



**FICHAS DE LOS INDICADORES ANEXO 1B**  
**PACTOS DE GESTIÓN**  
**GERENCIA DE URGENCIAS Y**  
**EMERGENCIAS SANITARIAS 061**

**ACUERDO DE GESTIÓN 2023-2024**

**Subdirección General de Calidad Asistencial,  
Seguridad y Evaluación**

**Mayo 2023**



**Objetivo 1 Mejorar la satisfacción expresada por los usuarios en la atención sanitaria recibida.**

| 2.1.5                        | Información en el Área de Urgencias Extrahospitalarias 061-SUAP  |
|------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>               | Pacientes que valoran como bien o muy bien la información que le dieron antes de irse de alta, sobre el tratamiento y los cuidados que deberían seguir x 100 / Valoraciones realizadas   |
| <b>Exclusiones</b>           |  |
| <b>Aclaraciones</b>          |  |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Resultado.   |
| <b>Justificación</b>         | La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios. |
| <b>Fuente de datos</b>       | Cuestionario EMCA de Calidad Percibida 061-SUAP.   |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Semestral y anual.   |

## Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales.

### 2.2.1 Manejo avanzado de la vía aérea en UME.

| 2.2.1.1                      | <b>Registro de capnografía en intubaciones orotraqueales</b>   |
|------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>               | Pacientes a los que se ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de capnografía x 100 / Pacientes con intubación orotraqueales realizadas  |
| <b>Exclusiones</b>           |  |
| <b>Aclaraciones</b>          | <p>Se considerará cumplimiento cuando quede constancia en la historia clínica del uso de capnografía durante la intubación orotraqueal.</p> <p>Cuando la unidad asistencial que ejecuta la intubación no dispone de capnógrafo o esté averiado se debe hacer constar en la historia clínica.</p>   |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.   |
| <b>Justificación</b>         | El uso de la capnografía es el método de monitorización de la ventilación recomendado en las guías internacionales, por lo que su uso debe ser generalizado. Esta medida nos informa del buen o mal funcionamiento del ciclo respiratorio, así como sirve para monitorizar la respuesta al tratamiento o detectar una extubación accidental. |
| <b>Fuente de datos</b>       | Gerencia.  |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.   |

| 2.2.1.2                      | <b>Registro de saturación arterial de oxígeno en intubaciones orotraqueales</b>  |
|------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>               | Pacientes a los que se ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de saturación arterial de oxígeno x 100 / Pacientes con intubación orotraqueales realizadas   |
| <b>Exclusiones</b>           |  |
| <b>Aclaraciones</b>          | Deberá constar en la historia clínica el valor de la saturación arterial de oxígeno del paciente intubado, al menos en una ocasión una vez instaurada la ventilación invasiva, tanto manual como mecánica.                                 |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.   |
| <b>Justificación</b>         | Junto con la capnografía, la saturación de oxígeno es un parámetro que nos informa del buen o mal funcionamiento del ciclo respiratorio, así como sirve para monitorizar la respuesta al tratamiento o detectar una extubación accidental. |
| <b>Fuente de datos</b>       | Gerencia.  |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.   |

