

ΘΕΜΑΤΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Περιεχόμενα

1. Πρόλογος.
2. Εισαγωγή.
 - 2.1. Θεώρηση και εξέλιξη της βελτίωσης της ποιότητας.
 - 2.2. Πρακτική εμπειρία.
 - 2.3. Εμπειρία με τους δείκτες ποιότητας.
3. Μεθοδολογία για τη διερεύνηση και βελτίωση της ποιότητας:
Συστήματα παρακολούθησης.
4. Δείκτες ποιότητας σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς
 - 4.1. Μεθοδολογία της επεξεργασίας.
 - 4.2. Πρακτική εφαρμογή του προτεινόμενου συστήματος παρακολούθησης.
 - 4.3. Χρήση των προτεινόμενων δεικτών.
 - 4.4. Κατάλογος των δεικτών ποιότητας.
 - 4.5. Θεμελιώδεις δείκτες.
5. Έκθεση των δεικτών.
6. Συγκεντρωτικός πίνακας.

Πρόλογος

Ο στρατηγικός σχεδιασμός της Ισπανικής Εταιρείας Εντατικής Ιατρικής και Στεφανιαίων Μονάδων (Spanish Society of Intensive Care and Coronary Units, SEMICYUC) περιλαμβάνει την ανάπτυξη εργαλείων για την υποστήριξη της συνεχιζόμενης βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η διοικούσα ομάδα της Εταιρείας ανέθεσε την επεξεργασία των δεικτών ποιότητας για την θεραπεία των βαρέως πασχόντων ασθενών στην ομάδα εργασίας της Εταιρείας για τον σχεδιασμό, οργάνωση και διαχείριση, και στο ίδρυμα “Avedis Donabedian Foundation (ADF)” Είμαι στην ευχάριστη θέση να παρουσιάσω το αποτέλεσμα δύο ετών εργασίας στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

Δεν αποτελεί έκπληξη ότι οι δείκτες ποιότητας αναφέρονται στην θεραπευτική αντιμετώπιση των βαρέως πασχόντων, καθώς το λογότυπο της Εταιρείας υπογραμμίζει ότι αποτελούμε “Επαγγελματίες για τον βαρέως πάσχων ασθενή”. Ακριβώς για αυτόν το λόγο, θεωρούμε καθήκον μας να παρέχουμε σε γιατρούς που ειδικεύονται στην Εντατική Ιατρική αλλά και στο αντίστοιχο νοσηλευτικό προσωπικό τα μέσα για τη μέτρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας στην καθημερινή πρακτική, όχι μόνο σε νοσοκομειακές μονάδες εντατικής ιατρικής αλλά και οπουδήποτε νοσηλεύονται βαρέως πάσχοντες ασθενείς. Η αποστολή μας να εξασφαλίσουμε την κατάλληλη αντιμετώπιση για αυτούς τους ασθενείς αποτελεί φυσικό επακόλουθο της εκπαίδευσης μας ως ειδικοί και η Εταιρεία μας κατέστησε υπεύθυνη για να φέρουμε εις πέρας αυτό το καθήκον.

Οι συγκεκριμένοι δείκτες δεν νοούνται να αποτελέσουν εργαλεία ελέγχου της καθημερινής μας

εργασίας, αλλά περισσότερο να προσφέρουν ένα συστηματικό τρόπο αυτοαξιολόγησης που θα είναι σε θέση να ποσοτικοποιήσει και να αναλύσει τι κάνουμε και με ποιο τρόπο το κάνουμε, ώστε να μας βοηθήσουν να προσδιορίσουμε ποιοι τομείς είναι δυνατόν να βελτιωθούν. Οπωσδήποτε, αυτή η πρώτη έκδοση δεν είναι και η οριστική. Σε αναλογία με τα πρωτόκολλα, οι δείκτες ποιότητας είναι δυνατόν να απαιτούν αναθεώρηση και εκσυγχρονισμό περιοδικά ως αποτέλεσμα ανάπτυξης νέων αντικειμένων στην ιατρική πράξη και της αύξησης του όγκου των επιστημονικών δεδομένων.

Μεγάλος αριθμός από εντατικολόγους μέλη της SEMICYUC και από νοσηλευτικό προσωπικό μέλη της Ισπανικής Εταιρείας νοσηλευτών Εντατικής Ιατρικής και Στεφανιαίων Μονάδων (Spanish Society for Intensive Care and Coronary Unit Nursing, SEEIUC) έχουν λάβει μέρος στη συγκεκριμένη επιστημονική εργασία, ίσως μεγαλύτερος από οποιαδήποτε άλλο εγχείρημα της Εταιρείας και είμαι πεπεισμένος ότι αυτό επιβεβαιώνει την συνοχή και την υγιή ανάπτυξη των επιστημονικών μας εταιρειών.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στο ίδρυμα ADF και ειδικά στην Dr Rosa Maria Saura για την καθοδήγηση της στην μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την επεξεργασία των δεικτών και για την υπομονή που επέδειξαν στην ανταπόκριση τους στις αμφιβολίες και ερωτήσεις μας. Χωρίς την δική τους βοήθεια και αφοσίωση, αυτό το εγχείρημα δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί με την ακρίβεια που χαρακτηρίζει τους δείκτες, κάθε έναν ξεχωριστά αλλά και όλους συνολικά.

Θα ήθελα επίσης να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην ομάδα εργασίας σχεδιασμού, οργά-

νωσης και διαχείρισης της Εταιρείας , που ανέλαβε το εγχείρημα με μεγάλο ενθουσιασμό από την πρώτη στιγμή που προτάθηκε από το διοικητικό συμβούλιο. Ο Dr Mari Cruz Martino επιστημονικά υπεύθυνος του εγχειρήματος, είναι χωρίς αμφιβολία όχι μόνο αυτός που εργάστηκε περισσότερο αλλά και αυτός που παρακίνησε και εμάς τους υπόλοιπους. Για αυτόν το λόγο θα ήθελα με την ευκαιρία αυτή να αναγνωρίσω τον Dr Martin ως τον πραγματικό αρχιτέκτονα αυτού του εγχειρήματος.

Τα τελευταία χρόνια, οι ομάδες εργασίας της SEMICYUC έχουν διαδραματίσει βασικό ρόλο όχι μόνο στην πραγμάτωση του ετήσιου συνεδρίου της εταιρείας αλλά και σε πολλές άλλες εκδηλώσεις. Η συμμετοχή όλων των μελών όλων των ομάδων εργασίας που η κάθε μία ανέπτυξε ειδικά τους δείκτες στο διακό της γνωστικό αντικείμενο, (με την διόρθωση και μεθοδολογική προσαρμογή από τους συγγραφείς των δεικτών) αποδείχθηκε εξαιρετικά ωφέλιμη. Θα ήθελα να αναγνωρίσω τις προσπάθειες όλων των ομάδων εργασίας, με ειδικότερη αναφορά σε όλους όσους καθορίστηκαν από τις ομάδες εργασίας να τεθούν επικεφαλής του εγχειρήματος και τους ευχαριστώ για το καλό αποτέλεσμα της εργασίας τους.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τα μέλη της SEMICYUC και της SEEIUC για την συνεισφορά και την προθυμία τους να βοηθήσουν την επιστημονική επιτροπή και τους συγγραφείς του εγχειρήματος στην επεξεργασία των δεικτών.

Αρκετά μέλη της SEMICYUC έλαβαν μέρος στην τελική διόρθωση των δεικτών και θα ήθελα επίσης να τους ευχαριστήσω για τις προσπάθειες και την συνεργασία τους.

Τέλος θα ήθελα εκ μέρους της SEMICYUC να ευχαριστήσω τα εργαστήρια Boehringer για την οικονομική τους υποστήριξη η οποία κατέστησε εφικτή την περάτωση του εγχειρήματος.

**Dr Lluis Cabre
Πρόεδρος της SEMICYUC**

2. Εισαγωγή

2.1 ΘΕΩΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτέλεσε αντικείμενο ενασχόλησης των επαγγελματιών υγείας επί πολλά έτη, ίσως μάλιστα και να ξεκίνησε μαζί με το ιατρικό επάγγελμα. Επιδίωξη για το άριστο υπήρχε από ανέκαθεν αν και όχι πάντα μέσω εξειδικευμένων και αναγνωρισμένων μεθόδων.

Η ανάπτυξη εργαλείων και μεθόδων που επιτρέπουν τη **μέτρηση της ποιότητας** υπήρξε καταλυτικής σημασίας στη μετατροπή της σκέψης αυτής σε τρόπο εργασίας. Από τη στιγμή που κατέστη δυνατή η μέτρηση (μελέτη), το ενδιαφέρον μετατοπίστηκε από τον έλεγχο της ποιότητας, στην εξασφάλιση της ποιότητας. Αργότερα, μετά το 1990, υπήρξε πρόδοδος προς την κατεύθυνση της δημιουργίας ολοκληρωμένων συστημάτων ποιότητας.

Η εξέλιξη αυτή βέβαια δεν ακολουθούσε πάντα μια ακριβή χρονολογική ακολουθία αλλά υπήρξε αλληλεπικάλυψη και χρονική σύμπτωση διαφορετικών φάσεων. Όπως και σε πολλές άλλες περιπτώσεις, όταν συζητάμε για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας πρέπει να έχουμε κατά νου ότι η ταξινόμηση είναι χρήσιμη και μας βοηθάει να τοποθετηθούμε σε θεωρητική βάση και να κατανοήσουμε τη σειρά των γεγονότων, αν και αυτά δεν περιγράφουν πάντα με ακρίβεια ένα γεγονός ή μια πραγματική κατάσταση.

Όσο η αντίληψη της ίδιας της υγείας εξελίχθηκε, η προσοχή στράφηκε από τη βασική προσέγγιση που στηρίχθηκε στη μοναδική σχέση ιατρού-ασθε-

νή, σε πιο γενικές προσεγγίσεις που περιλαμβάνουν όχι μόνο το σύνολο των υπηρεσιών που παρέχονται από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά αφορούν την περίθαλψη όλης της κοινότητας και κατ επέκταση την αντίληψη της αποτελεσματικότητας και ισότητας των παροχών υγείας και την ηθική της λήψης αποφάσεων.

Οι πρώτες καταγραφές στην ιστορία της εκτίμησης της ποιότητας της περίθαλψης ανήκουν χρονικά στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, όταν η **Florence Nightingale** μελέτησε τη θνητότητα στα Στρατιωτικά Νοσοκομεία κατά τον πόλεμο της Κριμαίας.

Ένας ακόμη πρωτοπόρος στον τομέα αυτό ήταν ο **Ernest Codman**, συνιδρυτής του Αμερικανικού Σύλλογου Χειρουργών, ο οποίος ανέπτυξε μια μέθοδο μέτρησης και ταξινόμησης της έκβασης των χειρουργικών επεμβάσεων το 1912 στις ΗΠΑ.

Μια ακόμη γνωστή αναφορά είναι ο καθορισμός των "**ελάχιστων προδιαγραφών - κριτήριων**" από τον Αμερικανικό Σύλλογο Χειρουργών το 1918, που καθόρισε τα βασικά κριτήρια που πρέπει να πληρούν τα Νοσοκομεία και έθεσε τις βάσεις για το σύστημα πιστοποίησεων και χορηγήσεων αδειών λειτουργίας στις ΗΠΑ.

Αξιοσημείωτο γεγονός αποτελεί η δημιουργία **Κοινής Επιτροπής για την πιστοποίηση των Νοσοκομείων** το 1951. Αρχικά εξέτασε τα Νοσοκομεία εκείνα που εθελοντικά αιτήθηκαν διαπίστευσης και πληρούσαν τα κριτήρια χορηγήσες της. Κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της η επιτροπή προώθησε την ανάπτυξη διαφορετικών μεθόδων

στον τομέα της ποιότητας και επέκτεινε το φάσμα τους ώστε να περιλάβει και άλλους τύπους υγειονομικών ιδρυμάτων. Για το λόγο αυτό έχει πλέον μετονομαστεί σε "Κοινή Επιτροπή για την πιστοποίηση Οργανισμών Παροχής Υγείας"

Μια σημαντική εξέλιξη στη μεθοδολογία κατά τη δεκαετία του 50 ήταν ο σχηματισμός της **ιατρικής επιθεώρησης**, μιας νέας μεθόδου για τη μελέτη της ποιότητας, από τον Paul Lembcke στο Johns Hopkins University School of Medicine. Ανήσυχος για τις αποκλίσεις στα αποτελέσματα που παρατηρούσε στην καθημερινή πρακτική του, καθιέρωσε αυτό που θα οδηγούσε σε καθορισμό **σαφών ακριτηρίων** ώστε να καταστεί εφικτή η σύγκριση μεταξύ κέντρων και επαγγελματιών και σε συστηματική προσέγγιση της συλλογής πληροφοριών που περιελάμβανε τεκμηρίωση και σχεδιασμό μελετών.

