

Acreditación V. 2018

Estándar 21. Código: (AsEV2)

La organización, de acuerdo con el tipo de servicios que presta, garantiza que el equipo de salud cuenta con programas de promoción y prevención en los cuales se identifican y evalúan sistemáticamente las necesidades relacionadas con la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, y se da respuesta teniendo en cuenta la participación de los usuarios.

5 4 3 2 1

Criterios:

- Se aseguran directrices y / o procedimientos para evaluar la necesidad de la prevención de enfermedades y promoción de la salud para todos los usuarios independientemente del diagnóstico, incluida la prevención de infecciones.
- Se evalúa para cada usuario la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, en especial si es la primera vez que el usuario entra en contacto con la organización o con el sistema de salud.
- La necesidad es revisada de conformidad con los cambios en el estado del paciente o por solicitud del mismo.
- La identificación de la necesidad de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud se realiza atendiendo las condiciones sociales del usuario y sus antecedentes culturales.
- El equipo de salud responsable de la atención del usuario conoce las necesidades del usuario para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud.
- Se desarrollan estrategias de atención integral que incluyen los programas de promoción y prevención y las acciones resolutivas.
- Se evalúa el cumplimiento de los programas de promoción y prevención de acuerdo con la normatividad vigente y se miden la adherencia de los usuarios y los resultados en salud.
- **Se evalúa la adherencia de los colaboradores a las guías.**
- Se toman acciones frente a las desviaciones de los resultados obtenidos.

Acreditación V. 2018

Estándar 43. Código: (AsEJ3)

El cuidado y tratamiento son consistentes con los estándares de práctica basados en la mejor evidencia disponible.

5 4 3 2 1

Criterios:

- La organización cuenta con un sistema periódico de evaluación interna de una muestra de historias clínicas realizada por pares para efectos de monitorización y mejoramiento de los procesos de atención o las guías de práctica clínica.
- La organización cuenta con mecanismos que garantizan que los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes (así como el manejo de sus eventos adversos) están sujetos a las guías de práctica clínica y/o guías de realización de procedimientos diagnósticos, previamente definidos.
- La autoridad para el mejoramiento de la calidad realiza que el cuidado y el tratamiento sean consistentes con las guías, mide la adherencia, retroalimenta y promueve medidas de mejoramiento.
- Se evalúan la disponibilidad, la facilidad de consulta, la actualización y el uso de las guías y la cobertura de las mismas.
- La organización cuenta con mecanismos que garantizan que los procesos de atención o cuidados en salud a sus pacientes (así como el manejo de sus eventos adversos) están sujetos a las guías de práctica clínica y/o guías de realización de procedimientos.
- La atención al paciente se realiza en forma multidisciplinaria, lo cual es acorde con las guías de práctica clínica de la organización.
- La organización garantiza la prestación de los servicios de apoyo (enfermería, psicología y terapias) en forma oportuna y efectiva.
- Se evalúa la adherencia al plan de cuidado y al tratamiento.

Acreditación V. 2018

Estándar 93. Código: (GER. 5)

La alta gerencia promueve la comparación sistemática con referentes internos, nacionales e internacionales e incluye:

5 4 3 2 1

Criterios:

- Un proceso planificado para el referenciación en el que se priorizan las prácticas que son objeto de la misma.
- Una metodología para identificar los mejores referentes internos y externos (parámetros de referencia, indicadores, metas, etc.).
- Procesos de gestión clínica: adherencia a guías de práctica clínica, diligenciamiento de historia clínica y pertinencia diagnóstica, entre otros.
- Evaluación de resultados ajustados por riesgo.
- Eventos adversos.
- Seguridad del paciente, humanización, gestión del riesgo y gestión de la tecnología.
- Se implementan acciones de mejora a partir de los procesos de referenciación realizados.

Método para evaluar adherencia

- Establecer los indicadores de proceso y resultado que evalúan la calidad en la atención.
- Establecer los métodos para construir dichos indicadores.
- Optimizar los recursos disponibles para obtener la información referente con la evaluación de la calidad. Auditoría de historias – sistemas de información.
- Establecer la necesidad de contar con estándares de calidad (objetivos de calidad).
- Conectar las mediciones con los conceptos y actividades de mejoramiento.