| 2.2.1.3                      | <b>Registro de parámetros de ventilación post intubación orotraqueal</b>   |
|------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>               | Pacientes a los que se ha realizado intubación orotraqueal con registro en su historia clínica de los parámetros de ventilación post intubación (modo, frecuencia y relación tiempo inspiración/tiempo espiración) x 100 / Pacientes con intubación orotraqueal realizadas |
| <b>Exclusiones</b>           |  |
| <b>Aclaraciones</b>          | Una vez confirmado que se ha colocado el tubo se conecta al Ventilador Mecánico, debiendo quedar reflejado en la historia clínica:<br>- Modo.<br>- Frecuencia.<br>- Relación I/E (tiempo inspiración/tiempo espiración).   |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.   |
| <b>Justificación</b>         | Es de gran importancia que se refleje en la historia clínica los parámetros que se han puesto en el ventilador mecánico, de esta forma cuando se realice el traspaso del paciente quedara constancia de esta información para el personal que lo recepciona.               |
| <b>Fuente de datos</b>       | Gerencia.  |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.   |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>2.2.1.4</b>               | <b>Monitorización de indicadores de ventilación mecánica no invasiva (VMNI)</b>  |
| <b>Fórmula</b>               | Pacientes a los que se ha realizado VMNI con registro en historia clínica de los valores programados en el respirador x 100 / Total de VMNI realizadas   |
| <b>Exclusiones</b>           |  |
| <b>Aclaraciones</b>          | Tras la conexión al ventilador y la adaptación progresiva al mismo, se registra en historia clínica los niveles máximos y mínimos de presión programada en el caso de utilización de doble presión o de PEEP si la utilización es en modo CPAP.  |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.   |
| <b>Justificación</b>         | Dado que la VMNI evita en ocasiones la intubación orotraqueal con las complicaciones que puede conllevar y que su uso cada vez se extiende más, es recomendable anotar los parámetros utilizados en la historia clínica del paciente, minimizando así los errores que se pueden cometer durante la transferencia en el hospital. |
| <b>Fuente de datos</b>       | Gerencia.  |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.   |

## 2.2.2 Resucitación cardiopulmonar en UME.

| 2.2.2.1                      | Actuación clínica adecuada en resucitación cardiorrespiratoria  |
|------------------------------|---|
| <b>Fórmula</b>               | Pacientes con realización de resucitación cardiorrespiratoria ajustada a protocolo x 100 / Pacientes con realización de resucitación cardiorrespiratoria  |
| <b>Exclusiones</b>           |   |
| <b>Aclaraciones</b>          | <p>Inicialmente se realizará una monitorización de ritmo y se clasificará la PCR en desfibrilable / no desfibrilable, siguiendo con posterioridad el algoritmo establecido en cada una de estas situaciones tal y como se recomienda en los protocolos y Recomendaciones del European Resuscitation Council vigentes.</p> <p>Se considera cumplimiento cuando en la historia clínica consta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro del ritmo inicial de la PCR</li> <li>- Desfibrilación cuando esté indicada (FV/TVSP)</li> <li>- Se administra medicación según protocolo: adrenalina, amiodarona.</li> </ul> |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.  |
| <b>Justificación</b>         | El diagnóstico inicial de ritmo cardíaco desfibrilable o no desfibrilable condiciona el protocolo a seguir. El adecuado cumplimiento del protocolo según el ritmo cardíaco condiciona de forma decisiva la recuperación de la parada cardiorrespiratoria.   |
| <b>Fuente de datos</b>       | Gerencia.   |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.  |

| 2.2.2.3                      | Cumplimentación de la historia clínica en la parada cardiorrespiratoria  |
|------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>               | Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria con registro en su historia clínica de todos los parámetros relevantes para su atención x 100 / Pacientes atendidos con parada cardiorrespiratoria  |
| <b>Exclusiones</b>           |  |
| <b>Aclaraciones</b>          | <p>En la historia clínica debe estar registrada la siguiente información:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimación del tiempo de PCR</li> <li>- Registro de testigos que realizan RCP</li> <li>- Registro del ritmo a la llegada</li> <li>- Registro de intubación orotraqueal si indicada</li> <li>- Registro de capnografía</li> <li>- Registro de la evolución del ritmo</li> <li>- Hora y número de desfibrilaciones si están indicadas</li> <li>- Registro de administración de fármacos</li> <li>- Tiempo de realización de RCP por la unidad</li> <li>- ROSC</li> <li>- Hora de llegada al hospital si es el caso</li> </ul> |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.   |
| <b>Justificación</b>         |  |
| <b>Fuente de datos</b>       | Gerencia.  |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.   |