Αργότερα, καθιερώθηκαν τα ομοσπονδιακά προγράμματα MEDICARE και MEDICAID που αφορούσαν περίθαλψη σε υπερήλικες και οικονομικά ασθενείς, το 1965 και 66. Τότε εισήχθη και ο όρος ότι μόνο νοσοκομεία με διαπίστευση -έγκριση από την επιτροπή θα ήταν αναγνωρισμένα από τα προγράμματα αυτά, γεγονός που αποτέλεσε άλλο ένα βήμα προόδου.

Άξια προσοχής επίσης είναι η εργασία του J. Williamson την δεκαετία του 70. Εισήγαγε νέα μεθοδολογία βασισμένη στη θεωρία του "μη επιτευχθέντος αλλά επιτεύξιμου οφέλους", που μετρούσε τη διαφορά μεταξύ των επιθυμητών επιπέδων διάγνωσης και θεραπείας και αυτών που πραγματικά επιτεύχθηκαν. Οι μετρήσεις γινόταν μέσω ανασκοπήσεων των ιστορικών αλλά και μέσω επανεξετάσεων των ασθενών, καθώς και μέσω ερωτηματολογιών στα οποία οι ασθενείς οι ίδιοι ανέφεραν την κατάστασή τους. Ο Williamson πραγματοποίησε μέρος της δουλειάς του στην πρωτογενή περίθαλψη (υπέροταση κλπ), καθορίζοντας τα "επιθυμητά αποτελέσματα" της περίθαλψης και δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στη βελτίωση της ποιότητας αφού αυτή είχε μελετηθεί. Αυτή ήταν η αρχή του σταδίου της **διασφάλισης ποιότητας** στην περίθαλψη, που ακολούθησε το αρχικό στάδιο που εντοπίζόταν κυρίως στην έρευνα και διαπίστωση και λιγότερο στη βελτίωση.

Ωστόσο ο R. Brook είχε αναμφίβολα τη μεγαλύ-

τερη συμμετοχή στην αλλαγή της προοπτικής της διασφάλισης της ποιότητας. Καθιέρωσε μακρο-πρόθεσμη παρακολούθηση των ασθενών και κατέδειξε τη χαμηλή συσχέτιση μεταξύ της διαδικασίας της περίθαλψης και του αποτελέσματος. Οι μελέτες του οδήγησαν στην ανάπτυξη μεθόδων για την καθιέρωση της καταλληλότητας των διαδικασιών και απέφεραν την υπόθεση που κατέστησε δυνατή την επεξήγηση της μεταβλητότητας, καθώς και τον τρόπο να την προσεγγίσουμε από τη σκοπιά των μελετών της ποιότητας.

Η ιστορική αυτή αναδρομή δεν θα ήταν πλήρης χωρίς αναφορά στον καθ. **Avedis Donabedian** που ανέλαβε μελέτες και βοήθησε στην αναθεώρηση των εννοιών της ποιότητας στην περίθαλψη - από την ταξινόμηση των μεθόδων της ποιότητας στη δομή, διεργασία και έκβαση του 1966 μέχρι την επιρροή του βιομηχανικού μοντέλου ποιότητας στην περίθαλψη το 1992. Η προσφορά του στους εργαζόμενους για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, θεωρητική και πρακτική, είναι ανεκτίμητη.

Όπως και ο Donabedian, έτσι και ο Heather Palmer έπαιξε καθοριστικό ρόλο στον **καθορισμό των διαστάσεων** της ποιότητας που είχε αποφασιστική επίδραση στη δημιουργία ολοκληρωμένης θεώρησης αυτού του γνωστικού αντικειμένου.

2.2 ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Η πρακτική εφαρμογή των θεωρητικών διαστάσεων σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης έγινε σε πολλές χώρες του κόσμου. Εκτός από τις ΗΠΑ, αξιόλογη εμπειρία στον τομέα αποκτήθηκε στον Καναδά, στην Αυστραλία, στην Ολλανδία, στο Ην. Βασίλειο, στην Πορτογαλία, στην Ιταλία, Γαλλία, Μεξικό, Αργεντινή και στην Ισπανία.

Η Ισπανική εμπειρία ξεκινά το 1982 με την καθιέρωση του πρώτου προγράμματος ποιότητας στο "Hospital de la Santa Creu I Sant Pau" στη Βαρκελώνη, αν και είχαν προηγηθεί μερικές σημαντικές πρωτοβουλίες σε μικρότερη δύμως κλίμακα.

Από την εμπειρία αυτή, το θέμα της ποιότητας εισήχθη σταδιακά σε άλλα Νοσοκομεία, όπως και σε άλλα επίπεδα της περίθαλψης, πχ στην πρωτοβάθμια φροντίδα, κοινωνική φροντίδα και σε τομείς της ψυχικής υγείας.

Δύο αξιόλογα προγράμματα όσον αφορά την Ισπανία, είναι η δημιουργία της Ισπανικής Ένωσης για την ποιότητα το 1984 και σε επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η ανάπτυξη του "Ιβηρικού προγράμματος" (Programma Iberico), σε συνεργασία με την Πορτογαλία, το οποίο επέτρεψε την εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης σε πάνω από 300 κέντρα, συνδυάζοντας στρατηγικές για εκπαίδευση, κίνητρα και παρακολούθηση.

Αξιόλογη είναι επίσης η συμβολή του **Ιδρύματος Avedis Donabedian** του οποίου η βασική αποστολή, αφότου ιδρύθηκε το 1990 ήταν η συνεργασία με επαγγελματίες υγείας και κέντρα παροχής υγείας, δημόσιες υπηρεσίες, επαγγελματικές ενώσεις και άλλα δημόσια και ιδιωτικά ιδρύματα στον τομέα της περίθαλψης με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας υγείας.

Η εδραιώση της μεθοδολογίας της **Βιοηθικής**, επίσης αποτελεί σημαντική πρόοδο και επηρέασε το πεδίο της ποιότητας, επανακαθιορίζοντας τα κριτήρια της σωστής πρακτικής σε πολλές περιπτώσεις.

Από την άλλη πλευρά οι **Δημόσιες Υπηρεσίες** τόσο της Κεντρικής Ισπανικής Κυβέρνησης με τον "Γενικό Νόμο για την Υγεία" του 1986, όσο και της κυβέρνησης των Ισπανικών αυτόνομων κοινωνιών με διάφορους νόμους και οδηγίες στις περιοχές τους, διευκόλυναν την εγκαθίδρυση της παρακολούθησης της ποιότητας καθώς και προγραμμάτων βελτίωσης σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης.

2.3 ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Τη δεκαετία του 80, η Κοινή Επιτροπή για την πιστοποίηση Οργανισμών Παροχής Υγείας απαίτησε από όλα τα κέντρα που αιτήθηκαν πιστοποίησης, να ενσωματώσουν σχέδια ποιότητας για όλο το κέντρο. Η απαίτηση αυτή συνάντησε πολλές αντιδράσεις αρχικά, οδηγώντας στην καθιέρωση ενός κανόνα που περιελάμβανε το **Σύστημα μέτρησης δεικτών** για την παρακολούθηση της ποιότητας της περίθαλψης και την ανάπτυξη μεθοδολογίας.

Τα συστήματα αυτά για την παρακολούθηση της ποιότητας έχουν σχεδιαστεί σαν ολοκληρωμένο σύστημα παρακολούθησης ενός τμήματος και όχι μόνο για τις περιοχές που μπορεί να εμφανίσουν

πρόβλημα. Προκειμένου να εφαρμοστούν, στον τύπο περίθαλψης που υπάρχει σ' ένα τμήμα, πρέπει να ορισθεί ένα πλαίσιο των μέτρων που πρέπει να ληφθούν, να καθοριστούν τα πεδία εργασίας, και να δημιουργηθούν δείκτες για τις μετρήσεις. Οι δείκτες αυτοί επανελέγχονται περιοδικά και παρέχουν μια εικόνα της ποιότητας της περίθαλψης ενός τμήματος αλλά και τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν. Εφαρμόστηκαν αρχικά περισσότερο στη μελέτη διαφόρων ειδικοτήτων και λιγότερο σε ολόκληρα τμήματα.

Η Επιτροπή Πιστοποίησης ξεκίνησε την ανάπτυξη συστημάτων αξιολόγησης των δεικτών που ήταν ενσωματωμένοι στο σύστημα αξιολόγησης και έτσι έγινε εφικτή η σύγκριση διαφόρων παρόχων υπηρεσιών υγείας. Έτσι εκπονήθηκε ένα φιλόδοξο σχέδιο για την ανάπτυξη δεικτών που συνεχίστηκε μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 90.

Η στρατηγική της επιτροπής, είχε μικρή επιτυχία λόγω της εμφάνισης άλλων συστημάτων δεικτών εθνικού επιπέδου στις ΗΠΑ. Τη στιγμή αυτή η επιτροπή προωθεί ένα δικό της σύστημα που ονομάζεται ORYX, που αναθεωρείται και ενημερώνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, και είχε φτάσει τους 52 δείκτες το 2004. Άλλες χώρες, όπως η Αυστραλία, έχουν σημειώσει πρόοδο στην ανάπτυξη δεικτών που επιτρέπουν τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών κέντρων.

Το 1990 η Ένωση Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, που περιλαμβάνει 50 Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, στις ΗΠΑ, ανέπτυξε μία σύνοψη κλινικών δεικτών που περιελάμβανε τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, η οποία εκπονήθηκε από επιτροπή ειδικών και τη χρησιμοποίησαν όλα τα μέλη της Ένωσης.

Το 1991 εκδόθηκε το "Παρακολούθηση μέσω Δεικτών" του J.G.Caroll και η σημαίνουσα αυτή δουλειά, έχει έκτοτε ενημερωθεί αρκετές φορές.

Το 1995 η Επιτροπή Προδιαγραφών Περίθαλψης της Αυστραλίας, καθιέρωσε κλινικούς δείκτες για τις ΜΕΘ που εκπονήθηκαν από τις Εταιρείες Εντατικής Θεραπείας της Αυστραλίας και της ΝΖηλανδίας.

Άλλες σημαντικές πρωτοβουλίες στην Ισπανία:
1993: Η ένωση οικογενειακής και κοινωνικής Ιατρικής της Καταλονίας εκδίδει κατάσταση με

τους δείκτες ποιότητας διαφόρων περιοχών εργασίας της πρωτογενούς φροντίδας.

1999: Η Ισπανική ένωση Μαιευτήρων - Γυναικολόγων εκδίδει λίστα με δείκτες που αφορούσαν τη συγκεκριμένη ειδικότητα.

2001: Η Ένωση Επείγουσας Ιατρικής της Καταλονίας, εκδίδει το πρόγραμμα "Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών: Δείκτες ποιότητας για τη μέτρηση της ποιότητας της περίθαλψης, χρηματοδοτούμενο από την Υπηρεσία για τη μελέτη της Ιατρικής τεχνολογίας και έρευνας και υπό την αιγίδα της Ένωσης Επείγουσας Ιατρικής της Ισπανίας.

2003: Προσαρμογή των ανωτέρω στον τομέα της Παιδιατρικής από την Ισπανική Ένωση επείγουσας Παιδιατρικής.

2003: Η Ισπανική ένωση Παρηγορητικής Ιατρικής εκδίδει δείκτες ποιότητας για την Παρηγορητική Ιατρική.

3. Μεθοδολογία για τη Διερεύνηση και Βελτίωση της Ποιότητας: “Συστήματα Παρακολούθησης”

Υπάρχουν δύο τρόποι προσέγγισης της διερεύνησης και βελτίωσης της ποιότητας της φροντίδας.

A) Το μοντέλο τύπου "πεδίο για βελτίωση" που

ξεκινάει με την εξαρίβωση του προβλήματος, και συνεχίζει με της ανάλυσή του και προτείνει λύσεις για βελτίωση. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στον κύκλο διερεύνησης και βελτίωσης του W. Edwards Deming, αλλιώς γνωστό με το ακρωνύμιο PDCA (Plan, Do, Check, Act) - Σχεδίασε, Κάνε, Έλεγξε, Δράσε, προσαρμοσμένο από τον Header Palmer. (Σχήμα 1)

B) "Συστήματα παρακολούθησης" που χρησιμοποιούνται για να εντοπίσουν προβλήματα και περιοδικά να εκτιμήσουν την απόδοση, της οποίας θεμελιώδες στοιχείο αποτελεί ο

"ΔΕΙΚΤΗΣ"

Όταν εργαζόμαστε με το μοντέλο "πεδίο προς βελτίωση" προσπαθούμε να απαντήσουμε στην ερώτηση: Τι πρέπει να βελτιωθεί; Από την άλλη μεριά η ερώτηση στην περίπτωση της προσέγγισης μέσω των συστημάτων παρακολούθησης είναι: από όλα όσα έχουμε κάνει ποιο είναι το σημαντικότερο και πώς μπορούμε να εξασφαλίσουμε ότι το κάνουμε αρκετά καλά;

Σε κάθε περίπτωση οι προσεγγίσεις αυτές συμπληρώνουν η μία την άλλη και είναι σύνηθες να εργαζόμαστε και με τις δύο ταυτόχρονα. Τα συστήματα παρακολούθησης μπορούν να θεωρηθούν ως τρόπος ανίχνευσης ευκαιριών για βελτίωση. Όταν τα αποτελέσματα της παρακολούθησης δεν είναι τα αναμενόμενα, αυτό είναι μια ευκαιρία για βελτίωση και έναρξη του κύκλου PDCA.

