



Comité Académico

Grupo Calidad integral: Gestión del cuidado y Bioética

SLACIP- Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos

Tema: Indicadores de calidad y producción

Autor: Dr. Raffo Escalante-Kanashiro

Coautora: Dra. Bettina von Dessauer

Para:

Organización: SLACIP

Ámbito: Áreas Críticas – Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos

Agentes: Áreas y Jefaturas relacionadas a Cuidados Críticos y Mejoramiento de la Calidad

Categorías: Salud y Sistemas de Información: Indicadores, Costos, Calidad, Producción, Administración y Gestión Hospitalaria.

Comité Académico Grupo Calidad integral: Gestión del cuidado y Bioética SLACIP - Sociedad Latinoamericana de Cuidados Intensivos Pediátricos Dra. Bettina von Dessauer

E-mail: raffo.escalante@gmail.com

Marco conceptual

El funcionamiento de una Organización de Salud, más que cualquier otra empresa, depende de su talento (las personas: su vocación, compromiso y capacidad dispuesta al servicio de la visión y misión), y de lo bien que gestione sus recursos disponibles. Ello incluye el concepto y percepción de maximizar los procesos y tener indicadores para el mejoramiento continuo. Información ordenada y disponible es un recurso valioso que cualquier organización debe tener.

La información es abundante en un hospital. Un diagnóstico rápido y el tratamiento eficaz de un paciente dependen de la transmisión exacta de órdenes y resultados entre servicios hospitalarios. No existe un campo con una necesidad tan grande de proceso de datos y análisis de ella como en Salud. La cantidad de datos que se genera es inmensa. Las mejoras en la eficiencia que se pueden realizar con un sistema de procesamiento fidedigno de datos que se puedan medir, evaluar, comparar y seguir en el tiempo permite una mejor gestión en base a índices y estándares de calidad.

El manejo de información médica mejorará significativamente la asistencia al paciente al reducir potenciales errores, acelerando el flujo de órdenes y resultados, y haciendo disponible una información más completa para la adecuada toma de decisiones y mejoramiento continuo del trabajo del equipo.

Objetivo

La gestión de recursos en salud debe buscar satisfacer las necesidades de la población con una medicina integral cercana, pero también con eficiencia, efectividad y eficacia. La individualidad de los pacientes, las diferentes patologías, la complejidad de ellas y el tratamiento generan diferencias significativas, pero una forma de uniformar algunos criterios para la decisión estratégica son la generación de indicadores en base a estándares consensuados a nivel regional y global. Para ello debemos crear instrumentos y herramientas que permitan racionalizar esta acción.

El registro adecuado y estandarizado para la generación de indicadores, puede constituir uno de los principales activos del Sistema de Información de un Servicio de Salud y puede ser consultada para investigación, gestión, costos, programación de políticas, así como el mejoramiento continuo.

Al generar indicadores podemos:

- Facilitar la comunicación y logro de objetivos.
- Clarifica responsabilidades en el proceso de decisión.
- Estimular retroalimentación positiva.
- Facilitan la evaluación de la Unidad y la identificación de problemas.
- Se logra establecer los objetivos y metas claras.
- Se puede medir y evaluar el grado de cumplimiento de actividades y responsabilidades de cada Unidad.
- Diseñar un sistema de nuevos objetivos.

Características

El sistema de generación de Indicadores de Calidad y Producción debe poseer las siguientes características:

1. Coherente y significar lo mismo para todos
2. Pertinente, oportuna y puntual
3. Integable, relacionable y capaz de trazar procesos o intervenciones

4. Flexible, adaptable a la evolución del sistema y a las particularidades de sus componentes
5. Accesible, con una disponibilidad máxima de la información

Metas

La generación de Indicadores de Calidad y Producción permitirá conocer de modo integral las características de cada UCI. Hay un gran potencial en la información e indicadores que se podrán obtener a partir de un número pequeño de variables: morbilidad atendida, indicadores de gestión, de actividad, de resultados, de calidad, etc. Esta información permitirá conocer el rendimiento y uniformar nuestras unidades para proyectos conjuntos.