## 2.2.3 Parada cardiorrespiratoria (PCR) guiada por teléfono.

| 2.2.3.1                      | Asistencia telefónica de la parada cardiorrespiratoria   |
|------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>               | Llamadas clasificadas como parada cardiorrespiratoria en las que se ha dado indicación de reanimación cardiopulmonar telefónica x 100 / Llamadas clasificadas como parada cardiorrespiratoria  |
| <b>Exclusiones</b>           | Cuando la parada cardiorrespiratoria (PCR) extrahospitalaria se produzca en centro sanitario.<br>Cuando la PCR extrahospitalaria se produzca en presencia de una unidad sanitaria.<br>Cuando el paciente no cumpla criterios de inicio Soporte Vital Avanzado (SVA).<br>Negativa del interlocutor. |
| <b>Aclaraciones</b>          | Cuando se identifique una parada cardiorrespiratoria en 'la carta de llamada' de ECHO2 debe estar marcada la casilla de indicaciones telefónicas de iniciar maniobras de RCP.  |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.   |
| <b>Justificación</b>         | Aumento de supervivencia de paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias al iniciar maniobras de soporte vital básico (SVB) tempranas.  |
| <b>Fuente de datos</b>       | ECHO2 (Plataforma atención llamadas 112).  |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.   |

## 2.2.4 Telecomunicaciones en emergencias sanitarias.

| 2.2.4.1                      | <b>Registro del destino del paciente en asistencias realizadas por unidades UME</b>  |
|------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>               | Acciones asistenciales encomendadas a unidades UME en los que conste el destino final del paciente, ya sea centro hospitalario o alta in situ X 100 / Acciones asistenciales encomendadas a unidades UME   |
| <b>Exclusiones</b>           | Unidades adscritas a Puntos de Atención Continua dependientes de Áreas Hospitalarias que no cumplen criterios de protocolos de activación y finalización.  |
| <b>Aclaraciones</b>          | Cuando el paciente es trasladado a un centro hospitalario, el registro del destino final del paciente tiene que constar en la 'carta de llamada sanitaria privada' en Centro Coordinador de Urgencias 061. |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.   |
| <b>Justificación</b>         | Registro de trazabilidad de la actuación de la unidad UME, reflejando la asistencia con alta "in situ" o trasladado, y en este caso, destino de traslado.  |
| <b>Fuente de datos</b>       | Base de datos plataforma tecnológica Centro Coordinador de Emergencias 112 Región de Murcia.   |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.   |

| 2.2.4.2                      | <b>Registro del destino del paciente en asistencias realizadas por unidades SUAP</b>   |
|------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>               | Acciones asistenciales encomendadas a unidades SUAP en los que conste el destino final del paciente, ya sea centro hospitalario o alta in situ X 100 / Acciones asistenciales encomendadas a unidades SUAP |
| <b>Exclusiones</b>           | Unidades adscritas a Puntos de Atención Continua dependientes de Áreas Hospitalarias que no cumplen criterios de protocolos de activación y finalización.  |
| <b>Aclaraciones</b>          | Cuando el paciente es trasladado a un centro hospitalario, el registro del destino final del paciente tiene que constar en la 'carta de llamada sanitaria privada' en Centro Coordinador de Urgencias 061. |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.   |
| <b>Justificación</b>         | Registro de trazabilidad de la actuación de la unidad SUAP, reflejando la asistencia con alta "in situ" o trasladado, y en este caso, destino de traslado.   |
| <b>Fuente de datos</b>       | Base de datos plataforma tecnológica Centro Coordinador de Emergencias 112 Región de Murcia.   |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.   |

| 2.2.4.3                      | <b>Registro del destino del paciente por CCU</b>   |
|------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>               | Acciones asistenciales donde se registra el destino del paciente en la carta de llamada X 100 / Acciones asistenciales   |
| <b>Exclusiones</b>           |  |
| <b>Aclaraciones</b>          | Cuando el paciente es trasladado a un centro hospitalario, el registro del destino final del paciente tiene que constar en la 'carta de llamada sanitaria privada' en Centro Coordinador de Urgencias 061. |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.   |
| <b>Justificación</b>         |  |
| <b>Fuente de datos</b>       | Base de datos plataforma tecnológica Centro Coordinador de Emergencias 112 Región de Murcia.   |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.   |

