



Indicadores Clave

Seguimiento y análisis

UGC PEDIATRÍA

Hospital Regional Universitario de Málaga

MAYO 2023



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 Y ANÁLISIS

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	2020	2021	2022
Demora hasta la primera visita procedente de Atención Primaria (AP) < 60 días	Ningún paciente pendiente de una primera consulta solicitada desde AP supere el plazo de 60 días para ser atendido	0	InfoWEB	3	93	45
Demora hasta la primera visita procedente de Atención Especializada (AH) < 60 días	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	44	18	35

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

- Es muy complicado prever el número de derivaciones que se recibirán desde AP y AH, de ahí que, en determinadas épocas, especialmente relacionadas con periodos vacacionales en los que se reduce el número de consultas, se puedan desviar algunos pacientes del límite de tiempo establecido para ser citados por primera vez. No obstante, hay que tener en cuenta que:
- En los últimos 4 años, se ha producido un incremento significativo en el número de consultas atendidas en Pediatría, alcanzando un pico máximo en 2023 con casi 55.000/año.
- Desde 2020 se ha venido registrando un aumento constante de las derivaciones desde Atención Primaria año tras año, llegando casi a las 9000/año en 2023 (figura 2), lo que ha constituido un aumento del 60% respecto a 2020.
- Si desglosamos por subespecialidad pediátrica, vemos como desde 2015, el número de consultas totales se ha incrementado en general, aunque en algunas como Neumología, Nefrología pediátrica o Aparato digestivo pediátrico ha constituido prácticamente el 50% respecto a 2015.
- Se han establecido una serie de medidas de gestión para hacer frente a esta situación con la misma plantilla de profesionales y la misma infraestructura; entre ellas se incluyen destinar agendas



completas a primeras visitas, tanto en horario habitual de mañana como en continuidad asistencial en las agendas más solicitadas: Alergia, Neurología, Cardiología y Aparato digestivo pediátrico.

- Un punto a destacar es que en derivaciones de AP se observa una menor desviación respecto al año previo, sin embargo, hemos incrementado la desviación de derivaciones AH respecto al año previo (2021). Esto se debe a un problema administrativo/informático. Las derivaciones de AP llevan implícito un sistema de alertas que permite a las administrativas de Cita previa dar prioridad en función del tiempo de espera. Sin embargo, las derivaciones de AH no llevan este sistema en Diraya, por lo que no se priorizan.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

- Implantación de un sistema de alarmas para la detección de aquellos pacientes procedentes de AH que se acercan al límite de los 60 días a través del Servicio de atención al ciudadano/cita previa.
- Revisión quincenal del número de pacientes derivados de atención primaria que se encuentran en el buzón y aun no se les ha asignado una cita. La detección precoz de desviaciones al respecto permitirá implantar medidas que eviten la citación por encima de los 60 días.

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE MEJORAS

MEJORA IMPLANTADA	MONITORIZACIÓN	FECHA IMPLANTACIÓN	REFERENTE DE LA ACCIÓN
Revisión quincenal de los pacientes que se encuentran en el buzón de solicitudes pendientes de citar en las consultas de especialidades más demandadas	Revisión a través de Citación Diraya-Solicitudes procedentes de AP	Segundo trimestre del año 2021	Secretaria de la UGC encargada de la gestión de agendas
Implantación sistema de alarmas para los pacientes que se acercan a los 60 días	A través de INFHOS	Tercer trimestre 2021	Responsable de cita previa (Servicio de Atención al ciudadano)

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2020	2021	2022
HOSPITALIZACIÓN						
Índice de ambulatorización	Sesiones en Hospital de día médico/estancias médicas en hospitalización	> 0,2%	CMBD hospitalización	0,31	0,38	0,45
Uso adecuado de las estancias hospitalarias en función de la casuística atendida	Consumo real de estancias/consumo esperado para la casuística que ha tratado	<1	CMBD hospitalización	0,93	0,87	0,79
Disminuir los reingresos hospitalarios	Reducción del % de reingresos hospitalarios (primeros 31 días)	< 7,5%	CMBD hospitalización	10,4	8,94	7,26
CONSULTAS EXTERNAS						
Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas	Primeras visitas/Visitas sucesivas x 100	> 15%	InfoWEB	13,67	16,8	16,7