Formulación de estrategias

Se planteará un conjunto de indicadores para conocer el estado y situación de nuestra Unidades. Se generará un listado de indicadores a consensuar en la región, además de establecer estándares para cada una de ellas.

Esta es una primera propuesta.

Indicadores propuestos

Este documento al ser una propuesta, menciona una serie de indicadores que puedan ser ejecutables y analizados por las UCIP. Sabemos que existen diferentes clasificaciones y características de indicadores. En nuestra opinión las que describimos a continuación pueden ser útiles para optimizar y generar mejoramiento continuo en nuestras unidades.

Sostenibilidad y Crecimiento

A cargo del Sub-Comité SLACIP Grupo Calidad integral – Indicadores de Calidad y Producción.

Indicadores de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Indicador	NÚMERO DE EGRESOS EN UCI
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
Objetivos	Conocer el número de egresos de la Unidad de Cuidados Intensivos
Definición	Número de egresos en UCI, es el resultado de sumar los egresos de dicho servicio, incluyendo los pacientes vivos y fallecidos en un período determinado Egreso en UCI, es la salida de un paciente de dicha área luego de haber estado hospitalizado, al cual se le ha brindado los servicios del hospital y para quien se ha llevado una historia clínica durante su estancia. Los egresos en UCI pueden ser por alta, transferencia a otro servicio, traslado a otro hospital o por defunción
Tipo de medida	Número
Fórmula	\sum de egresos de UCI
Estándar / meta	Dependerá del número de camas UCIP
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos
Periodicidad	Mensual
Responsable	Médico Jefe de la UCI

Indicador	NÚMERO DE INTERCONSULTAS REALIZADAS A UCI
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
Objetivos	Determinar la demanda de la UCI a través de interconsultas de otros servicios
Definición	<p>Número de interconsultas a UCI, es la suma de todas aquellas que se demandan a dicha área. En frecuente que algunos pacientes de los servicios de hospitalización y emergencia requieran ser evaluados por médicos especializados en cuidados intensivos. Los profesionales que responden a la interconsulta deben evaluar a dichos pacientes y dejar por escrito su impresión diagnóstica, sus indicaciones y recomendaciones. Esta actividad debe ser registrada como parte de la producción del servicio.</p>
Tipo de medida	Número entero
Fórmula	Σ de interconsultas por servicio y especialidad
Estándar / meta	
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos
Periodicidad	Mensual
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos

Indicador	PROMEDIO DE PERMANENCIA EN UCI
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
Objetivos	<p>Este indicador sirve para evaluar el grado de aprovechamiento de las camas en UCI e indirectamente la calidad de los servicios, ya que tiempos excesivos de hospitalización pueden reflejar, entre otras causas, deficiencias técnicas.</p> <p>Establece el promedio de días de asistencia que recibe cada paciente en un período de tiempo. Los días de internamiento varían según las patologías</p>
Definición	<p>Días estancia en UCI, es el número de días que un paciente ha permanecido hospitalizado en dicha unidad. Los días estancia sólo se deben contar cuando el paciente ha egresado (a diferencia de los pacientes día en UCI, que se registran diariamente). Por lo tanto, en el momento de hacer el cálculo del número de días estancia en UCI, no se cuenta a los pacientes que aún permanecen hospitalizados en el servicio.</p> <p>Para determinar el número de días estancia en UCI se cuenta el día de ingreso y se excluye el del egreso. Los pacientes que ingresan y egresan el mismo día se contabilizan como un día estancia</p>
Tipo de medida	Razón
Fórmula	$\frac{\text{Número total de días de estancia en UCI en un período}}{\text{Número egresos (vivos y fallecidos) en la UPSS de UCI en el mismo período}}$
Estándar / meta	
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos
Periodicidad	Mensual
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos

