



# Indicadores Clave Seguimiento

**UGC PEDIATRÍA**

---

**Hospital Regional Universitario de Málaga**

**MAYO 2021**



**Junta de Andalucía**  
Consejería de Salud y Familias  
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

## INTRODUCCIÓN

Consideramos **indicadores clave** al conjunto priorizado de información que abarca los aspectos más relevantes de la información relacionada con la salud y el sistema de gobierno de la Unidad Asistencial de Pediatría, y que nos sirven para evaluar los objetivos de los distintos procesos y prácticas implantados, atendiendo a la cartera de servicios que le es propia y en consonancia con las políticas sanitarias.

La selección de indicadores se realiza por consenso a través del Sistema de Gobierno de la Unidad, tomando como referencia:

1. las políticas sanitarias establecidas por la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía a través de su contrato programa con el centro de adscripción,
2. las líneas establecidas por la propia unidad para su gestión y desarrollo dentro de su cartera de servicios.

Su recogida, explotación y difusión deben estar sometidas a criterios de normalización con el fin de disponer de información ejecutiva y multidimensional que facilite su análisis y evaluación de tendencias.

Los distintos indicadores se agrupan en áreas que permitan su operatividad y visión integral.

Cada **área** puede incluir uno o varios indicadores clave, a saber:

1. Accesibilidad
2. Actividad Asistencial/Procesos Asistenciales
3. Seguridad
4. Formación e investigación
5. Eficiencia/sostenibilidad presupuestaria/Usos racionales del medicamento
6. Percepción/Participación Ciudadana

## DEFINICIÓN DE INDICADORES

Cada **indicador clave** está definido:

1. con unos límites de consecución del objetivo establecidos por las sociedades científicas, institucionales o de la propia unidad, si no existiera referencia previa.
2. Con una metodología de medición que prevenga sesgos y garantice la tendencia en el tiempo.
3. Identificación de la fuente de reporte y herramienta de medición.
4. Responsable del seguimiento del indicador.
5. Frecuencia de medición.

Para poder objetivar el comportamiento de un indicador, éste debe tener un evolutivo mínimo tres años.

## EVALUACIÓN

Aunque muchos de los indicadores tienen una frecuencia menor, por las características funcionales de las determinadas fuentes de reporte, la evaluación de los mismos tiene carácter anual para su análisis y detección de desviaciones e implementación de áreas de mejora, si procede.

Desglosando por áreas:

### ACCESIBILIDAD

#### INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2018	2019	2020
<b>Demora hasta la primera visita procedente de Atención Primaria (AP) &lt; 60 días</b>	Ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para ser atendido	0	InfoWEB	0	35	39
<b>Demora hasta la primera visita procedente de Atención Especializada (AH) &lt; 60 días</b>	El Hospital garantizará que ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AH supere el plazo de 60 días para ser atendido	0	InfoWEB	0	78	44

## ACTIVIDAD ASISTENCIAL

### INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2018	2019	2020
<b>HOSPITALIZACIÓN</b>						
<b>Índice de ambulatorización</b>	Sesiones en Hospital de día médico/estancias médicas en hospitalización	> 0,2%	CMBD hospitalización	-	0,37	0,31
<b>Uso adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida</b>	Consumo real de estancias/consumo esperado para la casuística que ha tratado	<1	CMBD hospitalización	0,95	0,91	0,93
<b>Disminuir los reingresos hospitalarios</b>	Reducción del % de reingresos hospitalarios (primeros 31 días)	< 7,5%	CMBD hospitalización	-	9%	10,4%
<b>CONSULTAS EXTERNAS</b>						
<b>Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas</b>	Primeras visitas/Visitas sucesivas x 100	> 15%	InfoWEB	-	-	13,67%