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

Durante este año 2022, se ha podido reducir y cumplir el indicador asistencial con mayor dificultad para su cumplimiento en los últimos años, como es la disminución de los reingresos hospitalarios. Las características propias de nuestro hospital, único centro pediátrico de tercer nivel de la provincia y que por tanto centraliza el ingreso de todos los niños y adolescentes con enfermedades crónicas y complejas, oncológicos y en situación de cuidados paliativos, influye de forma importante en el número de reingresos.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

- Mantener en aumento el índice de ambulatorización para disminuir en lo posible los ingresos de pacientes que no precisen ingreso estrictamente dicho.
- Intentar que los pacientes oncológicos que ingresan por complicaciones secundarias al tratamiento quimioterápico no se contabilicen como reingresos.

PROCESOS ASISTENCIALES

1. SINDROME FEBRIL EN < 36 MESES

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2020	2021	2022
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	85%	86%	83%
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	100%	86%	91%
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%
Realización de pruebas complementarias en los menores de 3 años con fiebre sin foco a los que se prescribe antibiótico	Porcentaje de antibióticos en menores de 3 años con fiebre sin foco y pruebas complementarias / Total de menores de 3 años con procesos de fiebre sin foco a los que se indica antibiótico x100.	100%	Auditoría de historias clínicas	100%	100%	100%

2. ASMA

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2020	2021	2022
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%



consta la exposición al humo del tabaco	tabaco/ Personas diagnosticadas de asma x 100					
Registro del grado de control de la enfermedad asmática	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%
Niños diagnosticados de asma en tratamiento controlador	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%
Niños diagnosticados de asma y en tratamiento controlador adecuado a la gravedad	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%
Niños diagnosticados de asma grave (escalon 5) en tratamiento con omalizumab	Porcentaje de niños mayores de 6 años con omalizumab que cumplen indicación para su uso	>80%	Auditoría de historias clínicas	100%	100%	100%
Establecimiento de un plan educativo en los niños diagnosticados de asma	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%	100%
Niños menores de 5 años con sospecha de asma	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%

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

SINDROME FEBRIL EN < 36 MESES

Es importante referir que se ha realizado el análisis sobre el total de niños ingresados en el hospital con este PAI, siendo un número escaso, por lo que los datos son menos representativos.

En general, se cumplen todos los indicadores según el límite propuesto. No obstante, hay dos indicadores con margen de mejora:

- La inclusión de la escala de gravedad en la historia clínica para cuantificar de manera objetiva la afectación del paciente y el riesgo de infección bacteriana grave.
- La información a los padres o cuidadores en el momento del alta debería ser más explícita, quedando recogida en el informe de alta y haciendo relación tanto a los signos de alarma, como al tipo de medidas físicas a administrar y la medicación de elección (sin necesidad de alternancia de antitérmicos).

ASMA

Aunque se cumplen todos los indicadores en un porcentaje muy elevado de historias clínicas revisadas, se podría mejorar en uno de ellos:

- Completar adecuadamente las historias clínicas de los pacientes asmáticos, insistiendo en si existe exposición al humo del tabaco en el hogar.

Es importante mantener la adherencia al tratamiento.

Se debe reforzar la continuidad asistencial del paciente asmático grave.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS (a realizar por el responsable de cada PAI)

SINDROME FEBRIL EN < 36 MESES:

- Concienciar a los miembros de la unidad la importancia de realizar escalas de valoración del riesgo al ingreso (YIOS / YALE). Se favorece su inclusión, incluyendo dicha escala en la plantilla de alta en el programa DAH.
- Mejorar las recomendaciones a familiares al alta de hospitalización incorporando en el informe de alta plantilla de información / recomendación a padres sobre el cuidado de los pacientes con fiebre en la infancia, incluyendo la no alternancia de antitérmicos.
- Difusión de Proceso Normalizado de Trabajo de Transferencia de pacientes de urgencias de pediatría a planta de hospitalización.
- Difusión de Proceso Normalizado de Trabajo sobre Conciliación de la medicación.

ASMA:

- Adecuar los sistemas de inhalación al grado de madurez del paciente, instruyendo en su correcto uso, en la consulta de neumología.
- Revisión en consulta externa a los pacientes con crisis de asma moderada-grave, que hayan ingresados en nuestro centro, en el plazo de un mes.