Indicador	INTERVALO DE SUSTITUCION DE CAMAS EN UCI
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
Objetivos	Conocer el tiempo que permanece una cama desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro a la misma cama
Definición	<p>Número de días cama disponibles en UCI, es el número total de camas habilitadas para internamiento en dicha unidad, ocupadas o vacantes, dotadas de personal para su atención, que pueden prestar servicio durante las 24 horas del día</p> <p>Paciente día en UCI, es la unidad de medida de hospitalización. Establece los días en que las camas de este servicio se encuentran ocupadas (una cama ocupada genera un paciente día</p> <p>El número de pacientes día en UCI del mes se obtiene sumando todos los censados durante ese período. El conteo para el censo diario está a cargo de enfermeras y se realiza a las 12 de la noche de cada día</p>
Tipo de medida	Promedio
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles de UCI} - \text{N}^\circ \text{ paciente día en UCI (N}^\circ \text{ de camas ocupadas)}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos de la UPSS Cuidados Intensivos en el mismo período}}$
Estándar / meta	
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos
Periodicidad	Mensual
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos

Indicador	PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS EN UCI
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
Objetivos	Este indicador sirve para establecer el grado de utilización de camas en un período determinado. Establece la relación que existe entre los pacientes que ingresan y la capacidad real de las camas de la UCI. La forma más exacta y útil para su obtención, es a través del censo diario
Definición	El número de pacientes día en UCI del mes se obtiene sumando todos los censados durante ese período. El conteo para el censo diario está a cargo de enfermeras y se realiza a las 12 de la noche de cada día. Número de días cama disponibles en UCI, es el número total de camas habilitadas para internamiento en dicha unidad, ocupadas o vacantes, dotadas de personal para su atención, que pueden prestar servicio durante las 24 horas del día.
Tipo de medida	Razón
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes día en la UPSS UCI en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de días cama disponibles en la UPSS UCI en el mismo período}} \times 100$
Estándar / meta	
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos
Periodicidad	Mensual
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos

Indicador	PORCENTAJE DE COMPLICACIONES POR TRATAMIENTO
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
Objetivos	Sirve para evaluar la calidad de la atención en UCI. Mide la proporción de complicaciones asociadas a los diversos tipos de tratamientos que se realizan a los pacientes en dicha unidad.
Definición	Número de pacientes con complicaciones por tratamiento o procedimiento, es el total de aquellos que han sufrido un evento no deseado, que se produce y se hace evidente durante su estancia en la UCI, el cual está directamente relacionado con el tratamiento y/o procedimientos recibidos (reanimación cardiopulmonar, ventilación mecánica, introducción de catéteres endovenosos, y todas aquellas medidas consideradas como de soporte vital; además se incluyen las reacciones medicamentosas). Este indicador puede aplicarse de manera global o ser específico por cada tratamiento o procedimiento que genera complicaciones en la UCI.
Tipo de medida	Promedio
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes de UCI con complicaciones en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos de UCI en el mismo período}} \times 100$
Estándar / meta	
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos
Periodicidad	Mensual
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos

Indicador	TASA DE REINGRESOS EN UCI
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
Objetivos	Evaluar la pertinencia del alta, transferencia o tratamiento de los pacientes egresados de UCI, acorde al cuadro clínico que presentaron
Definición	Número de reingresos, es el total de pacientes que son hospitalizados en la UCI por segunda vez y por el mismo evento por el que fueron internados la primera vez (o por las complicaciones de este)
Tipo de medida	Promedio.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de reingresos de pacientes de la UPSS en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos de la UPSS de CI en el mismo período}} \times 100$
Estándar / meta	
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos
Periodicidad	Mensual
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos

Indicador	TASA DE MORTALIDAD BRUTA EN UCI	
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>	x
Objetivos	Obtener una apreciación global de la situación de mortalidad de los pacientes de UCI, sin que se pueda discriminar las causas relacionadas con el estado de salud de los pacientes de las asociadas a la calidad de los servicios de salud	
Definición	Tasa bruta de mortalidad en UCI, es la proporción de fallecidos en dicho servicio respecto al total de egresos durante un mismo período, sin considerar si las muertes ocurrieron antes o después de las 48 horas de ingresado el paciente	
Tipo de medida	Promedio	
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones en la UPSS CI en un período}}{\text{N}^\circ \text{ de egresos de la UPSS de CI en el mismo período}} \times 100$	
Estándar / meta		
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos	
Periodicidad	Mensual	
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos	

