



Indicadores de Calidad en Emergencia Hospitalaria

DRA. CARMEN LUME DE LOS RIOS

Emergencióloga

Directora del Hospital Chíncha de Salud

Lima, Perú

GESTIÓN DE LA CALIDAD


- Existencia previa de una filosofía o política explícita para mejorar la calidad
"FILOSOFÍA DE VIDA"
- Elementos estructurales y organizativos para la práctica de esa filosofía
- Actividades concretas para hacerla efectiva: ciclos de mejora, diseños de la calidad, monitorización.
= > Mejora y aseguramiento de la calidad



Indicadores

" HAY QUE CONOCER PRIMERO PARA MEJORAR DESPUÉS..... "

- DETECTAR SITUACIONES PROBLEMÁTICAS O MEJORABLES



Fuente: Hospital Universitario Alderegía- Medicina Intensiva y EMG -
Cuba. Electron Journal Biomed 2004

Figura 1. Actividades del programa de gestión.

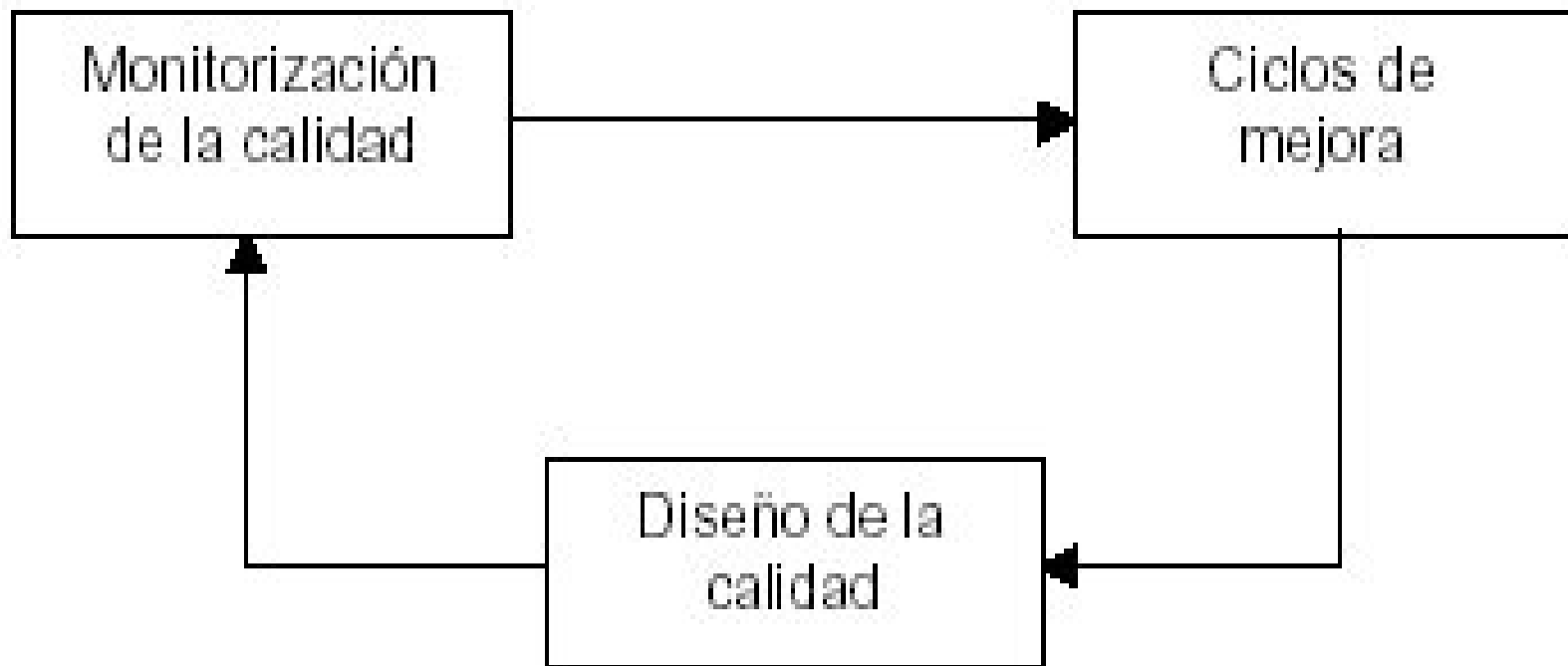



Tabla 1. Actividades de un programa de gestión de calidad.