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

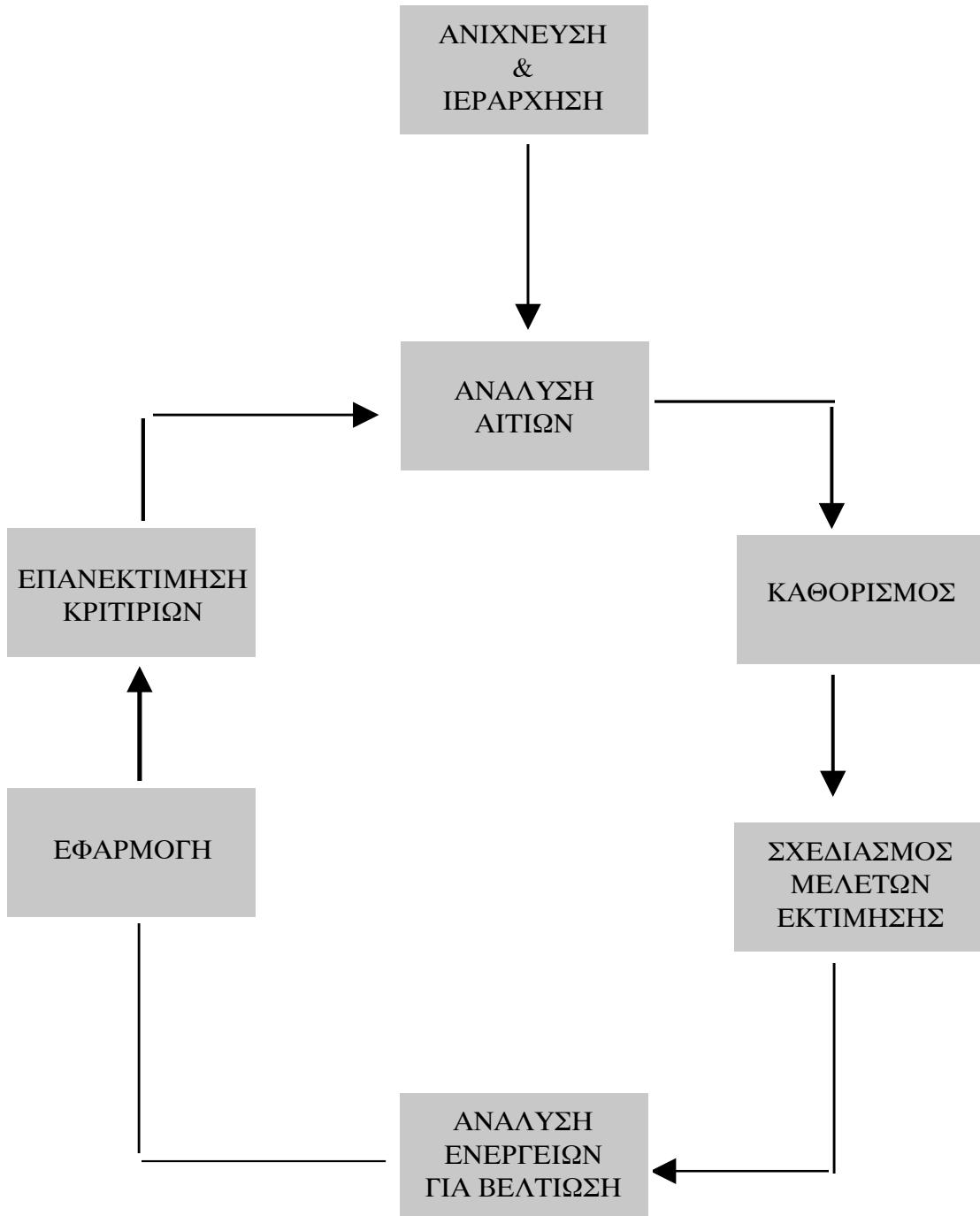
Ένα σύστημα παρακολούθησης μετράει περιοδικά τις σχετικές πλευρές της περίθαλψης, όσον αφορά τους δείκτες ποιότητας που είναι η βασική μονάδα ενός συστήματος παρακολούθησης.

Συνεπώς οι δείκτες είναι εργαλεία μέτρησης που δείχνουν την παρουσία ενός φαινομένου ή γεγονότος και την ένταση αυτού.

Ένα σύστημα παρακολούθησης απαιτεί τον ορισμό του πλαισίου μέσα στο οποίο θα κινηθεί ο τύπος παροχής υγείας, δηλαδή τον καθορισμό των περιοχών της αρχικής παροχής υπηρεσιών υγείας και την μετέπειτα επεξεργασία των δεικτών που θα φέρουν αποτέλεσμα στην προς μέτρηση διαδικασία.

Η παρακολούθηση μας επιτρέπει να εξασφαλίσουμε ότι "τα βασικά είναι εντάξει". Είναι ένα σύστημα που βασίζεται σε επαναλαμβανόμενες ποσοτικές μετρήσεις. Οι μεταβολές που παρατηρούνται σε επιτυχή αποτελέσματα ενός δείκτη δεν μπορεί να ερμηνευτούν απευθείας: Οι αποκλίσεις αυτές μπορεί να είναι τυχαίες, και αναφερόμαστε σ' αυτές σαν ενδογενείς ή αιτίες συστήματος, ή μπορεί να οφείλονται σε τομείς που σχετίζονται με ανθρώπινους παράγοντες, οργανισμούς, περιβαλλοντικούς και άλλα και στην περίπτωση αυτή αναφερόμαστε σε αυτούς ως εξωγενείς ή εξωσυστηματικούς παράγοντες. Οι τελευταίοι είναι οι παράγοντες που μας δείχνουν τους τομείς που πρέπει να βελτιώσουμε για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας.

Σε κάθε περίπτωση ο τελικός σκοπός της παρα-



Σχήμα 1.

κολούθησης είναι να διαπιστώσει προβλήματα, καταστάσεις που δυνητικά μπορεί να βελτιωθούν, ή αποκλίσεις από τη μέση τιμή, ενώ οι δείκτες λειτουργούν με σκοπό να **επιστήσουν την προσοχή** μας στην ύπαρξη του προβλήματος ή να μας **θιρυβήσουν** στην κατεύθυνση αυτή.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι ένας δείκτης είναι ένα κριτήριο ποιότητας αν και πολύ εξειδικευμέ-

νο, συνεπώς όλες οι συνθήκες και τα χαρακτηριστικά που συνιστώνται για τη δόμηση των κριτηρίων (αποδεκτό, κατανοητό, σχετιζόμενο, μετρήσιμο) ισχύουν και για τους δείκτες. Παρομοίως, αναφερόμαστε σε δείκτες όσον αφορά στη δομή, διαδικασία, και έκβαση σε συνάρτηση με το πεδίο που μελετάμε.

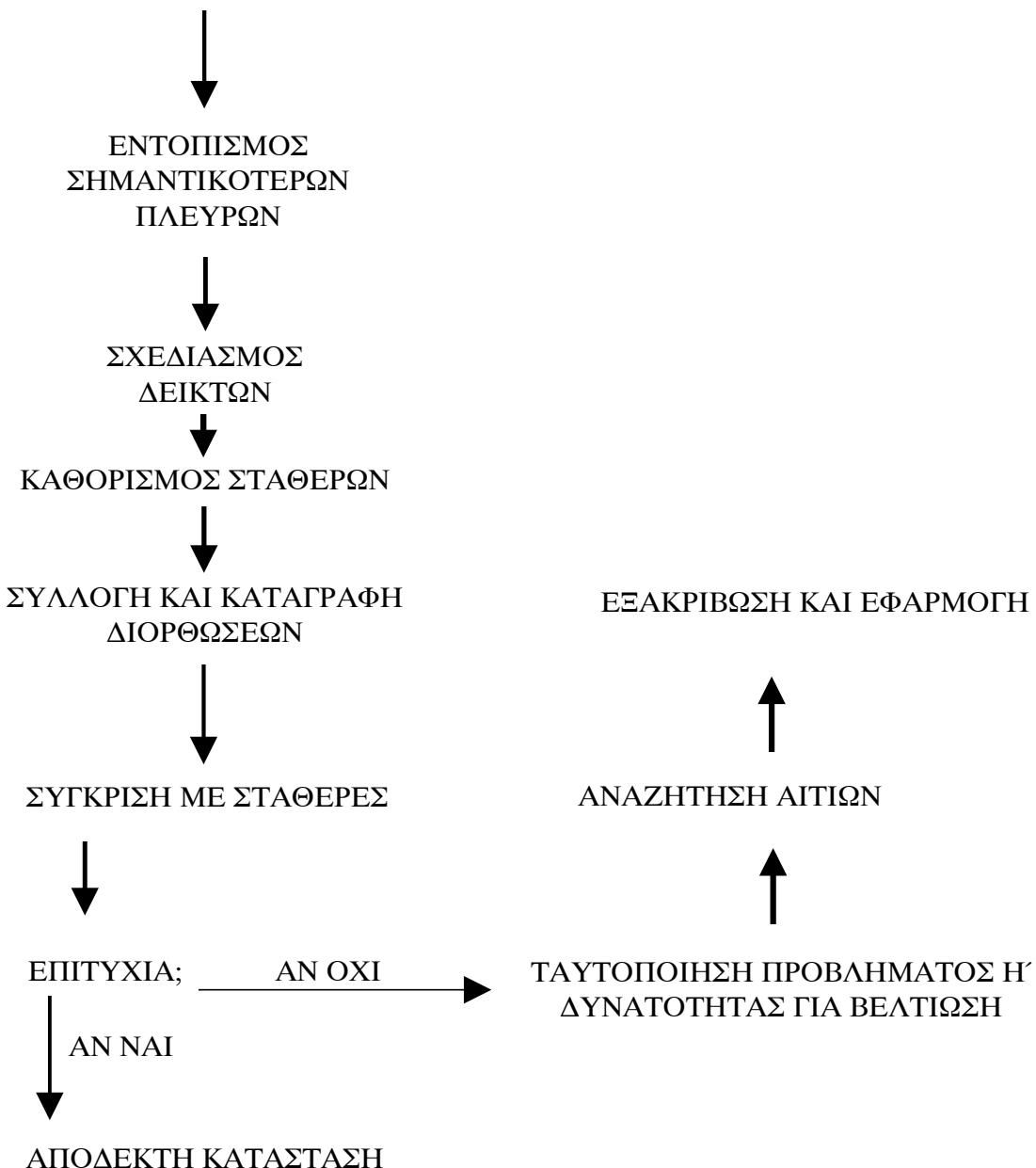
Δεδομένου ότι ένας δείκτης αποτελεί εργαλείο

μέτρησης που χρησιμοποιείται συστηματικά και αφού το αποτέλεσμα θα χρησιμοποιηθεί στη διαχείρηση της ποιότητας, είναι σημαντικό να εξασφαλίσουμε ότι ανταποκρίνεται ατην πραγματικότητα και είναι χρήσιμο.

Μέχρι τώρα όλοι οι δείκτες πρέπει να περιλαμβάνουν τα ακόλουθα 3 χαρακτηριστικά ή ιδιότητες:

- 1. Εγκυρότητα:** Ένας δείκτης είναι έγκυρος όταν πληροί το σκοπό της ταυτοποίησης καταστάσεων στις οποίες η ποιότητα παροχής υγείας μπορεί να βελτιωθεί. Μιλάμε επίσης για εγκυρότητα προσώπου (face validity) όταν αναφερόμαστε στο βαθμό που μπορεί ένας δείκτης να γίνει κατανοητός χωρίς μακροσκελείς επεξηγήσεις.
- 2. Ενασθησία:** όταν ανιχνεύει ΟΛΕΣ τις περιπτώ-

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ



Σχήμα 2.

Αυτές οι πλευρικές πρόβληματα λαμβάνονται υπόψη όταν σχεδιάζονται δείκτες ποιότητας. Μόνο αυτοί με τα υψηλότερα επίπεδα εγκυρότητας, ευαισθησίας και εισικότητας πρέπει να επιλέγονται.

Τα βήματα που επιλέγονται στο σχεδιασμό ενός συστήματος παρακολούθησης αναφέρονται στον πίνακα 1:

Πίνακας 1	
ΤΜΗΜΑ	ΟΡΙΣΜΟΣ
Διάσταση	Σημαντική πλευρά της παροχής φροντίδας, που μελετάται από τον δείκτη
Αιτιολόγηση	Η χρηστικότητα του δείκτη σαν μέτρηση της ποιότητας, σχετιζόμενη με την εγκυρότητα αυτού, δηλ. αυτό που θέλουμε να μετρήσουμε έχει νόημα;
Τύπος	Μαθηματική έκφραση
Εξήγηση όρων	Ορισμός των όρων του τύπου που μπορεί να είναι αμφιλεγόμενοι
Πληθυσμός	Καθορισμός των προς μελέτη μονάδων
Τύπος	Δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα
Πηγή δεδομένων	Πηγή και ακολουθία της καταγραφής δεδομένων
Σταθερά	Το επιθυμητό επίπεδο εκπλήρωσης του δείκτη
Σχόλια	Περιλαμβάνει σκέψεις που αφορούν την εγκυρότητα και βιβλιογραφικές αναφορές

σεις στις οποίες προκύπτει πρόβλημα με κάποιο δείκτη ποιότητας.

