

**XXXI Congreso Nacional
de la Sociedad Española
de Medicina Interna**

**II Congreso Ibérico de
Medicina Interna**

OVIEDO
17-20 Noviembre 2010

Auditorio-Palacio de Congresos
"Príncipe Felipe"

**VII Congreso de la Sociedad
Asturiana de Medicina Interna**



INDICADORES DE CALIDAD EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

**Cristina Netto Miranda
Grupo de Urgencias- SEMI
Servicio de Urgencias
Fundació Hospital Esperit Sant
Santa Coloma de Gramenet
Barcelona**

Introducción

- Conceptos
- Historia y evolución de los indicadores
- Desarrollo de indicadores en los servicios de urgencias
- Seguridad clínica en urgencias
 - Historia. Estudios previos
 - Estudio EVADUR
- Indicadores de seguridad clínica.
- Proyecto integral para la seguridad clínica. FAD.
- Conclusiones

Conceptos

- **Calidad asistencial:**

- *“Una buena calidad asistencial es aquella en la que las actuaciones profesionales y la atención permanente al enfermo se desarrollan conforme a los más precisos vigentes conocimientos científicos, con una correcta aplicación práctica y con un trato personal considerado”*
- Calidad intrínseca o científico-técnica
- Calidad extrínseca o percibida

- **Indicador de calidad:**

- *“Parámetros cuantificables y objetivables que especifican las actividades asistenciales, los hechos, los incidentes y los resultados cuya calidad queremos valorar. La medida resultante se evaluará en función de que consiga satisfacer o no el estándar previamente marcado”*

Historia

- 1960s EEUU → Primeros estudios sobre indicadores de patología quirúrgica.
- 1997 GISUHC → propuesta de 8 indicadores para los servicios de urgencias.
- 1999 SEMES-INSALUD → documento sobre indicadores en urgencias con propuesta de 8 indicadores.



Figura 1. Indicadores propuestos por el GISUHC en 1997

Tiempo de valoración inicial
Tiempo total de permanencia
Pacientes con analítica
Pacientes con radiología
Correlación diagnóstica ingreso/alta
Retornos en 72 horas
Pacientes que marchan sin visita
Reclamaciones escritas

Figura 2. Indicadores del grupo de trabajo SEMES-INSALUD 1999

Tiempo de primera asistencia facultativa
Tiempo medio de permanencia en urgencias
Cumplimentación de la historia clínica
Información a pacientes y familiares
Codificación diagnóstico
Porcentaje de ingresos
Tasa de retornos en 72 horas
Tasa de mortalidad

Evolució dels Indicadors

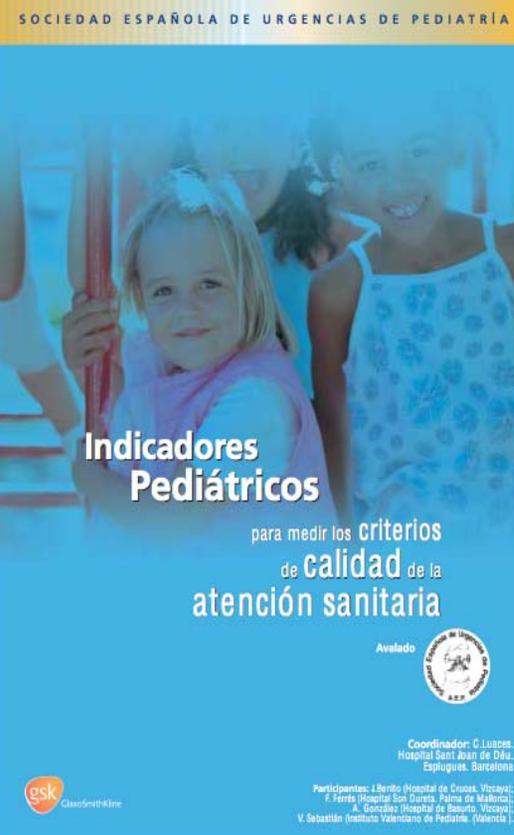
Serveis d'urgències:
indicadors per mesurar
els criteris de qualitat
de l'atenció sanitària

