

MÉTODOS E FERRAMENTAS PARA O MONITORAMENTO DA QUALIDADE APLICADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

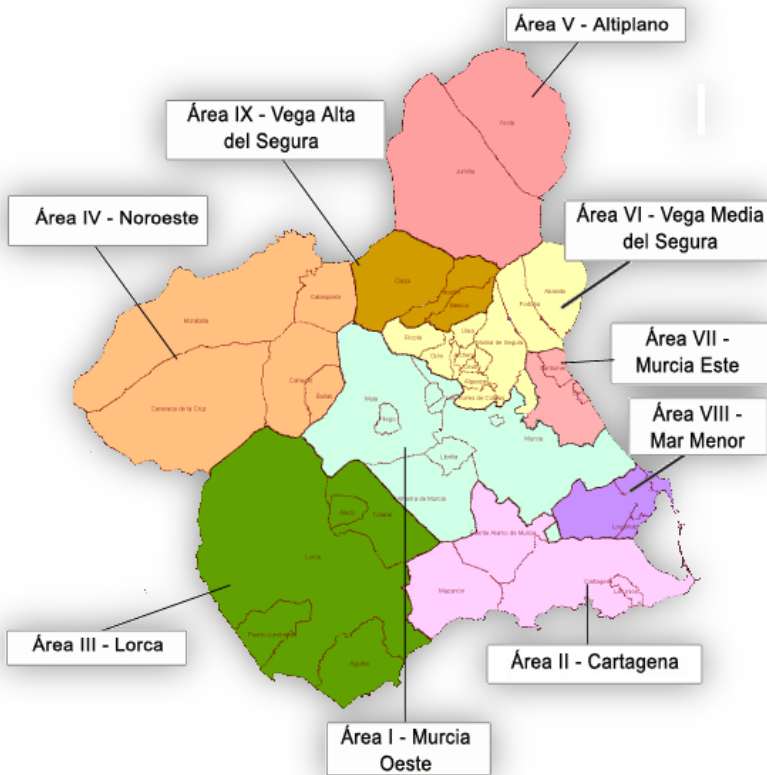
BRASÍLIA, 17 DE MAIO DE 2016

Pedro Parra Hidalgo
Subdirección General de Calidad Asistencial,
Seguridad y Evaluación
Servicio Murciano de Salud



Superficie: 11.313 km²
Población: 1,467 millones





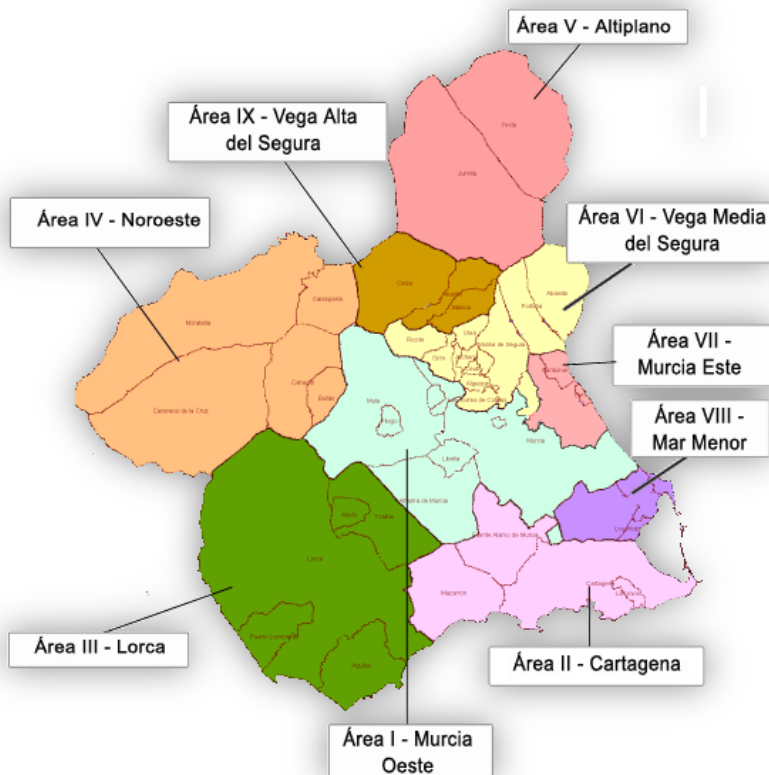
Población atendida:

- 1.407.800 (96%)
- 9 Áreas de Salud y 83 Zonas de Salud

Recursos:

- 83 Centros de Salud y 177 Consultorios Locales
- 62 dispositivos de Urgencias extrahospitalarias
- 10 hospitales con 3.079 camas
- Personal 19.399

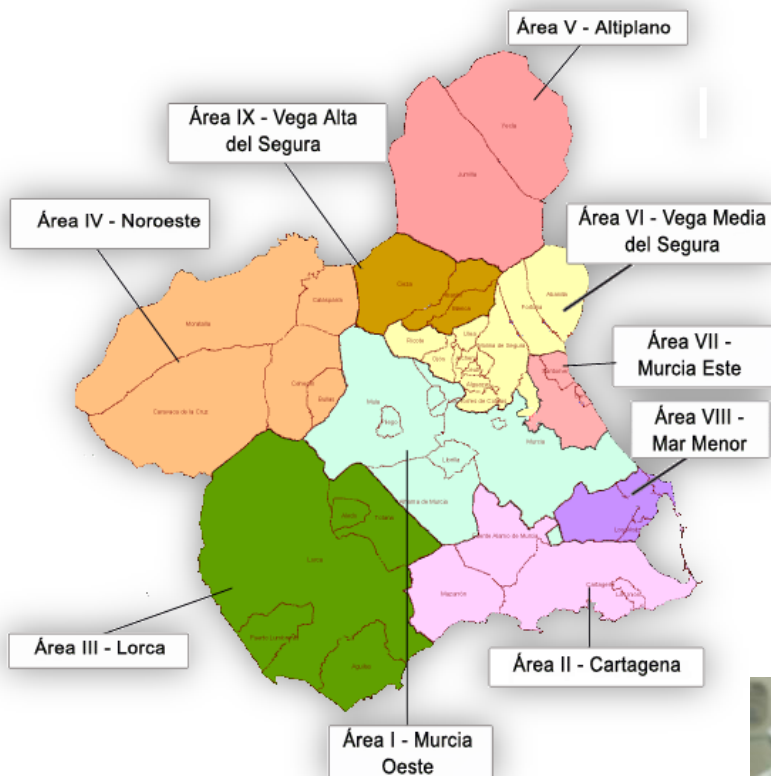
* Datos corresponden a 2015



Actividad:

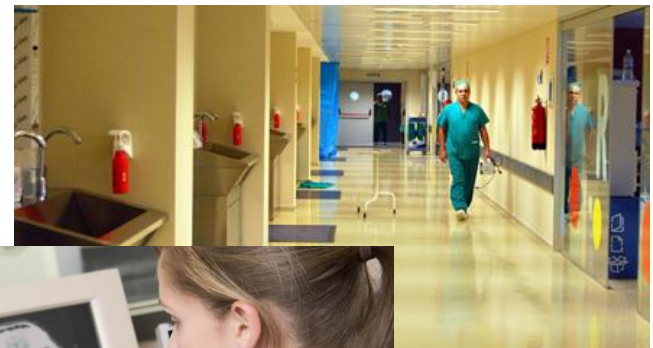
- Consultas m茅dicas en atenci3n primaria: 8.064.866
- Ingresos hospitalarios: 123.147
- Estancias: 796.148 E media: 6,4
- Partos: 14.064
- Intervenciones quirúrgicas: 114.747
- Consultas externas: 2.416.147

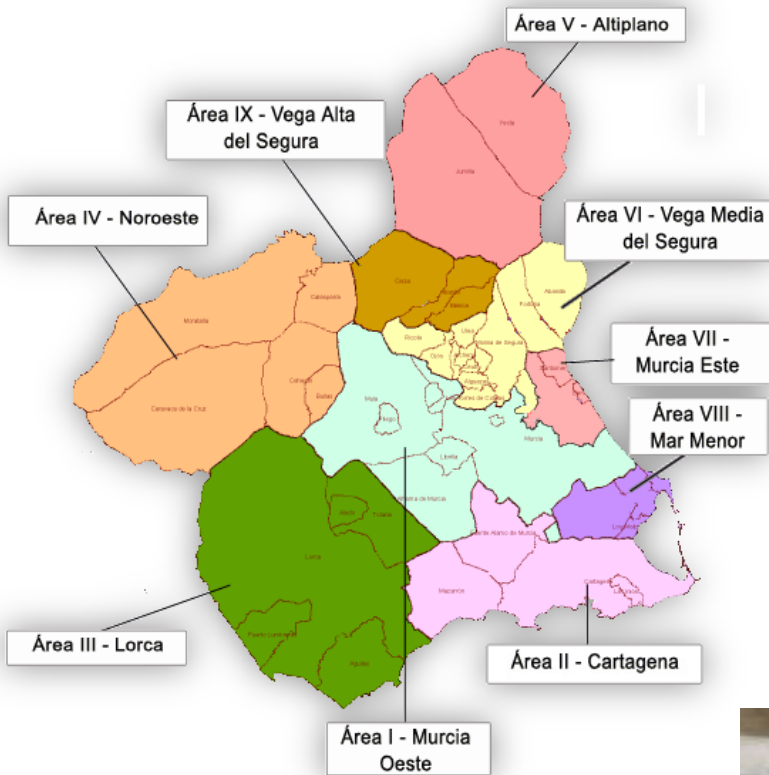
* Datos corresponden a 2015



Actividad:

- Trasplantes de corazón: 11
- Trasplantes de hígado: 60
- Trasplantes de riñón: 68
- Trasplantes de médula ósea: 123





Presupuesto:

- Gasto sanitario total 2015: 2.074.689.868 €
- Gasto por persona: 1473,7€

* Datos corresponden a 2015



Índice

- **Que é monitoramento?**
- **Indicadores.**
- **Pasos para monitoramento:**
 - **Seleção dos indicadores.**
 - Busca de indicadores.
 - Desenho de novos indicadores.
 - **Plano de medição:**
 - Desconhecemos nível de qualidade.
 - Aceitação de lotes.
 - Gráficos de controle.
- **Passos projeto monitoração**



Monitoramento

Marco Teórico



ATIVIDADES

GRUPO DE ATIVIDADES	PONTO DE PARTIDA	<u>OBJETIVO IMEDIATO</u>
CICLOS DE MELHORIA	<ul style="list-style-type: none">- Identificação de um problema de qualidade ou oportunidade de melhoria em algum aspecto dos serviços que se oferecem	<ul style="list-style-type: none">- Solucionar o problema
MONITORAMENTO	<ul style="list-style-type: none">- Identificação dos aspectos relevantes dos serviços que se oferecem e construção de indicadores sobre sua qualidade.- Seleção de indicadores sobre problemas que foram submetidos ao ciclos de melhoria.	<ul style="list-style-type: none">- Identifica de problemas de qualidade.
DELINEAMENTO/DESENHO	<ul style="list-style-type: none">- Programação de um novo serviço à oferecer.- Identificação das necessidades e expectativas dos usuários.- Identificação de parâmetros e resultados a conseguir.	<ul style="list-style-type: none">- Delinear processos atenção para conseguir resultados desejados e pré determinados

Monitoramento

- É a medição ***periódica, planejada e rotineira*** de uma série de aspectos-resumo ou indicadores da qualidade.
- O ***Objetivo*** é a garantia de manter os níveis de qualidade que foram previamente fixados como aceitáveis.
- O ***Resultado*** principal é identificar oportunidades de melhoria.
- A monitoramento é ***INUTIL*** como atividade isolada de um programa de qualidade.

Medição sistemática e planejada de indicadores de qualidade com o objetivo de identificar a existência de situações que tem que ser avaliadas ou sobre aquelas que devem realizar intervenção.

Situação	Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Medição de indicadores de serviços para saber qual o nível de qualidade.	<ul style="list-style-type: none">• Saber se eles estão a níveis aceitáveis.• Identificar oportunidades de melhoria.
<ul style="list-style-type: none">• Medição de indicadores sobre um serviço que foi submetido ao Ciclo de Melhoria.	<ul style="list-style-type: none">• Garantir que se mantém a melhoria conseguida
<ul style="list-style-type: none">• Medição de indicadores sobre um serviço com novo Delineamento.	<ul style="list-style-type: none">• Garantir que o delineamento funciona como estava previsto.

Dois componentes básicos:

- Seleção ou construção dos indicadores a medir
- Definição do Plano de Medição (periodicidade das medições e método com o qual realizar-se-á o mesmo).

Índice

- Que é monitoramento?
- **Indicadores.**
- **Pasos para monitoramento:**
 - Seleção dos indicadores.
 - Busca de indicadores.
 - Desenho de novos indicadores.
 - Plano de medição:
 - Desconhecemos nível de qualidade.
 - Aceitação de lotes.
 - Gráficos de controle.
- **Passos projeto monitoração**

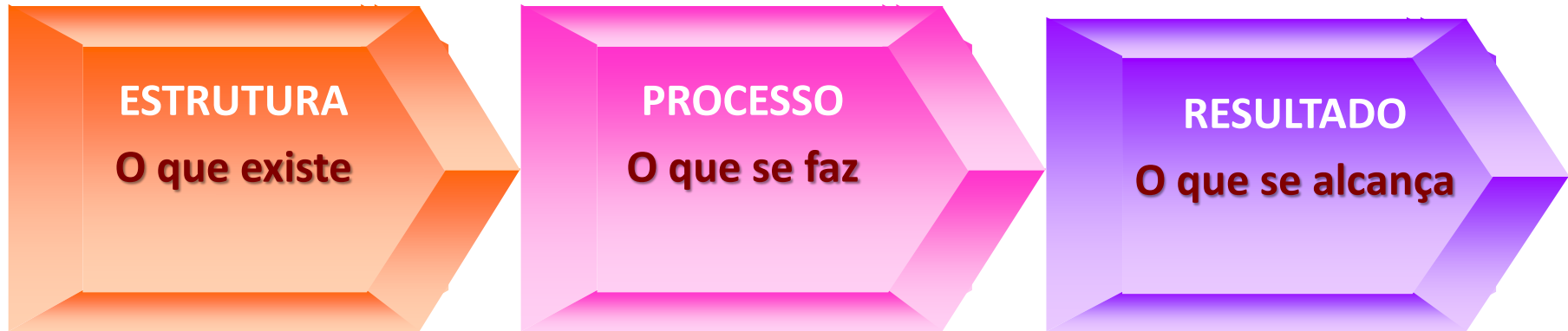
- São ferramentas de screening para identificar áreas de melhoria.
- O que se mede são os aspectos essenciais ou relevantes da atenção sanitária relacionados com o problema que queremos avaliar.
- “Critério que resume a qualidade da atividade ou problema que se deseja monitorizar”

- **Relevância para a prática clínica.**
- **Validez.**
- **Fiabilidade.**
- **Apropriado.**
- **Viabilidade da implementação.**

- Um indicador é válido como indicador de qualidade quando mede o que pretende medir, ou seja, medir qualidade e servir para monitorizar e identificar situações nas quais a qualidade pode melhorar.
- É o principal atributo exigido aos indicadores.

Um indicador é válido quando existe evidência científica que justifica seu uso (relação com um bom resultado nos indicadores de processo e com um bom processo nos de resultado).