3. Ειδικότητα: η ιδιότητα να ανιχνεύει ΜΟΝΟ τις περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει πρόβλημα με κάποιο δείκτη ποιότητας

ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ:

Καθορισμός του πεδίου της παροχής υπηρεσιών υγείας που θα παρακολουθείται. Δραστηριότητες, επαγγελματίες, δομές και κύκλοι που εμπλέκονται πρέπει να καθορίζονται σαφώς. Αυτό εξασφαλίζει ότι όποια παραμέτρος μπορεί να βελτιωθεί, δεν θα αγνοηθεί και θα ληφθεί υπόψη. Όταν αφορά τμήμα, αντιστοιχεί στη δημιουργία ενός πλήρη χάρτη του ίδιου του τμήματος. Αν το σημείο έναρξης είναι ο κύκλος της βελτίωσης, η διαδικασία έχει ήδη καθοριστεί στον ίδιο τον κύκλο αυτό.

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ:

Αυτό αφορά τα σημαντικότερα σημεία που σχετίζονται με τη/τις διαδικασία/ες. Τα κριτήρια αξιολόγησης των προτεραιοτήτων είναι διαφορετικά:

- Ο αριθμός των ασθενών που αφορά
- Ο κίνδυνος για τους ασθενείς που αφορά
- Δραστηριότητα που αναγνωρίζεται ως προβληματική

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΔΕΙΚΤΩΝ

ΚΑΙ ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΑΘΕΡΩΝ ΑΝΑΦΟΡΑΣ:

Ο δείκτης ποιότητας αποτελεί ποσοτική μέτρηση και χρησιμοποιείται ως οδηγός με σκοπό τον έλεγχο και τη διερεύνηση της ποιότητας των σημαντικότερων σημείων της παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο σχεδιασμός τους πρέπει να περιλαμβάνει μια περιγραφή των διαφόρων διαστάσεων που εξα-

σφαλίζουν εγκυρότητα και αξιοπιστία.

ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

με συλλογή και καταγραφή των αποτελεσμάτων
Η περιοδικότητα της μέτρησης, που μπορεί να ποικίλλει αναλόγως του τύπου της περίπτωσης, της συχνότητας, ή του βαθμού ενδιαφέροντος της οργάνωσης και της προσβασιμότητας της πληροφορίας, θα πρέπει να αποφασίζεται πριν την έναρξη της μέτρησης. Η μέτρηση πραγματοποιείται σε μηνιαία ή ετήσια βάση, ώστε να εκτιμάται ο βαθμός εκπλήρωσης του δείκτη.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΣ ΚΑΘΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΣΤΑΘΕΡΕΣ

Τα αποτελέσματα πρέπει να συγκρίνονται με τις σταθερές αναφοράς αλλά και με προηγούμενες μετρήσεις για το συγκεκριμένο δείκτη. Στην πρώτη περίπτωση αναγνωρίζονται καταστάσεις όπου η απόδοση είναι κατώτερη του ελάχιστου απαιτούμενου ενώ στη δεύτερη μελετάται η εξέλιξη της συμπεριφοράς ενός δείκτη στην πορεία του χρόνου.

ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Όταν το αποτέλεσμα των συγκρίσεων δείξει κατάσταση κατώτερη των σταθερών ή επιδείνωση των αποτελεσμάτων, πρέπει να δοθεί προσοχή. Όπως δηλώθηκε παραπάνω, πρέπει να σκεφτούμε αν η αιτία είναι τυχαία (συστηματική ή ενδογενής αιτία) ή αν αντιμετωπίζουμε πρόβλημα που μπορεί να διορθωθεί (εξωσυστηματική ή εξωγενής αιτία), και στην περίπτωση αυτή πρέπει να αναλάβουμε δράση.

Κάποιες φορές η ενέργεια που πρέπει να γίνει είναι ευδιάκριτη, αλλά κάποιες άλλες απαιτείται η μελέτη των βημάτων από την αρχή αν τα αίτια του προβλήματος παραμένουν άγνωστα. Αυτό είναι το σημείο που το σύστημα παρακολούθησης συμπληρώνεται από τον κύκλο παρακολούθησης για να πάρουμε τα αναμενόμενα αποτελέσματα για μια ποιοτική μελέτη και πρόγραμμα βελτίωσης.

Όταν τα αίτια καθοριστούν και εφαρμοστούν οι δράσεις που προτάθηκαν για τη βελτίωση της ποιότητας, η συστηματική μέτρηση του δείκτη συνεχίζεται και παρακολουθούμε αν οι βελτιώσεις που περιμένουμε, έγιναν. Στην περίπτωση αυτή λέμε ότι ο δείκτης είναι και πάλι "υπό έλεγχο".

4. Δείκτες Ποιότητας σε Βαρέως Πάσχοντες Ασθενείς

4.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ

Δημιουργία ομάδας εργασίας. Οι δείκτες ποιότητας που παρουσιάζονται εδώ έχουν αναπτυχθεί διεξοδικά από μια μεγάλη ομάδα επαγγελματιών που ανήκουν στο SEMICYUC. Υπάρχει εκπροσώπηση όλων των ομάδων εργασίας της Κοινότητας, και το όλο σχέδιο έχει επιβλέψει και συντονίσει το Ίδρυμα Avedis Donabedian. Το SEMICYUC κάλεσε τους επαγγελματίες αυτούς να συμμετάσχουν στο σχέδιο λόγω της τεκμηριωμένης τους γνώσης και εμπειρίας σε εξειδικευμένα πεδία της εντατικής θεραπείας. Αρχικά κλήθηκε ένας εκπρόσωπος από κάθε ομάδα εργασίας, αλλά ουσιαστικά και άλλα μέλη προσέφεραν τη γνώση τους ή λειτούργησαν συμβουλευτικά. Αφού σχηματίστηκε η ομάδα εργασίας και ορίστηκαν οι σκοποί του σχεδίου, πραγματοποιήθηκε ένα εκπαιδευτικό εργαστήριο με σκοπό να επιτευχθεί συμφωνία στον τρόπο εργασίας και να διασφαλιστεί η ενότητα των αντιλήψεων.

Το σχέδιο πραγματοποιήθηκε σε 12 επιτυχείς συναντήσεις που έλαβαν χώρα σε διάστημα 19 μηνών στις οποίες η προηγούμενη μεμονωμένη εργασία των συμμετεχόντων εντάχθηκε στο σχέδιο και επετεύχθη συμφωνία.

Μέθοδος εργασίας. Το σχέδιο πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη μεθοδολογία ψπου περιγράφτηκε παραπάνω (κεφ 3). Κάθε ομάδα εργασίας επέλεξε τα σημεία που θεώρησε καθοριστικής σημασίας.

Κάθε ομάδα επεξεργάστηκε διαφορετικούς δείκτες που είχαν σχέση με τις επιμέρους πλευ-

ρές της διαδικασίας και της διάστασης της ποιότητας. Μετά από σύσκεψη μεταξύ των ομάδων σε διαφορετικές συναντήσεις εργασίας, επήλθε συμφωνία όσον αφορά το ποιοι δείκτες πληρούν τις συνθήκες της εγκυρότητας, ευαισθησίας και ειδικότητας.

Όταν τελείωσε ο πρώτος γύρος, τα αποτελέσματα υποβλήθηκαν για έγκριση σε ομάδα 16 επαγγελματιών του χώρου της Εντατικής Θεραπείας που δεν είχαν λάβει μέρος σε προηγούμενο τμήμα του σχεδιασμού και που δεν είχαν επηρεαστεί από τις γνώμες και τα συμπεράσματα των μελών των ομάδων εργασίας. Οι διαφορετικές προτάσεις αφού εξετάστηκαν και συζητήθηκαν, αποφασίστηκε το αν θα ενσωματωθούν στο τελικό κείμενο. Η τελική αυτή έκδοση έγινε δεκτή τον Απρίλιο του 2005 και περιλαμβάνει συνολικά 120 δείκτες.

Από το σύνολο των δεικτών αυτών, η ομάδα εργασίας αποφάσισε ποιοι είναι οι 20 σημαντικότεροι ή θεμελιώδεις για την ειδικότητα. Η SEMICYUC θεωρεί τους δείκτες αυτούς βασικούς και συνιστά την εφαρμογή τους σε όλες τις ΜΕΘ. Οι βασικοί αυτοί δείκτες αναγράφονται με **έντονα στοιχεία** στο τμήμα 4.4 και είναι σκιασμένοι στους πίνακες των κεφαλαίων 5 και 6.

Είναι εμφανές ότι αυτή η έκδοση δεν μπορεί να χαρακτηριστεί τελική. Όπως και τα πρωτόκολλα, οι δείκτες πρέπει να επανεκτιμώνται και να ενημερώνονται περιοδικά καθώς η κλινική πρακτική και οι επιστημονικές αποδείξεις εξελίσσονται και ρίχνουν φως σε σχετικά θέματα.

4.2 ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

Οι δείκτες αποτελούν εργαλεία για τη βελτίωση της ποιότητας και ως τέτοιοι, η παρακολούθησή τους δεν θα πρέπει να θεωρείται τελικό στάδιο. Μάλλον λόγια το στάδιο της μέτρησης είναι απαραίτητο και σημαντικό στην εκτίμηση του επιπέδου της παρεχόμενης περίθαλψης. Μας ενεργοποιεί στη λήψη μέτρων για τη βελτίωση των αδύναμων σημείων του συστήματος και μας ωθεί να επιλέξουμε τον πιο αποτελεσματικό τρόπο δράσης, αλλά η μέτρηση δεν είναι ποτέ ο τελικός σκοπός.

Έχοντας ένα σύνολο δεικτών όπως αυτό που παρουσιάζεται εδώ, διαμορφώνονται περίπλοκες διαδικασίες που εμπλέκονται στη συνεχή βελτίωση, όπως στην απόφαση για το ποιες πλευρές της περίθαλψης είναι θεμελιώδεις, και στο σχεδιασμό των εργαλείων μέτρησης αυτών, και πάνω από όλα, παρέχουν ένα σημείο αναφοράς με το οποίο συγκρίνουμε στην πρακτική μας.

Οι δείκτες παρουσιάζονται εδώ με την ίδια σειρά όπως στις ομάδες εργασίας, ώστε να γίνει εύκολη η ταυτοποίησή τους και από κάθε τμήμα ή επαγγελματία να επιλεγούν αυτές που φαίνονται πιο κατάλληλες στην πρακτική μας.

Το σύνολο των δεικτών είναι πολύ μεγάλο σε αριθμό και δεν φαίνεται εφικτό για κάποιο τμήμα να παρακολουθεί το σύνολό τους. Οι συγγραφείς θεώρησαν χρήσιμο να επεξεργαστούν και να παρουσιάσουν έναν επαρκή αριθμό δεικτών ώστε αν καλύψουν τις σημαντικότερες πλευρές των δραστηριοτήτων που αφορούν την ειδικότητα, αφήνοντας την επιλογή για το ποιοι δείκτες θα τεθούν σε παρακολούθηση από κάθε τμήμα. Προτείνουμε την παρακολούθηση ενός μικρού αριθμού δεικτών αρχικά, έχοντας στο μυαλό μας πάντα ότι ένα σύστημα παρακολούθησης απαιτεί προσήλωση τόσο στην μέτρηση όσο και στην περιοδική εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Σα γενική οδηγία τα ακόλουθα κριτήρια μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμα στην επιλογή των δεικτών που θα παρακολουθήσει κάθε τμήμα:

- Ποικιλία στην πρακτική μέσα στο τμήμα

- Γνωστά αδύναμα σημεία
- Βασικά σημεία της περίθαλψης
- Πιθανότητα κινδύνων
- Ύπαρξη έγκυρων και αξιόπιστων πηγών πληροφορίας
- Πιθανότητα για αυτόματη εξαγωγή αποτελεσμάτων

Δεν είναι φρόνιμο να μετρώνται πολλοί δείκτες τουλάχιστον αρχικά, επειδή αυτό θα δυσκολέψει τις μετρήσεις. Επιπλέον είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι πιθανόν να χρειάζεται πολλές φορές η ποσοτικοποίηση των δεδομένων να γίνεται χειροκίνητα, κάτι που εξαρτάται από την διαθέσιμη τεχνολογία, και ότι αυτό απαιτεί χρόνο και επαγγελματίες που μπορεί να μην είναι διαθέσιμοι στα πρώιμα στάδια.

Άλλο πλεονέκτημα της προοδευτικής ενσωμάτωσης δεικτών, παράλληλα με την πρόοδο των συστημάτων πληροφορικής, είναι ότι η ομάδα αποκτά πολύτιμη εμπειρία στη χρήση τους.

Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει όλο και σε περισσότερους επαγγελματίες να ασχοληθούν με το πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας.