INO2/2001
Juny de 2001

Agència d'Avaluació
de Tecnologia i Recerca Mèdiques



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA



**Indicadores
Pediátricos**

para medir los criterios
de calidad de la
atención sanitaria

Avalado



Coordinador: C. Luaces,
Hospital Sant Joan de Déu,
Espaldades, Barcelona

Participantes: L. Berio (Hospital de Cruces, Vizcaya);
F. Ferré (Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca);
A. González (Hospital de Basurto, Vizcaya);
V. Sebastián (Instituto Valenciano de Pediatría, Valencia).

esk
GlaxoSmithKline



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE TOXICOLOGÍA
SECCIÓN DE TOXICOLOGÍA CLÍNICA

INDICADORES DE CALIDAD PARA LA ASISTENCIA URGENTE
DE PACIENTES CON INTOXICACIONES AGUDAS
(CALITOX - 2006)

Editores:
Santiago Nogué, Hospital Clínic, Barcelona
Jordi Puigruiguer, Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca
Montserrat Anigó, Hospital Clínic, Barcelona

Consultores:
Ana Ferrer, Hospital Clínico Universitario, Zaragoza
Antonio Dueñas, Hospital Río Hortega, Valladolid
Lluís Marruecos, Hospital de Sant Pau, Barcelona
Tomeu Castanyer, Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca

Dirección de contacto:
Santiago Nogué
SNOGUE@clinic.ub.es

27 de Abril de 2006

2001 → 103 indicadores
15 recomendados

2004 → 89 indicadores
en pediatría

2004 → 24 indicadores en
toxicología en urgencias

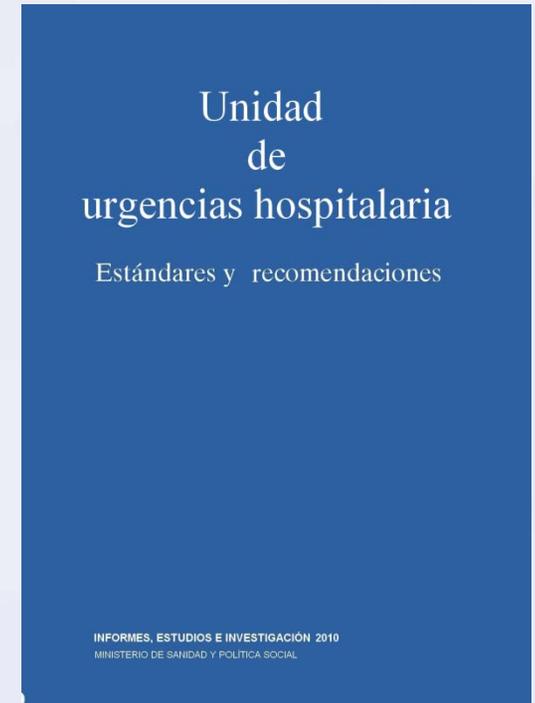
Evolución de los indicadores



2008 → recomendaciones para acreditación de servicios de urgencias



2009 →
125 indicadores en urgencias.
15 recomendados



2010 →
Ministerio de Sanidad y Política Social

Desarrollo de indicadores en los servicios de urgencias

- Características de un indicador:
 - Válido
 - Sensible
 - Específico
 - Relevante
 - Fiable
 - Factible

Desarrollo de indicadores en los servicios de urgencias

- Diseño de indicador:

- Nombre
- Dimensión
- Justificación
- Fórmula
- Explicación de términos
- Población
- Tipo
- Fuente de datos
- Estándar
- Comentarios



Estructura
Proceso
Resultado

Accesibilidad	Oportunidad
Efectividad	Eficacia
Conveniencia	Eficiencia
Continuidad	Intimidad
Confidencialidad	Seguridad
Participación	Adecuación
Aceptabilidad/Satisfacción	Apoyo del entorno

Desarrollo de indicadores en los servicios de urgencias

- Criterios de selección:
 - Obligatoriedad por parte de administración pública o empresa contratante
 - Recomendación por parte de sociedad científica
 - Indicador que permite evaluación de medidas correctoras
 - Factibilidad de su medición
 - Posibilidad de realizar medidas correctoras en caso de no cumplir con el estándar
 - Valoración global del proceso: indicadores que representen las dimensiones más relevantes y escoger los indicadores más adecuados para evaluarlas
 - El número de indicadores debe ser el adecuado para poder realizar el análisis adecuado
 - Comparación con otros centros “benchmarking”