Actividades	Punto de partida	Objetivo inmediato
Ciclos de mejora	Identificación de un problema de calidad u oportunidad de mejora en algún aspecto de los servicios que se ofrecen.	Solucionar el problema. Aprovechar la oportunidad de mejora descubierta
Monitorización	Identificación de aspectos relevantes de los servicios que se ofrecen y construcción de indicadores sobre su calidad	Identificación de problemas de calidad de mejora
Diseño	Programación de un nuevo servicio a ofrecer; identificación de necesidades y expectativas de los usuarios. Identificación de parámetros y resultados a conseguir.	Diseñar los procesos de atención para conseguir los resultados deseados (predeterminados)



En la práctica para la monitorización se parte de la selección de aspectos o servicios para las que se elaboran los indicadores correspondientes, que han de acompañarse de un esquema de medición o plan de monitorización.

- Resultado: identificar oportunidades de mejora a problemas de calidad que merecen una atención adicional mas profunda y detallada.



Indicadores

- PRACTICA NO RUTINARIA
- No tiene utilidad alguna para mejorar la calidad como actividad aislada o única de un programa de gestión de la calidad

Tabla 5. Indicadores en urgencias.

Patologías

Cardiocirculatorio	1. Demora en la realización de ECG en pacientes con IAM (a) 2. Administración de AAS en el IAM (a) 3. Administración de ER en el IAM (a) 4. Tiempo puerta-aguja en el IAM (a)
Ginecología/ Obstetricia	5. Tiempo indicación/extracción en cesárea urgente (b)
Infeccioso	6. Demora en el inicio del tratamiento antibiótico en la meningitis bacteriana (b)
Neurología	7. Tiempo puerta-admisión en UCIM en la ECV (a)
Neumología	8. Estratificación del riesgo en la NAC (a) 9. Valoración del peak flow en asmáticos (b)
Psiquiatría	10. Valoración psiquiátrica en los intentos suicidas (b)
Trauma/ Musculoesquelético	11. Demora para la intervención quirúrgica de las fracturas de cadera (a) 12. Demora en la realización de TAC en pacientes con TCE (b) 13. Demora en la intervención quirúrgica en pacientes con TCE (b) 14. Demora en la realización de US abdominal o de la punción-lavado peritoneal en traumatismos abdominales (b) 15. Demora en la intervención del trauma abdominal (b) 16. Tratamiento analgésico en el traumatismo torácico (c)

Actividades

Clasificación	17. Existencia de una sistemática de clasificación o selección de pacientes (a)
Adecuación diagnóstica/terapéutica	18. Tiempo de respuesta del consultor de neurocirugía (b) 19. Correlación diagnóstica entre urgencias y alta hospitalaria (c) 20. Tasa de laparatomías urgentes blancas (b) 21. Evaluación de la mortalidad (b) 22. Tasa de mortalidad en el servicio de urgencias (a)
Preventiva (identificación de situaciones de riesgo)	23. Profilaxis quirúrgica antibiótica (b)
Información/Satisfacción	24. Información a pacientes/familiares (b) 25. Reclamaciones (b)
Documentación (HC/protocolos)	26. Cumplimentación del informe de asistencia (b) 27. Protocolos de riesgo vital (c) 28. Existencia de protocolos clínicos (c) 29. Codificación de diagnósticos (c)
Docencia	30. Sesiones clínicas del servicio de urgencias (b) 31. Formación continuada (b)
Investigación	32. Publicaciones científicas del servicio de urgencias (c) 33. Actividad de investigación (b)