Ex.: % de pacientes com SCA com tempo porta-ECG igual ou menor a 10 minutos é um bom indicador de processo, dado que existem ensaios que demonstram que a realização antecipada do ECG evita demoras terapêuticas.



INDICADORES DE ESTRUTURA

São condições necessária pero não suficiente para afirmar que o serviço é de qualidade.

Sua presença nos diz que a qualidade é possível, mas não podemos concluir que realmente ocorra.

Existem as condições mas podem ser mau utilizados, inoportunas a ou incorretamente utilizadas.

INDICADORES DE PROCESSO

Somente são válidos quando estamos seguros que sua realização ou não, repercute num resultado diferente.

São os mais profusamente utilizados, são geralmente muito acessíveis e úteis para saber o que fazer para melhorar, ainda que tem que estar muito atento a não utilizar critérios irrelevantes ou de duvidosa validez.

- Com evidência científica sobre sua influencia na qualidade (resultado).
- Que respondam de forma explícita as responsabilidades em quanto à gestão da qualidade dos diversos níveis de atenção.
- São mais fáceis de interpretar e comparar.
- Maior utilidade para a melhoria continua da qualidade.

INDICADORES DE RESULTADO

São os mais atrativos, mas sobre os que tem que ter mais precauções:

- Garantir que influem sobre os mesmos, as atividades que se realizam. Existe relação entre o resultado e o processo. (Ex.: taxa de HBA1c em pacientes diabéticos).

- Ter em conta os fatores de confusão na hora de medir e interpretar (Ex.: idade, nível cultural, gravidade ...).

TIPO	VALIDEZ	FACILIDADE DE OBTENÇÃO	UTILIDADE IMEDIATA
ESTRUTURA	Condição necessária, mas não suficiente	+++	+++
PROCESSO	Depende da relação com o resultado	++	+++
RESULTADO	- Depende da relação com o processo - Preciso ajustar para eliminar fatores de confusão	+	+

TIPO	VALIDEZ	FACILIDADE OBTENÇÃO	UTILIDADE IMEDIATA
ESTRUTURA Existência de esfigmomanômetros calibrados	Condição necessária, mas não suficiente	+++	+++
PROCESSO % de pacientes com a pressão arterial medida	Depende da relação com o resultado	++	+++
RESULTADO % de pacientes com a pressão arterial controlada Taxa de mortalidade por hipertensão arterial	Depende da relação com o processo Requerer ajustar para eliminar os fatores de confusão	+	+

- Grau em que coincidem os resultados quando o indicador é utilizado por avaliadores diferentes.

- Utilizam-se diversos Índices:
 - Índice de Concordância Geral.
 - Índice Kappa.

- Proporção de casos em que o parecer de ambos avaliadores coincide.
- Calcula-se dividindo o número de casos “acordo” entre ambos avaliadores pelo total de casos avaliados.
- Concordâncias muito altas (>95%) são sinônimos de indicadores fiáveis.

- Mede a concordância total excluindo ao devido o azar.
- Considera-se bons quando os valores de Kappa são maiores de 0,6.

Para melhorar a fiabilidade é necessário incluir especificações para o manejo dos indicadores (exclusões e esclarecimentos).

Para isso, é necessário elaborar uma ficha, para cada indicador, a onde se colete a informação mínima necessária que permita melhorar sua fiabilidade e valorar sua validade.

CÓDIGO DO INDICADOR	Código atribuído ao indicador e que permite identificá-lo claramente assim como diferenciá-lo de outros indicadores similares
NOME DO INDICADOR	Breve título descritivo do mesmo
FÓRMULA	Expressão matemática
EXCLUSOES	Casos ou circunstancias que justificam a NÃO valoração do indicador
ESCLARECIMENTOS	Descrição inconfundível de qualquer término que apareçam no indicador ou nas suas exclusões, que possam estar sujeito a interpretações
TIPO DE INDICADOR	Estrutura, processo ou resultado
JUSTIFICAÇÃO	Utilidade do indicador como medida de qualidade
FONTES DE DADOS	Fontes de informação a partir das quais realizar-se-á a identificação dos casos e a extração dos dados para a valoração do indicador
ORIGEM DO INDICADOR	Obtido a partir dos utilizados por outra instituição ou organismo (mencionar nome), adaptado ou de elaboração própria
BIBLIOGRAFIA	Identificação das fontes bibliográficas relevantes em relação com o uso indicador, incluindo aquelas relacionadas com o nível de evidência científica do mesmo

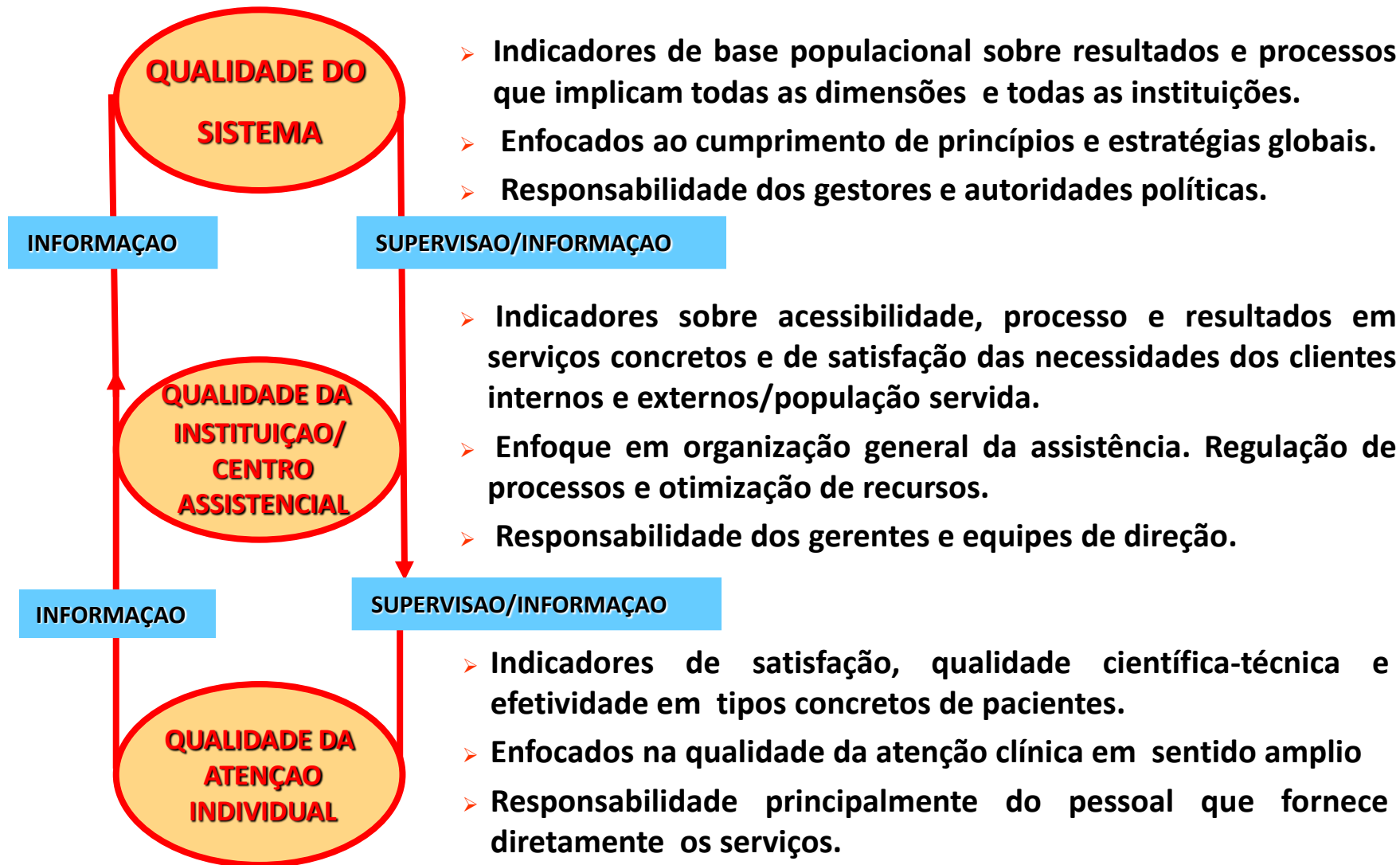
CÓDIGO DO INDICADOR	IH-48
NOME DO INDICADOR	VALORAÇÃO DO RISCO DE QUEDAS
FÓRMULA	Pacientes com valoração de risco de quedas realizado nas primeiras 24 horas x100 / Pacientes internados mais de 24 horas
EXCLUSOES	--
ESCLARECIMENTOS	A valoração do risco realizar-se-á com a ferramenta de valoração que tenha implantada o centro
TIPO DE INDICADOR	Processo
JUSTIFICAÇÃO	A utilização de ferramentas para a valoração do risco de quedas permite identificar aos pacientes com alto risco, sendo essencial para estabelecer as medidas preventivas adequadas.
FONTES DE DADOS	<ul style="list-style-type: none"> - Para a identificação dos casos: listado de pacientes internados nas Unidades de Hospitalização. - Para extrair os dados para a avaliação: prontuário eletrónico
ORIGEM DO INDICADOR	Elaboração própria a partir da bibliografia consultada
BIBLIOGRAFÍA	<p>IHI Home Page [sede Web]. Cambridge: Institute for Health care Improvement; [acceso 28-07-11]. Falls Prevention [aproximadamente 3 pantallas]. Disponible en http://app.ihc.org/imap/tool/</p> <p>The Joanna Briggs Institute Best Practice. Evidence based information sheets for Health professionals. Caidas en hospitales. 1998;2(2):1-6. Actualizado: 15-03-07</p>

INDICADORES APROPRIADOS

- **Útil para a gestão da qualidade no nível ou instituição aonde é utilizado.**
- **Consistente com o nível de responsabilidade de quem utiliza-o.**
- **Os resultados do seu monitoramento podem ser seguido de ações para a melhoria, se for necessário.**

NÍVIES PARA A GESTAO DA QUALIDADE

CARACTERÍSTICAS E RESPONSÁVEIS



Índice

- Que é monitoramento?
- Indicadores.
- **Pasos para monitoramento:**
 - **Seleção dos indicadores.**
 - **Busca de indicadores.**
 - Desenho de novos indicadores.
 - **Plano de medição:**
 - Desconhecemos nível de qualidade.
 - Aceitação de lotes.
 - Gráficos de controle.
- **Passos projeto monitoração**

1.1) Principais fontes a nível internacional:

- Indicadores da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ Quality Indicators)
- Indicadores da *OCDE*
- Projeto *Performance Assessment Framework for Hospitals* (PATH) da OMS
- *International Quality Indicator Project de Maryland*
- Medidas de Qualidade para Pacientes Hospitalizados da *Joint Commission*



Agency for Healthcare Research and Quality

Advancing Excellence in Health Care

AHRQ Quality Indicators™

[Home](#)

[Modules](#)

[Software](#)

[News](#)

[Resources](#)

[FAQs & Support](#)

[Archives](#)



[Prevention Quality Indicators](#)

[>> More Info](#)

[Inpatient Quality Indicators](#)

[>> More Info](#)

[Patient Safety Indicators](#)

[>> More Info](#)

[Pediatric Quality Indicators](#)

[>> More Info](#)

Health policies and data

Health policies and data

> [Biotechnology policies](#)

Health Care Quality Indicators

[Send](#)  [Print](#)  [Twe](#)

<http://www.oecd.org/health/health-systems/healthcarequalityindicators.htm>

What is the Health Care Quality Indicators project?

The OECD Health Care Quality Indicators project, initiated in 2002, aims to measure and compare the quality of health service provision in the different countries. An Expert Group has developed a set of quality indicators at the health systems level, which allows to assess the impact of particular factors on the quality of health services.

Our approach is to complement and coordinate efforts of national and other international bodies. These efforts will offer policy makers and other stakeholders a toolkit to stimulate cross-national learning.



EUROPE



http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/103728/E89742.pdf

Indicators



International Quality Indicator Project

<http://www.internationalqip.com/indicators.aspx>

[IQIP Home](#)

[About the IQIP](#)

[How to Participate](#)

[Indicators](#)

The IQIP comprises sets of performance indicators for four different pattern care settings: acute care, psychiatric care, long term care, and home care. Each indicator set has numerous measures for which a facility can submit data and receive comparative feedback. Participants can use any or all of the measures in an indicator set without affecting their participation fees (provided the organization is registered to use the indicator set to which the measures belong). Decisions regarding which measures to use are made by the participating facility



[Log In](#) | [Request Guest Access](#)

[Contact Us](#) | [Careers](#) | [Press Room](#)

[Forgot password?](#) | [Log In Help](#)

Search

Home > Measurement > Performance Measurement

[Twitter](#) [Facebook](#) [Google+](#) [Share](#) [Print](#)

Wednesday 10:13 CST, May 30, 2012

Performance Measurement

- Measurement**
- Performance Measurement
- Health Services Research
- Annual Report - Improving America's Hospitals

The Joint Commission has two Specifications Manuals:

[The Specifications Manual for Joint Commission National Quality Core Measures](#) includes HBIPS and PC core measure sets that are not common to the Centers for Medicare & Medicaid Services.

[The Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures](#) includes the measure sets: AMI, HF, PN, SCIP, CAC, VTE and STK. This manual represents the result of efforts by the Centers for Medicare & Medicaid Services and The Joint Commission to achieve identity among common national hospital performance measures and to share a single set of common documentation



- Quick Links**
- [Performance Measurement Network](#)
 - [Performance Measurement Extranet](#)
 - [Core Measure Solution Exchange](#)



1.2) Principais fontes a nível nacional (Espanha):

- Indicadores chave do Ministério de Saúde .
- Planos de Saúde e Contratos de Gestão das CCAA.
- Estratégias em saúde, segurança do paciente, normas e recomendações do MSyC.
- Projetos específicos: Indicadores de *Buenas Prácticas: Seguridad del Paciente y Manejo del Dolor*, Grupo GREMCCE.
- Sociedades Científicas: AEC, SEMFYC, SEMES, etc.

Documentos

- Identificación de los Indicadores Clave del SNS

Enlaces

- INEBase - Instituto Nacional de Estadística
- Eurostat
- OMS-Europa
- OECD

Normativa

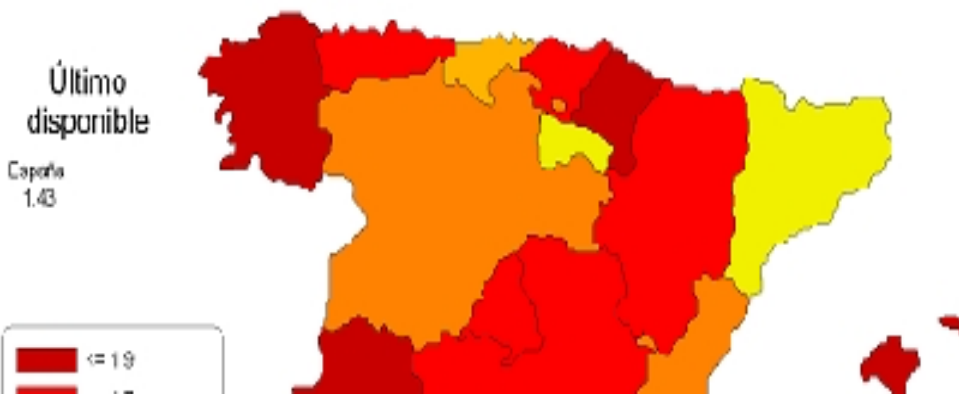
- Ley General de Sanidad
- Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley de la Función Estadística Pública
- Ley de protección de datos de carácter personal
- Ley de autonomía del paciente y de información y documentación clínica

Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud, y en términos más amplios el conjunto del sistema sanitario español, debe contar con una serie de indicadores agrupados en torno a su significado para dar respuesta a las necesidades en materia de información sobre su funcionamiento y desarrollo, dentro de ellos, se debe identificar un Conjunto de Indicadores Clave del SNS, capaz de proporcionar, de manera integrada y sistemática, información fundamental para el sistema sanitario.