Indicador	TASA DE MORTALIDAD NETA EN UCI	
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado	x
Objetivos	<p>Evaluar la calidad de atención que se brinda a los pacientes de UCI, permitiendo un mayor nivel de precisión que la tasa de mortalidad bruta, ya que se presume que las muertes ocurridas están asociadas con la atención hospitalaria.</p> <p>La evaluación sobre calidad debe profundizarse clasificando a los pacientes según la gravedad de los casos, ya que muchos de ellos acuden en situaciones difíciles de revertir</p>	
Definición	<p>Tasa neta de mortalidad en UCI, es la proporción de fallecidos en dicho servicio respecto al total de egresos en UCI durante un mismo período, considerando sólo las muertes que ocurrieron después de las 48 horas de ingresado el paciente</p>	
Tipo de medida	Promedio	
Fórmula	<p>Número de fallecidos en UCI después de 48 horas de su Admisión en un período</p> <p>----- x 100</p> <p>Número Egresos en UCI en el mismo período</p>	
Estándar / meta		
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos	
Periodicidad	Mensual	
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos	

Indicador	TASA ESTANDARIZADA DE MORTALIDAD (SMR) O TASA DE MORTALIDAD AJUSTADO	
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado	x
Objetivos	<p>Igual a 100 - la tasa de mortalidad hospitalaria y la tasa esperada son las mismas</p> <p>> 100 - la tasa de mortalidad hospitalaria es superior a la tasa de mortalidad esperada</p> <p><100 - la tasa de mortalidad hospitalaria es inferior a la tasa de mortalidad media esperada.</p> <p>Una tasa mayor SMR no significa necesariamente que el hospital es inseguro, se debe evaluar otros indicadores de calidad para llegar a una conclusión lógica. No se recomienda un juicio basado en parámetros individuales en el nivel de rendimiento.</p>	
Definición	<p>El riesgo de muerte varía con la gravedad del estado de enfermedad, la edad y comorbilidades. Por lo tanto, la mortalidad bruta (mortalidad general) no es un indicador sensible. La tasa de mortalidad puede obtenerse a partir de modelos predictivos en base a los “escores de mortalidad”. El SMR es un parámetro muy útil, a menudo utilizado para comparar resultados en dos o más grupos bajo estudio. También ofrece una oportunidad a la UCI individual para mejorar los procesos y técnicas.</p>	
Tipo de medida	Resultado	
Fórmula	<p>(Tasa de) Riesgo de Mortalidad Ajustada 1</p> <p>= Tasa observada / Tasa de Riesgo esperada ajustada (x 100)</p> <p>Tasa observada = Mortalidad actual en UCI o institución.</p> <p>Tasa de Riesgo esperada ajustada = Tasa de mortalidad por un modelo predictivo.</p>	
Estándar / meta	<p>Si el intervalo de confianza 95% SMR incluye 1, el rendimiento se considera promedio.</p> <p>Si el IC 95% no incluye 1, los SMRs inferiores a 1 y más de 1 se considera buenos y malos resultados, respectivamente.</p>	
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos	
Periodicidad	Mensual	
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos	

Indicador	DURACIÓN DE ESTANCIA (LOS)	
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado	<input checked="" type="checkbox"/>
Objetivos	Las camas de UCI son limitadas en cualquier hospital. Por lo tanto, es necesario el uso racional para los pacientes que requieren UCI. Por lo tanto, LOS se utiliza para evaluar la calidad de atención y utilización de los recursos.	
Definición	Es el total de horas y días de pacientes manejados en la unidad con la ocupación de la cama desde las 00:00 hrs. La media aritmética sobrestima el LOS, ya que los valores atípicos influyen en ambos extremos. La mediana puede eludir este problema. LOS también está influenciado por factores como disponibilidad de una unidad intermedia, el tiempo de alta y salida de la unidad, las tasas de mortalidad. LOS adecuadamente estratificados sobre la base de enfermedades y condiciones y debidamente analizados podría ser un parámetro sensible que nos indique eficiencia en el proceso y la técnica en la UCI.	
Tipo de medida	Resultado	
Fórmula	Total de días ocupación cama / Número de pacientes en un período de tiempo determinado (semanal, mensual / anual)	
Estándar / meta	4.36 días en UCI general; 2.43 días en UCI CV	
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos	
Periodicidad	Semanal, mensual, anual	
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos	