| 2.2.4.4                      | <b>Codificación del diagnosticado en UME</b>  |
|------------------------------|---|
| <b>Fórmula</b>               | Acciones o misiones asistenciales encomendadas a unidades UME en las que figura el código CIE-9 del proceso diagnosticado X 100 / Acciones o misiones asistenciales encomendadas a unidades UME |
| <b>Exclusiones</b>           | Unidades adscritas a Puntos de Atención Continua dependientes de Áreas Hospitalarias que no cumplen criterios de protocolos de activación y finalización.                                       |
| <b>Aclaraciones</b>          | Se realizará con la codificación CIE-9 del listado resumido que llevan todas las Unidades   |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.  |
| <b>Justificación</b>         | Registro de trazabilidad de la actuación de la unidad asistencial, reflejando la patología o procedimiento realizado según nomenclatura CIE-9.  |
| <b>Fuente de datos</b>       | Base de datos plataforma tecnológica Centro Coordinador de Emergencias 112 Región de Murcia.  |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.  |

| 2.2.4.5                      | <b>Codificación del diagnosticado en SUAP</b>   |
|------------------------------|---|
| <b>Fórmula</b>               | Acciones o misiones asistenciales encomendadas a unidades SUAP en las que figura el código CIE-9 del proceso diagnosticado X 100 / Acciones o misiones asistenciales encomendadas a unidades SUAP |
| <b>Exclusiones</b>           | Unidades adscritas a Puntos de Atención Continua dependientes de Áreas Hospitalarias que no cumplen criterios de protocolos de activación y finalización.   |
| <b>Aclaraciones</b>          | Se realizará con la codificación CIE-9 del listado resumido que llevan todas las Unidades.  |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.  |
| <b>Justificación</b>         | Registro de trazabilidad de la actuación de la unidad asistencial, reflejando la patología o procedimiento realizado según nomenclatura CIE-9.  |
| <b>Fuente de datos</b>       | Base de datos plataforma tecnológica Centro Coordinador de Emergencias 112 Región de Murcia.  |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.  |

## 2.2.9 Atención al Síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST).

| 2.2.9.5                      | Cumplimentación de la historia clínica en SCACEST   |
|------------------------------|---|
| <b>Fórmula</b>               | Pacientes atendidos con SCACEST con registro en su historia clínica de todos los parámetros relevantes para su atención x 100 / Pacientes atendidos con SCACEST   |
| <b>Exclusiones</b>           |   |
| <b>Aclaraciones</b>          | En la historia clínica debe estar registrada la siguiente información:<br>Hora de inicio síntomas<br>Hora de llegada al lugar de la asistencia (PCM)<br>Asistencia in situ en menos de 15 minutos<br>Hora de realización ECG que confirma el diagnóstico<br>Hora activación de código infarto<br>Anamnesis (FRCV, tto previo)<br>Exploración física (TA, FC, SO2)<br>Hallazgos electrocardiográficos<br>Administración de antiagregantes<br>Administración de fibrinolítico si está indicado<br>Hora de llegada al hospital |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.  |
| <b>Justificación</b>         |   |
| <b>Fuente de datos</b>       | Historia clínica de UME   |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.  |