## PROCESOS ASISTENCIALES

### 1. SINDROME FEBRIL EN < 36 MESES

#### INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2018	2019	2020
Recogida adecuada de orina en pacientes no continentes	Nº de menores con sospecha de ITU por muestra obtenida por método estéril/Nº de menores con sospecha de ITU	> 90%	Auditoría de historias clínicas	100%	100%	100%
Valoración de los niños de 0-36 meses mediante escala	Nº de niños de 0-36 meses con SFSF ingresados a los que se le aplica la escala YIOS/YALE x 100/Nº total de niños atendidos con SFSF	>80%	Auditoría de historias clínicas	81,25	71,4%	85%
Empleo correcto de fármacos antitérmicos	Nº de niños de 3-36 meses con SFSF ingresados en el hospital a los que se le aplica la escala YIOS/YALE x 100/Nº total de niños atendidos de 0-36 meses con SFSF x 100	0%	Auditoría de historias clínicas	0%	0%	0%
Información a padres y/o cuidadores	Nº de niños con fiebre remitidos a su domicilio cuyos padres disponen de indicaciones precisas sobre las medidas a aplicar x 100/Nº total de niños con fiebre remitidos a observación domiciliaria	>90%	Auditoría de historias clínicas	93,75%	95,2%	100%
Ingreso de niños menores de 1 mes con fiebre	Nº de niños < 1 mes con fiebre que acuden al hospital y son ingresados x 100/Nº de niños menores de 1 mes con fiebre que acuden al hospital	100%	Auditoría de historias clínicas	100%	100%	100%

### 2. ASMA

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2018	2019	2020
Niños con diagnóstico funcional de asma	Nº. de niños con diagnóstico funcional de asma en las que está documentada la reversibilidad o variabilidad*/ Nº. de personas diagnosticadas de asma x 100	> 80%	Auditoría de historias clínicas	100%	100%	100%
Niños diagnosticados de asma en cuya historia de salud	Niños diagnosticados de asma con registro de presencia o ausencia de consumo, exposición al humo del	>80%	Auditoría de historias clínicas	90%	90%	93%



<b>consta la exposición al humo del tabaco</b>	tabaco/ Personas diagnosticadas de asma x 100					
<b>Registro del grado de control de la enfermedad asmática</b>	Niños diagnosticados de asma que tiene registrado el grado de control de la enfermedad o registro de cuestionario de control del asma recomendado (ACT o CAN)/ Personas diagnosticadas de asma x 100	>80%	Auditoría de historias clínicas	100%	100%	100%
<b>Niños diagnosticados de asma en tratamiento controlador</b>	Niños diagnosticados de asma persistente de inicio o no controlada en seguimiento con tratamiento con medicación controladora/Nº. de personas diagnosticadas de asma x 100.	>80%	Auditoría de historias clínicas	100%	100%	100%
<b>Niños diagnosticados de asma y en tratamiento controlador adecuado a la gravedad</b>	Niños con tratamiento de mantenimiento glucocorticoideo con dosis baja-medias o antileucotrienos / Nº. de personas diagnosticadas de asma leve o moderada x 100.	>80%	Auditoría de historias clínicas	100%	100%	100%
<b>Niños diagnosticados de asma grave (escalón 5) en tratamiento con omalizumab</b>	Porcentaje de niños mayores de 6 años con omalizumab que cumplen indicación para su uso	>80%	Auditoría de historias clínicas	100%	100%	100%
<b>Establecimiento de un plan educativo en los niños diagnosticados de asma</b>	Nº de niños con diagnóstico de asma que hayan recibido información oral o escrita sobre los sistemas de inhalación, evitación de desencadenantes y pautas de actuación relativas a su patología y exista constancia escrita en la Hª de Salud/ Nº de personas diagnosticadas de asma x 100	>80%	Auditoría de historias clínicas	90%	87,8%	93%
<b>Niños menores de 5 años con sospecha de asma</b>	Niños menores de 5 años con sospecha de asma a los que se les ha aplicado clasificación de fenotipo del niño con sibilancias y/o el cálculo del índice predictivo de asma / Nº de menores de 5 años con sospecha de asma x 100	>80%	Auditoría de historias clínicas	100%	100%	100%