Μία δυνατότητα είναι να αρχίσει η παρακολούθηση δεικτών που θεωρούνται "θεμελιώδεις" από τις ομάδες εργασίας. Κατά κάποιο τρόπο οι δείκτες αυτοί αντιπροσωπεύουν όχι μόνο τα σημεία που πρέπει να γίνουν σωστά, αλλά και αυτά για τα οποία είναι καλό να γνωρίζουμε την ποιότητα της περίθαλψης.

Από οργανωτικής πλευράς, είναι φρόνιμο να ανατεθεί η ευθύνη της παρακολούθησης ενός δείκτη μιας διαδικασίας σε έναν επαγγελματία υγείας, μέλος της ομάδας. Η συνολική ευθύνη συνήθως αφορά τον επικεφαλής του τμήματος, ο οποίος και φροντίζει να κατανεμηθούν οι ρόλοι ανάμεσα στο προσωπικό.

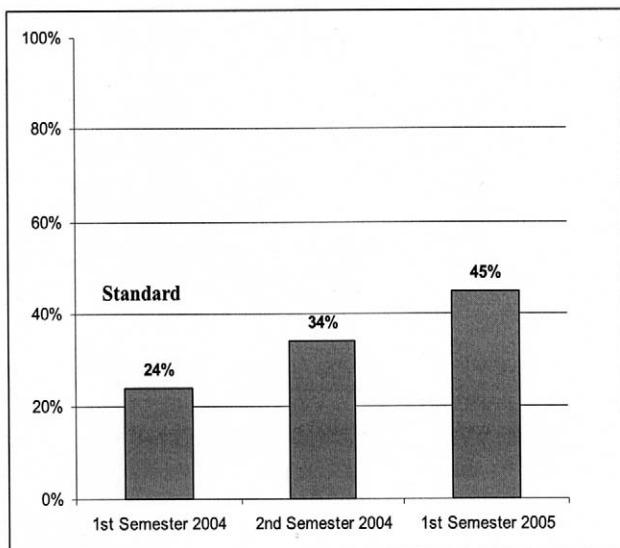
Αυτό συνήθως γίνεται όταν το τμήμα επεξεργάζεται το ημερολόγιο και η παρακολούθηση των δεικτών ενσωματώνεται ως άλλο αντικείμενο ποιότητας.

Το άτομο που θα είναι υπεύθυνο για κάθε δείκτη, θα επικυρώνει την αξιοπιστία της πηγής της πληροφόρησης, θα παρακολουθεί τα αποτελέσματα και θα τα ανακοινώνει στο υπόλοιπο προ-

σωπικό του τμήματος.

Είναι χρήσιμο να παρουσιάζονται τα αποτελέσματα ως γράφημα, ώστε να φαίνεται η εξέλιξη του δείκτη στο χρόνο και η σχέση του ως προς τη σταθερά αναφοράς.

Το παρακάτω παράδειγμα δείχνει την παρουσίαση αποτελεσμάτων ενός δείκτη που η σταθερά του είναι 40%.



Όταν η εξέλιξη ενός δείκτη είναι αρνητική ή τα αποτελέσματα είναι κατώτερα των αναμενόμενων, το άτομο που είναι υπεύθυνο για τον δείκτη, πρέπει να προτείνει την αντίστοιχη αντιμετώπιση. Λαμβάνονται μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας ή σχεδιάζεται μελέτη για να βρεθούν τα αίτια των άσχημων αποτελέσματων.

Οι δράσεις πρέπει να καθοριστούν σαφώς και να σχεδιαστούν με βάση ένα ημεορολόγιο δράσης.

σίωση όλου του τμήματος ώστε να δρα αντίστοιχα με τα αποτελέσματα και ειδικότερα όταν διαφαίνονται αποτελέσματα κατώτερα των αναμενόμενων. Πρέπει να διερευνώνται οι αιτίες και να λαμβάνονται μέτρα ώστε να βελτιώνεται η ποιότητα της περιθαλψης. Διαφορετικά η μέτρηση μετατρέπεται σε μια ανούσια ρουτίνα χωρίς χρησιμότητα για τη διεύθυνση του τμήματος.

4.3 ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ

Το κεφάλαιο αυτό έχει σα στόχο να δώσει έναν πιο λεπτομερή ορισμό των στοιχείων των δεικτών και το πώς θα χρησιμοποιηθούν στη μέτρηση της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Διάσταση: Χαρακτηριστικό ή ιδιότητα της ποιότητας της περίθαλψης που εξετάζεται μέσω του δείκτη αυτού.

Χρησιμότητα: Έχει σχέση με την εγκυρότητα. Δηλαδή αν αυτό που μετράμε έχει νόημα και αν θα βοηθήσει τον καθορισμό πεδίων για βελτίωση.

Τύπος: Μαθηματική έκφραση που αντανακλά τα αποτελέσματα της μέτρησης. Αν και συνήθως εκφράζεται σαν ποσοστό, μπορεί επίσης να εκφραστεί και ως απόλυτος αριθμός.

Επεξήγηση των όρων: Καθορισμός των σημείων του δείκτη, που εκφράζονται σε συγκεκριμένο μαθηματικό τύπο, που μπορεί να είναι διφορούμενα ή ανοιχτά σε διάφορες ερμηνείες. Για παράδειγμα αν ένας δείκτης αναφέρει τη χορήγηση γαστροποστασίας, να καθορίζονται και τα φάρμακα που θα χρησιμοποιηθούν.

Πληθυσμός: Περιγρα-
φή της μονάδας της με-
λέτης που θα αποτελέ-
σει αντικείμενο μέτρη-
σης. Μπορεί να αφορά
ασθενείς, εξετάσεις, ε-
πισκέψεις, διαγνώσεις

Η παρακολούθηση των αποτελεσμάτων ενός δείκτη προιν και μετά τις ενέργειες που έγιναν για τη βελτίωση, δείχνουν το βαθμό αποτελεσματικότητας των μέτων.

Χρειάζεται υπενθύμιση το ότι, η εφαρμογή ενός συστήματος παρακολούθησης, απαιτεί την αφο-

κλπ. Περιστασιακά, είναι απαραίτητο να εισαχθούν κριτήρια αποκλεισμού για τον πληθυσμό που καθορίστηκε. Για παράδειγμα, αν θέλουμε να μάθουμε πόσοι ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο με ανάσπαση του ST υπεβλήθησαν σε πωάμη θροιστικό, (δείκτης Νο 6), είναι φαγε-

ρό ότι πρέπει να αποκλειστούν ασθενείς στους οποίους υπάρχει ένδειξη για διακοπή της υποστήριξης.

Από την άλλη πλευρά, στην ποσοτικοποίηση ενός δείκτη, δεν είναι πάντα απαραίτητο ή πρακτικό να γίνεται η μέτρηση πάνω σε ολόκληρο τον πληθυσμό κατά τη διάρκεια της περιόδου της μελέτης. Στις περιπτώσεις αυτές ελέγχεται ένα δείγμα.

Αυτή είναι η περίπτωση των δεικτών που περιγράφουν το επίπεδο συμμόρφωσης με πολιτικές συγκατάθεσης, πρώιμης αντιμετώπισης καρδιακής δυσλειτουργίας, μελέτης της κατάστασης θρέψης κλπ. Στις περιπτώσεις αυτές δεν είναι απαραίτητη η λήψη συγκατάθεσης για κάθε μετάγγιση ή τεχνική που εφαρμόζεται, αρκεί να γίνει για ένα δείγμα. Για να γίνει επιλογή δείγματος, είναι απαραίτητο να ληφθεί υπόψη ο αριθμός των δειγμάτων που είναι απαραίτητος (μέγεθος) και να εξασφαλισθεί ότι η επιλογή είναι τυχαία, ώστε το αποτέλεσμα να είναι αντιπροσωπευτικό όλου του πληθυσμού. Για την ποσοτικοποίηση κάποιων δεικτών παρέχονται ειδικές συστάσεις, όσον αφορά τον τρόπο δειγματοληψίας - αν αυτό είναι τυχαίο ή αν επιλεχθούν τυχαία κάποιες μέρες στις οποίες θα ληφθούν δείγματα. Στην τελευταία περίπτωση, περιλαμβάνονται όλα τα συμβάματα της ημέρας και πρέπει να υπάρχει μέριμνα να περιληφθούν όλες οι μέρες της εβδομάδας.

Τύπος: Αφορά την ταξινόμηση του δείκτη αναλόγως του τρόπου μελέτης, με τρείς πιθανότητες:

- **Δομή:** χρησιμοποιείται για δείκτες που μετράνε τομείς σχετικούς με τεχνολογικό, οργανωτικό, ή ανθρώπινο δυναμικό, στοιχεία αναγκαία για την παροχή υγείας, αλλά και για την ύπαρξη των πρωτοκόλλων.
- **Διαδικασία:** Χρησιμοποιείται για δείκτες που μελετάνε τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η περιθαλψη, με τα υπάρχοντα μέσα, τα πρωτόκολλα, και την επιστημονική παρατήρηση.

- **Έκβαση:** χρησιμεύει για δείκτες που μελετάνε τις επιπτώσεις της παροχής υγειονομικής περιθαλψης και εκφράζεται με τις επιπλοκές, τη θνητότητα, την ποιότητα ζωής, τις χαμένες ευκαιρίες.

Πηγή δεδομένων: Καθορίζει την προέλευση των

δεδομένων και την ακολουθία απόκτησης των δεδομένων που απαιτείται για να ενεργοποιηθεί η ποσοτικοποίηση του δείκτη. Αυτό αποτελεί πολύ σημαντική παράμετρο, αφού το επίπεδο διαχείρισης της πληροφόρησης και της επεξεργασίας, είναι διαφορετικό για κάθε κέντρο και αυτό μπορεί να επηρρεάσει τη δυνατότητα μέτρησης.

Στη μελέτη αυτή, οι ακριβείς προδιαγραφές του τμήματος αυτού έχουν εξαιρεθεί, με μια απλή αναφορά στην κλινική κατάσταση του ασθενή.

Πρότυπο: αντανακλά το επιθυμητό επίπεδο στο οποίο θα κυμαίνεται ένας δείκτης. Δεν είναι πάντα εύκολο να επιτευχθεί, λόγω της μεταβλητότητας της επιστημονικής παρακολούθησης και τις πηγές αναφοράς.

Στο παρόν πρόγραμμα, η ομάδα των συγγραφέων προσπάθησε να συνδυάσει διάφορες πληροφορίες από αντικρουόμενες πηγές και επετεύχθη συμφωνία όσον αφορά το ιδανικό για κάθε δείκτη, διαμορφώνοντας την άποψη ότι το ιδανικό πρέπει να αντιπροσωπεύει το επίπεδο καλής άσκησης ιατρικής, αλλά και να υπάρξει δυνατότητα να επιτευχθεί με τα υπάρχοντα μέσα.

Σε μερικές περιπτώσεις το ιδανικο ορίζεται στο 100% ή 0% όταν αναφέρεται σε ποσοστό εξασφάλισης βασικών τιμών.

Σχολιασμός: Το τμήμα αυτό χρησιμεύει για την καταγραφή της εγκυρότητας του δείκτη ή για να καταδειχθούν πιθανοί παράγοντες που θα προκαλούσαν σύγχυση και που πρέπει να ληφθούν υπόψη στην αποκατοποίηση των αποτελεσμάτων. Επίσης, στο σχολιασμό ενσωματώνονται σημαντικές βιβλιογραφικές αναφορές που χρειάστηκε να ληφθούν υπόψη στη μελέτη του δείκτη και στον καθορισμό του ιδανικού.