[+Más información](#)

Aparatos de tomografía axial computarizada (TAC) en funcionamiento por 100.000 hab.



Plan Calidad SNS

- Estrategia 12.- Diseñar un sistema de información del SNS fiable, oportuno y accesible

Datos e información

- Principales Cifras del SNS
- Indicadores de Salud

Foros

- Encuentros anuales sobre el Sistema de Información del SNS

Documentos

- ▶ Abordaje de la Cronicidad
- ▶ Cáncer
- ▶ Cardiopatía isquémica
- ▶ Cuidados paliativos
- ▶ Diabetes
- ▶ Enfermedades raras
- ▶ EPOC
- ▶ Ictus
- ▶ Salud mental
- ▶ Atención al parto
- ▶ Salud Sexual y Reproductiva

Eventos

- ▶ Jornada sobre Calidad y Equidad en la Atención al Dolor en el SNS (Madrid, 18 de mayo de 2011).
Programa | Inscripción

Documentos

Abordaje de la Cronicidad

- 📄 Estrategia Abordaje de la Cronicidad (2012)
- 📄 Strategy for Addressing Chronicity in the National Health System. (Executive Summary 2012)

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/abordajecronicidad.htm>

Plan Calidad SNS

FOMENTAR LA EXCELENCIA
CLÍNICA

- ▶ Estrategia 9.- Mejorar la atención a los pacientes con determinadas patologías

Estrategia para
el Abordaje
de la Cronicidad
en el Sistema Nacional
de Salud

Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Indicadores_buenas_practicas_SP_Resultados_medicion_hospitales_SNS.pdf

Resultados de su medición en
una muestra de hospitales del
Sistema Nacional de Salud español

INDICADORES DE CALIDAD PARA HOSPITALES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Marzo de 2012

www.calidadasistencial.es

Índice

- Que é monitoramento?
- Indicadores.
- **Pasos para monitoramento:**
 - Seleção dos indicadores.
 - Busca de indicadores.
 - **Desenho de novos indicadores.**
 - Plano de medição:
 - Desconhecemos nível de qualidade.
 - Aceitação de lotes.
 - Gráficos de controle.
- Passos projeto monitoração

2.- Desenho de indicadores:

2.1.-Recomendações de práticas baseadas na evidência para o serviço que queremos monitorizar:

- Guias de Prática Clínica de qualidade.
- Revisões sistemáticas.
- Informes de Agencias de Avaliação de Tecnologias.
- Colaboração Cochrane.



[Inicio](#)

<http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=99185243aa1bd0a81f650ea2e198>

▼ Inicio

- › [Catálogo de GPC](#)
- › [Guías de Práctica Clínica](#)
- › [Otros Productos Basados en la Evidencia](#)
- › [Herramientas y Recursos](#)
- › [Formación / Capacitación](#)
- › [Comunicación y Participación](#)
- › [Actualidad](#)
- › [Entidades](#)
- › [Información para Pacientes y Ciudadanos](#)
- › [Búsquedas](#)

Facilitamos el acceso a Guías de Práctica Clínica a través de...

Catálogo de Guías de Práctica Clínica [↗](#) que valora y muestra guías (actualmente **70 guías**)

Formulario para solicitar la inclusión de una guía [↗](#)



Programa de guías del Sistema Nacional de Salud (SNS) [↗](#) que elabora guías con una metodología común [↗](#) (actualmente **26 guías**) en múltiples formatos

DESTACADO

G
<< Ma



<http://www.cochrane.org/contact/review-groups>

Review Groups

Contact

[Centres and Branches](#)

[Cochrane Centre for your country](#)

[Cochrane Editorial Unit](#)

[Fields and Networks](#)

[Methods Groups](#)

[Operations Unit and Editorial Unit](#)

[Steering Group and Subgroups](#)

[Review Groups](#)

Acute Respiratory Infections Group

Airways Group

Anaesthesia Group

Back Group

Bone, Joint and Muscle Trauma Group

Breast Cancer Group

Childhood Cancer Group

Colorectal Cancer Group

Acute Respiratory Infections Group

Liz Dooley

Faculty of Health Sciences and Medicine

Bond University

Gold Coast Queensland 4229

Australia

Phone: +61 7 5595 5545

Fax: +61 7 5595 1271

Email: ldooley@bond.edu.au

Homepage: ari.cochrane.org



Home > Into practice > Do not do' recommendations > Search the NICE 'do not do'

Into practice

Benefits of implementation

NICE implementation programme

Commissioning guides supporting clinical service redesign

Implementation tools

Help implement NICE guidance

Education

Measuring the use of NICE guidance

Shared learning implementing NICE guidance

'Do not do' recommendations

Referral advice

Search the NICE 'do not do'

You can search the NICE 'do not do' recommendations by:

- typing in a specific term in the 'do not do' search box
- selecting an appropriate topic
- selecting the type of source guidance

To see the full list of all NICE 'do not do' recommendations, click the 'All recommendations' link and click the 'Search' button.

Search 'do not do' recommendations

'Do not do' recommendation

'Do not do' by topic

'Do not do' by sub-topic

'Do not do' by guidance type

Search

Please select one

- Blood and immune system
- Cancer
- Cardiovascular
- Central nervous system
- Diagnostic procedures
- Digestive system
- Ear and nose
- Endocrine, nutritional and metabolic
- Eye
- Gynaecology, pregnancy and birth
- Infectious diseases
- Injuries, accidents and wounds
- Mental health and behavioural conditions
- Mouth and dental
- Musculoskeletal
- Public health
- Respiratory
- Skin
- Surgical procedures
- Therapeutic procedures
- Urogenital

Please select one

Please select one

Please select one

database

link and click the 'Search'

Search results

Results 1-10 of 799

<http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/search.jsp?results=yes&txtSearchText=&txtTopic=&txtSubTopic=&txtType=&btnSearch=Search>

Inicio

Búsqueda simple

Búsqueda asistida

Historial

MeSH

Buscar

en

Título y resumen



<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPMain.asp?SessionID=7525473&LineID=0&SearchFor=>



La Biblioteca Cochrane Plus

la información más fiable y completa sobre los efectos de la atención sanitaria

La Biblioteca Cochrane Plus promueve el trabajo de la Colaboración Cochrane y de otros organismos que reúnen información fiable para guiar las decisiones en la atención sanitaria

[Acerca de La Biblioteca Cochrane Plus](#)

[Utilización de La Biblioteca Cochrane Plus](#)

[Comentarios](#)

[Soporte técnico](#)

[Manual del Revisor](#)

El acceso universal gratuito a la *BCP*, en **todo el territorio español**, es posible gracias a la suscripción realizada por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

BIREME/OPS/OMS gestiona el nuevo Portal de Cochrane en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). El Portal ofrece el acceso libre a *La Biblioteca Cochrane Plus* y a sus contenidos a todos los profesionales de salud que se conecten desde **los países de América Latina y del Caribe**.

Edición de la Biblioteca Cochrane Plus:

InfoGlobal Suport



Centro Cochrane Iberoamericano



El Centro Cochrane Iberoamericano está ubicado en



HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

UNIVERSITAT AUTONOMA DE BARCELONA

2.2.- Ter em consideração as características:

- Relevância para a prática clínica.
- Adequado.
- Validade.
- Confiabilidade.
- Viabilidade da implementação.

Índice

- Que é monitoramento?
- Indicadores.
- **Pasos para monitoramento:**
 - Seleção dos indicadores.
 - Busca de indicadores.
 - Desenho de novos indicadores.
 - **Plano de medição:**
 - **Desconhecemos nível de qualidade.**
 - Aceitação de lotes.
 - Gráficos de controle.
- Passos projeto monitoração



Plano de Medição para o monitoramento.

- 1. Desconhecemos o nível de qualidade existente.**
- 2. Alcançamos o nível de qualidade desejável e queremos comprovar se podemos manter.**



Plano de Medição para o monitoramento.

1. Desconhecemos o nível de qualidade existente.
 - Definição de unidades de estudo e determinação do número de casos em função da precisão desejada. Recomendamos 60 casos para uma primeira medição.

- Uma vez alcançados os níveis de qualidade desejados (Ciclos de Melhoria ó Delineamiento), devemos comprovar posteriormente, se estes níveis se mantém ao largo do tempo.
- Para isso, contamos com métodos mais rápidos e eficientes, dado que não requerem revisar tantos casos como na avaliação tradicional (30 casos ou menos na maior parte das ocasiones).

- Tem o inconveniente de que somente permitem conhecer a existência ou não de uns níveis de qualidade pré estabelecidos (métodos de aceitação/recuso) mas não a estimação pontual do nível de cumprimento do indicador.

Depende da periodicidade das medições:

- Para medições pontuais ou pouco frequentes: a amostra por aceitação de lotes (LQAS).
- Para medições frequentes: gráficos de controle estatístico da qualidade.

Índice

- Que é monitoramento?
- Indicadores.
- **Pasos para monitoramento:**
 - Seleção dos indicadores.
 - Busca de indicadores.
 - Desenho de novos indicadores.
 - **Plano de medição:**
 - Desconhecemos nível de qualidade.
 - **Aceitação de lotes.**
 - Gráficos de controle.
- Passos projeto monitoração

Processo de avaliar uma porção (amostra) de um lote de um determinado serviço, com o objetivo de aceitar o recusar o lote na sua totalidade.

Exemplo: avalio numa amostra de hipertensos, se os mesmos tem sua pressão arterial controlada (<140/90 mm Hg), para ver se está sendo tratado com qualidade a todos estes pacientes (lote).

- Define-se o “lote” ou marco de amostra no que queremos comprovar o cumprimento do indicador.
- Estabelecem-se o “estándar” (cumprimento desejado) e umbral (cumprimento recusável) para o indicador
- Decidimos os riscos que estamos dispostos a ter ao classificar o “lote”.

- Temos dois tipos de risco:
 - Recusar um lote que em realidade é bom (lote no que cumpre com o estándar): risco do produto o risco alfa.
 - Aceitar um lote que em realidade é mau (lote com cumprimento igual ou inferior ao umbral): risco do consumidor ou risco beta.

- O estándar se conhece também como AQL (Acceptable Quality Level) sendo o nível de conformidade desejado.
- O umbral também é conhecido como LQL (*Limiting Quality Level*) sendo o nível de conformidade que indica uma má qualidade para o indicador.
- Exemplo: no caso do estudo sobre a porcentagem de hipertensos que tem a pressão arterial controlada, estabelecemos como *estándar* 85% e como umbral 60%.

Umbral (P _a %)	50		55		60		65		70		75		80		85		90		95	
	n	c	n	c	n	c	n	c	n	c	n	c	n	c	n	c	n	c	n	c
10	8	1	6	1	5	1	*		*		*		*		*		*		*	
15	11	2	8	2	7	2	5	1	*		*		*		*		*		*	
20	15	4	11	3	9	2	7	2	5	1	*		*		*		*		*	
25	23	7	16	5	12	4	9	3	7	2	5	2	*		*		*		*	
30	37	13	24	9	16	6	12	5	9	4	6	2	5	2	*		*		*	
35	67	26	38	15	24	10	16	7	11	5	8	3	6	3	*		*		*	
40	153	66	68	30	38	17	23	11	16	8	11	5	8	4	5	2	*		*	
45	617	288	154	74	67	33	37	19	22	11	15	8	10	5	7	4	5	3	*	
50			615	317	151	80	65	35	35	20	21	12	13	8	9	5	6	4	*	
55					600	340	145	84	62	37	32	19	19	12	12	8	7	4	*	
60							573	353	136	86	57	37	29	19	16	11	10	7	5	3
65									534	356	125	85	50	35	25	18	13	9	7	5
70											483	346	109	80	43	32	20	15	9	7
75													419	321	91	71	33	26	14	11
80															342	279	69	58	22	19
85																	253	219	44	39

ESTÁNDAR: 85%
UMBRAL: 60%

(n): número de amostra.
(c): número de decisão.
Para nível de significação: 5%; Poder: 80% (error α : 5%, error β : 20%) Estandar (P_a%)

Índice

- Que é monitoramento?
- Indicadores.
- **Pasos para monitoramento:**
 - Seleção dos indicadores.
 - Busca de indicadores.
 - Desenho de novos indicadores.
 - **Plano de medição:**
 - Desconhecemos nível de qualidade.
 - Aceitação de lotes.
 - **Gráficos de controle.**
- Passos projeto monitoração

- É uma planilha que serve de referência para analisar a variabilidade do indicador valorado.
- A análise consiste em determinar se os valores que se obtém, da medição do indicador, estão dentro dos esperados dada a variabilidade estatística normal.

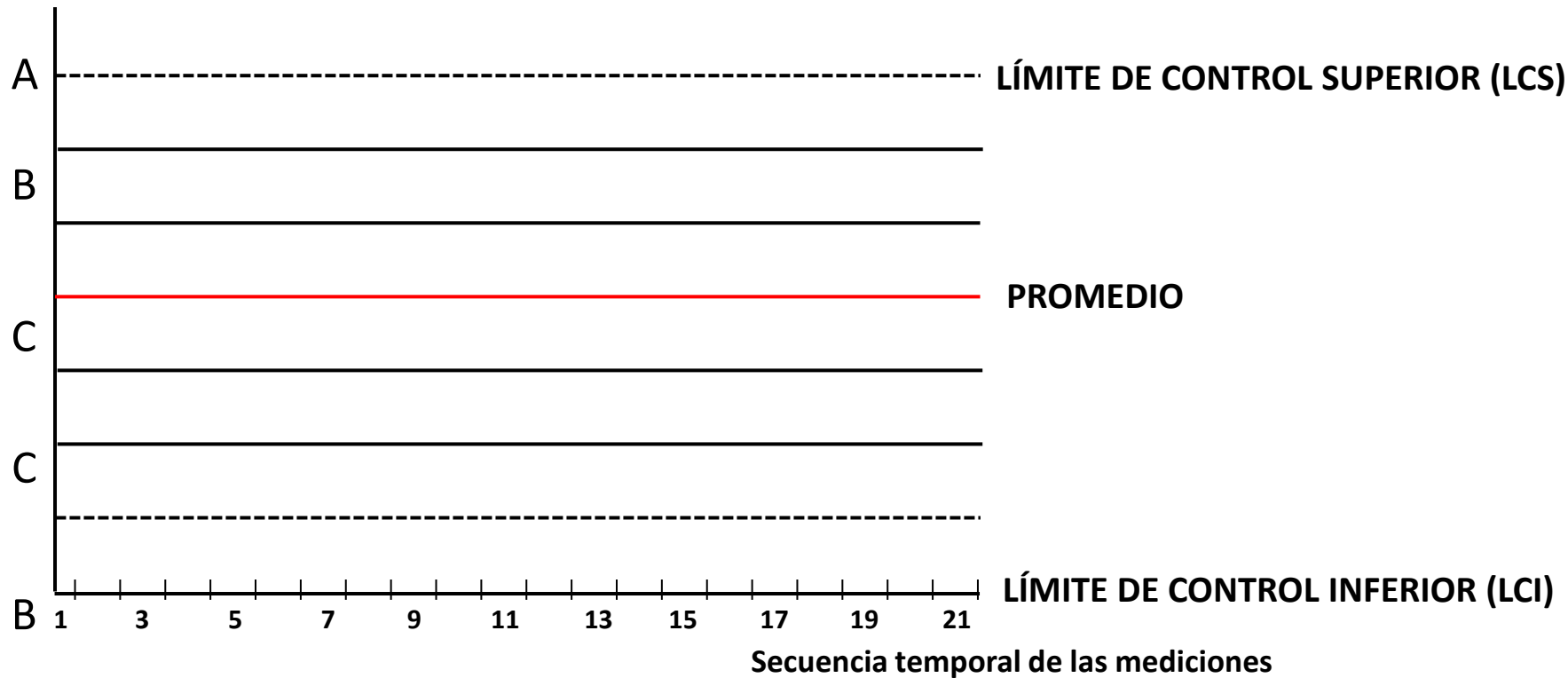
- Dois tipos de variabilidade estatística:
 - Especial: quando se produz um excesso de variação não explicável pelo azar. Identifica-se buscando valores por fora dos limites de controle o que sigam padrões gráficos determinados
 - Comum: aquela inerente ao processo que se avalia. É uma variabilidade estável, sistemática e predicável.