Desarrollo de indicadores en los servicios de urgencias

Indicadores recomendados 2001	Indicadores recomendados 2009
Demora de la realización de ECG en SCA	Tiempo hasta la primera asistencia facultativa
Administración de AAS en SCA	Revisión del carro de paros/ box de reanimación
Tiempo puerta-aguja en el IAM	Registro de efectos adversos
Demora en el inicio del tratamiento antibiótico	Evaluación de efectos adversos
Valoración del peak-flow en asmáticos	Estancia media en el área de observación
Valoración psiquiátrica en los intentos de autolisis	Permanencia en urgencias
Radiología cervical en traumatismos cervicales	Sesiones clínicas
Demora en la práctica de la ECO abdominal o de la PLP en traumatismos abdominales	Tasa de reclamaciones
Existencia de una sistemática de clasificación de pacientes	Existencia de triaje
Tiempo de respuesta de consultores	Satisfacción de los pacientes
Readmisiones a las 72 horas	Retornos a las 72 horas
Readmisiones con ingreso	Enfermos no visitados
Evaluación de la mortalidad	Evaluación de la mortalidad
Cumplimentación del informe de asistencia	Cumplimentación del informe de asistencia
Protocolos de riesgo vital	Protocolos de riesgo vital

Desarrollo de indicadores en los servicios de urgencias

Unidad
de
urgencias hospitalaria

Estándares y recomendaciones

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN 2010
MINISTERIO DE SALUD Y POLÍTICA SOCIAL

Dimensión de la calidad	Indicador	Objetivo
1. Integración de la UUH en un sistema de urgencias	Disponer de protocolos establecidos de coordinación con el sistema de urgencias en donde la UUH se inserte. Estos protocolos atenderán, de forma diferenciada, a aquellos procesos que se consideren relevantes para un sistema Integral de urgencias, incluyendo como mínimo: Ictus, Politraumatismo, Síndrome coronario agudo.	
	2.1. Estancia media global de la UUH	< 4 horas. < 24 horas en sala de observación
2. Eficiencia de la UUH.	2.2. Tiempo medio puerta - médico	Emergencia: Inmediata. Muy urgente < 15 minutos. Urgente < 30 minutos. Menos urgente < 60 minutos. No urgente < 120 minutos
	2.3. Tiempo admisión ingreso	< 4 horas
	2.4. % Reingresos	[a] / b] * 1.000 a) Número de altas con reingresos en la UUH en un período ≤ 72 horas. b) Total de altas de la UUH.
3. Calidad científico-técnica	3.1. Tratamiento del ictus	Cumplimiento de los estándares de la estrategia del SNS. Establecimiento de procedimientos de "vía rápida" (fast track).
	3.2. Tratamiento del síndrome coronario agudo	Cumplimiento de los estándares de la estrategia del SNS. Establecimiento de procedimientos de "vía rápida" (fast track).
	3.3. Tratamiento del politraumatismo	Un médico con experiencia apropiada debe estar disponible dentro de los 10 minutos de llegada para el tratamiento de los casos de trauma grave. Hoja de documentación específica. Establecimiento de procedimientos de "vía rápida" (fast track).
	3.4. RCP	Un médico con experiencia apropiada debe estar disponible de forma inmediata. Hoja de documentación específica.
	3.5. Otros procesos	Deben estar protocolizados al menos aquellos procesos que sumen el 80% de la casuística.
4. Reclamaciones y altas voluntarias	4.1. Porcentaje de reclamaciones	[a / b] * 100 a) Reclamaciones presentadas. b) Total de pacientes atendidos.
	4.2. Porcentaje de altas sin haber sido visto	[a / b] * 100 a) Pacientes que se van sin haber sido vistos por un médico. b) Total de pacientes atendidos.
	4.3. Porcentaje de altas voluntarias	[a / b] * 100 a) Pacientes que habiendo sido vistos no terminan el tratamiento o solicitan el alta voluntaria. b) Total de pacientes atendidos.
5. Desarrollo y satisfacción profesional	5.1. Índice de satisfacción.	[a / b] * 100 a) Encuestados que declaran estar satisfechos o muy satisfechos con su trabajo y desarrollo profesional. b) Total de encuestados.
	5.2. Sensación de sobrecarga	[a / b] * 100 a) Encuestados que declaran estar sobrecargados > de 6 horas al día. b) Total de encuestados.
6. Índice de satisfacción usuario	6.1. Índice de satisfacción.	[a / b] * 100 a) Encuestados que han acudido en el último año a la UUH que declaran haber recibido una atención buena o muy buena. b) Encuestados que han utilizado dichos servicios en el último año.