Áreas de trabajo

Quirófanos	34. Tiempo de demora en intervenciones quirúrgicas urgentes de embarazo ectópico (a)
	35. Tiempo de demora en intervenciones quirúrgicas urgentes de apendicitis aguda (a)
	36. Tiempo de demora en intervenciones quirúrgicas urgentes de oclusión intestinal (a)
Laboratorio	37. Tiempo de respuesta de la analítica (a)
Sala de observación	38. Reingreso dentro de las 48 horas (b)
	39. Adecuación del ingreso de acuerdo a los criterios de admisión existentes (b)
	40. Parada cardíaca o respiratoria (b)

Tabla 6. Estructura para la construcción de indicadores.

Nombre del indicador

Dimensión	Aspecto relevante de la asistencia que se valora
Justificación	Utilidad del indicador como medida de calidad. Se relaciona con la validez (¿tiene sentido aquello que medimos?)
Fórmula	Expresión matemática
Explicación de términos	Definición de términos del indicador que puedan ser ambiguos
Población	Definición clara de la unidad de estudio
Tipo	Estructura, proceso o resultado
Fuentes de datos	Origen y secuencia de obtención de datos
Estándar	Nivel deseable de cumplimiento del criterio
Comentarios	Reflexión sobre la validez del indicador. Intensificar posibles factores de confusión. Fuentes de referencia

Tabla 7. Ejemplo de indicadores.

Patologías	Cardiocirculatorio	Nº 1
Nombre del indicador:	DEMORA EN LA REALIZACIÓN DE ECG EN PACIENTES CON IAM	
Dimensión:	Riesgo	
Justificación:	Los pacientes con IAM pueden presentar complicaciones graves. Su identificación temprana permite actuaciones terapéuticas rápidas que mejoran el pronóstico	
Fórmula:	$\frac{\text{Nº de pacientes con IAM y demora en la realización del ECG}}{\text{Nº de pacientes con diagnóstico de IAM}} \times 100$	
Explicación:	<i>IAM</i> : pacientes con molestia torácica y supradesnivel del ST de 1 mm o más en al menos dos derivaciones contiguas o BCRI nuevo o presumiblemente nuevo <i>Demora</i> : tiempo superior a 10 minutos desde la entrada hasta la realización del ECG en urgencias	
Población:	Pacientes atendidos en urgencias con diagnóstico de IAM durante el período revisado Quedan excluidos: los casos en que se hace antes de arribar al hospital el ECG ya que pueden introducir errores en las medidas	
Tipo:	Proceso	
Fuente de datos:	Modelo para la recolección de los tiempos en pacientes con IAM	
Estándar:	Inferior al 5%	
Comentarios:		
Patologías	Cardiocirculatorio	Nº 2
Nombre del indicador:	ADMINISTRACIÓN DE AAS EN EL IAM	
Dimensión:	Efectividad	
Justificación:	El uso de antiagregantes plaquetarios juntamente con otras medidas terapéuticas es fundamental en la evolución de las fases iniciales del SCA. Varios estudios muestran que una medida tan sencilla, económica y útil como es administrar AAS en fases iniciales de esta patología, en especial en el IAM, no se hace de forma universal	
Fórmula:	$\frac{\text{No de pacientes con IAM atendidos en urgencias a los cuales se les administró AAS}}{\text{No de enfermos con IAM atendidos en urgencias}} \times 100$	
Explicación:	IAM: pacientes con molestia torácica y supradesnivel del ST de 1 mm o más en al menos dos derivaciones contiguas o BCRI nuevo o presumiblemente nuevo.	
Población:	Pacientes con diagnóstico de IAM durante el período estudiado y sin hipersensibilidad conocida al AAS.	
Tipo:	Proceso	
Fuente de datos:	Historias clínicas	
Estándar:	100%	
Comentarios:	Se ha de tener en cuenta que el resultado del indicador incluye a los pacientes a los cuales se les administró AAS fuera del hospital. Iraola MD, Valladares FJ, Alvarez FC, Nodal JR, Rodríguez B. <i>Optimización del tratamiento médico en el infarto agudo del miocardio</i> . Clínica Cardiovascular 2000; 18(3): 11-16.	
	<ul style="list-style-type: none"> • http://www.eol.es/buscapress/cardiovascular 	

Figura 5. Tiempo desde la llegada al hospital hasta la decisión para la trombolisis.

