



Indicadores Clave

Seguimiento y análisis

**UGC CUIDADOS CRÍTICOS Y
URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

Hospital Regional Universitario de Málaga

MARZO 2024

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 que la proporciona, 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.

Seguindo la estructura mencionada, los indicadores clave de la Unidad CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS PEDIÁTRICAS son los siguientes:

ÁREA DE DESARROLLO	OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	FUENTE Y HERRAMIENTA	RESPONSABLE	FRECUENCIA
Accesibilidad	Disminuir tiempo de medio de respuesta atención médica en prioridad 2 y 3	Tiempo medio de respuesta atención médica en prioridad 2 y 3	P2: 15 min P3: 60 min	Tiempo medio de respuesta a atención médica en los niveles de prioridad 2 y 3	CMI	Dra. Oliva	Trimestral
Accesibilidad	Disminuir tiempo de clasificación	Pacientes clasificados en <5 min	>60%	Porcentaje de pacientes clasificados en > 5 min	CMI	Dra Oliva	Trimestral
Accesibilidad	Disminuir pacientes con larga estancia en observación	% Pac. en observación >24 horas	<5%	Porcentaje de pacientes del total de ingresos en observación que están más de 24 horas	CMI	Dra. Oliva	Trimestral
Actividad Asistencial	Análisis de la mortalidad	Sesiones de mortalidad	>80%	Numero de sesiones de mortalidad/Numero de fallecidos x 100	Registro de sesiones	Dr. González	Anual
Actividad Asistencial	Disminuir UPP	Valoración UPP	>60%	Episodios con más de 24h ingresados con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial a los que se les aplica una Escala de Valoración del Riesgo de Úlceras por presión (Pediatria: raden Q, Neonatos: NSRAS) X 100/ Población diana	Auditoria	Supervisor UCIP	Anual
Actividad Asistencial	Disminuir extubaciones no programadas	Extubaciones no programadas	>1 extubación/100 días	Nº de extubaciones no programadas / nº total de días de VM	Auditoria	Supervisor UCIP	Anual
Actividad Asistencial	Disminuir reingresos	Reingresos en UCIP	<5%	Pacientes dados de alta que reingresan en <48H por la misma patología / total de altas	Microstrategy	Dr. González	Anual
Procesos Asistenciales	Recogida adecuada de orina	Recogida adecuada de orina en pacientes no continentes	>90%	Nº de menores con sospecha de ITU por muestra obtenida por método estéril/Nº de menores con sospecha de ITU x100	Auditoria	Dra Durán	Anual
Procesos Asistenciales	Mejorar valoración clínica	. Valoración de los niños 0- 36 meses	>80%	Nº de niños de 0- 36 meses con SFSF asistidos en SCCU-H a los que se les aplica la escala YIOS/YALE x 100/Nº total de niños atendidos de 0- 36 meses con SFSFX 100.	Auditoria	Dra Durán	Anual

