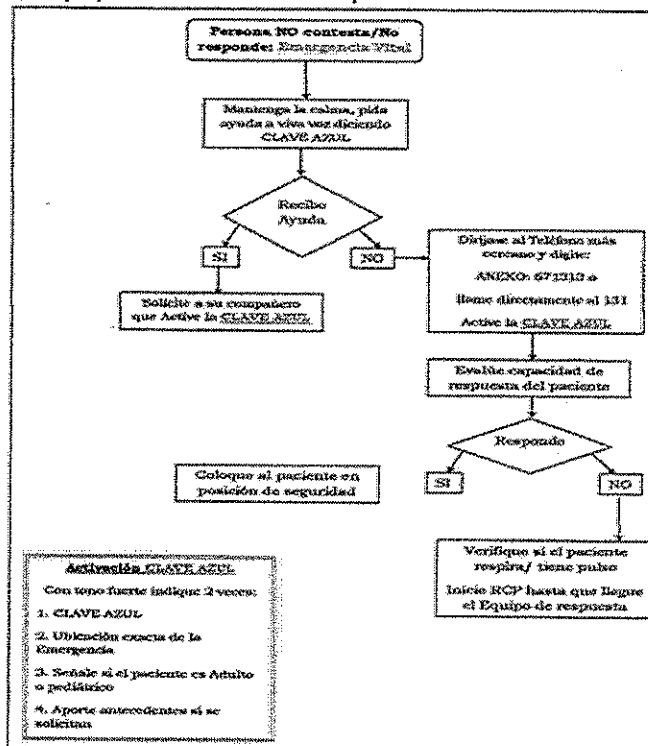
Tabla que resume la edición del documento, con la respectiva fecha y las modificaciones realizadas.

Ejemplo:

Fecha	Tipo	Aprobación
01/08/2016	Se modifica indicador	Director H.L.O.R
25/02/2017	Se modifica en página 5 la duración del material estéril. Se modifica punto 7 el indicador	Directora (s) H.L.O.R
06 Marzo 2018	Se modifica "pauta de observación de almacenamiento del material estéril": se elimina nº 5 y se modifica nº 7. Se agrega dos objetivos.	Directora H.L.O.R

DIAGRAMA DE FLUJO



Ejemplo: Clave azul, equipo de Primera respuesta



ANEXOS

Ejemplo: Escala de Braden

Escala de Braden		Fecha		RUT	
Nombre del paciente:		Hora			
1. Percepción Sensorial	Completamente limitada	1			
	Muy limitada	2			
	Ligeramente Limitada	3			
	Sin Limitaciones	4			
2. Exposición a la Humedad	Completamente húmeda	1			
	A menudo húmeda	2			
	Ocasionalmente húmeda	3			
	Raramente húmeda	4			
3. Actividad	En cama	1			
	En silla	2			
	Deambula ocasionalmente	3			
	Deambula frecuentemente	4			
4. Movilidad	Completamente inmóvil	1			
	Muy limitada	2			
	Ligeramente limitada	3			
	Sin limitaciones	4			

		HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
		Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
		Página 16 de 20	Nº Edición: 4

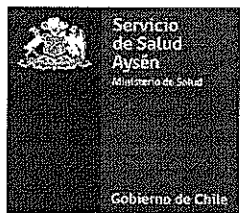

12.4 Anexo 4. Formato de desarrollo Metodología para la Evaluación de indicadores.

Se deberá incluir en primera hoja formato de portada explicado y detallado previamente, en el código se utilizará la palabra MET, el cual hace referencia a la metodología para medir el indicador, más ámbitos de la pauta de cotejo del Manual del Estándar General de Acreditación, por ejemplo MET-REG1.4.

En el desarrollo se utilizará el siguiente formato.

