

Actualización indicadores de calidad de SEUP

Goñi Oleaga M (1) , González Peris S (2), Fernández Elías M (3), Velasco Zúñiga R(4), Benito Fernández FJ(5), Luaces Cubells C (6) Y GT DE TRABAJO DE MEJORA DE LA CALIDAD

1. Sección Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.
2. Sección Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.
3. UGC de Cuidados Intensivos y Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
4. Unidad Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.
5. Servicio Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia.
6. Servicio Urgencias Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Evaluación de la Calidad asistencial



Indicadores de calidad (IC)

Instrumentos de medida que permiten evaluar la calidad de los procesos y su monitorización

Beneficios de su implantación:

Correcta aplicación y adecuación de los recursos

Controlar y revisar los procesos

Detectar puntos débiles y orientar actividades de mejora

Tomar medidas correctoras y preventivas

Mejora del servicio para mayor satisfacción de los usuarios

Indicadores de calidad de SEUP. Año 2004.

- GT
indicadores
pediátricos
- SEMES
- Fundación
Avedis
Donabedian



89 indicadores

Objetivos

Objetivo principal:

Proporcionar a todos los estamentos implicados en la atención a niños con patología urgente, un instrumento para analizar la adecuación de su asistencia.

Objetivos específicos:



1. Seleccionar **aspectos importantes de la práctica clínica** en la atención al niño en urgencias, utilizando criterios de priorización.
2. Diseñar **indicadores** que abarquen diferentes dimensiones de la calidad asistencial.
3. Consensuar aquellos **indicadores básicos o imprescindibles**
4. **Redactar un documento**, avalado por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría que sirva, en el ámbito de la asistencia urgente, como **referencia de calidad asistencial**.

Material y métodos



Abril 2016

GT Mejora de la calidad

GT Toxicología
GT Analgesia y sedación
GT Respiratorio
GT Digestivo
GT Lesiones no accidentales
GT Hojas informativas
GT Maltrato y sit. Riesgo
GT TCE
GT Triage
GT Infecciosas

Evaluación de indicadores por los GT:
- Nuevos indicadores
- Modificaciones
- Eliminación indicadores

Primera revisión



Método Delphi

Indicadores imprescindibles

Abril 2018

Segunda revisión

Edición definitiva

Métodos de Consenso



Método **RAND/UCLA**
(RAM, RAND/UCLA *Appropriateness Method*)



Indicadores imprescindibles:

“ Indicador que todos los servicios de urgencias que atienden niños **deberían tener monitorizado**, para conocer en todo momento cuál es su resultado en ese aspecto de la práctica asistencial, ya que son **fundamentales para la gestión clínica de la atención** que presta el servicio y saber su resultado facilita la **toma de decisiones** de gestión clínica “.

Estructura general de los indicadores de calidad

- Dimensión:



- Justificación
- Fórmula
- Explicación de términos
- Población
- Tipo: estructura/ proceso/ resultado
- Fuente de datos
- Estándar: nivel deseado de cumplimiento del indicador
- Comentarios

Resultados



104
indicadores

- **33 nuevos:** Se proponen nuevos indicadores teniendo en cuenta las características de validez, sensibilidad y especificidad
- **17 eliminados:** El indicador no se considera pertinente en la actualidad, por lo que se propone su exclusión
- **15 modificados:**
 - Revisión menor: se mantiene sin cambios sustanciales.
 - Revisión mayor: se considera modificar de forma sustancial alguno de los apartados del indicador