Procesos Asistenciales	Adecuación fármacos	. Empleo correcto de fármacos antitérmicos	No establecido en PAI, se considera cercano a 0	Nº de niños con fiebre que son tratados con alternancia de antitérmicos x 100/Nº total de niños con fiebre tratados con antitérmicos	Auditoria	Dra Durán	Anual
Procesos Asistenciales	Información	Información a pares y cuidadores	>90%	Nº de niños con fiebre remitidos a observación domiciliaria cuyos padres o cuidadores disponen de indicaciones precisas sobre las medidas que deben aplicar x 100/Nº total de niños con fiebre remitidos a observación domiciliaria	Auditoria	Dra Durán	Anual
Procesos Asistenciales	Criterios de ingreso	Selección de ingreso hospitalario de niños menores de 1 mes con fiebre (< 15 d o signos de riesgo)	Estándar no establecido, pero se estima que deba ser >70%	Nº de niños menores de 1 mes con fiebre que acuden al Hospital sin criterios de ingreso y no son ingresados x 100/Nº de niños menores de 1 mes con fiebre que acuden al Hospital	Auditoria	Dra Durán	Anual
Seguridad	Disminuir IRAS	Bacteriemia relacionada con CVC	<4 episodios / 1000 días de catéter	Nº de bacteriemias relacionadas con CVC en un periodo/nº total de días de CVC en ese periodo x 1000	ENVIN/ Auditoria	Dra. García	Anual
Seguridad	Disminuir IRAS	Infección respiratoria asociada a VM	<12 episodios de NAV/1000 días	Nº de IR asociadas a VM eb un periodo/nº total de días de CVC en ese periodo x 1000	ENVIN/ Auditoria	Dra. García	Anual
Seguridad	Disminuir IRAS	Infección del tracto urinario relacionada con sonda uretral	<4,5 episodios/1000 días de sondaje	Nº de episodios de ITU/N total de días de sondaje x 1000	ENVIN/ Auditoria	Dra. García	Anual
Formación/ Investigación	Incrementar número de Publicaciones	Numero de publicaciones/año	>5	Número de publicaciones realizados por personal de la unidad en un año	Memoria UGC	Dr. Camacho	Anual
Formación/ Investigación	Incrementar el % de actividades de formación con simulación y/o prácticas en el contexto real	Actividades formación con simulación	>25%	Numero de actividades de formación con simulación / Número total de actividades formativas	UIF	Jefe Servicio	Anual
Eficiencia	Mejorar calidad de informe alta	Cumplimentación con calidad de los informes	>90%	Numero de informes que cumplen criterios calidad / Total de infomes altas	Auditoria propia	Dr. Morales	Anual

Eficiencia	Eficiencia económica	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulo II)	<=100	Presupuesto actual-Presupuesto asignado	AGC	Jefe Servicio	Trimestral
Uso racional del medicamento	Promover la prescripción por principio activo	% Prescripciones por principio activo	>92%	Numero de prescripciones por principio activo/numero total de prescripciones x 100	U. Farmacia	Jefe Servicio	Anual
Percepción/ Participación Ciudadana	Reclamaciones	Número de reclamaciones	<3%	Número de reclamaciones/1000 pacientes atendidos	Registro Notificaciones	Jefe Servicio	Trimestral
Percepción/ Participación Ciudadana	Permanencia de padres en boxes	Porcentaje de padres que permanecen en la unidad	>80%	Número de padres/madres que permanecen en la unidad	Registro propio	Supervisor	Anual

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.

Los indicadores de impacto con una mayor frecuencia de seguimiento se ajustarán a las mismas a la hora de manejar las desviaciones.

Desglosando por áreas:

ACCESIBILIDAD

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2021	2022	2023
Disminuir tiempo de medio de respuesta atención médica en prioridad 2 y 3	Tiempo medio de respuesta atención médica en prioridad 2 y 3	P2: 15 min P3: 60 min	Tiempo medio de respuesta a atención médica en los niveles de prioridad 2 y 3	10.80 15.73	17.29 13.93	9.53 15.52
Disminuir tiempo de clasificación	Pacientes clasificados en <5 min	>60%	Porcentaje de pacientes clasificados en > 5 min	78.63%	75.25%	65.29%
Disminuir pacientes con larga estancia en observación	% Pac. en observación >24 horas	<5%	Porcentaje de pacientes del total de ingresos en observación que están más de 24 horas	0.4%	0.54%	1.29%

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

Se mantienen estables los indicadores. Continuamos con cifras adecuadas de tiempos de respuesta. El % de ingresos desde observación sigue siendo bajo.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE MEJORAS

MEJORA POR IMPLANTAR	CÓMO SE VA A IMPLANTAR	CUÁNDO SE VA A IMPLANTAR	REFERENTE DE LA ACCIÓN

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2021	2022	2023
Análisis de la mortalidad	Sesiones de mortalidad	>80%	Numero de sesiones de mortalidad/Numero de fallecidos x 100	100%	100%	100%
Disminuir UPP	Tasa de úlceras por presión	>65%	Episodios con más de 24h ingresados con Riesgo de UPP en la Valoración Inicial a los que se les aplica una Escala de Valoración del Riesgo de Úlceras por presión (Pediatría: raden Q, Neonatos: NSRAS) X 100/ Población diana	85%	66%	95%
Disminuir extubaciones no programadas	Extubaciones no programadas	<1 extubacion/100 días	Nº de extubaciones no programdas / nº total de días de VM	0.6	0.73	0.76