1. Ejemplo Ficha de Indicador

Servicio/Unidad:	
Fecha inicio de metodología (MES/AÑO):	
Indicador	Porcentaje de fichas clínicas pediátricas evaluadas en el servicio de hospitalizados en horario hábil, que contienen ingreso médico o DAU y epícrisis (si corresponde), con los datos mínimos requeridos según protocolo
Descripción	Evaluar el cumplimiento del registro clínico con los datos mínimos requeridos según protocolo. Con el fin de mantener un estándar de calidad en cuanto a los procesos de registros clínicos.
Tipo de indicador	De proceso
Dimensión de calidad	Seguridad
Fórmula del Indicador	$\frac{\text{Nº de fichas clínicas de pacientes pediátricos hospitalizados que contiene los datos mínimos requeridos}}{\text{Nº total de fichas clínicas de pacientes pediátricos hospitalizados}} \times 100$
Umbral de cumplimiento	80%
Periodicidad	Trimestral
Fuente de datos	Ficha clínica y pautas de supervisión
Metodología	Se supervisará por oportunidad cuando un paciente pediátrico sea hospitalizado en la unidad, durante horario hábil. En caso de que el paciente pediátrico ingrese día no hábil, la supervisión se realizará al siguiente día hábil.
Aclaración	Se realizará por oportunidad de ingreso de un paciente pediátrico
Responsable supervisión	Enfermera de turno
Responsable Evaluación	Jefe de servicio
Población objetivo	Pacientes pediátricos hospitalizados del Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez

		HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
		Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
		Página 17 de 20	Nº Edición: 4

2. Aleatorización

En los casos en que la evaluación requiere aleatorizar días para la aplicación de la pautas, se debe utilizar la página web <https://www.randomizer.org/>, donde según las características de la evaluación se debe poner algunos criterios como; set a generar (ejemplo: 12 set si la aplicación se hará mensual por 12 meses), números por set (ejemplo: 1 si se hará una aplicación de pauta mensual), rango de números (ejemplo: si la aplicación se hará solo días hábiles se ingresa un rango de 1-20, en el caso de que se pueda hacer cualquier día del mes sería un rango de 1-30).

El resultado de la aleatorización debe estar incluido en la metodología, junto a los días

del calendario a los que corresponde cada número aleatorizado. Al momento de asignar la fecha del calendario se deben considerar solo los días hábiles, según corresponda, omitiendo los días feriados y fines de semana para evitar que alguna aplicación quede asignada a un día inhábil.

8/2/24, 09:15

Aleatorizador de Investigación

DESCARGAR

IMPRIMIR

CERCA

RESULTADOS

12 conjuntos de 1 rango numérico único
: del 1 al 30

Serie 1

2

Conjunto #2

27

Conjunto #3

25

Conjunto #4

22

Evaluación GCL 2.2 errores de medicación INDICADOR 1

Mes	Día	Observaciones
Enero	8 y 15	Hospitalizado
	2 y 17	Urgencia
Febrero	12 y 19	Hospitalizado
	14 y 21	Urgencia
Marzo	11 y 18	Hospitalizado
	13 y 20	Urgencia
Abril	8 y 15	Hospitalizado
	10 y 17	Urgencia
Mayo	13 y 20	Hospitalizado
	8 y 15	Urgencia
Junio	10 y 17	Hospitalizado
	12 y 19	Urgencia
Julio	8 y 15	Hospitalizado
	10 y 17	Urgencia
Agosto	12 y 19	Hospitalizado
	14 y 21	Urgencia
	9 y 16	Hospitalizado

3. Cálculo del tamaño de muestra

En el caso en que la evaluación requiere un cálculo de muestra, se puede usar la calculadora SIS, como se ejemplifica a continuación:



HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ

Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales

Página 18 de 20

Código: PROT.

Vigencia: 5 años

Nº Edición: 4

SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Cálculo de tamaño muestral para indicadores clínicos de calidad

Aplicable a: indicadores de datos agregados con variables dicotómicas (aquellos que se expresan en porcentajes o proporciones)

Escenario 1: Usted conoce o tiene una estimación del número total de fichas o casos

Por ejemplo: El indicador se calcula semestralmente, y usted sabe que en el semestre se realizarán alrededor de 2.000 cirugías

PASO 1: Ingrese el número total de casos (2.000 en nuestro ejemplo)

PASO 2: Seleccione cuál es el porcentaje esperado de cumplimiento del proceso o el resultado. Por ejemplo, si espera que un 80% de las fichas de pacientes operados posean consentimiento informado, seleccione 0,8

PASO 3: Seleccione el margen de error con el que desea trabajar. Por ejemplo, si desea que el resultado del indicador tenga $\pm 5\%$ de error, ingrese 0,05 (ello implica que si la medición arrojó un 60% de cumplimiento, el resultado verdadero podría estar entre 55% y 65%, con un 95% de confianza)

TAMAÑO DE MUESTRA

Escenario 2: Usted no tiene una idea clara del número total de fichas o casos

Por ejemplo: El indicador se calculará una vez al año, pero es un indicador nuevo, y no sabe cuántos pacientes cumplirán los criterios de inclusión definidos.