20 indicadores imprescindibles

Resultados. Indicadores Imprescindibles

Todos los cambios se han guardado en Drive

PREGUNTAS RESPUESTAS 40

Sección 1 de 11

INDICADORES CALIDAD IMPRESCINDIBLES SEUP

El Grupo de trabajo de Mejora de la Calidad, Seguridad y Trabajo de nuestra sociedad está elaborando una nueva versión de los Indicadores de calidad. En esta actualización han participado también los distintos grupos de trabajo de nuestra sociedad incorporando nuevos indicadores, eliminando otros y actualizando redacciones. Como expertos reconocidos en indicadores de calidad, La Fundación Donostia Osakidetza queremos solicitar tu participación para determinar entre los indicadores que nuestra sociedad consideran imprescindibles (al inicio de la encuesta se muestra un listado de los indicadores que se están considerando para su actualización y un listado de los que se están considerando para su eliminación). Como responsable de las urgencias de tu centro de trabajo, te invitamos a participar en esta encuesta para que puedas contribuir con tu opinión y experiencia. Con tu participación ayudamos a mejorar la calidad de los servicios de urgencias de los hospitales de nuestro país. Con un esfuerzo, esperamos conseguir una lista de los indicadores imprescindibles que todos los servicios de urgencias de los hospitales de nuestro país deberían tener. Para poder proceder con mayor precisión, te invitamos a que seas lo más específico posible en tus respuestas. Gracias por su participación.

Después de la sección 1 Ir a la sección 2 (¿Lo consideras imprescindible?)