- A utilização dos gráficos de controle estatístico para a monitorização da qualidade requiere duas condições previas:
 - Que o processo seja estável (estatisticamente controlado): para isso, tem que intervir sobre as causas especiais (ciclos de melhoria da qualidade)
 - Que o processo produza os níveis de qualidade desejados para esse indicador: para isso, tem que intervir sobre as causas comuns (redesenhar o processo)

- 1. Construção da tabela com os dados obtidos a partir das medições sucessivas do indicador e cálculo do valor médio e dos limites de controle**
- 2. Desenho do gráfico e busca causas de variabilidade especial**
- 3. Análise cumprimento requisitos de qualidade desejado**

PLANILHA

Escala para los valores de las mediciones del indicador



A

CONTROL ESTADÍSTICO Y CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES: CUATRO POSIBLES SITUACIONES

CONTROL ESTADÍSTICO \ CUMPLIMIENTO DE ESPECIFICACIONES	FUERA DE CONTROL	EN CONTROL
NO CUMPLE ESPECIFICACIONES		
CUMPLE ESPECIFICACIONES		

Fte: Adaptado de Kume H.

! O CONTROLE ESTATISTICO NAO E SINONIMO DE QUALIDADE!

0855-713X/00/85-93\$03.00/0
AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL QUALITY
Copyright © 2000 by American College of Medical Quality

Vol 15, No 3
May/June 2000

Case Study

Reducing Time Delay in the Thrombolysis of Myocardial Infarction: An Internal Quality Improvement Project

Pedro J. Saturno, MD, MPH, DrPH, Francisco Felices, MD, Josefa Segura, MD, Antonio Vera, MD, Juan J. Rodriguez, MD, for the ARIAM Project Group

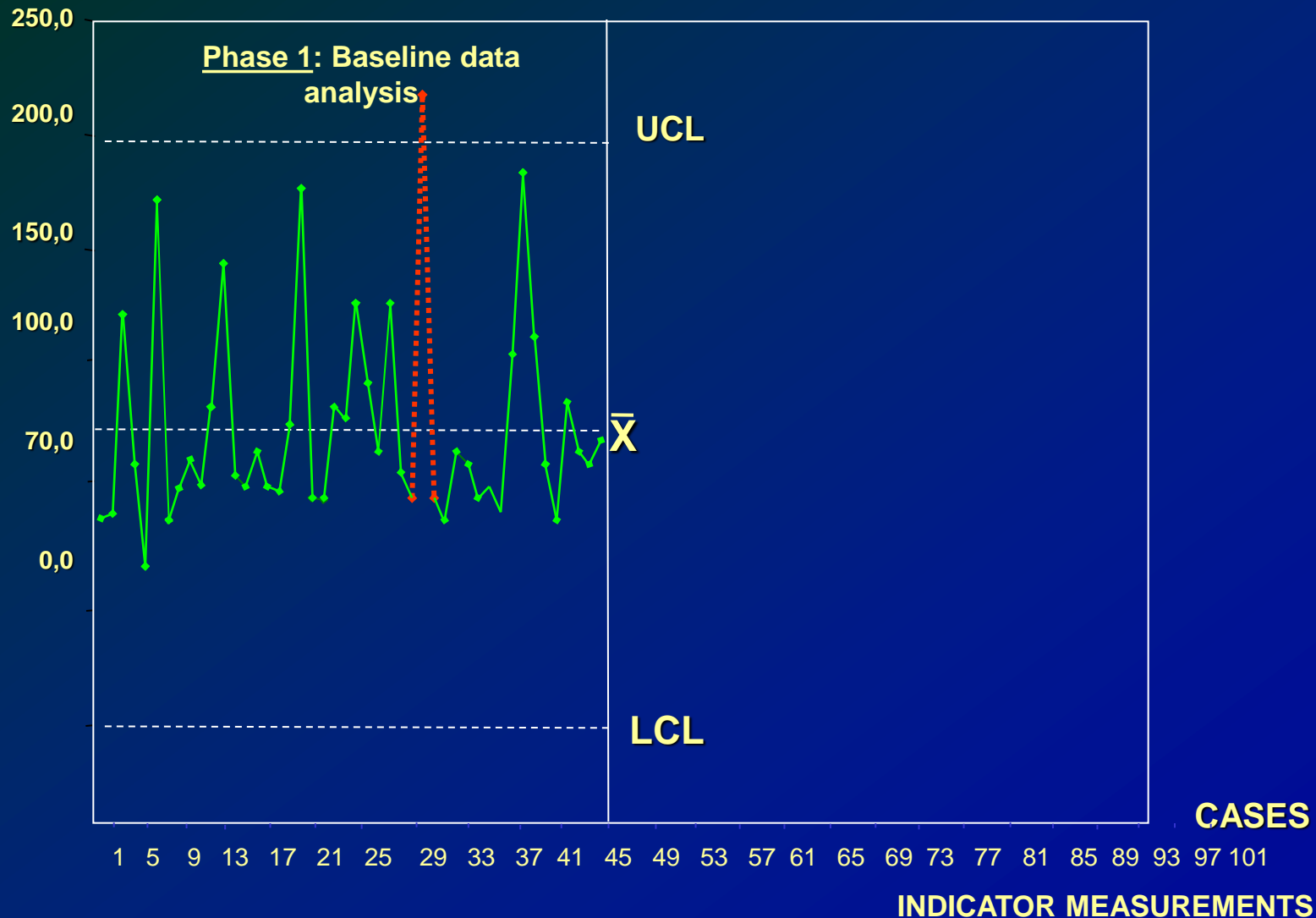
Case Study Editor's Note: This case is an excellent description of a quality improvement initiative reflective of carefully orchestrated cooperative coordination among hospital departments and units, emergency room, laboratory, electrocardiography, and the intensive cardiac care unit. The effectiveness of the authors' strategy is borne out by collection of baseline data, past intervention data, and follow-up monitoring data, all of which were analyzed and interpreted, resulting in evidence of significant improvement in the process time from entry to the hospital to start of treatment for victims of acute myocardial infarctions.

Beverly Carpenter-Mason, PhD
Case Study Editor

CONTROL CHARTS FOR THREE SERIES OF DATA IN AN IMPROVEMENT PROJECT

Time delay for getting treatment in E.R.

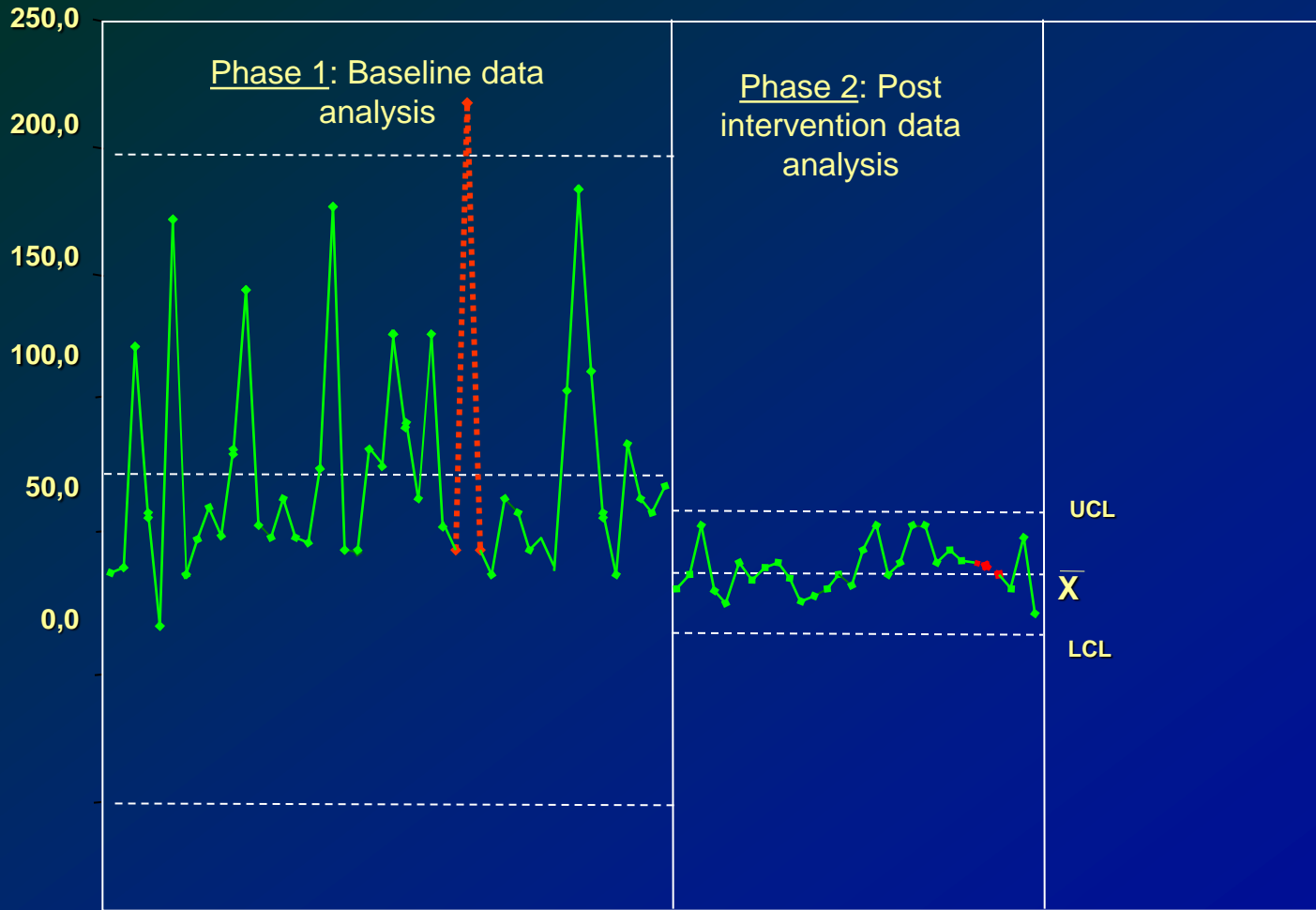
TIME (minutes)



CONTROL CHARTS FOR THREE SERIES OF DATA IN AN IMPROVEMENT PROJECT

Time delay for getting treatment in E.R.

TIME (minutes)



1 5 9 13 17 21 25 29 33 37 41 45 49 53 57 61 65 69 73 77 81 85 89 93 97 101

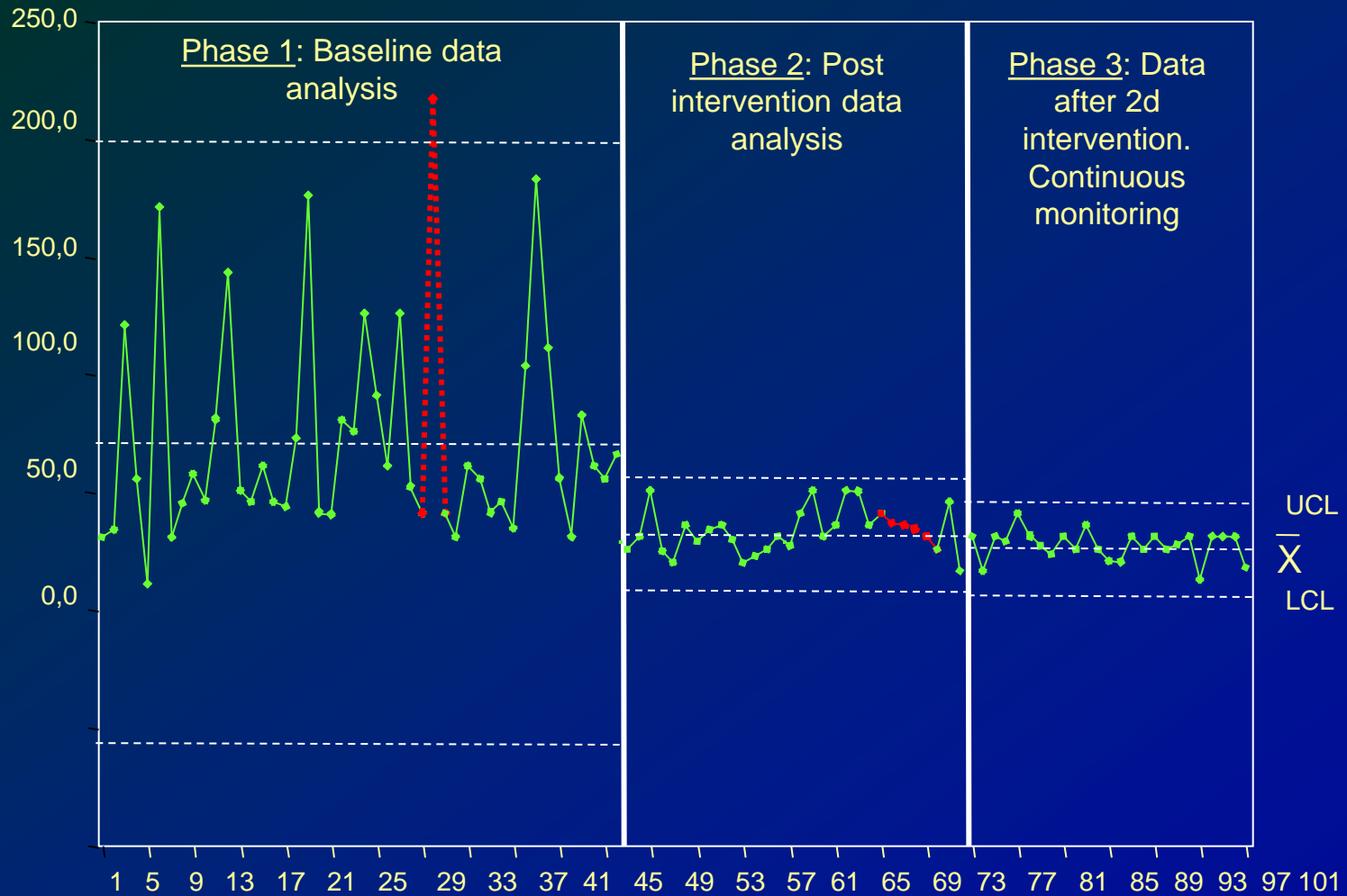
INDICATOR MEASUREMENTS

CASOS

CONTROL CHARTS FOR THREE SERIES OF DATA IN AN IMPROVEMENT PROJECT

Time delay for getting treatment in E.R.

