

8.1 Seguridad de la Atención

Objetivo de Impacto

Indicador:

Tasa de neumonía asociada a uso de ventilación mecánica.

Objetivo:

Aumentar la seguridad en la atención de salud.

Frecuencia:

Anual

Unidad:

Personas

Polaridad:

Valores menores son mejores.

Fuente:

Sistema de vigilancia de las infecciones asociadas a la atención en salud (numerador y denominador).

Responsable recolección de datos:

Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención, Plataforma SICARS

Numerador:

Numero de neumonías asociadas a ventilación mecánica

Denominador:

Número de días de ventilación mecánica

Línea de base (2010):

16,31 por 1.000 días de uso de ventilación mecánica.

Meta (2020):

13,05 por 1.000 días de uso de ventilación mecánica.

Desagregación:

Según sexo, edad, región, servicio de salud, urbano/rural y nivel educacional.

Unidad responsable:

Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención

Justificación:

Las neumonías son una complicación frecuente del uso de ventilación mecánica. Los principales factores de riesgo son: la gravedad de los pacientes y otros asociados a los mismos, sin embargo, la atención en salud puede prevenir una importante proporción con medidas tales como uso de técnica aséptica para manipular los circuitos, posición del paciente y prevención de la aspiración de secreciones, entre otras.

Método:

La tasa de neumonías asociadas al uso de ventilación mecánica (NVM) en adultos es el resultado de la vigilancia epidemiológica de las infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) antes conocidas como infecciones intrahospitalarias (IIH). Todos los pacientes adultos que se instalan en ventilación mecánica se encuentran hospitalizados en las Unidades de Pacientes Críticos (UPC). Todas las UPC se encuentran en hospitales de mayor o mediana complejidad (en 2014 fueron 57 hospitales). La vigilancia es realizada por enfermeras capacitadas y dedicadas a los programas de control de infecciones, una de cuyas funciones es detectar IAAS. El proceso de vigilancia se denomina “activo” y se describe a continuación:

- 1. Recolección de la información clínica epidemiológica.*
 - 1.1. Dos veces por semana la enfermera acude a la UPC y revisa las historias clínicas de los todos pacientes hospitalizados.*
 - 1.2. A cada paciente que tiene instalada una ventilación mecánica le abre un registro individual en que cuenta los días que ha estado en ventilación mecánica desde la instalación al retiro. La sumatoria del número de días de uso de ventilación mecánica de todos los pacientes con el procedimiento en el mes constituye el denominador de la tasa.*
 - 1.3. Una vez que el paciente se encuentra en seguimiento con el registro, cada vez que se realiza la ronda en el servicio se revisa la historia clínica del paciente y se compara el cuadro clínico con una definición estandarizada de NVM.*
 - 1.4. Si se observa que se cumplen los criterios, se registra una NVM y se incluye el dato del agente etiológico. La suma de los casos de NVM constituyen el numerador de la tasa.*
- 2. Consolidación y envío:*
 - 2.1. La información recolectada es ingresada en forma consolidada mensualmente por la enfermera de IAAS que tiene el rol registrador en el sistema informático SICARS (“Formulario de Vigilancia de IIH por Síndromes Clínicos – SICARS”).*
 - 2.2. El médico del programa que tiene el rol validador revisa la información y la aprueba por cumplir los criterios epidemiológicos, clínicos y microbiológicos, con lo que la información es enviada a la autoridad del hospital.*
 - 2.3. La autoridad local (director, subdirector médico, otro delegado) la envía al MINSAL con el rol autorizado. A partir de ese momento la información se encuentra disponible por toda la red en forma consolidada.*
- 3. En el MINSAL, los profesionales del programa nacional pueden hacer análisis de tablas mensuales, trimestrales, semestrales o anuales con los datos.*