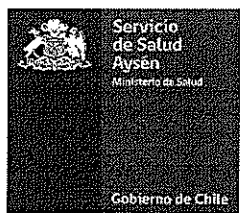

PASO 1: Seleccione cuál es el porcentaje esperado de cumplimiento del proceso o el resultado. Por ejemplo, si espera que en alrededor de $\frac{1}{3}$ de los pacientes se haya cumplido el procedimiento definido en el protocolo institucional, seleccione 0,67

PASO 2: Seleccione el margen de error con el que desea trabajar. Por ejemplo, si desea que el resultado del indicador tenga $\pm 10\%$ de error, ingrese 0,1 (ello implica que si la medición arrojó un 70% de cumplimiento, el resultado verdadero podría estar entre 60% y 80% con un 95% de confianza)

TAMAÑO DE MUESTRA

Conclusión: Se deberá analizar alrededor de 85 fichas en el periodo, es decir, más o menos 7 mensuales.

Complementariamente a la ficha del indicador, se debe considerar una descripción más detallada del proceso de evaluación del indicador, por ejemplo con qué datos se calculó la muestra, los criterios que se utilizarán para evaluar, la pauta de aplicación en anexo,

		HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
		Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
		Página 19 de 20	Nº Edición: 4

como se hará la evaluación si no está encargado el día de la medición, entre otros datos relevantes para una metodología clara y fundamentada.

12.5 Anexo 5. Formato de Reporte e Informe de evaluación de indicadores

Se debe agregar en cada página el encabezado correspondiente, respetando el diseño, tipo y tamaño de fuente (Arial 10), como se ejemplifica a continuación.



INFORME EVALUACION
PROT. GCL 2.3 VIGILANCIA DE EVENTOS
ADVERSOS ASOCIADOS A LA ATENCION
 Evaluación trimestral Octubre a Diciembre 2023



Debe considerar:

- Protocolo al cual corresponde la evaluación de indicador, con letra mayúscula.
- Periodicidad.
- Periodo evaluado en el informe.



En el desarrollo se debe agregar primeramente la consideración general, donde detalla brevemente la evaluación del indicador. Luego debe estar el detalle de la evaluación, lo que dependerá del protocolo el cual está siendo evaluado.

Ejemplo:

1. Consideraciones generales: En este informe se evaluó la Vigilancia Pasiva de EA correspondientes al trimestre Octubre a Diciembre año 2023, en el Hospital Dr. Leopoldo Ortega Rodríguez, según el Protocolo GCL 2.3 Vigilancia de Eventos Adversos Asociados a la Atención.

2. Detalle de evaluación mensual:

Mes	Unidad/Servicio	Nº de Eventos Adversos	Nº de Eventos Centinela	Observaciones
Octubre	Urgencia	0	0	Vigilancia pasiva: No hubo notificación
	Pabellón de Urgencias	0	0	Vigilancia pasiva: No hubo notificación
	Hospitalizados	3	0	Vigilancia pasiva: Existen 3 notificaciones.
	Farmacia	0	0	Vigilancia pasiva: No hubo notificación
	Imagenología	0	0	Vigilancia pasiva: No hubo notificación

		HOSPITAL DR. LEOPOLDO ORTEGA RODRIGUEZ	Código: PROT.
		Protocolo para la Elaboración de Documentos Institucionales	Vigencia: 5 años
		Página 20 de 20	Nº Edición: 4

Se deberá incluir dentro de este mismo documento pautas de aplicación mensual, que verifique que el indicador ha sido evaluado de forma periódica.

El plan de mejora en caso de que el porcentaje sea menor al umbral de cumplimiento establecido, junto con las conclusiones finales debe ser incluido al término del documento.

Finalmente siempre incluir firma del personal responsable de la realización del informe y fecha de este.

12.6 Anexo 6. Formato Plan de mejora

El Plan de mejora, debe contener como mínimo el problema detectado, el objetivo, las actividades a realizar, los responsables, quienes participaran de este plan y el periodo que se realizará.

Ejemplo:

Problema detectado	Alta rotativa de profesionales de salud mental en el hospital, lo que afecta la adhesión de controles de los usuarios.
Objetivo	Asegurar la continuidad del profesional psicólogo en el establecimiento.
Actividades	Inducción adecuada de profesionales al ingreso, captación de profesionales que deseen establecerse en la comuna, asegurar situación contractual.
Responsables	Dirección Hospital.
Participantes	Dirección, Sub Dirección, Encargados de Programa local.
Periodo	Mensual-Semestral-Anual