TIME (minutes)



INDICATOR MEASUREMENTS

Índice

- Que é monitoramento?
- Indicadores.
- **Pasos para monitoramento:**
 - Seleção dos indicadores.
 - Busca de indicadores.
 - Desenho de novos indicadores.
 - Plano de medição:
 - Desconhecemos nível de qualidade.
 - Aceitação de lotes.
 - Gráficos de controle.
- **Passos projeto monitoração**

- 1. Definir os objetivos**
- 2. Identificar os aspectos relevantes do serviço que se quer monitorizar.**
- 3. Busca e seleção de indicadores.**
- 4. Revisão das características e elaboração das fichas dos Indicadores.**
- 5. Valorar priorização e consenso.**
- 6. Pilotagem/Estudo piloto.**
- 7. Implementação.**



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Dirección General de Planificación, Ordenación
Sanitaria y Farmacéutica e Investigación



**REEVALUACIÓN DE LA CALIDAD
DE LA ATENCIÓN AL
PARTO NORMAL**

SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Abril 2014

Subdirección General de Calidad Asistencial

Tabla 1: Episiotomías en partos eutócicos (% de episiotomías en partos eutócicos)

HOSPITAL	Si	No	Total de Casos	Resultado 2ª Evaluación (IC95%)	Resultado 1ª Evaluación 2009 (IC95%)
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca	6	24	30	20,0 (5,7-34,3)	30,0 (13,6-46,4)
Hospital General Universitario Santa Lucía	5	25	30	16,7 (3,3-30,0)	40,0 (22,5-57,5)
Hospital Rafael Méndez	8	22	30	26,7 (10,8-42,5)	46,7 (28,8-64,5)
Hospital Comarcal del Noroeste	9	21	30	30,0 (13,6-46,4)	20,7 (5,9-35,4)
Hospital Virgen del Castillo	18	12	30	60,0 (42,5-77,5)	83,3 (70-96,7)
Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor	9	21	30	30,0 (13,6-46,4)	30,0 (13,6-46,4)
TOTAL SMS PONDERADO	55	125	180	23,5 (17,3-29,7)	35,4 (28,2-42,2)
RAZÓN DE VARIACIÓN 1ª EVALUACIÓN:	4,03				
RAZÓN DE VARIACIÓN 2ª EVALUACIÓN:	3,60				
RESULTADO MINISTERIO:	41,9%			(39,2-44,7)	

Tabla 2: Contacto precoz madre-recién nacido (% de partos en los que la madre y el recién nacido han permanecido juntos al menos 50 minutos)

HOSPITAL	Si	No	Total de Casos	Resultado 2ª Evaluación (IC95%) (1)	Resultado 1ª Evaluación 2011 (IC95%) (1)
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca	8	22	30	26,7 (10,8-42,5)	36,7 (19,4-53,9)
Hospital General Universitario Santa Lucía	24	6	30	80,0 (65,7-94,3)	76,7 (61,5-91,8)
Hospital Rafael Méndez	18	12	30	60,0 (42,5-77,5)	13,3 (1,2-25,5)
Hospital Comarcal del Noroeste	25	5	30	83,3 (70,0-96,7)	76,7 (61,5-91,8)
Hospital Virgen del Castillo	20	10	30	66,7 (49,8-83,5)	90,0 (79,3-100)
Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor	27	3	30	90,0 (79,3-100)	80,0 (65,7-94,3)
TOTAL SMS PONDERADO	122	58	180	49,9 (42,6-57,2)	49,2 (41,9-56,5)
RAZÓN DE VARIACIÓN 1ª EVALUACIÓN:	6,75				
RAZÓN DE VARIACIÓN 2ª EVALUACIÓN:	3,38				
RESULTADO MINISTERIO:	50,2% (47,4-53,0). Incluye tanto los partos vaginales como las cesáreas				

(1): la segunda evaluación incluye tanto las cesáreas como los partos vaginales y la primera sólo los partos vaginales

Tabla 3: Tasa de cesáreas (% de cesáreas sobre partos)

HOSPITAL	Si	No	Total de Casos	Resultado 2ª Evaluación	Resultado 1ª Evaluación 2009
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca	1499	5695	7194	20,8	20,8
Hospital General Universitario Santa Lucía	749	2072	2821	26,6	20,7
Hospital Rafael Méndez	417	1252	1669	25,0	28,8
Hospital Comarcal del Noroeste	159	461	620	25,6	23,5
Hospital Virgen del Castillo	109	443	552	19,7	26,7
Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor	286	853	1139	25,1	26,4
TOTAL SMS	3219	10776	13995	23,0	22,5
RAZÓN DE VARIACIÓN 1ª EVALUACIÓN:	1,39				
RAZÓN DE VARIACIÓN 2ª EVALUACIÓN:	1,34				
RESULTADO MINISTERIO:	22,02% (21,8-22,2)				



Vía clínica de atención al parto normal

2

2013



Región de Murcia
Consejería de Sanidad y Política Social

Dirección General de Planificación Sociosanitaria,
Farmacia y Atención al Ciudadano

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN:

SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON

ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST

(SCACEST)



SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Julio 2014

Subdirección General de Planificación,

Calidad e Investigación

INDICADOR Nº 1A: PRESCRIPCIÓN DE ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO EN URGENCIAS

(% DE PACIENTES CON SCACEST A LOS QUE SE HA PRESCRITO ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO EN CUALQUIER DISPOSITIVO DE URGENCIAS)

A. SALUD (1)	AREA I	AREA II	AREA III	AREA IV	AREA V	AREA VI	AREA VII	AREA VIII	AREA IX	SMS	RAZÓN DE VARIACIÓN (2)
N TOTAL	55	79	25	13	10	50	38	25	9	304	
CASOS VÁLIDOS	52	77	25	13	9	44	34	22	7	283	
SI CUMPLE	48	75	22	12	9	41	34	19	6	266	
%	92,3	97,4	88,0	92,3	100	93,2	100	86,4	85,7	94,0	1,16

(1): área de salud a la que corresponde la tarjeta sanitaria del paciente. (2): áreas de salud con 20 o más casos.

INDICADOR Nº 3A: TERAPIA FIBRINOLÍTICA DENTRO DE LOS 30 MINUTOS DE LA LLEGADA AL PRIMER DISPOSITIVO CON CAPACIDAD DE REPERFUSIÓN (% DE PACIENTES DADOS DE ALTA POR SCAEST Y QUE HAN RECIBIDO TERAPIA FIBRINOLÍTICA, EN LOS QUE EL TIEMPO DESDE LA LLEGADA AL PRIMER DISPOSITIVO CON CAPACIDAD DE REPERFUSIÓN HASTA LA FIBRINOLISIS ES DE 30 MINUTOS O MENOS)

A. SALUD (1)	AREA I	AREA II	AREA III	AREA IV	AREA V	AREA VI	AREA VII	AREA VIII	AREA IX	SMS	RAZÓN DE VARIACIÓN (2)
N TOTAL	1	17	21	8	6	3	1	3	-	60	
CASOS VÁLIDOS	1	13	14	7	4	2	1	2	-	44	
SI CUMPLE	0	2	5	5	0	0	0	1	-	13	
%	0,0	15,4	35,7	71,4	0,0	0,0	0,0	50,0	-	29,5	-

(1): área de salud a la que corresponde la tarjeta sanitaria del paciente. (2): áreas de salud con 20 o más casos.

INDICADOR Nº 4A: ANGIOPLASTIA PRIMARIA DENTRO DE LOS 90 MINUTOS DE LA LLEGADA AL PRIMER DISPOSITIVO CON CAPACIDAD DE REPERFUSIÓN

(% DE PACIENTES DADOS DE ALTA POR SCACEST Y CON REALIZACIÓN DE ANGIOPLASTIA PRIMARIA EN LOS QUE EL TIEMPO DESDE LA LLEGADA AL PRIMER DISPOSITIVO CON CAPACIDAD DE REPERFUSIÓN HASTA LA REALIZACIÓN DE ANGIOPLASTIA ES DE 90 MINUTOS O MENOS)

A. SALUD (1)	AREA I	AREA II	AREA III	AREA IV	AREA V	AREA VI	AREA VII	AREA VIII	AREA IX	SMS	RAZÓN DE VARIACIÓN (2)
N TOTAL	44	51	-	1	1	34	35	17	8	191	
CASOS VÁLIDOS	35	34	-	0	1	22	22	13	5	132	
SI CUMPLE	20	6	-	0	0	15	10	3	0	54	
%	57,1	17,6	-	-	0,0	68,2	45,5	23,1	0,0	40,9	3,88

(1): área de salud a la que corresponde la tarjeta sanitaria del paciente. (2): áreas de salud con 20 o más casos.

INDICADOR Nº 6B PRESCRIPCIÓN DE ANTIAGREGANTES AL ALTA

(% DE PACIENTES CON SCA/CEST A LOS QUE SE HA PRESCRITO ANTIAGREGANTES AL ALTA)

HOSPITAL DE ALTA	Arrixaca	Santa Lucía	Rafael Méndez	Comarcal Noroeste	Virgen Castillo	Morales Meseguer	Reina Sofía	Los Arcos	Lorenzo Guirao	SMS	RAZÓN DE VARIACIÓN (1)
N TOTAL	60	71	20	4	7	47	38	22	2	271	
CASOS VÁLIDOS	58	70	19	4	7	47	37	22	2	266	
SI CUMPLE	58	70	19	4	6	47	37	22	2	265	
%	100	100	100	100	85,7	100	100	100	100	99,6	1,00

(1): hospitales con 20 o más casos.

INDICADOR Nº 7B: PRESCRIPCIÓN DE BETABLOQUEANTES AL ALTA

(% DE PACIENTES CON SCACEST A LOS QUE SE HA PRESCRITO BETABLOQUEANTES AL ALTA)

HOSPITAL DE ALTA	Arrixaca	Santa Lucía	Rafael Méndez	Comarcal Noroeste	Virgen Castillo	Morales Meseguer	Reina Sofía	Los Arcos	Lorenzo Guirao	SMS	RAZÓN DE VARIACIÓN (1)
N TOTAL	60	71	20	4	7	47	38	22	2	271	
CASOS VÁLIDOS	58	70	19	4	7	47	37	22	2	266	
SI CUMPLE	58	62	16	3	5	45	28	20	2	239	
%	100	88,6	84,2	75,0	71,4	95,7	75,7	90,9	100	89,8	1,32

(1): hospitales con 20 o más casos.

INDICADOR Nº 8B: PRESCRIPCIÓN DE IECA O ARA-II AL ALTA

(% DE PACIENTES CON SCAEST A LOS QUE SE HA PRESCRITO IECA O ARA-II AL ALTA)

HOSPITAL DE ALTA	Arrixaca	Santa Lucía	Rafael Méndez	Comarcal Noroeste	Virgen Castillo	Morales Meseguer	Reina Sofía	Los Arcos	Lorenzo Guirao	SMS	RAZÓN DE VARIACIÓN (1)
N TOTAL	60	71	20	4	7	47	38	22	2	270	
CASOS VÁLIDOS	58	70	19	4	7	47	37	22	2	266	
SI CUMPLE	55	60	12	1	5	36	20	15	2	206	
%	94,8	85,7	63,2	25,0	71,4	76,6	54,1	68,2	100	77,4	1,75

(1): hospitales con 20 o más casos.

INDICADOR Nº 9B: PRESCRIPCIÓN DE ESTATINAS AL ALTA

(% DE PACIENTES CON SCA/CEST A LOS QUE SE HA PRESCRITO ESTATINAS AL ALTA)

HOSPITAL DE ALTA	Arrixaca	Santa Lucía	Rafael Méndez	Comarca I Noroeste	Virgen Castillo	Morales Meseguer	Reina Sofía	Los Arcos	Lorenzo Guirao	SMS	RAZÓN DE VARIACIÓN (1)
N TOTAL	60	71	20	4	7	47	38	22	2	271	
CASOS VÁLIDOS	58	70	19	4	7	47	37	22	2	266	
SI CUMPLE	56	64	19	4	7	40	36	21	2	249	
%	96,6	91,4	100	100	100	85,1	97,3	95,4	100	93,6	1,14

(1): hospitales con 20 o más casos.



Síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST

3

Recomendaciones
para su atención

2015

A central graphic featuring a white clipboard with a silver clip at the top. The clipboard has the text 'CALIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA GREMCCE' written in bold, dark grey capital letters. Surrounding the clipboard are various medical items: a stethoscope with a green bell and black tubing, a syringe with a pink plunger and blue needle, a white pill bottle, a yellow container, a blue surgical mask, a digital thermometer, and two blister packs of pills (one with red pills, one with yellow pills). A blue 'Prescription' form is also visible on the left side.