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

Aunque mantenemos valores por debajo de la meta, se evidencia un discreto aumento de extubaciones no programadas, por lo que se establecen acciones de mejora.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

Realizar recuerdos formativos de fijación de TET

Revisión de otros métodos disponibles para fijación de TE

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE MEJORAS

MEJORA POR IMPLANTAR	CÓMO SE VA A IMPLANTAR	CUÁNDO SE VA A IMPLANTAR	REFERENTE DE LA ACCIÓN
Acciones formativas	Debriefing diario	Turno de mañana de enfermería	Supervisor
Revisión métodos fijación	Revisión bibliografía	1 semestre 2024	Supervisor

PROCESOS ASISTENCIALES

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2021	2022	2023
----------	-----------------	--------	-------------	------	------	------

Recogida adecuada de orina	Recogida adecuada de orina en pacientes no continentales	>90%	Nº de menores con sospecha de ITU por muestra obtenida por método estéril/Nº de menores con sospecha de ITU x100	100%	100%	100%
Mejorar valoración clínica	. Valoración de los niños 0- 36 meses	>80%	Nº de niños de 0- 36 meses con SFSF asistidos en SCCU-H a los que se les aplica la escala YIOS/YALE x 100/Nº total de niños atendidos de 0-36 meses con SFSFX 100.	86,4%	86.4%	100%
Adecuación fármacos	. Empleo correcto de fármacos antitérmicos	No establecido en PAI, se considera cercano a 0	Nº de niños con fiebre que son tratados con alternancia de antitérmicos x 100/Nº total de niños con fiebre tratados con antitérmicos	0%	0%	0%
Información	Información a pares y cuidadores	>90%	Nº de niños con fiebre remitidos a observación domiciliaria cuyos padres o cuidadores disponen de indicaciones precisas sobre las medidas que deben aplicar x 100/Nº total de niños con fiebre remitidos a observación domiciliaria	95.5%	100%	100%
Criterios de ingreso	Selección de ingreso hospitalario de niños menores de 1 mes con fiebre (< 15 d o signos de riesgo)	Estándar no establecido, pero se estima que deba ser >70%	Nº de niños menores de 1 mes con fiebre que acuden al Hospital sin criterios de ingreso y no son ingresados x 100/Nº de niños menores de 1 mes con	100%	100%	100%

			fiebre que acuden al Hospital			
--	--	--	-------------------------------	--	--	--

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

Como en años anteriores, se mantienen buenos resultados en los indicadores. Ante la mayor incidencia de infecciones por SARS cov 2 en lactantes, se propone como acciones de mejora la realización de test de antígenos a pacientes menores de 3 meses, además de incluir en la historia clínica el estado vacunal

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

- Solicitar test antigénico SARS cov-2 a todos los pacientes con FSF como parte del protocolo.*
- Recoger el estado vacunal de los pacientes (incluida nueva vacuna frente a virus respiratorio sincitial)*

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE MEJORAS

MEJORA POR IMPLANTAR	CÓMO SE VA A IMPLANTAR	CUÁNDO SE VA A IMPLANTAR	REFERENTE DE LA ACCIÓN
Minimizar exploraciones complementarias e ingresos innecesarios.	Solicitar test antigénico SARS cov-2 a todos los pacientes con FSF como parte del protocolo.	Año 2023	Isabel Durán
Detectar pacientes vulnerables y posibles fallos vacunales	Recoger el estado vacunal de los pacientes (incluida nueva vacuna frente a virus respiratorio sincitial)	Año 2023 y 2024	Isabel Durán

SEGURIDAD

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2021	2022	2023
Disminuir IRAS	Bacteriemia relacionada con CVC	<4 episodios / 1000 días de catéter	Nº de bacteriemias relacionadas con CVC en un periodo/nº total de días de CVC en ese periodo x 1000	1.71	3	3.4
Disminuir IRAS	Infección respiratoria asociada a VM	<12 episodios de NAV/1000 días	Nº de IR asociadas a VM eb un periodo/nº total de días de CVC en ese periodo x 1000	2.89	3.39	2.4
Disminuir IRAS	Infección del tracto urinario relacionada con sonda uretral	<4,5 episodios/1000 días de sondaje	Nº de episodios de ITU/N total de días de sondaje x 1000	3.06	5.7	3.9

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

Aunque continuamos por debajo de la meta, se evidencia un incremento en bacteriemia relacionada con catéter en los 2 últimos años.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

El grupo de seguridad y el de infecciosos plantea distintas acciones de mejora. Revisión de protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres. Revisión de métodos de fijación de catéteres (sistemas sin suturas) Acciones formativas de repaso de técnica.