## 2.2.10 Código Ictus.

| 2.2.10.2                     | Hora de inicio de los síntomas   |
|------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>               | Pacientes atendidos con Ictus que tienen recogida en la historia clínica la hora de inicio de los síntomas x100/ Pacientes atendidos con Ictus   |
| <b>Exclusiones</b>           | Paciente inconsciente, con imposibilidad para comunicarse (afasia) o barrera idiomática, sin testigos en el lugar que puedan aportar dicha información.                                      |
| <b>Aclaraciones</b>          | Debe aparecer reflejada en la historia clínica la hora (hh:mm) de inicio de los síntomas o bien el tiempo transcurrido desde que han comenzado los síntomas hasta el momento de la atención. |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso  |
| <b>Justificación</b>         | Uno de los criterios de activación del código ictus es que el tiempo de evolución de los síntomas sea de 24 horas o menos.   |
| <b>Fuente de datos</b>       | Gerencia   |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual  |

| 2.2.10.3                     | Situación basal del paciente con Ictus   |
|------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>               | Pacientes atendidos con Ictus que tienen recogida en la historia clínica la situación basal del paciente con la escala Rankin x100/ Pacientes atendidos con Ictus  |
| <b>Exclusiones</b>           | Paciente inconsciente, con imposibilidad para comunicarse (afasia) o barrera idiomática, sin testigos en el lugar que puedan aportar dicha información.  |
| <b>Aclaraciones</b>          | En la historia clínica debe quedar reflejado el resultado numérico de la escala Rankin o si es mayor o menor de 2.<br>Si se describen los datos suficientes para calcular la escala aunque no aparezca el resultado numérico se dará por cumplido el criterio. |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso  |
| <b>Justificación</b>         | Uno de los criterios de activación del código ictus se basa en una puntuación en la escala de Rankin ≤ 2 y en la calidad de vida previa del paciente. Así como es un criterio de no activación una enfermedad terminal o demencia avanzada.                    |
| <b>Fuente de datos</b>       | Gerencia   |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual  |

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>2.2.10.4</b>              | <b>Monitorización del paciente con ictus</b>  |
| <b>Fórmula</b>               | Pacientes atendidos con ictus con monitorización de constantes vitales según protocolo x 100/ Pacientes atendidos con ictus   |
| <b>Exclusiones</b>           |   |
| <b>Aclaraciones</b>          | <p>La Guía para el manejo y tratamiento del ictus isquémico agudo contempla, entre las actuaciones a realizar a nivel prehospitalario, las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar ECG y monitorizar el ritmo cardíaco.</li> <li>- Valorar y monitorizar la saturación de oxígeno.</li> <li>- Valorar y monitorizar la tensión arterial.</li> <li>- Determinar la glucemia.</li> <li>- Valorar y monitorizar la temperatura.</li> </ul> <p>Para considerar cumplido este criterio deben aparecer los valores correspondientes a los 5 ítems en la historia clínica.</p> |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso   |
| <b>Justificación</b>         | El proceso asistencial clínico debe de ajustarse a las recomendaciones de actuación, basadas en la evidencia, contenidas en los protocolos clínicos.  |
| <b>Fuente de datos</b>       | Gerencia  |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual   |

## Objetivo 5 Mejorar la seguridad del paciente.

### 2.5.1 Sistema de notificación de incidentes.

| 2.5.1.1                      | Incidentes notificados en SINASP   |
|------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>               | Incremento de las notificaciones realizadas el año que se evalúa respecto a las realizadas el año anterior   |
| <b>Exclusiones</b>           | Notificaciones no validadas por el Núcleo de Seguridad.  |
| <b>Aclaraciones</b>          | <p><u>Un sistema de notificación de incidentes</u> relacionados con la seguridad del paciente es aquel que permite la comunicación y el registro de incidentes (con o sin daño) que afectan a la seguridad de los pacientes.</p> <p><u>Incidentes relacionados con la Seguridad del Paciente</u>, entendiendo como tal los eventos o circunstancias que han ocasionado o podrían haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.</p> |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.   |
| <b>Justificación</b>         | El sistema de notificación permite la mejora de la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes y aprender de la experiencia de otros para prevenir los errores.  |
| <b>Fuente de datos</b>       | <u>Para la identificación de los casos:</u> SINASP<br><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> SINASP   |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual  |