## SEGURIDAD

### INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2018	2019	2020
<b>Gestión de notificaciones al observatorio de la seguridad del paciente</b>	Nº de notificaciones al observatorio gestionadas/total de notificaciones	> 80%	Datos aportados por el Observatorio/U. Calidad	-	-	81%
<b>Disminuir la tasa de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria</b>	Nº de infecciones (flebitis+ bacteriemia relacionada con catéter) relacionadas con catéteres tipo línea media/PICC / total de catéteres canalizados	< 5%	BBDD propia de la sala de procedimientos pediátricos avanzados	17,1%	9%	7%
<b>Analizar las causas y efectos de todos los eventos con consecuencias graves o potencialmente graves</b>	Realizar un análisis causa raíz en todos los eventos centinela	100%	Datos analizados por la responsable de seguridad de la unidad	100%	100%	100%

## FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN

### INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2018	2019	2020
<b>Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones</b>	Aumentar el factor de impacto global de las publicaciones de la unidad	> Media de los tres últimos años disponibles	Datos proporcionados por la Unidad de Formación	36,05	102,27	145,4
<b>Realizar propuestas formativas para contribuir al Plan de formación del hospital</b>	Realizar propuestas formativas dirigidas a actualizar competencias específicas de los profesionales, a través del procedimiento de detección de necesidades formativas de la Unidad de formación	SI/NO	Datos proporcionados por la Unidad de Formación	SI	SI	SI
<b>Acreditar las sesiones clínicas de la unidad</b>	Incluir en el calendario de sesiones clínicas un conjunto de al menos 4 sesiones clínicas acreditadas.	>4 SESIONES ACREDITADAS	Datos proporcionados por la Unidad de Formación	SI	SI	SI
<b>Aumentar el número de proyectos de investigación activos en la unidad</b>	Solicitar al menos un proyecto de investigación competitivo al año	>1	Datos proporcionados por IBIMA	5	6	8

## EFICIENCIA

### INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2018	2019	2020
<b>Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas</b>	Primeras consultas procedentes de AP + Interconsultas procedentes de otra especialidad) / Total de consultas X 100	> 18%	InfoWEB		Expresado como aumentar las altas en consulta: disminución relación sucesivas/primeras <3= 4,01	13,67%
<b>Ausencia de reingresos hospitalarios por falta de adiestramiento adecuado a cuidadores de niños con tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE)</b>	Nº reingresos hospitalarios por falta de adiestramiento adecuado a cuidadores de niños en tratamiento en domicilio x 100/Nº total de ingresos para TADE	< 10%	Auditoría de historias clínicas	0%	0%	0%

## USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

### INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	AÑO 2018	Año 2019	AÑO 2020
<b>Aumentar el % de utilización de medicamentos biológicos prescritos mediante receta que son biosimilares</b>	Aumentar el % de utilización de INSULINA GLARGINA biosimilar	2020: >50% 2021: >70%	Portal FARMACIA	-	-	1,34%
<b>Aumentar el % de utilización de medicamentos biológicos de adquisición hospitalaria que son biosimilares</b>	Aumentar el % de utilización de H. de crecimiento y fármacos biológicos biosimilares	2020: > 50% 2021: > 35%	Portal FARMACIA	-	Se expresó individualmente como hormona de crecimiento e infliximab en pacientes naive (no comparable)	26,66%
<b>Aumentar la prescripción por principio activo</b>	Promover la prescripción por principio activo	> 90%	Portal FARMACIA	95,99%	95,89%	96,06%

## PERCEPCIÓN/PARTICIPACIÓN CIUDADANA

### INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2018	2019	2020
<b>Realizar encuesta de satisfacción: área ambulatoria/hospitalización</b>	Favorecer la cumplimentación de la encuesta de satisfacción	SI/NO	Análisis interno (resultados en papel y QR)	SI	SI	SI
<b>Respuesta a reclamaciones &lt; 15 días</b>	Responder en la aplicación Resuelve antes de 15 días	Tº medio de respuesta (días)	RESUELVE	20,2	19,4	11,3
<b>Informe de reflexión tras análisis de encuestas de satisfacción + reclamaciones</b>	Realizar un informe de reflexión	SI/NO	Informe propio	SI	SI	SI



**Junta de Andalucía**

Consejería de Salud y Familias

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD



*Unidad de Calidad*

Hospital Regional Universitario de Málaga