William Thomson Kelvin (Lord Kelvin), físico y matemático británico (1824 – 1907)

"Lo que no se define no se puede medir. Lo que no se mide, no se puede mejorar. Lo que no se mejora, se degrada siempre."

Galileo Galilei

"Mide lo que se pueda medir; y lo que no, hazlo medible."

Preguntas

- Qué vamos a medir?
- Para qué vamos a medir?
- Cómo vamos a medir?
- Cómo vamos a obtener los datos de los indicadores?
- Cómo realizar las auditorías de las historias clínicas?
- Cómo estandarizar las mediciones periódicas?
- Cómo establecer metas de calidad (estándares)?
- Cómo utilizar la información de los indicadores como base para hacer algo al respecto y mejorar?

Conexión Recomendación trazadora - Indicador

Se recomienda utilizar la escala de riesgo GRACE para estratificar el riesgo de muerte intrahospitalaria y re-infarto no fatal. Recomendación fuerte a favor, calidad de la evidencia moderada.

Porcentajes de paciente a quienes se realizó la estratificación del riesgo con score Grace

Recomendación Se recomienda la administración de terapia fibrinolítica en pacientes con SCA con ST durante las primeras 12 horas del inicio de los síntomas, idealmente en los primeros 30 minutos del contacto contacto médico. Recomendación fuerte a favor, calidad de la evidencia moderada del primer año.

Proporción de Terapias fibrinolíticas realizadas dentro de los 30 minutos de Arribo al Hospital

Evidencia moderada apoya que la cirugía de fractura de cadera dentro de las 48 horas de ingreso se asocia con mejores resultados.

Oportunidad de la realización de la cirugía de fractura de cadera desde el ingreso



INDICADORES – RECOMENDACIONES TRAZADORAS

- Oportunidad en la toma del Electrocardiograma luego de la llegada al hospital (10 minutos).
- Tiempo promedio para la realización de la fibrinólisis en pacientes con diagnóstico de IAM con elevación del segmento ST (30 min luego del contacto MD)
- Tiempo promedio para la realización de la Angioplastia Coronaria Percutánea
- Porcentaje de pacientes que fueron remitidos a rehabilitación cardíaca luego de IAM
- Tasa de mortalidad Intrahospitalaria por IAM.



Fuentes de Indicadores

Anexo 4. Indicadores de adherencia y fuentes.

Batería de indicadores para monitorizar la adherencia a las recomendaciones contenidas en las GPC disponibles en Colombia

Batería de indicadores para medir la adherencia a las recomendaciones contenidas en las GPC vigentes de Colombia, 2016.

Guía de práctica clínica	Indicador de adherencia propuesto por la GPC	Indicadores proxy y posibles fuentes nacionales de información*
Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la promoción del crecimiento, detección temprana y enfoque inicial de alteraciones del crecimiento en niños menores de 10 años y la promoción del desarrollo, detección temprana y enfoque inicial de las alteraciones del desarrollo en niños menores de 5 años en Colombia.	Cumplimiento del 95 % en la consulta de primera vez por medicina general para crecimiento y desarrollo en menores de un mes y en niños a los seis meses.	SISPRO: <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje de menores de 5 años que asistieron a las consultas de crecimiento y desarrollo requeridas según la edad. • Porcentaje de menores de 5 años inscritos en el Programa de Crecimiento y Desarrollo. • Proporción de menores de 1 año con esquema adecuado de crecimiento y desarrollo. • Proporción de niños de 12 a 23 meses con esquema adecuado de crecimiento y desarrollo.
Guía de Práctica Clínica para la detección, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis C.	Proporción de redes de servicios de salud con disponibilidad de prueba serológica para hepatitis C.	REPS 2 y fuentes primarias de información como historias clínicas, registros epidemiológicos.
Guía de Práctica Clínica para la detección, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis B.	Carga viral sostenida 12 semanas, 24 semanas.	REPS 2 y fuentes primarias de información como historias clínicas, registros epidemiológicos.
Guía de Práctica Clínica para la detección, diagnóstico y tratamiento de personas con infección por el virus de la hepatitis A.	Terapia antiviral.	REPS 2 y fuentes primarias de información como historias clínicas, registros epidemiológicos.