Seguridad clínica

- 2000 → *“To Err is Human”*
- OMS: *“La seguridad es la base para unos cuidados de calidad, es el fundamento de la calidad, un principio fundamental del cuidado del paciente y un componente crítico del control de calidad”*
- Internacional: AHRQ, HCQI, NQF, JC
- *SCMU: 54%, SEUP: 51%, Calitox: 75%*
- *SEMES-MSPS: 70%*

Seguridad clínica

- ENEAS 2005:
 - 9,3% eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria (8,4% asistencia directa)
 - 42,8% EVITABLES
 - Área de urgencias:
 - 0,76% relacionados con las asistencia en urgencias
 - 3% del total de eventos adversos
 - 75,9% EVITABLES
- APEAS :
 - 7,12% eventos adversos relacionados con la atención en AP
 - 57,4% de eventos adversos tienen riesgo intrínseco
 - 24,8% generaron visita a urgencias (5,8% ingreso)

Seguridad clínica

- EVADUR

- Prospectivo, descriptivo, multicéntrico

- 12% de los pacientes visitados en un SU sufrió algún tipo de incidente o evento adverso

- 8,7% no llegó al paciente

- 36,5% llegó al paciente pero no causó daño

- 54,8% causó daño al paciente

- 54,8% la atención sanitaria no se vio afectada

- 70% de los EA se consideró EVITABLE

- Mortalidad relacionada: 0,05%

- 7,5% de las visitas a urgencias se debió a un EA previo

Indicadores en seguridad clínica

- Tipos de indicadores:
 - Indicadores Centinela
 - JCAHO: siempre se realizará un RCA
 - NQF: “never events”
 - “Triggers”: Desarrollados por la IHI
 - De resultados: AHRQ /OCDE
 - De procesos:
 - *“Safe Practices for Better Health Care”* (NQF)
 - *“Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente”* (ISEP)

Indicadores en seguridad clínica

- AHRQ (2003)

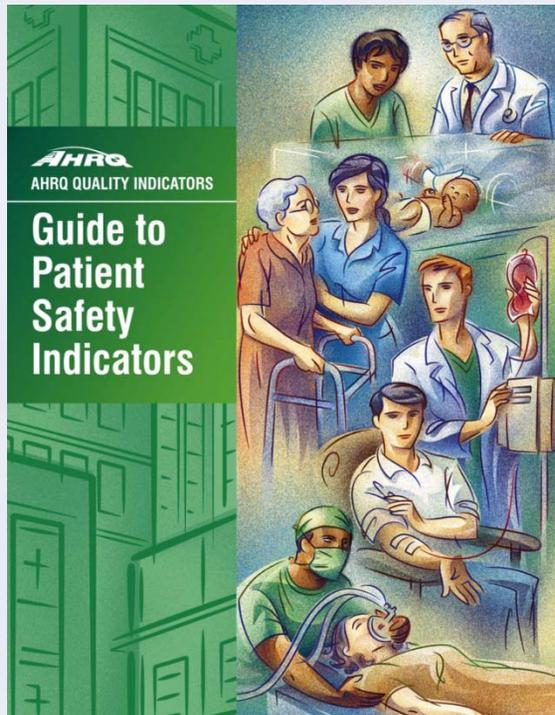


Tabla 1. Indicadores de seguridad del paciente de la AHRQ (PSI). Con asterisco, los validados en España por el Ministerio de Sanidad y Consumo