Listado de las posibles causas de demora

1. No se clasifica el paciente con dolor torácico.
2. No se le da prioridad para la asistencia médica de los pacientes con dolor torácico.
3. Demora en el interrogatorio y el examen físico.
4. Demora para la realización del ECG.
5. Valoración inicial por médico inexperto.
6. Necesidad de interconsulta por el especialista.
7. Repetición del ECG a pesar de tener uno previo con cambios inequívocos.
8. Presión asistencial coincidente.
9. Trámites burocráticos (orden de ingreso, reporte al departamento de admisión).
10. Demoras por informar a los familiares.
11. Demora por realización de pruebas complementarias (radiografía de tórax, glicemia, etc.).
12. Presentación de una historia atípica.

Gráfico de Pareto. Encuesta 1: tiempo desde la llegada al hospital hasta la decisión para la trombolisis (n=27)

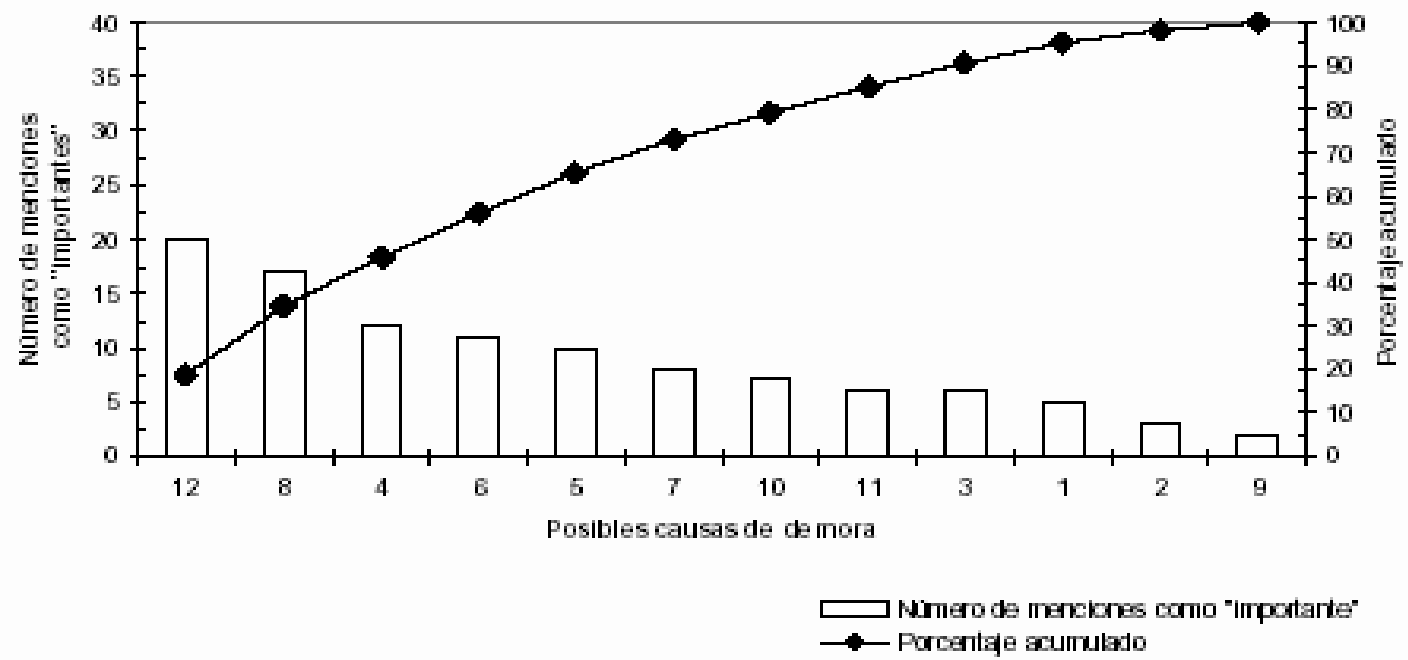
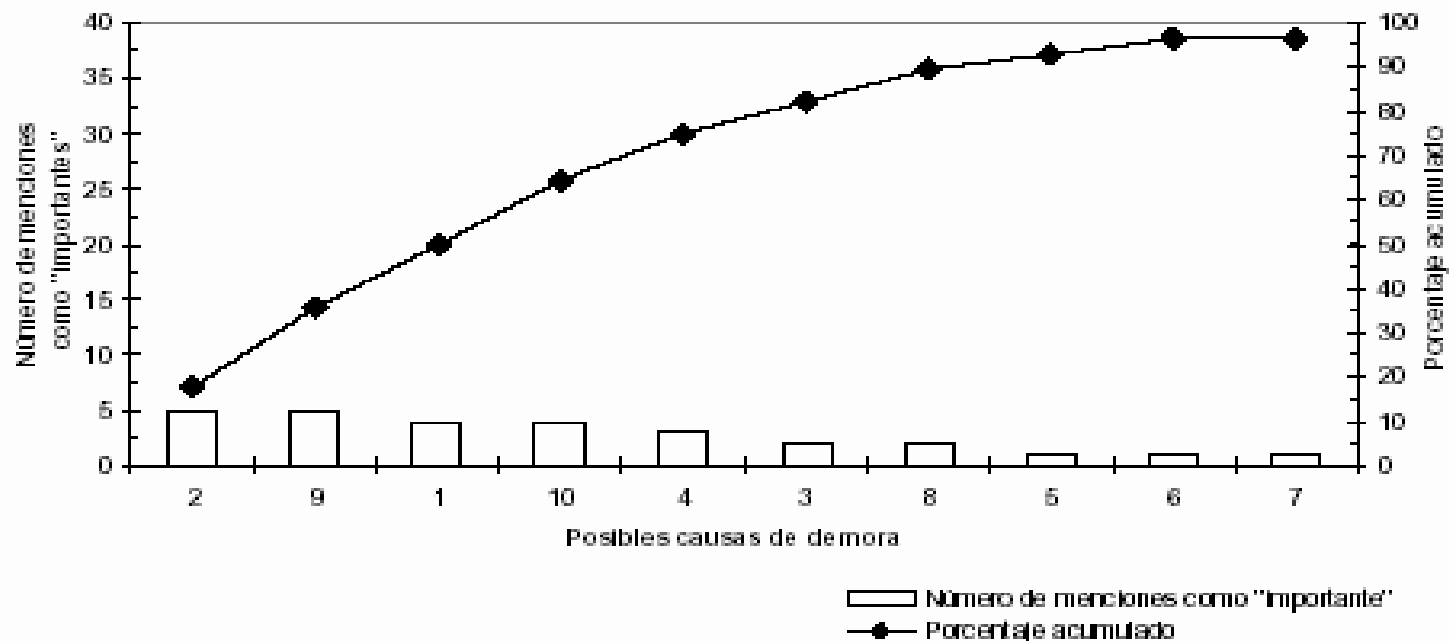


Figura 6. Tiempo desde la decisión hasta el inicio de la infusión del agente trombolítico.