SEGURIDAD

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2020	2021	2022
Gestión de notificaciones al observatorio de la seguridad del paciente	Nº de notificaciones al observatorio gestionadas/total de notificaciones	> 80%	Datos aportados por el Observatorio/U. Calidad	81%	85%	85,5%



<p>Junta de Andalucía Consejería de Salud y Familias SERVICIO ANDALUZ DE SALUD</p> <p>Disminuir la tasa de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria</p>	<p>Nº de infecciones (flebitis+ bacteriemia relacionada con catéter) relacionadas con catéteres tipo línea media/PICC / total de catéteres canalizados</p>	<p>< 5%</p>	<p>BBDD propia de la sala de procedimientos pediátricos avanzados</p>	 <p>7%</p>	<p><i>Unidad de Calidad</i> Hospital Regional Universitario de Málaga</p> <p>4,1</p>	<p>0,4%</p>
<p>Analizar las causas y efectos de todos los eventos con consecuencias graves o potencialmente graves</p>	<p>Realizar un análisis causa raíz en todos los eventos centinela</p>	<p>100%</p>	<p>Datos analizados por la responsable de seguridad de la unidad</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>	<p>100%</p>

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

- Entre los indicadores clave relacionados a la seguridad del paciente observamos que se han cumplido todos los indicadores, mejorando de forma significativa la tasa de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, tras la implantación en 2018 la canalización de catéteres tipo línea media/PICC para los niños ingresados en la hospitalización pediátrica. Consideramos que debemos seguir en esta línea de trabajo.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

- La puesta en marcha en el año 2021 de un plan para la prevención de las infecciones relacionadas con catéter tipo línea media/PICC debe reforzarse manteniendo los siguientes objetivos:
 - o Mantener formación para los profesionales en el manejo de los dispositivos.
 - o Unificar criterios de actuación ante el paciente portador de catéter y fiebre.
 - o Indicadores para evaluar el nivel de adherencia a las recomendaciones y el impacto en la prevención de complicaciones infecciosas

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE MEJORAS

MEJORA IMPLANTADA	MONITORIZACIÓN	FECHA IMPLANTACIÓN	REFERENTE DE LA ACCIÓN
<p>Plan de prevención de las infecciones relacionadas con catéter tipo líneas medias-PICC</p>	<p>Formación al personal (sesión, curso y videos formativos), carteles informativos, check-list y protocolo ante fiebre en niño con catéter</p>	<p>Año 2023</p>	<p>Equipo Infectología pediátrica + enfermería procedimientos avanzados</p>

FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2020	2021	2022
Incrementar el factor de impacto global de las publicaciones	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	SI	SI	SI
Realizar propuestas formativas para contribuir al Plan de formación del hospital	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
Acreditar las sesiones clínicas de la unidad	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	70	47
Aumentar el número de proyectos de investigación activos en la unidad	Solicitar al menos un proyecto de investigación competitivo al año	>1	Datos proporcionados por IBIMA	8	SI	SI

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

Hasta ahora, cumplimos con creces los objetivos/límites establecidos en formación e investigación. El número de publicaciones y el factor de impacto de estas se ha ido incrementando progresivamente siendo una de las unidades con mayor número de publicaciones (actualmente la tercera unidad del complejo hospitalario).

Las sesiones clínicas acreditadas tienen un alto índice de cumplimiento desde hace varios años, por lo que hemos decidido dejar de monitorizar dicho indicador como clave.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

- Incluir propuestas de formación basadas en simulación a través del Plan de formación de la unidad. Se ha propuesto un programa conjunto con los compañeros de Cuidados intensivos pediátricos sobre temas que requieren una actuación urgente o emergente y la simulación mediante tecnología ya disponible en nuestro centro consideramos será de gran interés.