Nombre	Definición
Complicaciones de la anestesia	Casos de sobredosificación o reacción a anestésicos así como malposición o desplazamientos de tubos endotraqueales por 1.000 altas quirúrgicas que han sido sometidas a intervención.
Muertes en DRG de baja mortalidad*	Muertes intrahospitalarias por 1.000 pacientes en GRD con una mortalidad inferior al 0,5%. Se excluye trauma, inmunodepresión y cáncer.
Úlceras por presión*	Casos de úlceras de decúbito por cada 1.000 pacientes dados de alta con una estancia de 5 o más días. Diversos criterios de exclusión.
Fallos de rescate	Muertes por 1.000 pacientes que han sufrido complicaciones específicas durante su hospitalización (ej. neumonía, TVP/TEP, sepsis, fallo renal agudo, shock/paro cardíaco, hemorragia digestiva/úlcera aguda...).
Cuerpo extraño abandonado*	Altas con cuerpo extraño abandonado accidentalmente durante un procedimiento por cada 1.000 altas.
Neumotórax iatrogénico	Casos de neumotórax iatrogénico por 1.000 altas.
Infecciones después de determinados procedimientos médicos*	Casos con códigos secundarios ICD-9-CM 9993 o 00662 por 1.000 altas.
Fracturas de cadera en el postoperatorio*	Casos de fractura de cadera intrahospitalaria por 1.000 altas quirúrgicas.
Hemorragias o hematomas en el postoperatorio	Casos de hemorragia o hematoma que requieren alguna intervención por 1.000 altas quirúrgicas.
Trastornos fisiológicos y metabólicos postoperatorios	Casos con determinadas complicaciones o deterioros fisiológicos o metabólicos por cada 1.000 altas quirúrgicas electivas.
Insuficiencia respiratoria en el postoperatorio	Casos de insuficiencia respiratoria aguda por 1.000 altas quirúrgicas electivas.
TEP o TVP en el postoperatorio*	Casos de TEP o TVP por 1.000 altas quirúrgicas.
Sepsis postoperatoria*	Casos de sepsis por 1.000 pacientes quirúrgicos electivos con una estancia superior a 3 días.
Dehiscencia de herida postoperatoria	Casos de reintervención por dehiscencia postoperatoria de pared abdominal por 1.000 casos de cirugía abdominopélvica.
Punción o laceración accidental	Casos de dificultad técnica (corte o laceración accidental durante procedimiento quirúrgico) por 1.000 altas.
Reacción transfusional	Casos de reacciones transfusionales por 1.000 altas.
Daño neonatal en nacimiento*	Casos de trauma neonatal por 1.000 nacimientos vivos.
Trauma obstétrico en parto vaginal instrumentado*	Casos de trauma obstétrico (laceraciones de grado 3 ó 4) por 1.000 partos vaginales instrumentados.
Trauma obstétrico en parto vaginal no instrumentado*	Casos de trauma obstétrico (laceraciones de grado 3 ó 4) por 1.000 partos vaginales no instrumentados.
Trauma obstétrico en cesárea*	Casos de trauma obstétrico (laceraciones de grado 3 ó 4) por 1.000 partos por cesárea.

Indicadores en seguridad clínica

• HCQI/OCDE

NQF/ ISEP

Tabla 2. Indicadores del proyecto HCQI

Grupos	Indicadores
Infecciones hospitalarias	Neumonía asociada a la ventilación mecánica. Infección de herida. Infección debida a la atención médica. Úlcera de decúbito.
Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas	Complicaciones de la anestesia. Fractura de cadera postquirúrgica. Embolia pulmonar postquirúrgica. Sepsis postoperatoria. Dificultad técnica en un procedimiento.
Sucesos centinela	Reacción transfusional. Grupo sanguíneo erróneo. Cirugía sobre una parte errónea del cuerpo. Cuerpo extraño dejado durante el procedimiento. Sucesos adversos relacionados con el equipo médico. Errores de medicación.
Obstetricia	Trauma neonatal – daño al neonato. Trauma obstétrico – parto vaginal. Trauma obstétrico – Parto por cesárea. Problemas con el parto.
Otros	Caídas del paciente. Fractura de cadera en postoperatorio.