* La letra Minus corresponde a cada uno de los indicadores se presenta en las GPC publicadas por el MinCiudad, en su página web: <http://www.minciudad.gov.co/publicaciones/indicadores>. Se debe acceder a cada una de las GPC publicadas y en la sección de implementación, para consultar las fuentes de datos de cada indicador propuestas en este manual.

* Los indicadores propuestos en esta columna les puede consultar en la página de internet del SISPRO.

Paso 4: selección de los indicadores de adherencia a partir de las recomendaciones priorizadas.

Acto administrativo	Fuente de información sugerida	Link de acceso
Resolución 256 de 2016	Sistema de información para la calidad	http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Indicadores.aspx
Resolución 4505 de 2012	Plataforma SISIS	http://web.sispro.gov.co
Resolución 743 de 2013	Indicadores del plan de gestión de gerentes o directores de ESE's	https://www.minsalud.gov.co/Normalidad/Nuevo/Resolucion%20743%20de%202013.pdf
Indicadores de la cuenta de Alto Costo	Cuenta de alto costo	https://cuentadealtocosto.org/site/index.php

Como fuente alternativa, se recomienda consultar el listado de indicadores propuesto por:

- AHRQ: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/American_College_of_Physicians
<https://www.aacponline.org/clinical-information/performance-measures>



CORONARY ARTERY DISEASE

THE STANDARD SET

The ICHOM Standard Set for Coronary Artery Disease is the result of hard work by a group of leading physicians, measurement experts and patient advocates who recommended the outcomes that matter most to patients with coronary artery disease. We urge all providers around the world to start measuring these outcomes to better understand how to improve the lives of their patients.

1) Includes occurrence of stroke, acute renal failure, prolonged ventilation, deep sternal wound infection, and other causes of reoperation.

2) Includes occurrence of stroke, acute renal failure, significant bleeding, myocardial infarction, congestive heart failure, intervention, bleeding event within 72 hours and emergent CABG (or other PCI).

3) Trained via the Seattle Angina Questionnaire (SAQ-7).

4) Trained via the Ross Dyspnea Scale.

5) Trained via the Patient Health Questionnaire (PHQ-2).

APPROVED WITH ICHOM



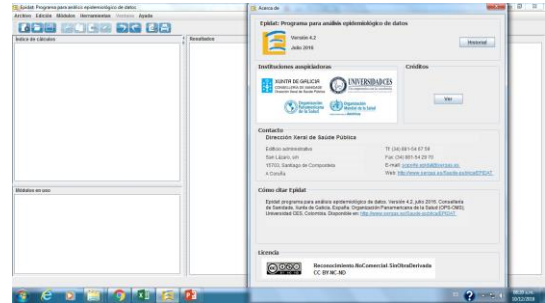
FICHAS DE INDICADORES DE FICHAS DE INDICADORES DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD		
Resolución 0158 de 2015		
Nombre del indicador	Proporción de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realiza medición de LDL	Código: P.1.16
Definición:	Expresa el número de personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realizó como mínima una medición de LDL en el año.	
Forma de Cálculo:	<p>Expone la fórmula de cálculo:</p> <p>Numerador: Personas con Diabetes Mellitus a quienes se les realizó medición de LDL en el año</p> <p>Denominador: Número total de personas con Diabetes Mellitus reportadas por 100 expresado como porcentaje (%)</p> <p>Unidad de medida: Por 100 (%)</p>	
Niveles de desagregación:	Nacional-Departamental-Municipal/IPS	Periodicidad: Anual
Sistema Normativo / Referencia:	Resoluciones 2463 y demás disposiciones vigentes.	
Responsable de la obtención, cálculo y validación de la información del indicador	El Ministerio de Salud y Protección Social calculará este indicador a partir de las fuentes relacionadas en el numerador y denominador de este indicador.	
Observaciones:	Aplica para IPS, no aplica para los Servicios de Transporte Especial de pacientes.	
Dominio:	Efectividad	
Versión:	2	Elaborado por: Ministerio de Salud y Protección Social
Fecha:	01/03/2017	

Taller Ficha técnica del indicador

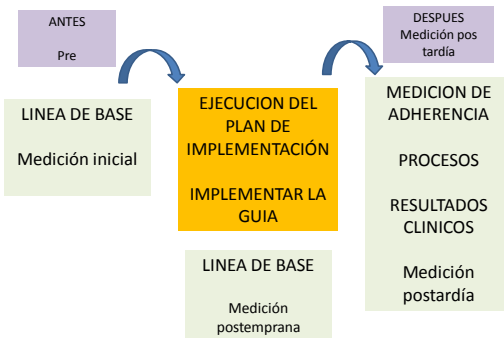
ALCALDIA DE MANIZALES – SECRETARÍA DE SALUD
TALLER ADHERENCIA DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA
FICHA TÉCNICA DE INDICADORES