**CALIDAD
EN LOS
CUIDADOS
DE
ENFERMERÍA
GREMCCE**

Medición de indicadores:

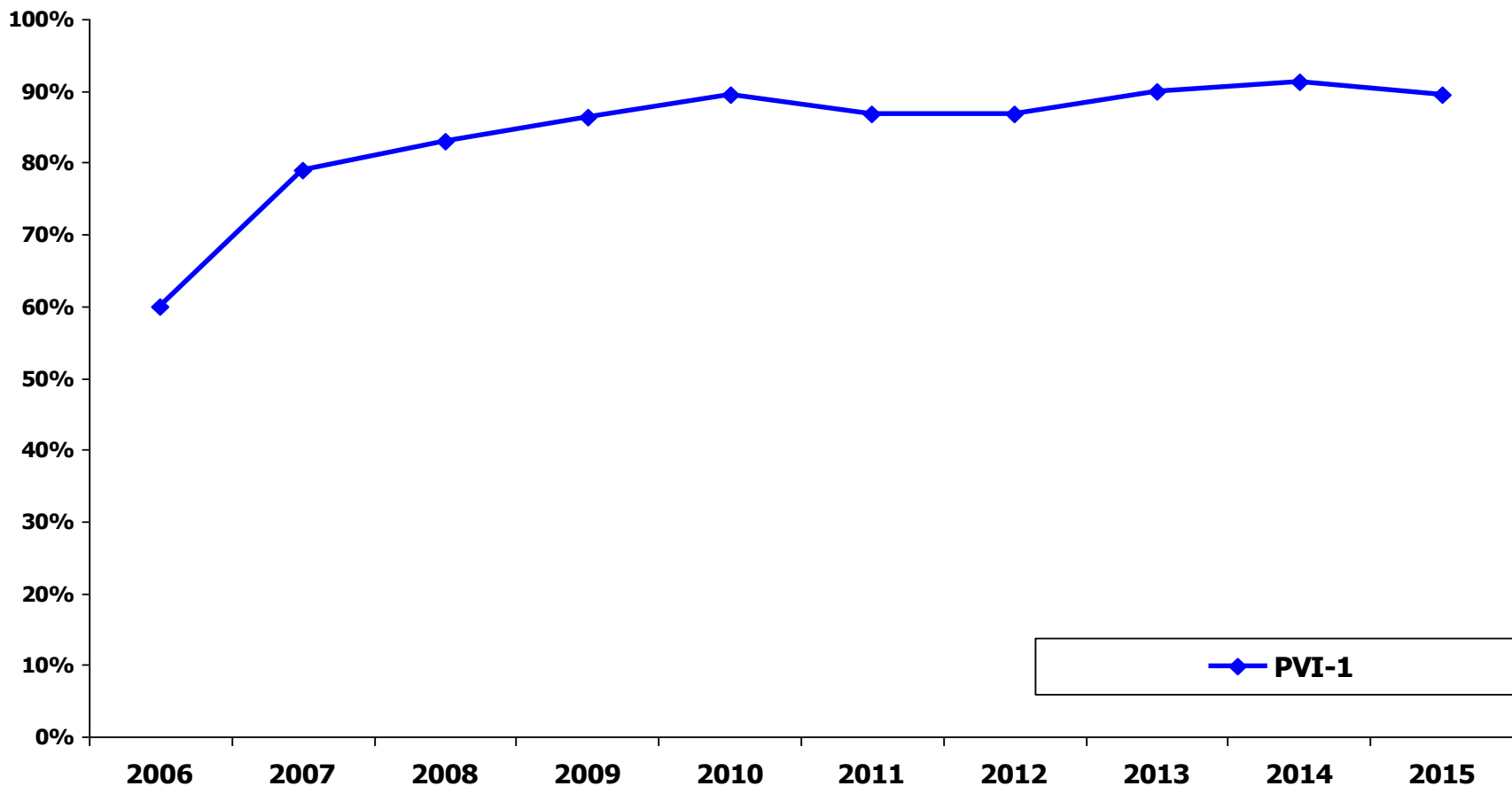
- ❖ Plan de Acogida (1).
- ❖ Valoración inicial del paciente al ingreso(1).
- ❖ Prevención de úlceras por presión (5).
- ❖ Cuidado del paciente con sonda vesical (1).
- ❖ Prevención de caídas (3).
- ❖ Cuidados al paciente con catéter venoso (3).
- ❖ Valoración del dolor en pacientes quirúrgicos (1).
- ❖ Valoración del riesgo nutricional en pacientes quirúrgicos (1).
- ❖ Informe de continuidad de cuidados al alta (1).

Periodicidad:

- ❖ Cuatrimestral en los 9 hospitales de agudos y H. Psiquiátrico.

VALORACIÓN POR ENFERMERÍA DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE AL INGRESO

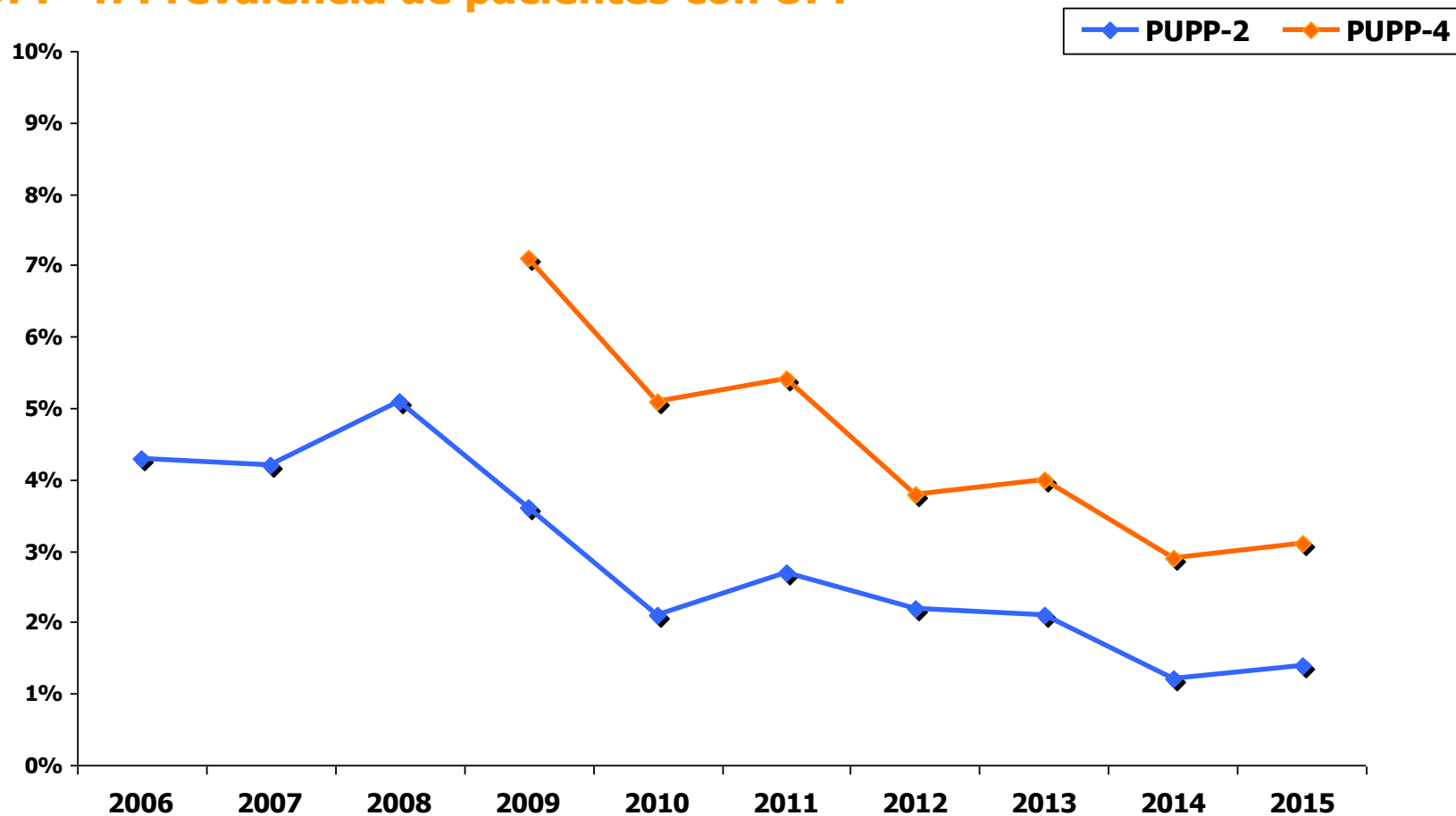
PVI-1: Pacientes con valoración realizada correctamente en las 1as 24 h



PREVALENCIA ÚLCERAS POR PRESIÓN

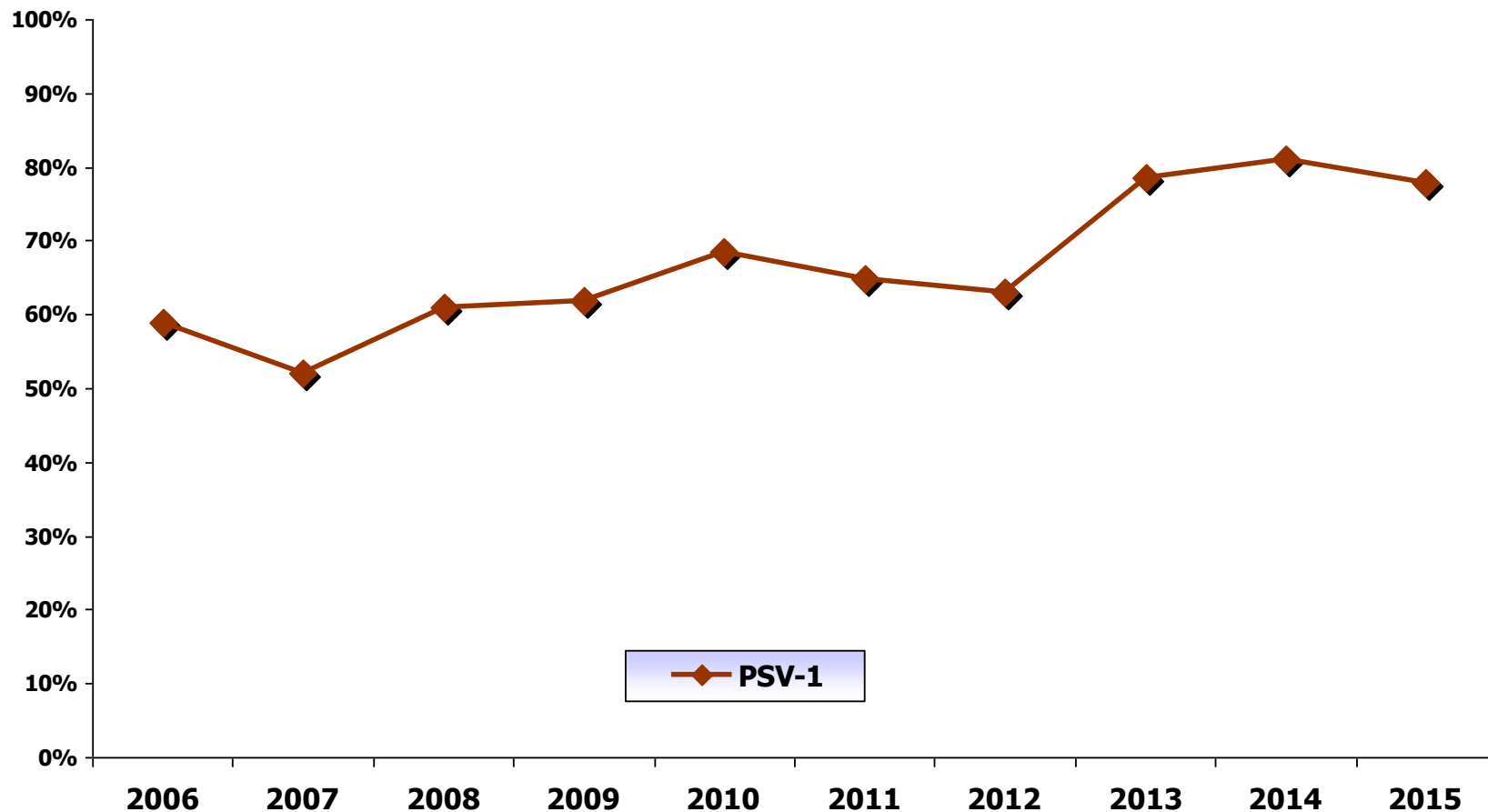
PUPP-2: Pacientes que desarrollan UPP en el hospital

PUPP-4: Prevalencia de pacientes con UPP



CUIDADO DEL PACIENTE CON SONDA VESICAL

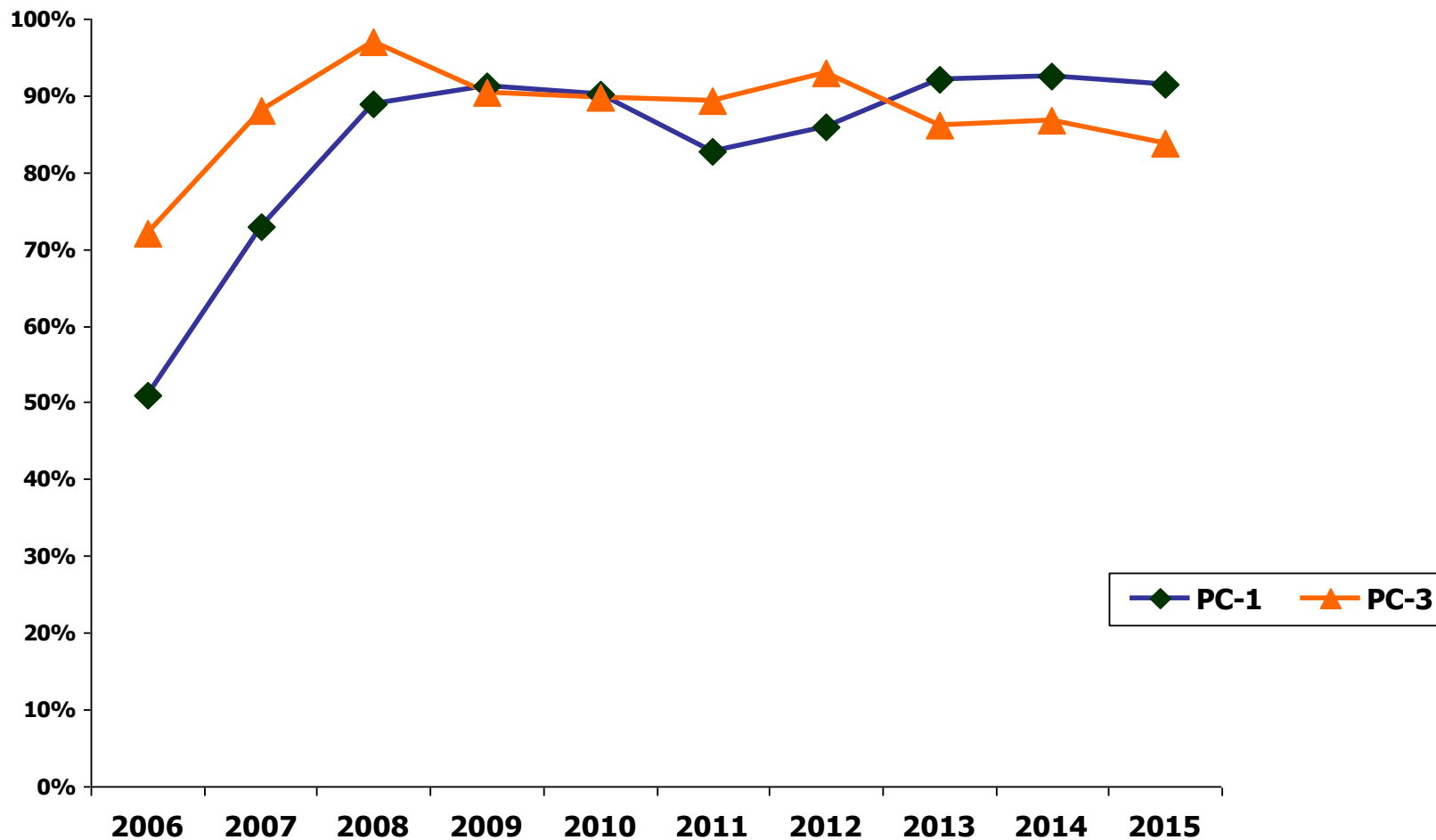
PSV-1: Pacientes con cuidados adecuados a protocolo de sondaje vesical