EFICIENCIA

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2020	2021	2022
Aumentar el porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas	Primeras consultas procedentes de AP + Interconsultas procedentes de otra especialidad) / Total de consultas X 100	> 18%	InfoWEB	13,67%	16,8%	16,7%
Ausencia de reingresos hospitalarios por falta de adiestramiento adecuado a cuidadores de niños con tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TADE)	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%

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

Uno de los indicadores clave de la unidad, que se arrastra desde hace varios años, es el aumento del porcentaje de primeras consultas sobre el total de consultas. Sin embargo, este indicador es de difícil cumplimiento por las características de nuestro hospital, el único centro pediátrico de tercer nivel de la provincia y que por tanto aglutina el seguimiento de todos los niños y adolescentes con enfermedades crónicas y complejas. Se han puesto en marcha teleconsultas para digestivo y neurología infantil con el objetivo de evitar derivaciones innecesarias. El número de primeras visitas depende fundamentalmente de las derivaciones que se hagan desde Atención primaria, factor en el que apenas podemos influir, y las salidas son escasas dado el elevado número de pacientes crónicos con seguimiento a largo plazo (la mayoría durante toda su infancia); ejemplo de ello son la consulta de cuidados paliativos, enfermedad renal crónica, diabetes infantil, reumatología pediátrica y fibrosis quística.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

- Realizar transición a unidades de adultos de pacientes pediátricos entre 14 y 16 años, sin demorarlos más de esta edad.

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	Año 2020	Año 2021	AÑO 2022
Aumentar el % de utilización de medicamentos biológicos prescritos mediante receta que son biosimilares	Aumentar el % de utilización de INSULINA GLARGINA biosimilar	2020: >50% 2021: >70% 2022: >2021	Portal FARMACIA	1,34%	7,78%	9,8%
Aumentar el % de utilización de medicamentos biológicos de adquisición hospitalaria que son biosimilares	Aumentar el % de utilización de H. de crecimiento y fármacos biológicos biosimilares	2020: > 50% 2021: > 35% 2022: > 60%	Portal FARMACIA	26,66%	53,05%	54,79%
Aumentar la prescripción por principio activo	Promover la prescripción por principio activo	> 90%	Portal FARMACIA	96,06%	96,55%	96,92%

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

- Entre los medicamentos biológicos prescritos mediante receta que posee biosimilar, el único prescrito en Pediatría es insulina glargina, representando casi el 90% de las prescripciones. Teniendo en cuenta que la pluma precargada del biosimilar de insulina glargina (Abasaglar®) no permite fraccionar en 0,5UI de insulina, práctica habitual en los niños por el peso que tienen, se estableció su uso por protocolo a partir de 30 kg de peso al debut en la hospitalización. Este protocolo se ha cumplido de forma estricta, como hemos podido comprobar en el registro aportado por el servicio de Farmacia en relación con la dispensación hospitalaria de biosimilares.

No obstante, el indicador valora la prescripción del biosimilar, en relación con el total de recetas realizadas, incluyendo todos los pacientes diabéticos en seguimiento (en torno a 400 pacientes). Dado que en Pediatría no se recomienda el switch o cambio de fármaco biológico en pacientes ya tratados, por los problemas de adherencia que eso supone, estamos aún lejos de alcanzar el objetivo del 50%. Además, en los últimos años, los objetivos de control terapéutico en los niños con diabetes mellitus tipo 1 son cada vez más estrictos, tanto en hemo-globina glicosilada como en el tiempo en rango objetivo, siendo recomendable un 70% de tiempo entre 70 y 180 mg/dl para evitar secuelas a largo plazo (complicaciones macro y microvasculares) y un porcentaje de hipoglucemia (inferior a 70 mg/dl) inferior al 4%. La consecución de estos ambiciosos objetivos glucémicos requiere de una dosificación precisa que solo lo hace posible el uso de medias unidades en la dosificación de insulina. Los dispositivos que no disponen de liberación de medias unidades, como



Abasaglar®, impiden la penetrancia en población pediátrica donde sus menores necesidades y mayor variabilidad (asociada a ejercicio frecuente e ingesta no siempre predecible) hacen que se requiera una mayor precisión en su ajuste.