4.4 ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

(Οι σημαντικοί - θεμελιώδεις δείκτες είναι με έντονη γραφή)

ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΘ ΚΑΙ ΚΑΡΠΑ

1. Πρώιμη χορήγηση ακετυλοσαλικυλικού οξέος σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο
2. Έγκαιρη χορήγηση β-αναστολέων σε OEM
3. Καθετηριασμός καρδίας σε υψηλού κινδύνου

- έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ST ανάσπαση
4. Καθορισμός κινδύνου σε έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ST ανάσπαση
 5. Χρόνος "πόρτα-βελονα" σε έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση ST
 - 6. Έγκαιρες παρεμβάσεις για επαναιμάτωση σε έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση ST**
 7. Νοσοκομειακή θνητότητα σε έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση ST
 8. Έγκαιρη αντιμετώπιση καρδιαγγειακής δυσλειτουργίας
 9. Θεραπευτική υποθερμία μετά από καρδιακή ανακοπή
 10. Χρήση του μοντέλου Utstein
 11. Περιεγχειρητικό έμφραγμα σε εγχειρήσεις καρδίας
 12. Επίπτωση πρώτων επιπλοκών σε τοποθέτηση μόνιμου βηματοδότη

ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

13. Επίπτωση βαροτραύματος
14. Άλλαγή κυκλωμάτων αναπνευστήρα ανά 7ήμερο
15. Σοβαρές επιπλοκές κατά την εφαρμογή προηνούς θέσης σε ARDS
16. Δοκιμασία αυτόματης αναπνοής
17. Επιλεκτική μείωση του μικροβιακού φορτίου του πεπτικού σωλήνα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου
18. Περιορισμένη κυψελιδική πίεση (P plateau) σε επεμβατικό μηχανικό αερισμό
19. Περιορισμένη μέγιστη εισπνευστική πίεση (P peak) σε επεμβατικό μηχανικό αερισμό
- 20. Ημικαθιστική θέση σε ασθενείς σε μηχανικό αερισμό**
21. Άλλαγή θερμαντήρων και υγραντήρων
- 22. Πρόληψη θρομβοεμβολιακής νόσου**
23. Μη προγραμματισμένη αποσωλήνωση
24. Επαναδιασωλήνωση
25. Έγκαιρη εφαρμογή μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού σε επιδείνωση Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ)
26. Χαμηλός αναπνεόμενος όγκος σε μηχανικό αερισμό σε ασθενείς με ALI

ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ

27. Κλινική εξέταση δυνητικά πολυτραυματία από εντατικολόγο
28. Διασωλήνωση εντός 8 ωρών σε ασθενείς με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση και Κλίμακα Γλασκώβης <9
- 29. Χειρουργική αντιμετώπιση κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης με υποσκληρίδιο και/ή επισκληρίδιο αιμάτωμα**
30. Χρήση κορτικοστεροειδών σε σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση
31. Επίπτωση ARDS σε σοβαρό τραύμα
- 32. Συνεχής παρακολούθηση ενδοκρανιακής πίεσης σε σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση με παθολογικά ευρήματα στην CT**
33. Θνητότητα σε σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση
34. Έγκαιρη οστεοσύνθεση σε κατάγματα διαφύσεων μηριαίου
35. Έγκαιρη χειρουργική αποκατάσταση σε ανοιχτά κατάγματα
36. Πρώτη αγγειογραφία εγκεφάλου σε υπαρχνοειδή αιμορραγία
37. Χορήγηση νιμοδιπίνης σε υπαρχνοειδή αιμορραγία
38. Πολυνευροπάθεια σε ασθενείς ΜΕΘ
39. Άμεση διενέργεια CT σε ισχαιμικό ΑΕΕ
40. Ενδοφλέβια θρομβολυση σε οξύ Ισχαιμικό ΑΕΕ
41. Χρήση σωματοαισθητικών προκλητών δυναμικών σε ασθενείς μετά από ανοξαιμική εγκεφαλοπάθεια

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

42. Βακτηριακία σχετιζόμενη με κεντρικό φλεβικό καθετήρα
43. Ουρολοιμωξη που σχετίζεται με καθετήρα κύστεως
- 44. Πνευμονία σχετιζόμενη με μηχανικό αερισμό**
- 45. Έγκαιρη αντιμετώπιση βαριάς σήψης / σπητικής καταπληξίας**
46. Μη ενδεδειγμένη εμπειρική αντιβιοτική θεραπεία σε λοιμώξεις που αντιμετωπίζονται

στη ΜΕΘ

47. Λοιμώξεις από Staph. Aureus ανθεκτικό στη Μεθικιλλίνη (MRSA)
48. Ενδείξεις για απομόνωση
49. Χορήγηση κορτικοστεροειδών σε σηπτικό σοκ
50. Πρώιμη έναρξη αντιβιοτικής θεραπείας σε σοβαρή σήψη

ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΡΕΨΗ

51. Επιπλοκές ολικής παρεντεροικής διατροφής : υπεργλυκαιμία και ηπατική δυσλειτουργία
52. Επίτευξη αποδεκτών ορίων γλυκόζης αίματος
53. Σοβαρή υπογλυκαιμία
54. Αναγνώριση διατροφικού κινδύνου
55. Αποτίμηση κατάστασης θρέψης
- 56. Πρώιμη έναρξη εντερικής σίτισης**
57. Παρακολούθηση εντερικής σίτισης
58. Θερμιδικές και πρωτεινικές ανάγκες
- 59. Χορήγηση γαστροπροστασίας σε ασθενείς που βρίσκονται σε επεμβατικό μηχ αερισμό προς αποφυγήν αιμορραγίας γαστρεντερικού**

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

60. Ενδείξεις συνεχούς αιμοδιάλυσης
61. Χρήση ντοπαμίνης σε οξεία νεφρική ανεπάρκεια
62. Επίπτωση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας σε μη στεφανιαίους ασθενείς ΜΕΘ
63. Επίπτωση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας σε στεφανιαίους ασθενείς εντατικής
64. Πρόληψη νεφροπάθειας που προκαλείται από σκιαστικό σε στεφανιογραφία
65. Εκτίμηση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας σε ασθενείς ΜΕΘ

ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ

66. Παρακολούθηση της καταστολής
- 67. Κατάλληλη καταστολή**
68. Καθημερινή διακοπή της καταστολής
69. Αντιμετώπιση του πόνου σε μη κατασταλμένους ασθενείς
70. Αντιμετώπιση πόνου σε ασθενείς σε μηχανικό αερισμό

71. Μη ορθή χρήση μυοχαλαρωτικών

72. Παρακολούθηση νευρομυικού αποκλεισμού
73. Αναγνώριση της κατάστασης, γνωστής ως delirium

ΑΙΜΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΑΙΜΑΤΟΣ

74. Δήλωση συγκατάθεσης για μετάγγιση αίματος
75. Λανθασμένη μετάγγιση Φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος
76. Λανθασμένη μετάγγιση πλάσματος εμπλουτισμένου σε αιμοπετάλια
- 77. Λανθασμένη μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών**

ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑ

78. Ορθή αποστείρωση γαστρεντερικού σε από τον στόματος δηλητηρίαση
79. Ελάχιστες απαιτήσεις αντιδότων
80. Πρώιμη αιμοδιάλυση σε οξεία δηλητηρίαση

ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ

- 81. Δότες οργάνων**
82. Αξιολόγηση μεταμόσχευσης ήπατος σε οξεία ηπατική ανεπάρκεια
83. Παρακολούθηση δυνητικά δωρητών οργάνων
84. Διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

85. Αφαίρεση οινογαστρικού σωλήνα λόγω απόφραξης
86. Σωστή τεχνική στις βρογχοαναρροφήσει
87. Πληροφόρηση από το νοσηλευτικό προσωπικό σε συγγενείς ασθενών
88. Ενδονοσοκομειακή μεταφορά ασθενών
89. Πίεση στο cuff του τραχειοσωλήνα
90. Παρακολούθηση της διαχείρισης των συναγερμών
91. Ατυχηματικές πτώσεις εντός της ΜΕΘ
92. Νοσηλευτικό μητρώο στη ΜΕΘ
93. Λάθη στη χορήγηση αγωγής
- 94. Συμμόρφωση με πρωτόκολλα που αφορούν το πλύσιμο χεριών**
95. Αφαίρεση ενδαγγειακών καθετήρων από λάθος
96. Έλεγχος καροτσιών ανάνηψης

ΘΕΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ

97. Ενδεδειγμένη φροντίδα ασθενών σε βαριά κατάσταση
98. Πληροφόρηση στις οικογένειες των ασθενών εντός της ΜΕΘ
99. Ενσωμάτωση προχωρημένων οδηγιών υγείας στην διαδικασία λήψης αποφάσεων
100. Έγγραφη συγκατάθεση
- 101. Απόσυρση και διακοπή υποτήριξης**
102. Χρήση περιοριστικών μέσων

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ, ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ

103. Ύπαρξη ομάδας αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών
104. Αναβολή προγραμματισμένων χειρουργείων
- 105. Έρευνα σχετική με την ποιότητα των υπηρεσιών της ΜΕΘ κατά την έξοδο του ασθενή**
106. Λανθασμένη ή εσπευσμένη έξοδος του ασθενή από τη ΜΕΘ
107. Κωδικοποίηση των πληροφοριών κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ
108. Καθυστερημένη έξοδος από τη ΜΕΘ
109. Καθυστερημένη είσοδος στη ΜΕΘ
110. Τυποποίηση του ποσοστού θανάτων
111. Ποσοστό νεκροτομών
112. Σχέδιο προσανατολισμού του προσωπικού στη ΜΕΘ
- 113. Παρουσία εντατικολόγου σε 24ωρη βάση στη ΜΕΘ**

114. Καταγραφή δυσμενών συμβαμάτων

115. Μη προγραμματισμένη επανεισαγωγή στη ΜΕΘ
- ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ**
116. Πρόσβαση σε σχετικές ιατρικές πηγές σε ηλεκτρονική μορφή

ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ

117. Ύπαρξη βασικών πρωτοκόλλων
118. Ερευνητική δραστηριότητα
119. Επιστημονικές δημοσιεύσεις
120. Συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση

ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΔΕΙΚΤΕΣ	Αριθμός	Ομάδα ή ειδικότητα
1.Πρώιμη χορήγηση ακετυλοσαλικυλικού οξέος σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο	1	Καρδιολογική ΜΕΘ και ΚΑΡΠΑ
2. Έγκαιρη εφαρμογή τεχνικών επαναιμάτωσης σε OEM με ανάσπαση ST	6	Καρδιολογική ΜΕΘ και ΚΑΡΠΑ
3.Ημικαθιστική θέση σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβατικό μηχανικό αερισμό	20	Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια
4. Πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων.	22	Οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια
5. Χειρουργική αντιμετώπιση κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης με επισκληρίδιο ή υποσκληρίδιο αιμάτωμα	29	Εντατική θεραπεία σε νευροχειρουργικό ασθενή και πολυτραυματία
6. Συνεχής παρακολούθηση ενδοκρανιακής πίεσης σε βαριά κρανιοεγκεφαλική κάκωση με παθολογικά ευρήματα στη CT εγκεφάλου	32	Εντατική θεραπεία σε νευροχειρουργικό ασθενή και πολυτραυματία
7. Πνευμονία σχετιζόμενη με μηχανικό αερισμό	44	Λοιμώξεις
8. Έγκαιρη αντιμετώπιση σοβαρής σήψης / σηπτικής καταπληξίας	45	Λοιμώξεις
9. “Έγκαιρη έναρξη εντερικής σίτισης	56	Μεταβολισμός και θρέψη
10. Χορήγηση γαστροπροστασίας σε ασθενείς που βρίσκονται σε επεμβατικό μηχ αερισμό προς αποφυγήν αιμορραγίας γαστρεντερικού	59	Μεταβολισμός και θρέψη
11. Κατάλληλη καταστολή	67	Καταστολή και αναλγησία
12. Αντιμετώπιση του πόνου σε μη κατασταλμένους ασθενείς	69	Καταστολή και αναλγησία
13. Λάθος στη μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών	77	Αίμα και παράγωγα αίματος
14. Δότες οργάνων	81	Μεταμόσχευση
15. Συμμόρφωση με πρωτόκολλα που αφορούν το	94	Νοσηλευτική

πλύσιμο χεριών		
16. Πληροφόρηση στις οικογένειες των ασθενών εντός της ΜΕΘ	98	Θέματα βιοηθικής
17. Απόσυρση και διακοπή υποστήριξης	101	Θέματα βιοηθικής
18. Έρευνα σχετική με την ποιότητα των υπηρεσιών της ΜΕΘ κατά την έξοδο του ασθενή	105	Σχεδιασμός, οργάνωση και διαχείρηση
19. Παρουσία εντατικολόγου σε 24ωρη βάση στη ΜΕΘ	113	Σχεδιασμός, οργάνωση και διαχείρηση
20. Καταγραφή δυσμενών συμβαμάτων	114	Σχεδιασμός, οργάνωση και διαχείρηση

5. ΕΚΘΕΣΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ

Δείκτης Νο 1 (βασικός δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΓΚΑΙΡΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΚΕΤΥΛΟΣΑΛΙΚΥΛΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η χορήγηση ακετυλοσαλικυλικού οξέος μειώνει τη θνητότητα και την υποτροπή του εμφράγματος σε 35 ημέρες σε ασθενείς με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο. Η χορήγησή του κρίνεται υποχρεωτική, εκτός αν υπάρχουν αντενδειξεις
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών που έλαβαν ακετυλοσαλ. οξύ το πρώτο 24ωρο -----X100 αριθμός ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> 24 ώρες: χρονική περίοδος από την έναρξη του πόνου μέχρι τη χορήγηση ακετυλοσαλικυλικού οξέος Η χορήγηση μπορεί να έγινε στο νοσοκομείο ή και πριν ο ασθενής φτάσει σε αυτό
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με οξύ στεφ. σύνδρομο που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο μελέτης <ul style="list-style-type: none"> Κριτήριο αποκλεισμού: ασθενείς με αντένδειξη για λήψη ακετυλοσαλικυλικού οξέος
Τύπος δείκτη	Μέθοδος
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών Τμήμα υποδοχής ασθενών
Πρότυπο στόχος	- 100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ellerbeck EF, Jencks SF, Radford MJ, Kresowik TF, Craig AS, Gold JA, Krumholz HM, Vogel RA. Quality of care for Medicare patients with acute myocardial infarction. A four-state pilot study from the Cooperative Cardiovascular Project. JAMA. 1995 May 17; 273(19):1509-14. Marciniak TA, Ellerbeck EF, Radford MJ, Kresowik TF, Gold JA, Krumholz HM, Kiefe CI, Allman RM, Vogel RA, Jencks SF. Improving the quality of care for Medicare patients with acute myocardial infarction: results from the Cooperative Cardiovascular Project. JAMA. 1998 May 6;279(17):1351-7 ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction--executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). Circulation. 2004 Aug 3; 110(5):588-636.