NOMBRE DEL INDICADOR	QUE MIDE EL INDICADOR.....PORCENTAJE DE
OBJETIVO DEL INDICADOR	PARA QUE SE MIDE EL INDICADOR ?
FORMULA DEL INDICADOR	<p>Componentes de la fórmula de cálculo</p> <p>Numerador:</p> <p>Fuente del numerador:</p> <p>Denominador:</p> <p>Fuente del denominador:</p> <p>CUAL ES LA OPERACIÓN MATEMÁTICA QUE APORTARÁ EL VALOR DEL INDICADOR ?</p>
UNIDAD DE MEDIDA	PERIODICIDAD:
NIVELES DE DESAGREGACIÓN	COMO SE PRESENTARÁ?
META DEL INDICADOR	OBJETIVO O META
RESPONSABLE DE SU CONSTRUCCIÓN	
RESPONSABLE DEL ANALISIS Y TOMA DE ACCIONES	

Tamaño de muestra



¿Cuándo medir?



Monitorización? Vs Evaluación?

Monitorización

Naturaleza rutinaria

“Recolección y análisis regular de un conjunto básico de indicadores.”

Los datos se usan para:

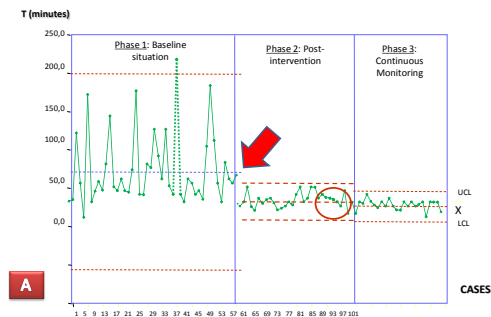
- Identificar problemas.
- Identificar sus causas.
- Tomar decisiones.

Evaluación

- Periódica.
- Consume más recursos.
- Duración limitada.
- Alcance más amplio.

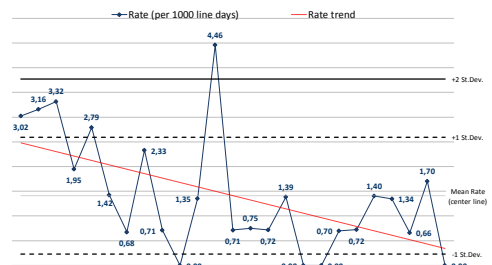
SISTEMA DE INFORMACIÓN.

REDUCCIÓN DE RETARDO EN LA TROMBOLISIS DEL INFARTO DEL MIOCARDIO



Improving the Quality of Health Services. Harvard School of Public Health. 2013. Boston, Massachusetts.

MEDIR PARA MEJORAR



CONCLUSIONES

- Mejorar la calidad técnica de la atención de los pacientes.
- Adopte guías de Calidad con el AGREE
- Conforme y motive **grupos de implementación GPC**, grupos médicos asistenciales, de gestión clínica, etc, por áreas.
- Realice un análisis del **contexto de implementación institucional (barreras y facilitadores)**.



CONCLUSIONES

- Diseñe estrategias de implementación que apunten a **modificar la atención de los pacientes para que sea de una mejor calidad técnica (evidencia)**.
- Identifique los indicadores **de proceso y resultado** (efectividad clínica) que **evaluarán periódica y continuamente la calidad técnica de la atención.**
- Ejecute los planes de implementación.
- El mejoramiento sólo ocurre cuando realizamos cambios, evaluamos y verificamos los resultados de lo realizado.
- La implementación de GPC es un proceso continuo y ajustable que no finaliza.



“La calidad nunca es un accidente; siempre resulta de cuatro cosas: intención, esfuerzo sincero, dirección inteligente y ejecutoria con talento.”

Jhon Ruskin 1819 - 1900



GRACIAS

Jorge Valencia

jorgevalencia.gcalidad@santasofia.com.co

javalencia@ucm.edu.co