Listado de las posibles causas de demora

1. Demora en el interrogatorio y el examen físico.
2. Repetición del ECG a pesar de tener uno previo con cambios inequívocos.
3. Preparación del paciente (acceso vascular, monitorización, etc.).
4. Tiempo excesivo en la preparación del trombolítico.
5. Presión asistencial coincidente.
6. Búsqueda del agente trombolítico en la farmacia.
7. Trámites burocráticos (orden de ingreso, reporte al departamento de admisión).
8. Demoras por informar a los familiares.
9. Demora por la evaluación de contraindicaciones.
10. Demora por tratamiento de condiciones coexistentes (insuficiencia cardíaca, HTA, arritmias, PC, etc.)

Gráfico de Pareto. Encuesta 2: tiempo desde la decisión hasta el inicio de la infusión (n=8)





INDICADORES DE CALIDAD

SERVICIOS DE EMERGENCIA

ESSALUD



Tiempo promedio Atención en Admisión hasta Atención Médica

CAS Nivel I

- **Prioridad II** 6.5
- **Prioridad III** 8.4

Enero / 2004



Tiempo promedio respuesta de exámenes de Laboratorio y Rayos X

Promedio de tiempo entre atención médica inicial y atención médica con exámenes de Laboratorio y Rayos X

- Estándar: -----
- En minutos **40** ' Ene / 2004



Porcentaje de Satisfacción al Usuario

STANDARD

■ **> 35 %**

CAS Nivel I

70 % Set/2004



CONGESTIONAMIENTO DE LA ATENCION EN EMERGENCIA

- **No Atenciones en los servicios de EMG**



- **No Total Atenciones en Cons. Externa**

STANDARD

14 %

**CAS Nivel I -
Set/2004**

16 %



Promedio de Tiempo Total de Estadia en EMG

- **STANDARD : 12 Horas/Pac P II**

Total de tiempo estadia en horas en la EMG desde las recepción
hasta ser dado de alta u Hosp. en P II

Total de pacientes atendidos en EMG en P II en 24 Horas



Promedio de Tiempo Total de Estadia en EMG

- **STANDARD : 08 Horas/Pac P III**

Total de tiempo estadia en horas en la EMG desde las recepción
hasta ser dado de alta u Hosp. en P III

Total de pacientes atendidos en EMG en P III en 24 Horas



Promedio de Tiempo Total de Estadia en Sala Obser EMG

- **STANDARD : 4 Horas/Pac P III**

Total de tiempo de estadia en horas desde ingreso a sala de observación hasta ser dado de alta u Hosp. en P III

Total de pacientes atendidos en EMG en P III



Promedio de Tiempo de Estadia en Sala de Observación de EMG

- **STANDARD :**

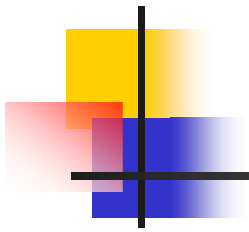
Total de tiempo de estadia en horas desde ingreso a sala de observación hasta ser dado de alta u Hosp. en P II

Total de pacientes atendidos en EMG en P II

Promedio de Estancia en Sala de Observación 2004

Monitorizacion a las 9am

	Junio	Julio	Agosto	Setiembre
HNERM	-	173.19	51.9	46.48
HNGAI	148.9	115.42	32.08	33.64
HN Sabogal	35.5	44.05	35.04	46.34
H. Grau	57.2	57.21	54.16	54.89
HN Sur Este	14.6	20.81	15.26	12.54
HN Aguinaga	22.3	22.96	28.15	32.08
HN Carlos Seguín	1.1	13.18	0	21.49
H. Huancayo		24.17	26.38	24.22
H.III Yanahuara	19.5	17.58	17.35	20.52
H.III F. Torrealva	0	19.15	22.54	26.52
H.III Iquitos	7.2	7.91	7.41	6.58
H.III C. Heredia	15	9.23	0	14.89
H.III Iquitos	9.5	6.42	6.74	7.21
H.III DA Carrión	13.4	12.91	11.19	10.49
H.III Chimbote	15.76	11.52	14.23	18.56
www.reeme.arizona.edu	31/5 - 25/6	28/6 - 30/7	2/8 - 27/8	30/8 - 1/10



Muchas gracias.....