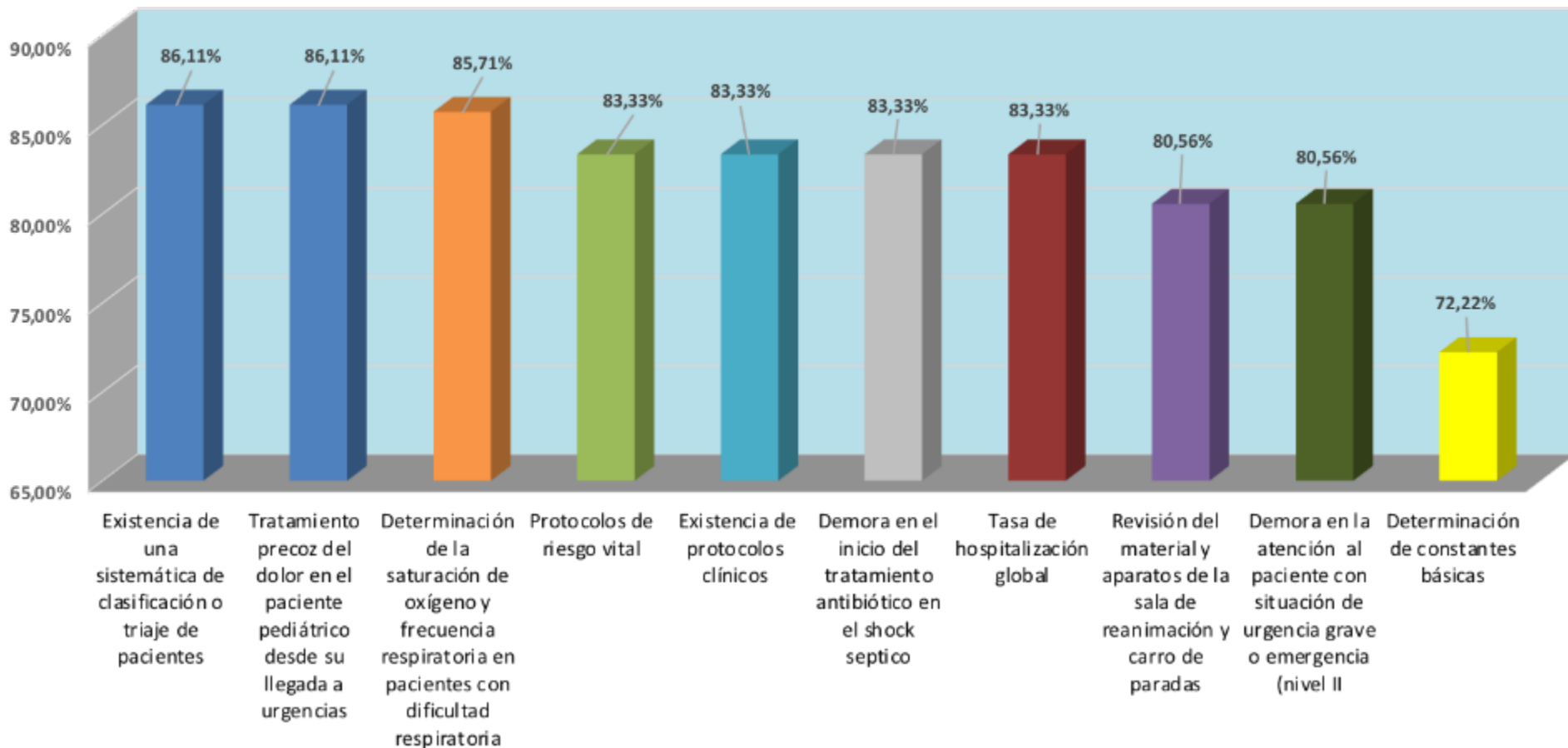
Sección 2 de 11

¿Lo consideras imprescindible?

Indicadores IMPRESCINDIBLES: Identifica los indicadores que todos los servicios de urgencia pediátricos deberían tener MONITORIZADOS, para conocer en todo momento cuál es su resultado en ese aspectos de la práctica asistencial, ya que son fundamentales para la gestión clínica de la atención que presta el servicio y saber su resultado facilita la toma de decisiones de gestión clínica.

Participaron 39 centros de 98

Top 10 indicadores imprescindibles



DEMORA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON SITUACIÓN DE URGENCIA GRAVE O EMERGENCIA (NIVEL II)

Nombre del Indicador

Dimensión

Seguridad

Justificación

Se pretende verificar si las patologías catalogadas como urgencia grave o emergencia y que requieren una rápida actuación son atendidas correctamente, ya que esto se relaciona con la morbilidad posterior.

Fórmula

Nº de pacientes clasificados como nivel II por la escala correspondiente de triaje, en los que se inicia la atención médica en menos de 15 minutos

-----x 100

Nº de pacientes clasificados como nivel II por la escala correspondiente

Explicación de los términos

• Pacientes con Nivel II de triaje (emergencia): condiciones clínicas que suponen un riesgo potencial para la vida, función o extremidad y que requieren de una intervención terapéutica rápida.
¿Puede haber pacientes “retriados”? A veces hay centros donde cuando la espera es superior a un determinado tiempo se retrián los pacientes. Si se hiciese esto (que también es un criterio de calidad), habría que incluirlos en numerador y denominador.

Población

Todos los pacientes clasificados como nivel II en el triaje durante el período revisado.

Tipo

Proceso

Fuente de datos

Documentación clínica.

Estándar

80-95 %

Comentarios

Bibliografía:

. Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale: Implementation Guidelines for Emergency Departments. <http://www.cjem-online.ca/v3/n4/PaedCTAS> . Consultado Junio 2016

. Gilboy N, Tanabe T, Travers D, Rosenau AM. Emergency Severity Index (ESI): A Triage Tool for Emergency Department Care, Version 4. Implementation Handbook 2012 ED. AHRQ publication No 12-0014. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality. November 2011 . <https://www.acem.org.au/getattachment/d19d5ad3-e1f4-4e4f-bf83-7e09cae27d76/G24-Implementation-of-the-Australasian-Triage-Scal.aspx>. Last updated: November 2013. Consultado Junio 2016

El porcentaje de pacientes de este nivel que deberían ser vistos en el tiempo recomendado, para considerar un adecuado funcionamiento del servicio, varía en función de la escala utilizada (80-95% de los pacientes atendidos)

Indicadores Modificados

Antibióticos en gastroenteritis

Calidad del informe de alta

Demora en el inicio del tratamiento antibiótico en el shock séptico

Descontaminación digestiva mediante lavado gástrico

Evaluación de la mortalidad evitable

Glucemia capilar precoz en cualquier situación de afectación neurológica (coma, TEP con lado “apariencia” alterado)