Tabla 3. Grupos y recomendaciones de la NQF referentes a prácticas seguras sobre las que se han desarrollado indicadores en el proyecto ISEP. N: Número de indicadores desarrollados

Grupo	Recomendación
Crear una cultura de seguridad	Crear una cultura de seguridad.
Adecuar la capacidad del servicio a las necesidades del paciente	Existencia de normas razonadas para la dotación del personal de enfermería. Participación del farmacéutico en los procesos de prescripción, dispensación y administración de fármacos.
Facilitar una adecuada transferencia de la información y una clara comunicación	Asegurar comprensión de órdenes emitidas verbalmente. Uso normalizado de abreviaturas y anotación de dosis. Preparar resúmenes e informes con datos y documentos, no de memoria. Transmisión clara y a tiempo de cambios en la atención del paciente. Asegurar la comprensión del consentimiento informado. Asegurar el conocimiento de las preferencias del paciente para cuidados terminales. Implementar protocolo para prevenir etiquetado erróneo de RX. Implementar protocolos para prevenir cirugía en sitio y paciente equivocado.
Mejorar la seguridad en situaciones específicas	Evaluación y prevención de úlceras por decúbito. Evaluación y prevención de trombosis venosas profundas. Gestión específica de la anticoagulación. Prevención de infecciones asociadas al uso de catéteres venosos centrales. Prevención de la infección de herida quirúrgica. Utilización de protocolos para prevenir daños renales por contraste. Evaluación del riesgo de malnutrición y prevención de su aparición. Evaluación y prevención de complicaciones en pacientes intervenidos bajo isquemia controlada. Lavado/descontaminación de manos antes y después de un contacto directo con pacientes u objetos de su entorno. Vacunación de la gripe a todo el personal sanitario.
Mejorar la seguridad en el uso de medicamentos	Preparación de medicación. Estandarización del etiquetado, empaquetado y almacenamiento de medicamentos. Identificación específica de medicación de alto riesgo. Dispensación de medicamentos en unidosis.

Indicadores en seguridad clínica

- 2009

Tabla 4. Ejemplos de indicadores con referencia a la seguridad del paciente diseñados específicamente para el área de urgencias

Área	Indicador
Estructura	Revisión de material y aparataje de la sala de reanimación Revisión del carro de paros Botiquín adecuado de antídotos
Admisión y valoración de grado de urgencia Demoras en diagnóstico y tratamiento	Existencia de un sistema de <i>triaje</i> estructurado Tiempo puerta – aguja en el IAM Demora en el inicio del tratamiento antibiótico Demora en ECG en pacientes con SCA Tiempo hasta visita médica Demora en la práctica de ECO/PLP en trauma abdominal
Transferencia de pacientes/información	Adecuación del transporte intrahospitalario Cumplimentación del informe de asistencia
Detección y prevención de efectos adversos	Tasa de mortalidad Evaluación de la mortalidad Retornos a 72 horas Retornos con ingreso Prevalencia de flebitis postvenopunción Caídas de pacientes Errores de medicación Registro de EA Seguimiento de las contenciones Cumplimentación protocolo lavado de manos Valoración psiquiátrica en los intentos de autolisis Radiología cervical en traumatismos cervicales
Variabilidad	Protocolos de riesgo vital Protocolos clínicos Situaciones riesgo social

Indicadores Cuadro de Mando SERVICIO DE URGENCIAS	ESTÁNDAR
Tiempo entre admisión y triaje inferior a 10 min	≥ 85%
Fugas antes del triaje	4%
Fugas después del triaje	2%
Demora primera asistencia según nivel de triaje	Según triaje
Tiempo puerta-aguja en el IAM (30min)	100%
Tiempo puerta-balón en el IAM (90min)	75%
Demora en la realización del ECG en pacientes con SCA	<5%
Control y supervisión en pacientes politraumatizados	100%
Cumplimiento del código ICTUS	Plan de Salud
Demora inicio tratamiento antibiótico	90%
Caídas de pacientes	0 x 1000
Estancias superiores a 24 horas en el servicio de urgencias	<1%
Tiempo de demora de ingreso	<20%
Readmisiones en 72 h	<6%
Readmisiones con ingreso	No establecido
Revisión de material y aparataje de la sala de reanimación	100%
Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias	No establecido
Evaluación de la mortalidad	100%

Conclusiones

- Indicadores adecuados en cada SU son una buena herramienta de evaluación de la calidad asistencial y seguridad clínica
- El riesgo de sufrir un EA en el SU es importante y su alta evitabilidad hace necesario establecer medidas de seguimiento para prevenir la aparición de EA.
- Es necesaria la formación y cultura de seguridad en nuestros SU.



¡¡MUCHAS GRACIAS!!