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE MEJORAS

MEJORA POR IMPLANTAR	CÓMO SE VA A IMPLANTAR	CUÁNDO SE VA A IMPLANTAR	REFERENTE DE LA ACCIÓN
Revisión protocolo	Revisión por grupo de trabajo	1 semestre 2024	Grupo de trabajo
Acciones formativas	Debriefing diario con enfermería	1er trimestre 2024	Grupo de trabajo
Revisión sistemas fijación	Cambio de dispositivo	1 semestre 2024	Grupo de trabajo

FORMACIÓN/INVESTIGACIÓN

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2021	2022	2023
Publicaciones	Numero de publicaciones/año	>5	Número de publicaciones realizados por personal de la unidad en un año	6	7	8
Incrementar el % de actividades de formación con simulación y/o prácticas en el contexto real	Actividades formación con simulación	>25%	Numero de actividades de formación con simulación / Número total de actividades formativas	NA	NA	60%

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

Se consigue objetivo. EL próximo año nos planteamos aumentar la meta del indicador.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE MEJORAS

MEJORA POR IMPLANTAR	CÓMO SE VA A IMPLANTAR	CUÁNDO SE VA A IMPLANTAR	REFERENTE DE LA ACCIÓN

--	--	--	--

EFICIENCIA

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2021	2022	2023
Mejorar calidad de informe alta	Cumplimentación con calidad de los informes	>90%	Numero de informes que cumplen criterios calidad / Total de infomes altas	100	100	100
Eficiencia económica	No superar el presupuesto asignado para acuerdos de consumo (capítulo II)	<=100	Presupuesto actual- Presupuesto asignado	Cumple	Cumple	Cumple

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

Se cumple indicadores

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE MEJORAS

MEJORA POR IMPLANTAR	CÓMO SE VA A IMPLANTAR	CUÁNDO SE VA A IMPLANTAR	REFERENTE DE LA ACCIÓN

USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2021	2022	2023
Promover la prescripción por principio activo	% Prescripciones por principio activo	>92%	Numero de prescripciones por principio activo/numero total de prescripciones x 100	95%	95%	96%

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

Se cumplen indicadores

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE MEJORAS

MEJORA POR IMPLANTAR	CÓMO SE VA A IMPLANTAR	CUÁNDO SE VA A IMPLANTAR	REFERENTE DE LA ACCIÓN

PERCEPCIÓN/PARTICIPACIÓN CIUDADANA

INDICADORES CLAVE

OBJETIVO	INDICADOR CLAVE	LÍMITE	METODOLOGÍA	2021	2022	2023
Reclamaciones	Número de reclamaciones	<3%	Número de reclamaciones/1000 pacientes atendidos	0.31	0.21	0.32
Permanencia de padres en boxes	Porcentaje de padres que permanecen en la unidad	>80%	Número de padres/madres que permanecen en la unidad	100	100	100

ANÁLISIS DE DESVIACIONES AL OBJETIVO MARCADO

Conseguimos objetivos. Destaca como otros años, el escaso numero de reclamaciones. En cuanto a la presencia de padres en los boxes, el 100% de los mismos, permanecen en la unidad. Nos planteamos el cambio de indicador para el próximo año.

ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS

Cambio de indicador

ESTRATEGIA DE IMPLANTACIÓN DE MEJORAS

MEJORA POR IMPLANTAR	CÓMO SE VA A IMPLANTAR	CUÁNDO SE VA A IMPLANTAR	REFERENTE DE LA ACCIÓN

DIFUSIÓN

El presente informe, con los resultados, las áreas de mejora y estrategia de implantación, se difunde a través de mail a los profesionales y se deposita en carpeta web de la unidad, para conocimiento y participación de los profesionales de la Unidad.