Maltrato infantil

Manejo ambulatorio de la sospecha de meningitis vírica

Realización de TAC en traumatismo craneoencefálico leve

Uso de radiografía de cráneo en traumatismo craneoencefálico

Nombre del indicador	REALIZACIÓN DE TAC EN TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO LEVE
Dimensión	Efectividad
Justificación	Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son un motivo de consulta frecuente. La prueba de elección para descartar lesión intracraneal es la tomografía axial computerizada, pero esta técnica conlleva importantes riesgos debidos a la radiación ionizante.
Fórmula	$\frac{\text{Nº TAC realizadas en pacientes con TCE leve}}{\text{Nº de TCE leves atendidos}} \times 100$
Explicación de términos	<p>TCE leve: historia o signos físicos de traumatismo romo en el cuero cabelludo, cráneo o cerebro en un lactante o niño con una escala de coma de Glasgow de 13-15¹. Se excluyen de esta definición los TCE triviales.</p> <p>TCE trivial: se define como aquel que cumple los dos criterios siguientes²:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Criterio 1: Caída desde la posición de sedestación, caída estando en bipedestación desde la propia altura o impacto mientras el paciente andaba o corría contra un objeto estacionario o contra el suelo. •Criterio 2: <ul style="list-style-type: none"> ○ No signos ni síntomas de TCE o ○ Presencia tan sólo de una laceración o abrasión del cuero cabelludo
Población	Todos los pacientes atendidos por un TCE leve en el periodo revisado.
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica
Estándar	< 5%
Comentarios	<ol style="list-style-type: none"> 1. Schutzman SA, Barnes P, Duhaime AC, Greenes D, Homer C, Jaffe D, et al. Evaluation and management of children younger than two years old with apparently minor head trauma: proposed guidelines. Pediatrics. 2001 May;107(5):983-93 2. Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, Hoyle JD Jr, Atabaki SM, Holubkov R, et al. Identification of children at very low risk of clinically-important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. Lancet. 2009; 374: 1160-70

1. Administración de carbón activado dentro de las 2 primeras horas tras la ingesta
2. Administración de corticoides orales en crisis asmáticas moderadas y graves durante la primera hora
3. Administración de flumazenilo a pacientes que hayan convulsionado en el curso clínico de su intoxicación o con posible ingesta de antidepresivos tricíclicos
4. Administración de oxígeno precoz y a la máxima concentración posible a los pacientes intoxicados por monóxido de carbono
5. Apendicitis aguda (agudización) en 2ª visita
6. Demora en el inicio de tratamiento antibiótico en el paciente hematooncológico con neutropenia febril
7. Demora en la derivación con situación de urgencia grave o emergencia (nivel II)
8. Demora en la derivación a nivel III
9. Descontaminación de la ingesta de sustancias absorbibles por carbón activado realizada mediante la administración de éste
10. Disponibilidad de personal de animación próximo al paciente sedoanalgesiado
11. Disponibilidad de personal de animación acorde al nivel de sedación
12. Disponibilidad de protocolos de analgesia y sedación de los principales procedimientos dolorosos en pediatría
13. Disponibilidad de protocolos para las intoxicaciones más graves y frecuentes en la infancia y adolescencia
14. Errores de medicación
15. Establecimiento de un circuito de observación tras el procedimiento
16. Evaluación del paciente conforme a la clasificación para la realización de la sedoanalgesia
17. Existencia de todos los equipos necesarios para las urgencias pediátricas
18. Indicación de exploraciones complementarias en el lactante febril menor de 3 meses
19. Infecciones bacterianas graves (IBG) diagnosticadas en segunda visita en urgencias en pacientes menores de 5 años febriles
20. Inicio de la descontaminación digestiva dentro de los 20 minutos de la llegada a urgencias
21. Inicio precoz de la estabilización en los pacientes traumáticos graves
22. Monitorización adecuada del paciente durante los procedimientos de sedoanalgesia
23. Presencia de personal con formación para Soporte Vital del niño traumatizado grave
24. Readmisiones con ingreso en crisis asma
25. Tiempo pretriaje.
26. Tiempo de estancia
27. Tratamiento antibiótico en los pacientes mayores de 2 años con otitis media aguda
28. Tratamiento broncodilatador en bronquiolitis aguda
29. Tratamiento precoz del dolor en el paciente pediátrico desde su llegada a urgencias
30. Uso farmacológico adecuado en el dolor y ansiedad asociado a procedimientos muy dolorosos
31. Valoración del riesgo de caídas
32. Valoración sin infratriaje de los pacientes traumáticos graves
33. Valoración sin infratriaje de los pacientes traumáticos graves

NEW!