PREVENCIÓN DE CAÍDAS

PC-1: Pacientes con valoración de riesgo de Caídas

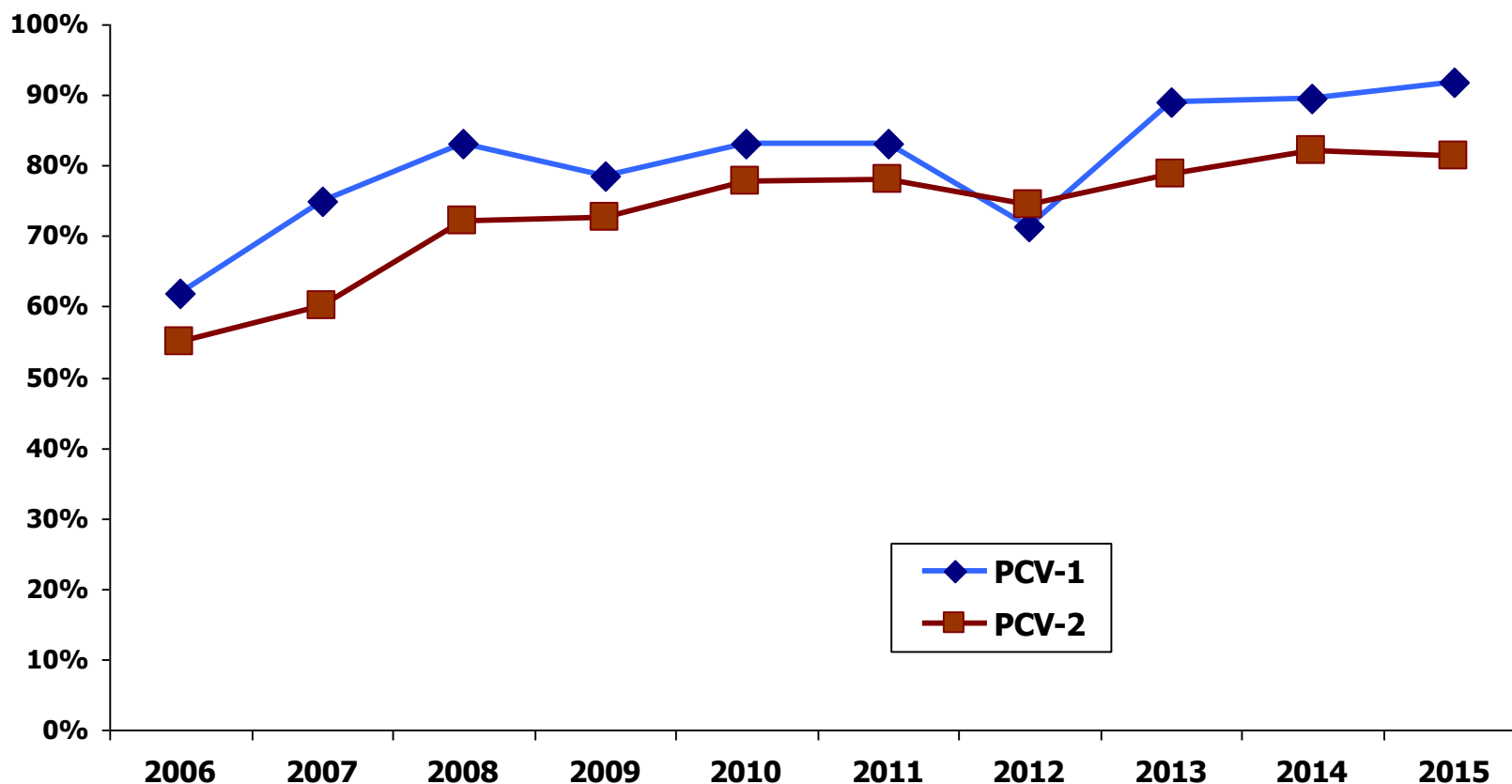
PC-3: Pacientes de riesgo de caídas con cuidados adecuados a protocolo



CUIDADOS AL PACIENTE CON CATÉTER VENOSO

PCV-1: Pacientes con catéter venoso CENTRAL y cuidados adecuados.

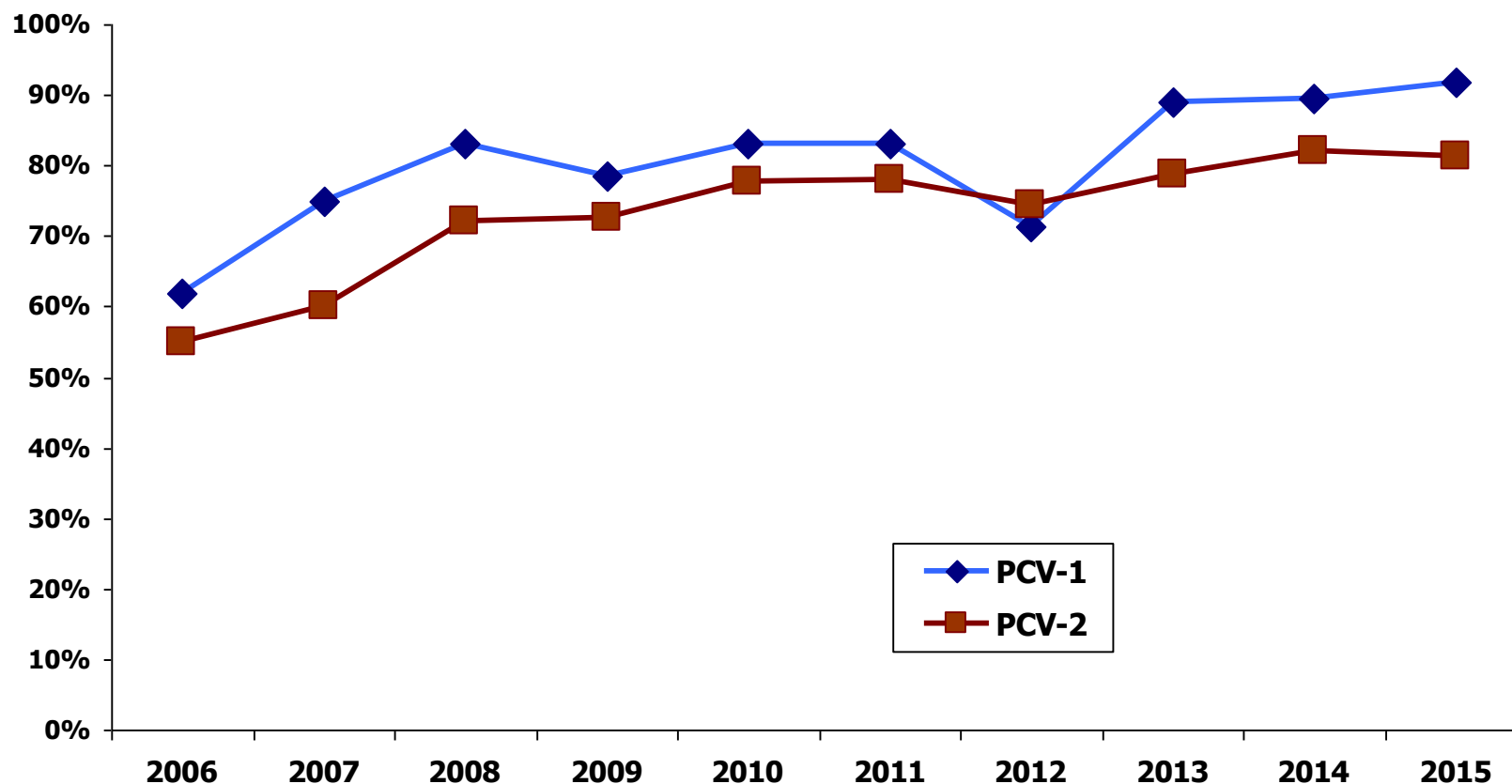
PCV-2: Pacientes con catéter venoso PERIFÉRICO y cuidados adecuados



CUIDADOS AL PACIENTE CON CATÉTER VENOSO

PCV-1: Pacientes con catéter venoso CENTRAL y cuidados adecuados.

PCV-2: Pacientes con catéter venoso PERIFÉRICO y cuidados adecuados



CICLOS DE EVALUACIÓN Y MEJORA REALIZADOS

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A1	3	4	3	2	3	3
A2	3	3	3	3	3	3
A3	2	3	5	3	3	3
A4	3	3	5	0	0	3
A5	4	3	4	3	3	3
A6	5	3	4	3	3	3
A7	4	3	4	3	5	3
A8	3	3	5	3	3	3
A9	4	3	5	3	5	4
	31	28	38	23	28	28

CUESTIONARIO EMCA
URGENCIAS HOSPITALARIAS
SERVICIO MURCIANO DE SALUD

Subdirección General
de Calidad Asistencial

CUESTIONARIO EMCA CONSULTAS
EXTERNAS
SERVICIO MURCIANO DE SALUD






Subdirección General
de Calidad Asistencial



- + **S. Quirúrgicos:** 67 indicadores
- + **S. Médicos:** 60 indicadores
- + **Partos:** 55 indicadores
- + **A. Primaria:** 47 indicadores
- + **C. Externas:** 35 indicadores
- + **Urgencias Hospitalarias:** 31 indicadores



Dimensiones estudiadas

-  COMPETENCIA PROFESIONAL
-  TRATO
-  INFORMACIÓN
-  ORGANIZACIÓN
-  INFRAESTRUCTURA

PUNTOS FUERTES Y OPORTUNIDADES DE MEJORA POR DIMENSIÓN, HOSPITAL Y SERVICIO MURCIANO DE SALUD. SERVICIOS QUIRÚRGICOS. DATOS 2014

	SERVICIO MURCIANO DE SALUD	H.C.U. Virgen de la Arrixaca	H.G.U. Santa Lucía	H. Rafael Méndez	H. Comarcal del Noroeste	H. Virgen del Castillo	H.G.U. J.Mª Morales Meseguer	H.G.U. Reina Sofía	H.G.U. Los Arcos del Mar Menor	H. de la Vega Lorenzo Guirao
COMPETENCIA PROFESIONAL	90,7	89,5	92,6	91,0	84,7	88,4	94,2	93,3	92,1	90,9
TRATO	91,9	91,6	93,4	90,7	88,6	90,1	93,7	94,3	93,1	92,1
INFORMACIÓN	85,1	85,8	87,1	82,5	81,5	86,3	89,2	87,3	85,5	83,1
INFRAESTRUCTURA	65,2	54,5	71,1	56,7	62,9	64,6	58,4	69,6	79,4	67,6
ORGANIZACIÓN	75,4	75,3	72,6	73,2	74,7	78,8	75,7	77,2	77,7	74,3

■ Oportunidades de mejora: cumplimiento del indicador compuesto por debajo del 80%

■ Puntos fuertes: cumplimiento del indicador compuesto por encima del 85%

OPORTUNIDADES DE MEJORA, HOSPITAL Y SERVICIO MURCIANO DE SALUD. DATOS 2014

	1	1_1	2	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	13_0	13_1	13_2	14	15
H.C.U. VIRGEN DE LA ARRIXACA	42,3	57,5	49,3	85,7	70,2	80,0	72,5	76,5	68,0	92,0	40,8	95,9	95,8	83,1	75,4	66,7	100	92,6
H.G.U. SANTA LUCÍA	25,9	52,8	60,7	96,3	56,0	81,5	81,5	81,5	66,7	96,2	59,3	100	94,7	87,8	84,0	72,1	92,7	83,1
H. RAFAEL MENDEZ	64,1	53,8	57,1	94,6	70,3	83,3	83,3	86,1	76,5	94,3	41,7	92,9	89,7	78,1	70,6	46,4	94,4	79,1
H. COMARCAL DEL NOROESTE	59,7	66,7	69,4	90,9	79,6	80,0	81,8	81,8	74,5	94,4	58,5	92,9	94,4	74,5	78,0	72,5	93,2	83,3
H. VIRGEN DEL CASTILLO	58,7	62,1	86,1	90,9	81,8	79,1	89,6	90,9	75,0	96,8	65,0	96,7	93,8	89,1	87,7	88,2	96,6	81,0
H.U. MORALES MESEGUER	45,3	30,8	76,4	88,1	73,2	85,7	79,1	87,5	81,6	95,1	53,7	97,6	98,2	90,0	71,2	93,9	98,1	93,1
H.U. REINA SOFÍA	46,7	43,3	71,9	90,2	75,6	82,5	78,0	76,9	68,3	93,2	58,1	100	98,1	83,3	85,4	84,1	88,5	85,7
H.G.U. LOS ARCOS DEL MAR MENOR	55,8	33,3	49,1	90,0	78,9	82,5	87,5	94,6	86,8	89,7	72,5	100	93,8	79,5	84,1	68,6	100	81,1
H. DE LA VEGA LORENZO GUIRAO	42,6	64,5	49,1	86,5	67,6	68,4	81,1	82,4	69,4	89,2	56,4	94,4	95,7	85,7	90,5	62,9	100	69,0
SERVICIO MURCIANO DE SALUD	48,8	48,8	60,8	90,1	72,2	79,4	81,6	84,2	73,9	93,0	56,0	96,7	94,8	83,3	81,3	70,8	96,5	82,0

Nº	Indicador cumplimiento <80%	Nº	Indicador cumplimiento <80%
1.1	No estar demasiado tiempo en lista de espera	9	Información suficiente a acompañantes de cómo iban las cosas
2	Recibieron información de las normas de funcionamiento del hospital	11	Buen estado de instalaciones en Urgencias
5	En Urgencias les atendieron con la suficiente rapidez.	13.0	Explicación clara del D. C. Informado (DCI)
6	En Urgencias les explicaron lo que les estaban haciendo	13.1	Tiempo suficiente para leer DCI
7	Trato en Urgencias para estar más calmados	13.2	Recibir copia de DCI
8	Trato a los acompañantes en Urgencias	15	Conocer status del personal en todo momento

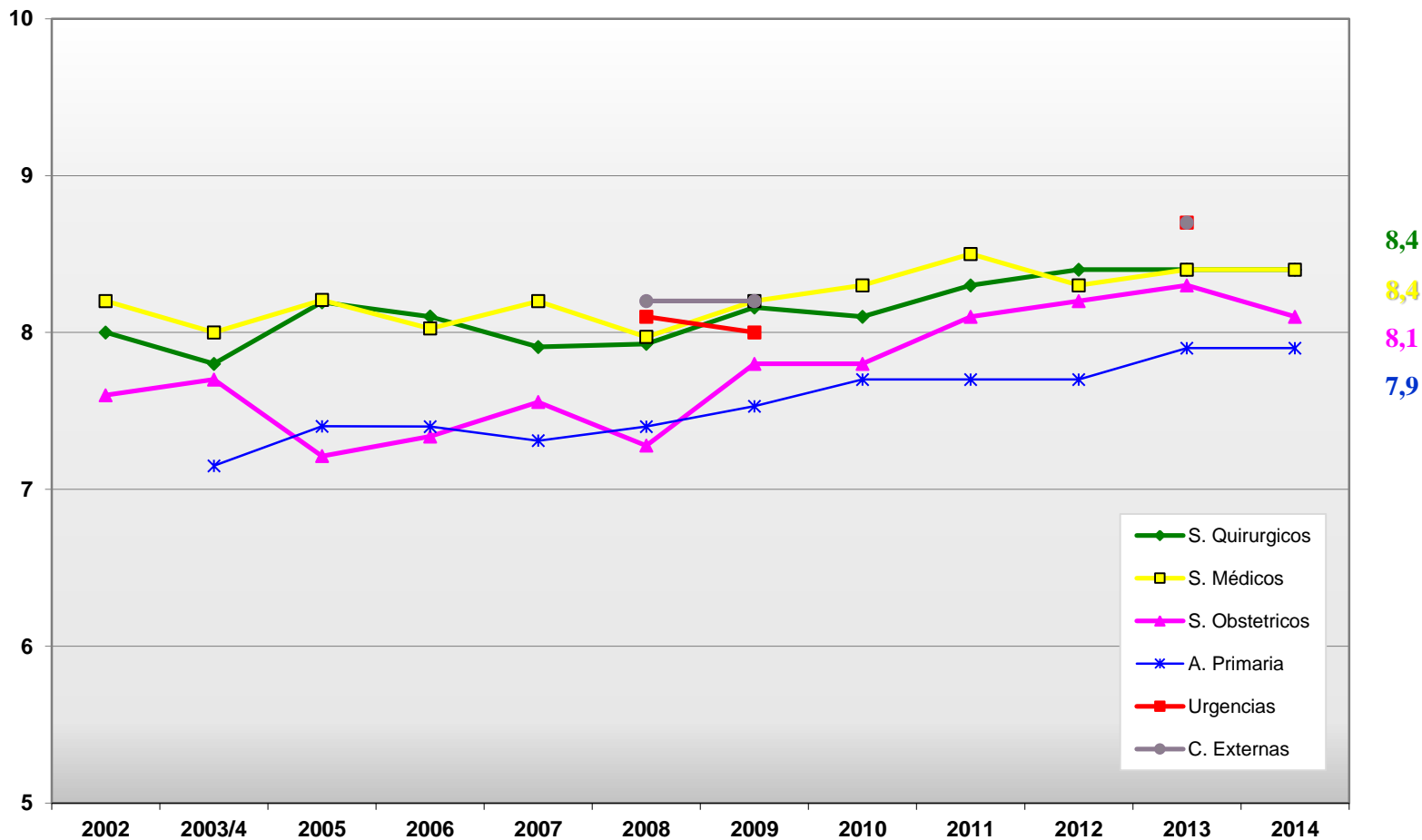
HOSPITAL COMARCAL DEL NOROESTE. SERVICIOS QUIÚRGICOS