Indicador	ADHERENCIA A PROTOCOLO
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
Objetivos	Se espera que el cumplimiento de protocolos, pautas y planes de tratamiento mejore la atención al paciente. La adherencia del protocolo podría ser un incumplimiento absoluto, parcial o completo (correcto). El cumplimiento correcto de 70% ha sido reportado por Mc Millan y col.
Definición	Selected guidelines , protocols, treatment bundles in the unit to improve patient care, resource utilization, and reduce iatrogenic complications
Tipo de medida	Process parameter
Fórmula	Number of time followed/ Number of time expected to follow X 100
Estándar / meta	90%
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos
Periodicidad	
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos

Indicador	TASA DE READMISIÓN A UCI
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input checked="" type="checkbox"/> Resultado <input type="checkbox"/>
Objetivos	La tasa de readmisión indica una decisión prematura de alta de la UCI e incremento de la morbi-mortalidad.
Definición	Reingreso a la UCI dentro de las 24 horas de la transferencia durante la estancia en el hospital. Este es un indicador de la atención y manejo post UCI.
Tipo de medida	Proceso y seguridad del paciente.
Fórmula	$\frac{\text{(Número de pacientes readmitidos/ Total de pacientes en UCI)} \times 100}{100}$
Estándar / meta	Las tasas de readmission son de 5–6% y 4%
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos
Periodicidad	
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos

Indicador	TASA DE REINTUBACIÓN	
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>	x
Objetivos	La extubación accidental y posterior reintubación pueden conducir a estancia prolongada, mayor tiempo de soporte, de ventilación e incremento de neumonía nosocomial y mortalidad	
Definición	Reintubación dentro de las 48 hrs.	
Tipo de medida	Morbilidad, seguridad	
Fórmula	$(\text{Número de pacientes reintubados} / \text{Número de pacientes extubados}) \times 100$	
Estándar / meta	12.2%, 12%	
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos	
Periodicidad	Diario	
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos	

Indicador	NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR (VAP)
-----------	--------------------------------------

Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>
Objetivos	La neumonía asociada al ventilador incrementa morbilidad y mortalidad. Tiene implicaciones de costos, ya que aumenta días de ventilación. La reducción de la tasa de incidencia es deseable en pacientes ventilados. Las tasas de mortalidad reportadas en VAP exceden el 50% y el costo atribuible por VAP se aproxima a \$ 20,000
Definición	Paciente ventilado que desarrolla nueva opacidad en parénquima pulmonar y cumple criterios de VAP
Tipo de medida	Infección, resultado, seguridad
Fórmula	$\frac{\text{\# de pacientes con VAP}}{\text{\# de días en VM con tubo traqueal}} \times 1000 \text{ días}$
Estándar / meta	Médico / quirúrgico, y otros 2,3 Médico / quirúrgico pediátrico 2.1
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos
Periodicidad	Mensual
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos

Indicador	INFECCIÓN DEL TORRENTE SANGUÍNEO DEBIDO A LÍNEA CENTRAL (ACCESO)	
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>	x
Objetivos	La infección de torrente sanguíneo (BSI) ha surgido como una importante causa de mortalidad. La muerte estimada causada por BSI fue de 26.250 muertes / año y se clasifica como la octava causa de muerte en los Estados Unidos	
Definición	Tasas de infección en el torrente sanguíneo = número de líneas centrales relacionadas a BSI por 1000 días de línea central	
Tipo de medida	Infección, resultado, seguridad	
Fórmula	$\frac{\text{Número de BSI asociado a línea central}}{\text{Número de días de línea central}} \times 1000$	
Estándar / meta	Médico / quirúrgico, otros 1.5 Pediátrica médica / quirúrgica 2,9 Medicina pediátrica 1.0	
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos	
Periodicidad	Mensual	
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos	