Δείκτης Νο 2

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΓΚΑΙΡΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ Β-ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ (ΟΕΜ)
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η χορήγηση β-αναστολέων μειώνει τη θνητότητα και τη νοσηρότητα σε ασθενείς με OEM. Το κόστος τους είναι αμελητέο
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός Ασθενών με OEM που έλαβαν β-αναστολέα το πρώτο 24ωρο -----X100 Αριθμός ασθενών με OEM
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> 24ώρες: χρονική περίοδος από την έναρξη του πόνου έως τη χορήγηση του β-αναστολέα
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με OEM που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάται <ul style="list-style-type: none"> Κριτήριο αποκλεισμού : ασθενείς με αντένδειξη για λήψη β-αναστολείς
Τύπος δείκτη	Μέθοδος
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ellerbeck EF, Jencks SF, Radford MJ, Kresowik TF, Craig AS, Gold JA, Krumholz HM, Vogel RA. Quality of care for Medicare patients with acute myocardial infarction. A four-state pilot study from the Cooperative Cardiovascular Project. JAMA. 1995 May 17; 273(19):1509-14. Marciniak TA, Ellerbeck EF, Radford MJ, Kresowik TF, Gold JA, Krumholz HM, Kiefe CI, Allman RM, Vogel RA, Jencks SF. Improving the quality of care for Medicare patients with acute myocardial infarction: results from the Cooperative Cardiovascular Project. JAMA. 1998 May 6;279(17):1351-7 ACC/AHA guidelines for the management of patients with STelevation myocardial infarction--executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). Circulation. 2004 Aug 3; 110(5):588-636.

Δείκτης Νο 3

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ST
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Ο καρδιακός καθετηριασμός πρέπει να διενεργείται όσο νωρίτερα γίνεται σε ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση ST. Η αγγειοπλαστική με μπαλονάκι σε συνδυασμό με νέες τεχνικές και άλλες βοηθητικές θεραπείες (ενδοστεφανιαία stend & αντιθρομβωτική & αντιαιμοπεταλιακή αγωγή) καθιστούν δυνατή την εκτίμηση του κινδύνου και τη συνολική βελτίωση της αγωγής
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με OEM χωρίς ανάσπαση ST που υποβλήθηκαν σε καρδιακό καθετηριασμό τις πρώτες 48 ώρες ----- Αριθμός ασθενών με OEM υψηλού κινδύνου X100
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> OEM υψηλού κινδύνου χωρίς ανάσπαση ST: παρουσία ενός ή περισσοτέρων από τα ακόλουθα: υποτροπιάζουσα ισχαιμία, αυξημένη τροπονίη, σημεία αιμοδυναμικής αστάθειας στην περίοδο της παρατήρησης, εμφάνιση σημαντικής αρρυθμίας Πρώτες 48 ώρες: χρονική περίοδος από τη διάγνωση έως τον καρδιακό καθετηριασμό
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με OEM χωρίς ανάσπαση ST που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάται <ul style="list-style-type: none"> Κριτήριο αποκλεισμού: ασθενείς με OEM χωρίς ανάσπαση ST και οδηγία για μη κλιμάκωση της υποστήριξης
Τύπος δείκτη	Μέθοδος
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Braunwald E, Antman EM, Beasley JW, Califf RM, Cheitlin MD, Hochman JS, Jones RH, Kereiakes D, Kupersmith J, Levin TN, Pepine CJ, Schaeffer JW, Smith EE 3rd, Steward DE, Theroux P, Alpert JS, Eagle KA, Faxon DP, Fuster V, Gardner TJ, Gregoratos G, Russell RO, Smith SC Jr. ACC/AHA guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on the Management of Patients with Unstable Angina). J Am Coll Cardiol. 2000 Sep; 36(3):970-1062.

Δείκτης Νο 4

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΧΩΡΙΣ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ST
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η ορθή χρήση των αναστολέων γλυκοπρωτεΐνης IIb/IIIa προϋποθέτει την εκτίμηση του κινδύνου για τον ασθενή. Διάφορες επιστημονικές ενώσεις (SEMICYUC, SEC, European Society of Cardiology, American College of Cardiology/American Heart Association) προτείνουν εκτίμηση του κινδύνου με σκοπό την καλύτερη εκτίμηση της πρόγνωσης. Οι καταγραφές εμφραγμάτων χωρίς ανάσπαση ST στον πληθυσμό, μας δείχνουν ποιο μοντέλο κινδύνου πρέπει να χρησιμοποιηθεί
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με έμφραγμα χωρίς ανάσπαση ST Ταξινομημένοι αναλόγως του κινδύνου -----X100 Αριθμός ασθενών με έμφραγμα χωρίς ανάσπαση ST
Επεξήγηση όρων	Ταξινομημένοι αναλόγως του κινδύνου: ένταξη σε ομάδα κινδύνου σε συνάρτηση με έγκυρη κλίμακα
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με έμφραγμα χωρίς ανάσπαση ST που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο της μελέτης
Τύπος δείκτη	Μέθοδος
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antman EM, Cohen M, Bernink PJ, McCabe CH, Horacek T, Papuchis G, Mautner B, Corbalan R, Radley D, Braunwald E. The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: A method for prognostication and therapeutic decision making. JAMA. 2000 Aug 16; 284(7):835-42. Boersma E, Pieper KS, Steyerberg EW, Wilcox RG, Chang WC, Lee KL, Akkerhuis KM, Harrington RA, Deckers JW, Armstrong PW, Lincoff AM, Califf RM, Topol EJ, Simoons ML. Predictors of outcome in patients with acute coronary syndromes without persistent ST-segment elevation. Results from an international trial of 9461 patients. The PURSUIT Investigators. Circulation. 2000 Jun 6;101(22):2557-67. Peterson ED, Pollack CV Jr, Roe MT, Parsons LS, Littrell KA, Canto JG, Barron HV; National Registry of Myocardial Infarction (NRMI) 4 Investigators. Early use of glycoprotein IIb/IIIa inhibitors in non-ST-elevation acute myocardial infarction: observations from the National Registry of Myocardial Infarction 4. J Am Coll Cardiol. 2003 Jul 2; 42(1):45-53. Societies that recommend stratifying risk: SEMICYUC, SEC (2002-Rev Española Cardiología), European Society of Cardiology (2002-Europ Heart J), American College of Cardiology/American Heart Association.

Δείκτης Νο 5

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΧΡΟΝΟΣ «ΠΟΡΤΑ-ΒΕΛΟΝΑ» ΣΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ST
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η έγκαιρη χορήγηση ινωδολυτικών (θρομβόλυση) σε έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση ST όταν υπάρχει ένδειξη μειώνει την έκταση του εμφράγματος, βελτιώνει την κοιλιακή λειτουργία, και μειώνει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα.
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση ST και ένδειξη για θρομβόλυση και χρόνο «πόρτα- βελόνα» ≤ 30 λεπτά -----X100 Αριθμός ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση ST
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Χρόνος «πόρτα-βελόνα»: χρόνος από την είσοδο στο τμήμα επειγόντων έως την έναρξη της θρομβόλυσης • Σωστή θεωρείται και η έναρξη της θρομβόλυσης, προ της άφιξης στο τμήμα επειγόντων
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση ST και ενδεδειγμένη θρομβολυτική θεραπεία που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάται. Κριτήρια αποκλεισμού: ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική αγγειοπλαστική
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Καταγραφές προγράμματος ARIAM (Analysis of Delay in Acute Myocardial Infarction) –ανάλυση της καθυστέρησης στο OEM
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Marciniaik TA, Ellerbeck EF, Radford MJ, Kresowik TF, Gold JA, Krumholz HM, Kiefe CI, Allman RM, Vogel RA, Jencks SF. Improving the quality of care for Medicare patients with acute myocardial infarction: results from the Cooperative Cardiovascular Project. JAMA. 1998 May 6;279(17):1351-7 • Aguayo E, Reina A, Colmenero M, Barranco M, Pola Gallego MD, Jiménez MM, and ARIAM Group. Analysis of delays in the treatment of acute coronary syndrome. Data in the registry ARIAM. [Άρθρο στην Ισπανική]. Med Intensiva 1999;23:280-7. • Iglesias ML, Pedro-Botet J, Hernandez E, Solsona JF, Molina L, Alvarez A, Auguet T. Fibrinolytic treatment in acute myocardial infarction: analysis of delay. [Άρθρο στην Ισπανική].Med Clin (Barc). 1996 Mar 2;106(8):281-4. • González F, Guerrero FJ, Martínez JF, Vicente J, Martín JC, Ortiz AM and ARIAM Group. Fibrinolytic agents in the Proyecto ARIAM. Exclusions reasons and complications. [Άρθρο στην Ισπανική γλώσσα].Med Intensiva 1999; 23:294-300.

Δείκτης Νο 6 (βασικός δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΓΚΑΙΡΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗ ΣΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ST
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα, κίνδυνος, και καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Η επαναιμάτωση με τη χρήση θρομβολυτικής αγωγής ή πρωτογενώς μέσω διαδερμικής ενδοαυλικής αγγειοπλαστικής στεφανιαίων (PTCA) μειώνει τη θνητότητα σε ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου και ανάσπαση ST
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου και ανάσπαση ST και έγκαιρη επαναιμάτωση -----X100</p> <p>Αριθμός ασθενών με έμφραγμα μυοκαρδίου και ανάσπαση ST</p>
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> Έγκαιρη επαναιμάτωση: διενέργεια -θρομβόλυσης εντός 6ώρου από την έναρξη του άλγους – στεφανιογραφία +/- PTCA εντός 12ώρου από την έναρξη του άλγους
Πληθυσμός	<p>Όλοι οι ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου και ανάσπαση ST που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάται</p> <ul style="list-style-type: none"> Κριτήριο αποκλεισμού: έμφραγμα μυοκαρδίου και ανάσπαση ST και οδηγία για μη κλιμάκωση της υποστήριξης
Τύπος δείκτη	Μέθοδος
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Marciniak TA, Ellerbeck EF, Radford MJ, Kresowik TF, Gold JA, Krumholz HM, Kiefe CI, Allman RM, Vogel RA, Jencks SF. Improving the quality of care for Medicare patients with acute myocardial infarction: results from the Cooperative Cardiovascular Project. JAMA. 1998 May 6;279(17):1351-7 <p>Type A evidence</p> <ul style="list-style-type: none"> ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction--executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction). Circulation. 2004 Aug 3; 110(5):588-636.

Δείκτης Νο 7

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΜΕ ΑΝΑΣΠΑΣΗ ST
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Παρόλο που η θνητότητα σε ΕΜ εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, φαίνεται να επηρεάζεται αρκετά από τη χορηγούμενη αγωγή, λόγος για τον οποίο συνεχίζει να αποτελεί δείκτη ποιότητας
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ με κύρια διάγνωση OEM με ανάσπαση ST και κατέληξαν εντός του Νοσοκομείου</p> <hr/> <p style="text-align: right;">----- X100</p> <p>Αριθμός ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ με κύρια διάγνωση OEM με ανάσπαση ST</p>
Επεξήγηση όρων	Ο θάνατος πρέπει να θεωρείται εντός του νοσοκομείου, ανεξάρτητα από το αν συνέβη εντός της ΜΕΘ ή σε άλλο τμήμα, μετά την έξοδο από τη ΜΕΘ
Πληθυσμός	<p>Όλοι οι ασθενείς με κύρια διάγνωση OEM με ανάσπαση ST που εξήλθαν της ΜΕΘ (σε άλλο τμήμα, στην οικία τους, ή απεβίωσαν) κατά την περίοδο που μελετάμε.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κριτήριο αποκλεισμού: ασθενείς που μεταφέρθηκαν σε άλλα νοσοκομεία-λόγω δυσκολίας στην παρακολούθησή τους. <p>Ασθενείς με δευτερεύουσα διάγνωση OEM με ανάσπαση ST δεν περιλαμβάνονται, διότι οι αναφορές που στηρίζουν την τιμή στόχο, λαμβάνουν υπόψη μόνο αυτούς με κύρια διάγνωση OEM με ανάσπαση ST</p>
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	12% (αν είναι μεγαλύτερο, τα αποτελέσματα πρέπει να επανεξεταστούν με τη βοήθεια του προσαρμοσμένου δείκτη κινδύνου)
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Marciniaik TA, Ellerbeck EF, Radford MJ, Kresowik TF, Gold JA, Krumholz HM, Kiefe CI, Allman RM, Vogel RA, Jencks SF. Improving the quality of care for Medicare patients with acute myocardial infarction: results from the Cooperative Cardiovascular Project. JAMA. 1998 May 6; 279(17):1351-7. • Reina A, Aguayo E, Colmenero M, Camacho A, Medina P, Fernández MA and ARIAM Group. Mortality in acute myocardial infarction. [Άρθρο στην Ισπανική γλώσσα]. Med Intensiva 1999; 23:288-93.