OPORTUNIDADES DE MEJORA PARA LA DIMENSIÓN ORGANIZACIÓN

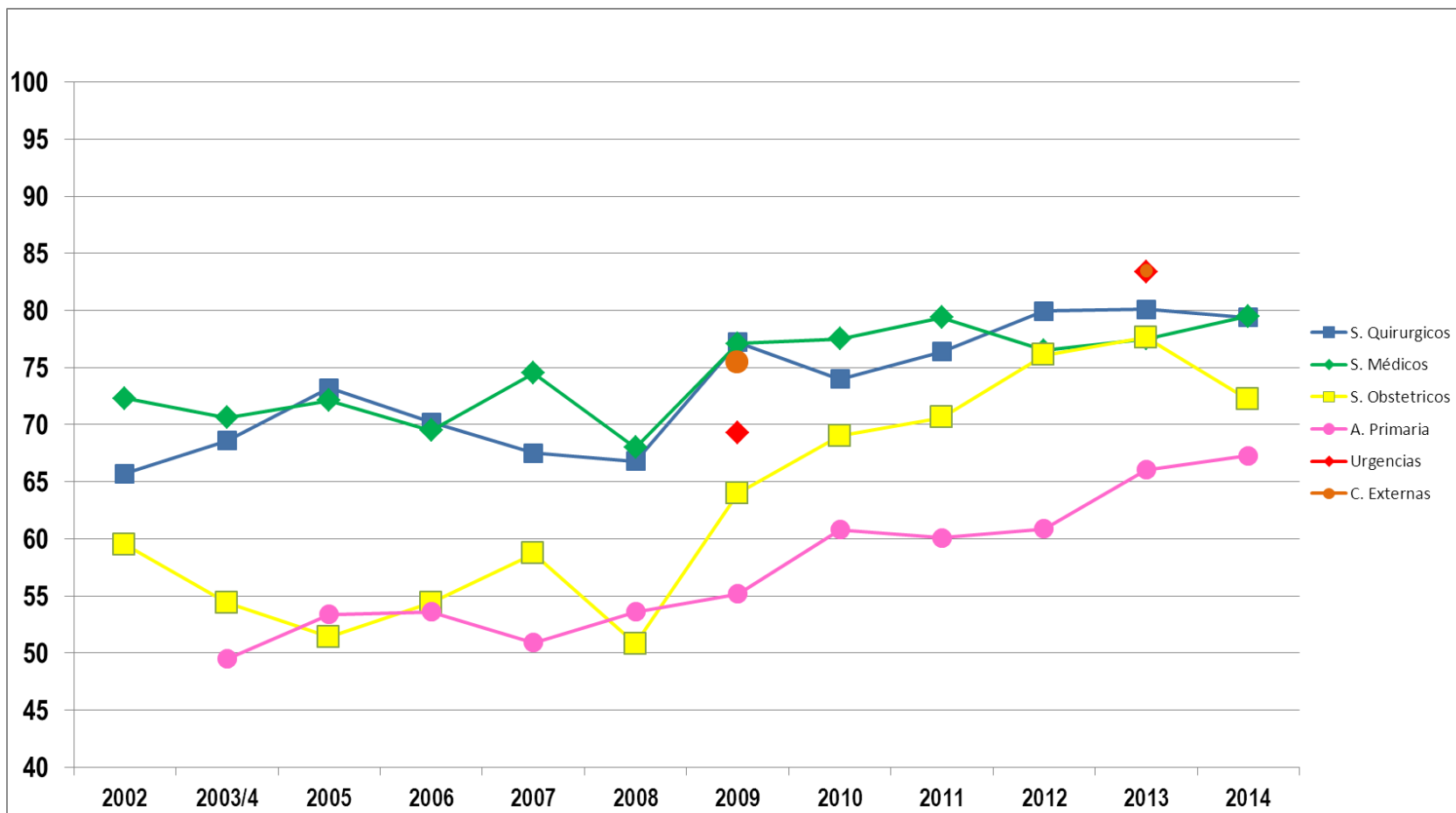
Tardanza en la atención en urgencias	21%
Falta de identificación de los profesionales ante el paciente	53%
Interrupción del descanso por la mañana demasiado pronto	30%
Problemas al compartir habitación	22%



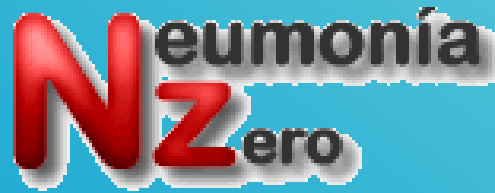
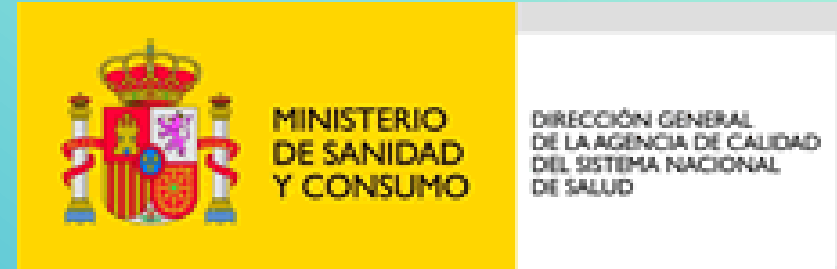
Satisfacción media con los servicios sanitarios del Servicio Murciano de Salud. 2002-2014



Porcentaje de pacientes que puntúan con 8 ó más su satisfacción con los servicios sanitarios del Servicio Murciano de Salud . 2002-2014



LOS PROYECTOS ZERO EN UCI

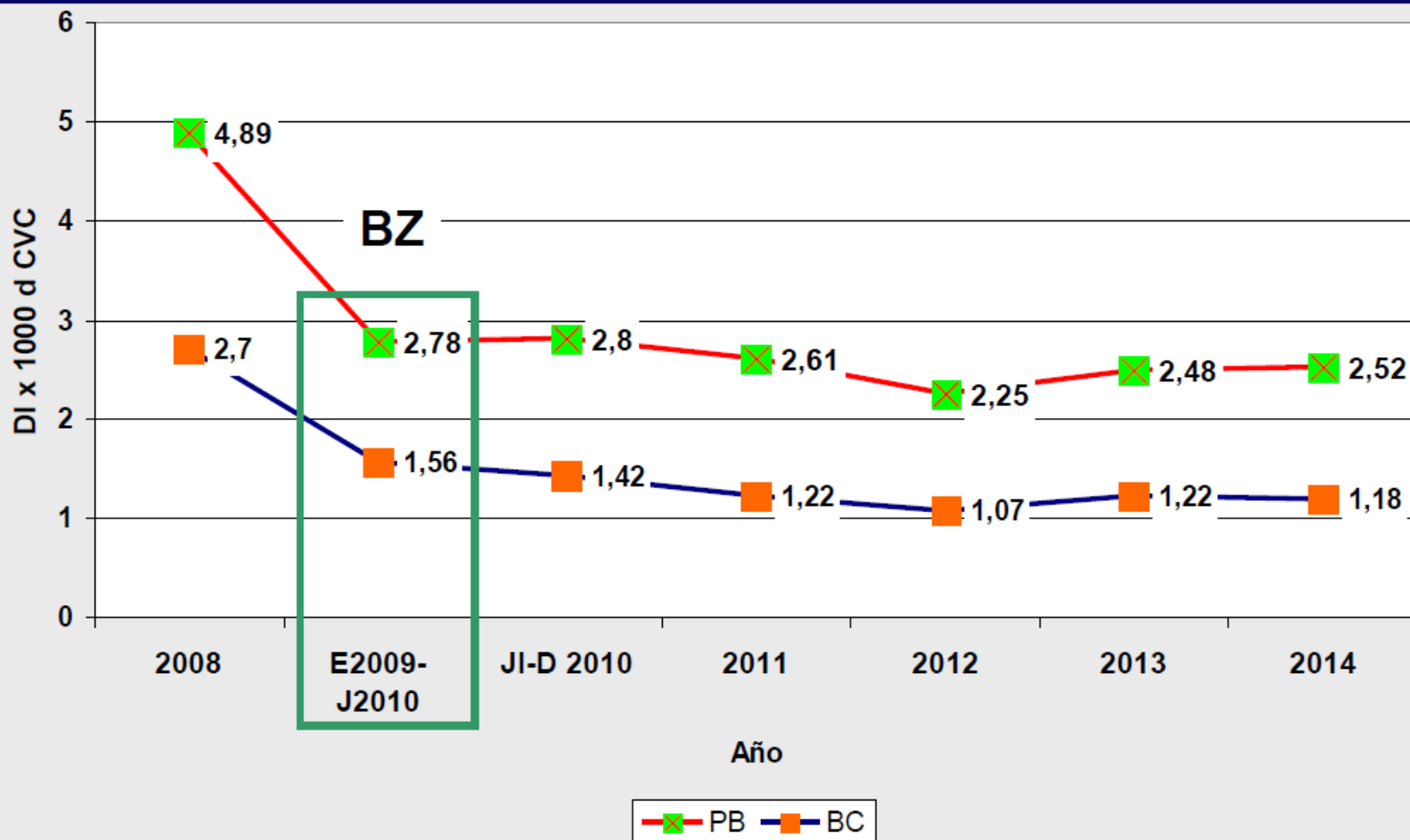


CRONOGRAMA DE LOS PROYECTO DE SEGURIDAD EN UCI EN ESPAÑA

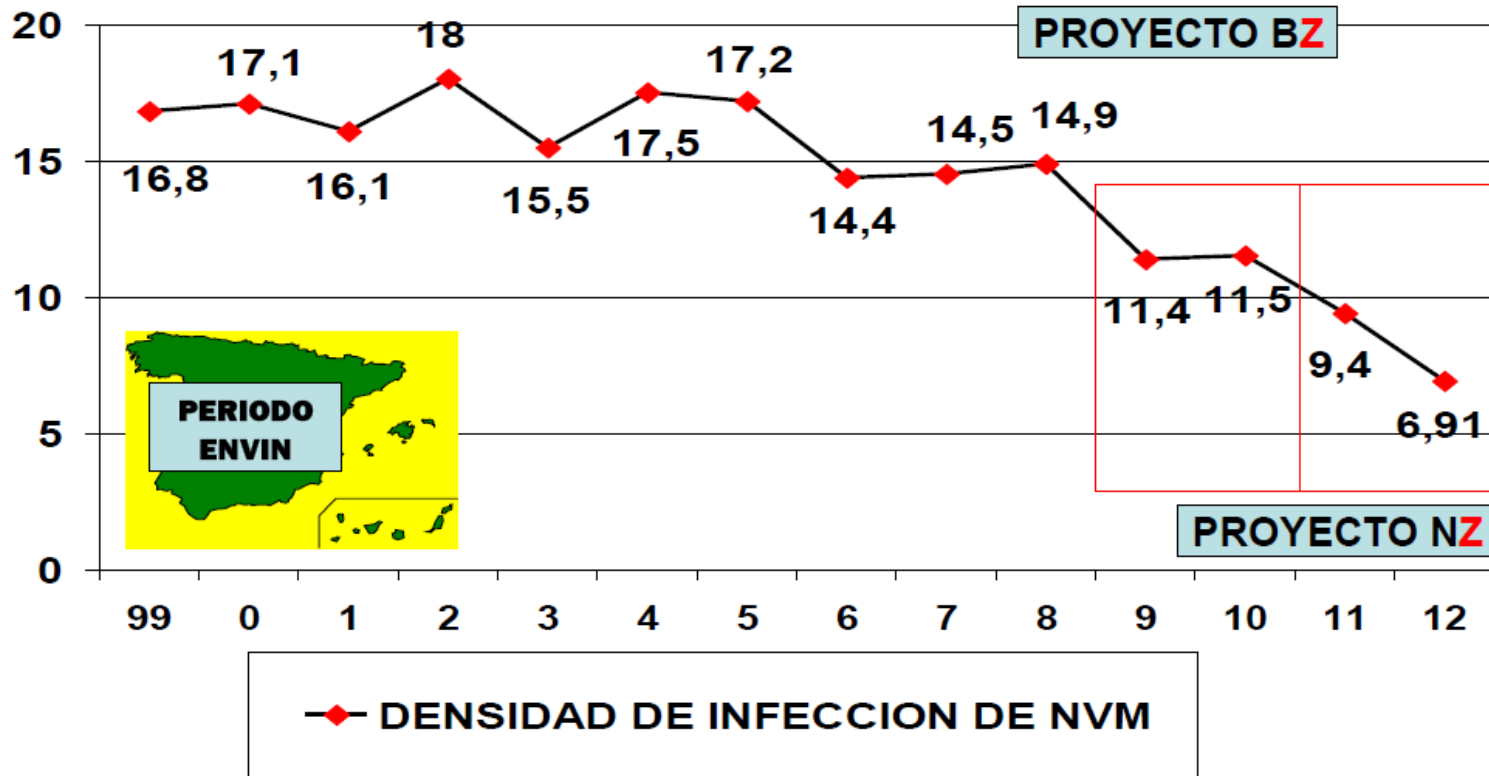
Tolerancia Zero



BZ RATES SUSTAINABILITY (BACTEREMIA ORIGIN CATHETER + UNKNOWN ORIGIN)



EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE NVM



N-VM / 1000 días de VM ENVIN-HELICS (1999-2012)

¡Muito obrigado!



pedro.parra@carm.es



Región de Murcia
Consejería de Sanidad



UNIVERSIDAD DE
MURCIA



EMCA
Gestión de la Calidad Asistencial