## 2.5.2 Plan regional para la mejora de la Seguridad del Paciente.

| 2.5.2.1                      | <b>Conservación y temperatura de medicamentos en UME y SUAP</b>   |
|------------------------------|---|
| <b>Fórmula</b>               | Unidades donde se realiza el control diario de temperatura x 100 / Unidades UME y SUAP  |
| <b>Exclusiones</b>           |   |
| <b>Aclaraciones</b>          | <p>La evaluación se hará de manera desagregada para las UME y los SUAP.</p> <p>Se considera cumplimiento cuando existe un registro diario de la temperatura máxima y mínima que alcanza la nevera de medicación tanto de la ambulancia como del almacén de la unidad.</p> |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.  |
| <b>Justificación</b>         | El objetivo de este indicador es evaluar las acciones realizadas por la Gerencia 061 y las propias unidades asistenciales en relación a la Seguridad del Paciente en materia de buena conservación de medicación termolábil.  |
| <b>Fuente de datos</b>       | Registros de temperatura de los frigoríficos de medicación de las unidades.   |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.  |

| 2.5.2.2                      | <b>Control y mantenimiento de los almacenes en UME y SUAP</b>  |
|------------------------------|--|
| <b>Fórmula</b>               | Unidades donde se realiza el registro de control mensual de los almacenes x 100 / Unidades UME y SUAP  |
| <b>Exclusiones</b>           |  |
| <b>Aclaraciones</b>          | <p>La evaluación se hará de manera desagregada para las UME y los SUAP.</p> <p>Se considera cumplimiento cuando estén firmadas las revisiones del almacén que indica el procedimiento “Revisión de almacenes” tanto para material fungible como para medicación.</p> |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.   |
| <b>Justificación</b>         | El objetivo de este indicador es evaluar las acciones realizadas por la Gerencia 061 y las propias unidades asistenciales en relación con medicación y fungible en buen estado en las unidades.  |
| <b>Fuente de datos</b>       | Registros de control de almacenes.   |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.   |

| 2.5.2.4                      | <b>Control de la esterilización del autoclave</b>   |
|------------------------------|---|
| <b>Fórmula</b>               | <p>1. Unidades donde se realiza el control mensual químico de esterilización del autoclave x 100 / Unidades con autoclave</p> <p>2. Unidades donde se realiza el control mensual biológico de esterilización del autoclave x 100/ Unidades con autoclave</p>  |
| <b>Exclusiones</b>           | Unidades asistenciales donde no hay autoclave disponible.   |
| <b>Aclaraciones</b>          | <p>Del procedimiento de Limpieza y Esterilización de material quirúrgico reutilizable se extrae la siguiente información relacionada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los controles biológicos y químicos tienen una cadencia semanal, y por tanto se entiende como cumplimiento de este indicador la realización y registro de 4 chequeos biológicos y químicos con resultado CORRECTO.</li> <li>- Las unidades asistenciales que cuentan con un valor acumulado de 12 chequeos seguidos correctos, reciben una notificación desde la Unidad de Calidad y modifican su cadencia a una determinación biológica y química al mes, de tal forma que a partir de la fecha de la notificación, se entenderá como cumplimiento de este indicador la realización y registro de 1 chequeo biológico y químico CORRECTO al mes.</li> </ul> |
| <b>Tipo de indicador</b>     | Proceso.  |
| <b>Justificación</b>         | Es importante disponer de un sistema de verificación de la calidad del proceso de esterilización del material quirúrgico con el propósito de garantizar la seguridad del paciente. El primer paso es disponer de una primera medición para ver el estado de la situación y sobre este dato se puede trabajar sobre futuras metas y estándares de calidad al respecto.   |
| <b>Fuente de datos</b>       | <p>Unidad de Calidad</p> <p>Registro del control de la esterilización de las unidades asistenciales que cuentan con autoclave</p>   |
| <b>Periodo de evaluación</b> | Anual.  |