Indicador	INFECCIÓN RELACIONADA A CATÉTER URINARIO	
Tipo	Estructura <input type="checkbox"/> Proceso <input type="checkbox"/> Resultado <input checked="" type="checkbox"/>	x
Objetivos	Prevalencia la infección urinaria es la más común. Incrementa la morbilidad, costo y estancia.	
Definición	Incidencia de ITU por 1000 días cateterizados en pacientes Cateterizados en la unidad, pero sin infección el día del cateterismo	
Tipo de medida	Infección, seguridad, resultado	
Fórmula	$\frac{\text{Número de ITU}}{\text{Número de días-catéter}} \times 1000$	
Estándar / meta	Médico / quirúrgico, otras 3.1 Médico / quirúrgico pediátrico 5.0	
Fuente de datos	Libro de Registro de Cuidados Intensivos	
Periodicidad	Mensual	
Responsable	Médico Jefe de Cuidados Intensivos	

Evaluación de Indicadores

- Definir frecuencia y periodicidad de medición
- Individualizar factores condicionantes que pueden incidir en resultados:
 - Falta de organización y gestión de procesos, recurso físico, humano, tecnológico, insumos
- Falta de experticia
- Ocurrencia de día o noche, horario
- Evitable o no

Conducta

- El resultado requiere análisis objetivo y transparente para tomar conductas, incluyendo modificación de procesos, guía o protocolos
- Plan de mejora
- Reevaluación periódica



Referencias:

Intensive care unit quality improvement: A “how-to” guide for the interdisciplinary team J. Randall Curtis, MD, MPH; Deborah J. Cook, MD; Richard J. Wall, MD, MPH; Derek C. Angus, MD, MPH, FRCP; Julian Bion, FRCP, FRCA, MD; Robert Kacmarek, PhD, RRT; Sandra L. Kane-Gill, PharmD, MSc; Karin T. Kirchhoff, RN, PhD, FAAN; Mitchell Levy, MD; Pamela H. Mitchell, PhD, CNRN; Rui Moreno, MD, PhD; Peter Pronovost, MD, PhD; Kathleen Puntillo RN, DNSc, FAAN (Crit Care Med 2006; 34:211–218)

Indicadores de calidad del Enfermo Crítico de la SEMICYUC 2011 en base al trabajo publicado en el año 2005, disponible en <http://www.semicyuc.org/temas/calidad/indicadores-de-calidad>.

The Development of Indicators to Measure the Quality of Clinical Care in Emergency Departments Following a Modified-Delphi Approach Patrice Lindsay, BScN, MEd, Michael Schull, MD, MSc, Susan Bronskill, PhD, Geoffrey Anderson, MD, PhD ACAD EMERG MED • November 2002, Vol. 9, No. 11 • www.aemj.org

Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidence based quality of care indicators Canadian Association of Emergency Physicians CJEM 2011; 13(5):E28-E43 DOI 10.2310/8000.2011.110334S

Qualitative Review of Intensive Care Unit Quality Indicators Sean M. Berenholtz, Todd Dorman, Koni Ngo, and Peter J. Pronovost Journal of Critical Care, Vol 17, No 1 (March), 2002: pp 1-15 1

Quality Indicators for High Acuity Pediatric Conditions Antonia S. Stang, MDCM, MBA, MSc, Sharon E. Straus, MD, MSc, FRCPC, Jennifer Crotts, RN, David W. Johnson, MD, Astrid Guttmann, MDCM, MSc Pediatrics 2013;132:752–762

Determining pediatric intensive care unit quality indicators for measuring pediatric intensive care unit safety Matthew C. Scanlon, MD; Kshitij P. Mistry, MD, MSc; Howard E. Jeffries, MD, MBA, MPH Pediatr Crit Care Med 2007 Vol. 8, No. 2 (Suppl.)

Quality indicators for ICU: ISCCM guidelines for ICUs in India B. Ray, D. P. Samaddar, S. K. Todi, N. Ramakrishnan, George John, and Suresh Ramasubban Indian J Crit Care Med. 2009 Oct-Dec; 13(4): 173–206.

Quality indicators for ICU Indian Society of Critical Care Medicine 2009 Dr. N. Rangnathan



Dr. Deepak Govil Dr. Manish Munjal Dr. Atul Kulkarni Dr. Sheila Nainanmyatra Dr. J. V. Divatia Dr. C. K. Jani

V2.Dic2016 rek/bvd-slacip