- Respecto al uso de biosimilares de prescripción hospitalaria, el objetivo establecido es imposible de cumplir en Pediatría principalmente por 3 motivos:
 1. No se recomienda por las sociedades científicas el intercambio de fármaco biológico en aquellos pacientes que llevaban el fármaco original al biosimilar. Por tanto, el objetivo ideal sería evaluar este punto sólo en los pacientes que inician por primera vez el fármaco biológico.
 2. La dosis de inducción de Adalimumab en colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC) son 160/80 mg, y las de mantenimiento para CU 80 mg cada 2 semanas y para EC 40 mg cada 2 semanas. Actualmente no se dispone de presentación de 80 mg de bio-similar, por lo que el cambio de producto supondría tener que dar 2 pinchazos en lugar de 1 para conseguir la misma dosis, aspecto negativo muy a tener en cuenta en los niños.
 3. Pegfilgrastim: Es imposible hoy en día emplearlo en Pediatría ya que el biosimilar viene en formato jeringa precargada con dosis estándar de adulto. Las dosis fraccionadas necesarias para niños nos obligan a usar el formato en vial del producto original para administrar la dosis exacta en función del peso del niño.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

- Actualización sobre las indicaciones, eficiencia y seguridad de los fármacos biosimilares en Pediatría para que se amplíe su uso.
- Reforzar el cumplimiento del protocolo de elección del tipo de insulina al debut diabético, incluyendo el producto biosimilar (Abasaglar) en los niños con peso superior a los 30kg y más de 5 años. Evitar el intercambio de Abasaglar por Lantus (fármaco original) durante el seguimiento de los pacientes por preferencia personal.



EDAD	INSULINA BASAL		INSULINA RÁPIDA	FSI (mg/dl/UI)
< 5 AÑOS	LANTUS (0,3 UI/kg/día)		HUMALOG JUNIOR (0,1 UI/kg/dosis)	150
5-10 AÑOS	< 30 kg: LANTUS	0,35 UI/kg/día	HUMALOG JUNIOR (0,15 UI/kg/dosis)	100
	>30 kg: ABASAGLAR			
> 10 AÑOS	< 30 kg: LANTUS	0,4 UI/kg/día	HUMALOG JUNIOR (0,2 UI/kg/dosis)	50
	>30 kg: ABASAGLAR			

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE MEJORAS

MEJORA IMPLANTADA	MÉTODO IMPANTACIÓN	FECHA IMPLANTACIÓN	REFERENTE DE LA ACCIÓN
Cambio en la política de prescripción de fármacos biológicos biosimilares	Difusión mediante sesión de la posibilidad y beneficio de usar biosimilares en niños para Reumatología y Digestivo pediátrico	Tercer trimestre 2021	Directora de la UGC
Cambio en la política de prescripción de Insulinas en función de la edad	Elaboración de protocolo de atención al niño con debut diabético	Primer trimestre 2021	FEA Endocrinología pediátrica

PERCEPCIÓN/PARTICIPACIÓN CIUDADANA

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2020	2021	2022
Realizar encuesta de satisfacción: área ambulatoria/hospitalización	Favorecer la cumplimentación de la encuesta de satisfacción	SI/NO	Análisis interno (resultados en papel y QR)	SI	SI	SI
Respuesta a reclamaciones < 15 días	Responder en la aplicación Resuelve antes de 15 días	Tº medio de respuesta (días)	RESUELVE	SI	SI	SI
Informe de reflexión tras análisis de encuestas de satisfacción + reclamaciones	Realizar un informe de reflexión	SI/NO	Informe propio	SI	SI	SI

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

Durante los últimos años se cumplen los tiempos de respuestas a las reclamaciones recomendados.



Aunque se realizan encuestas de satisfacción, tanto en hospitalización como en consultas externas, hay que fomentar más su cumplimentación entre los usuarios, destacándoles la importancia de sus respuestas para poder mejorar la unidad.

También sería recomendable recibir agradecimientos de los usuarios para reforzar la actitud de los profesionales y potenciar su motivación.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

- Colocación de carteles en la sala de espera de las consultas externas que incluyen un QR que enlaza con la encuesta de satisfacción ambulatoria. Al poder realizarse a través de dispositivos móviles se facilita su cumplimentación por parte del usuario y el análisis por parte de los profesionales responsables.
- Mantener el tiempo de respuesta de las reclamaciones por parte de la directora de la UGC
- Incluir cuestionarios PREM y PROM para valorar calidad de vida y experiencia del paciente/familia en diferentes subespecialidades pediátricas como Nefrología pediátrica

DIFUSIÓN

El presente informe, con los resultados, las áreas de mejora y estrategia de implantación, se difunde a través del correo electrónico de la secretaria de Pediatría y se queda alojado en la Carpeta Hospitalización pediátrica, para conocimiento y participación de los profesionales de la Unidad.