33 indicadores nuevos

ADMINISTRACIÓN DE CORTICOIDES ORALES EN CRISIS ASMÁTICAS MODERADAS Y GRAVES DURANTE LA PRIMERA HORA

Nombre del Indicador	
Dimensión	Efectividad
Justificación	La administración precoz de corticoides orales en crisis moderadas y graves mejora la evolución de la crisis
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes con crisis asmática moderada o grave a los que se administra corticoide oral en la primera hora a partir del triaje}}{\text{Nº de pacientes con crisis asmática moderada o grave triados en el Servicio de Urgencias}} \times 100$
Explicación del termino	<u>Crisis asmática moderada o grave</u> : síntomas respiratorios atribuidos a broncoespasmo sin tener en cuenta el posible desencadenante, la edad ni la existencia o no de episodios previos de intensidad moderada o grave según la escala utilizada
Población	Pacientes asmáticos con crisis moderadas o graves triados en el Servicio de Urgencias durante el periodo revisado
Tipo	Proceso.
Fuente de datos	Documentación clínica.
Estándar	> 90 %
Comentarios	El porcentaje ha sido acordado por consenso de expertos. -GEMA 4.0. Guía española para el manejo del asma. (Consultado Julio 2016). Disponible en: www.gemasma.com

TRATAMIENTO BRONCODILATADOR EN BRONQUIOLITIS AGUDA

Nombre del indicador

Dimensión

Efectividad

Justificación

La evidencia científica disponible hasta la fecha no apoya el uso de broncodilatadores en el tratamiento sintomático de la bronquiolitis aguda (BA). Sin embargo, su uso está muy extendido en nuestro medio, existiendo además una gran variabilidad entre centros.

Fórmula

$$\frac{\text{Nº de pacientes con BA tratados con broncodilatadores}}{\text{Nº de pacientes con BA}} \times 100$$

Explicación de términos

La bronquiolitis aguda (BA) es una enfermedad respiratoria de etiología viral, caracterizada por inflamación y obstrucción de la pequeña vía aérea. Se define como el primer episodio de dificultad respiratoria y ruidos respiratorios de pecho en un lactante/niño menor de 2 años precedido de síntomas catarrales. El virus respiratorio sincitial (VRS) es el causante de la mayor proporción de los casos y de las formas con mayor afectación clínica
Tratamiento broncodilatador: pacientes en cuyo informe de alta consta la prescripción o administración de un broncodilatador.

Población

Pacientes con diagnóstico de BA durante el período revisado.
Criterios de exclusión:
-Episodios previos de sibilancias.
-Edad > 2 años
-Existencia de displasia broncopulmonar u otras enfermedades crónicas de vías aéreas inferiores

Tipo

Proceso.

Fuente de datos

Documentación clínica.

Estándar

< 15 %

Comentarios

En algunos estudios, la administración de adrenalina nebulizada ha producido un alivio sintomático transitorio, en pacientes con BA moderada-grave que no mejoran con el tratamiento de soporte inicial.
Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis.
<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2014/10/21/peds.2014-2742.full.pdf>
Guía NICE 2015: Bronchiolitis in children: diagnosis and management
<https://www.nice.org.uk/guidance/NG9/chapter/1-recommendations>

Conclusiones

- La actualización de IC de SEUP permite disponer de un **sistema de monitorización de calidad** de los SUP que incorpora la evidencia generada desde su última edición.
- La metodología seguida para su selección y elaboración, basado en el consenso de los profesionales, el concurso de los GT y de expertos externos en el ámbito de la calidad (Fundación Avedis Donabedian), confiere a los IC de SEUP **robustez, validez y reproductibilidad**.
- La medición de los IC en los SUP facilitará **conocer los estándares actuales y establecer objetivos de mejora**.

...y en el futuro



Agradecimientos

- A todos los miembros del GT de Mejora de Calidad
- A los GT de SEUP
- A Fundación Avedis Donabedian
- A Junta Directiva de SEUP