Δείκτης Νο 8

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η Καρδιαγγειακή δυσλειτουργία αφορά ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών της ΜΕΘ και μπορεί να κάνει την εμφάνισή της οποτεδήποτε κατά τη νοσηλεία τους. Η έγκαιρη κλινική ανίχνευση και θεραπεία της, βελτιώνει την πρόγνωση. Επιπλέον, δεν απαιτεί διαγνωστικές ή θεραπευτικές παρεμβάσεις (είναι μη επεμβατική) και δεν αυξάνει το κόστος νοσηλείας.
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός επεισοδίων με καρδιαγγειακή δυσλειτουργία και έγκαιρη θεραπεία -----X100 Συνολικός αριθμός επεισοδίων με καρδιαγγειακή δυσλειτουργία
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> (οξεία) καρδιαγγειακή δυσλειτουργία: απαιτείται αγωγή με αγγειοσυσπαστικά προκειμένου να επιτευχθεί τιμή ΜΑΠ\geq70mmHg. Τιμή καρδιαγγειακού SOFA > 1 υποδηλώνει καρδιαγγειακή δυσλειτουργία Έγκαιρη αντιμετώπιση: χορήγηση αγγειοσυσπαστικών εντός της πρώτης ώρας από την εγκατάσταση υπότασης (ΜΑΠ\leq70) και αφού έχει αποκατασταθεί ο ενδαγγειακός όγκος
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με καρδιαγγειακή δυσλειτουργία που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μέθοδος
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	<p>Οι συγγραφείς συνιστούν τη μέτρηση του δείκτη αυτού μέσω καθημερινής δειγματοληψίας μέχρι να συγκεντρωθεί ικανός αριθμός περιστατικών</p> <p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vincent JL, de Mendonca A, Cantraine F, Moreno R, Takala J, Suter PM, Sprung CL, Colardyn F, Blecher S. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Working group on "sepsis-related problems" of the European Society of Intensive Care Medicine. Crit Care Med. 1998 Nov;26(11):1793-800 Ferreira FL, Bota DP, Bross A, Melot C, Vincent JL. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. JAMA. 2001 Oct 10;286(14):1754-8. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, Peterson E, Tomlanovich M; Early Goal-Directed Therapy Collaborative Group. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med. 2001 Nov 8; 345(19):1368-77.

Δείκτης Νο 9

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΡΜΙΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΑΚΟΠΗ (ΚΑ)
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η εφαρμογή ήπιας θεραπευτικής υποθερμίας μετά από καρδιακή ανακοπή (ΚΑ) λόγω κοιλιακής μαρμαρυγής(ΚΛΜ) ή άσφυγμη κοιλιακή ταχυκαρδία(ΑΚΤ) σε ασθενείς που παραμένουν σε κώμα μετά την αποκατάσταση της κυκλοφορίας, φαίνεται να βελτιώνει τη νευρολογική πρόγνωση και να μειώνει τη θνητότητα (Σύσταση Α βαθμού, Τεκμήριο επιπέδου I)
Μαθηματικός Τόπος	Αριθμός ασθενών με ΚΑ λόγω ΚΛΜ ή ΑΚΤ και εφαρμογή υποθερμίας -----X100 Αριθμός ασθενών με ΚΑ λόγω ΚΛΜ ή ΑΚΤ
Επεξήγηση όρων	Θεραπευτική υποθερμία: εφαρμογή ήπιας υποθερμίας ($33\pm1^{\circ}\text{C}$) εντός 4 ωρών από την ανακοπή
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με ΚΑ λόγω ΚΛΜ ή ΑΚΤ κατά τη διάρκεια της περιόδου που μελετάται <ul style="list-style-type: none"> • Κριτήριο συμπερίληψης: παραμονή σε κώμα μετά την αποκατάσταση της κυκλοφορίας • Κριτήρια αποκλεισμού: καρδιογενής καταπληξία, κακοήθης αρρυθμίας, εγκυμοσύνη, διαταραχή πηκτικότητας
Τύπος δείκτη	Μέθοδος
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	90%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Holzer M, Bernard SA, Hachimi-Idrissi S, Roine RO, Sterz F, Mullner M; on behalf of the Collaborative Group on Induced Hypothermia for Neuroprotection after Cardiac Arrest. Hypothermia for neuroprotection after cardiac arrest: Systematic review and individual patient data meta-analysis. Crit Care Med 2005 Feb; 33(2):414-8. • Bernard SA, Gray TW, Buist MD, Jones BM, Silvester W, Gutteridge G, Smith K. Treatment of comatose survivors of out-of-hospital cardiac arrest with induced hypothermia. N Engl J Med. 2002 Feb 21; 346(8):557-63. • Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group. Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. N Engl J Med. 2002 Feb 21;346(8):549-56. • De la Cal MA, Latour J, de los Reyes M, Palencia E. Recomendaciones de la 6a Conferencia de Consenso de la SEMICYUC. Estado vegetativo persistente postanoxia en el adulto. Med Intensiva 2003; 27(8):544-55.

Δείκτης Νο 10

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ UTSTEIN
Διάσταση	Καταλληλότητα
Χρησιμότητα	<p>Η συλλογή στοιχείων μετά από καρδιοαναπνευστική ανακοπή (CAN) καθιστά εφικτή τη στατιστική ανάλυση της ενδονοσοκομειακής νοσηρότητας και θνητότητας. Το μοντέλο Utstein αποτελεί ενιαίο σύστημα επανεξέτασης στοιχείων που επιτρέπει την ακριβή γνώση των στοιχείων που αφορούν την αντιμετώπιση της CAN. Επιτρέπει επίσης τη βελτίωση στην αντιμετώπισή της και τη σύγκριση στοιχείων μεταξύ διαφόρων κέντρων.</p>
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ειδοποίησεων για CAN και φόρμα Utstein σωστά συμπληρωμένη ----- X100</p> <p style="text-align: center;">Αριθμός ειδοποίησεων για CAN</p>
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> Φόρμα Utstein σωστά συμπληρωμένη: να καταχωρούνται όλα τα πεδία των μεταβλητών Ειδοποίηση για CAN: περιλαμβάνει CAN με ή χωρίς ενεργοποίηση κωδικού επείγοντος (Emergency Code) και CAN με αδικαιολόγητη ενεργοποίηση κωδικού επείγοντος <p>Ο δείκτης αυτός μπορεί να εφαρμοστεί μόνο σε ΜΕΘ οι οποίες αποτελούν μέρος της ομάδας CAN και ανάνηψης του Νοσοκομείου</p>
Πληθυσμός	Όλα τα περιστατικά CAN που συνέβησαν στο Νοσοκομείο κατά την περίοδο που μελετήθηκε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, Larkin GL, Nadkarni V, Mancini ME, Berg RA, Nichol G, Lane-Trulitt T. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. Resuscitation. 2003 Sep;58(3):297-308. Niemann JT, Stratton SJ. The Utstein template and the effect of in-hospital decisions: the impact of do-not-attempt resuscitation status on survival to discharge statistics. Resuscitation. 2001 Dec; 51(3):233-7. Cummins RO, Chamberlain D, Hazinski MF, Nadkarni V, Kloeck W, Kramer E, Becker L, Robertson C, Koster R, Zaritsky A, Bossaert L, Ornato JP, Callanan V, Allen M, Steen P, Connolly B, Sanders A, Idris A, Cobbe S. Recommended guidelines for reviewing, reporting, and conducting research on in-hospital resuscitation: the inhospital 'Utstein style'. American Heart Association. Circulation. 1997 Apr 15;95(8):2213-39. Colmenero M, de la Chica R, Chavero MJ, Pérez JM, Reina A, Rodríguez M. Outcome after cardiorespiratory arrest in a referral hospital reported in Utstein style. [Άρθρο στην Ισπανική γλώσσα]. Med Intensiva 2004; 28:49-56.

Δείκτης Νο 11

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ (ΕΜ) ΣΕ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΚΑΡΔΙΑΣ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Το περιεγχειρητικό έμφραγμα μυοκαρδίου μετά από χειρουργείο στεφανιαίας επαναγγείωσης είναι σοβαρή επιπλοκή και μια από τις πιο συνήθεις αιτίες νοσηρότητας και θνητότητας στους ασθενείς αυτούς. Έχει επίσης συνδεθεί και με αύξηση της διάρκειας παραμονής
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με διάγνωση περιεγχειρητικό ΕΜ -----X100 Αριθμός ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ με μετά από στεφαν. επαναγγείωση
Επεξήγηση όρων	Η διάγνωση του περιεγχειρητικού ΕΜ μπορεί να τεθεί σύμφωνα με καθορισμένα κριτήρια σε κάθε μονάδα (a ή b): <ul style="list-style-type: none">• a) Μεταβολές στο ST+εμφάνιση νέου κύματος Q (>30msec ή 0,1mV σε 2 γειτονικές derivations+ολική CKmb>40 UI/LT και υποδηλωτικά HCG ευρήματα• b) Τροπονίνη >10ng/ml 10 ώρες μετά την απολίνωση• Η έξοδος από τη ΜΕΘ περιλαμβάνει: μεταφορά σε θάλαμο ή άλλο ίδρυμα, εξιτήριο στο σπίτι, ή θάνατος
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που εξήλθαν της ΜΕΘ μετά από χειρουργείο αποκατάστασης στεφανιαίας κυκλοφορίας κατά την περίοδο που μελετάμε <ul style="list-style-type: none">• Κριτήριο αποκλεισμού: επείγον χειρουργείο και στεφανιαία αποκατάσταση ταυτόχρονα με αντικατάσταση βαλβίδας
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	10%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: Οι συγγραφείς τονίζουν ότι ο δείκτης αυτός είναι αξιόπιστος όταν χρησιμεύει για σύγκριση με άλλα κέντρα, μπορεί να επηρεαστεί από τα τυποποιημένα κριτήρια που χρησιμοποιούνται από κάθε κέντρο <ul style="list-style-type: none">• Castro Martinez J, Vazquez Rizaldos S, Velayos Amo C, Herranz Valera J, Almeria Varela C, Iloro Mora MI. Cardiac troponin I in perioperative myocardial infarction after coronary artery bypass surgery. [Article in Spanish]. Rev Esp Cardiol. 2002 Mar;55(3):245-50

Δείκτης № 12

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΠΡΩΤΙΜΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΜΟΝΙΜΟΥ ΒΗΜΑΤΟΔΟΤΗ (MB)
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η εμφάνιση επιπλοκών σε ασθενείς στους οποίους τοποθετείται MB συνδέεται με αυξημένη θνητότητα
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών που εμφάνισαν επιπλοκές μετά από εμφύτευση MB ----- Αριθμός ασθενών που υπεβλήθησαν σε εμφύτευση MB
Επεξήγηση όρων	Πρώιμες επιπλοκές αποτελούν οι ακόλουθες καταστάσεις: <ul style="list-style-type: none"> • διάτρηση καρδιακής κοιλότητας • μετακίνηση του ηλεκτροδίου • πνευμοθώρακας • τρώση αρτηρίας Η λοίμωξη δεν περιλαμβάνεται, καθώς θεωρείται όψιμη επιπλοκή
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών που εξήλθε της ΜΕΘ μετά από εμφύτευση MB κατά την περίοδο που μελετάται
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	2%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Trohman RG, Kim MH, Pinski SL. Cardiac pacing: the state of the art. Lancet. 2004 Nov 6-12; 364(9446):1701-19. • Grupo de Trabajo de Cuidados Intensivos Cardiológicos y RCP. Informe de registro MAMI 2003. www.semicyuc.org

Δείκτης № 13

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΒΑΡΟΤΡΑΥΜΑΤΟΣ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η εμφάνιση βαροτραύματος σε ασθενείς υπό μηχανικό αερισμό συνδέεται ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο θανάτου
Μαθηματικός Τόπος	Αριθμός ασθενών με βαρότραυμα ----- Αριθμός ασθενών σε μηχανικό αερισμό X100
Επεξήγηση όρων	Η παρουσία τουλάχιστον ενός από τα ακόλουθα σε σχέση με μηχανική υποστήριξη της αναπνοής θεωρείται ενδεικτική για βαρότραυμα: <ul style="list-style-type: none">• εμφύσημα διαμέσου• πνευμοθώρακας• πνευμομεσοθωράκιο• υποδόριο εμφύσημα
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με διάρκεια μηχανικού αερισμού > 12 ώρες κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	5%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Esteban A, Anzueto A, Frutos F, Alia I, Brochard L, Stewart TE, Benito S, Epstein SK, Apezteguia C, Nightingale P, Arroliga AC, Tobin MJ; Mechanical Ventilation International Study Group. Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: a 28-day international study. JAMA. 2002 Jan 16; 287(3):345-55.• Anzueto A, Frutos-Vivar F, Esteban A, Alia I, Brochard L, Stewart T, Benito S, Tobin MJ, Elizalde J, Palizas F, David CM, Pimentel J, Gonzalez M, Soto L, D'Empaire G, Pelosi P. Incidence, risk factors and outcome of barotrauma in mechanically ventilated patients. Intensive Care Med. 2004 Apr; 30(4):612-9.

Δείκτης Νο 14

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΚΥΚΛΩΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΗΡΑ ΑΝΑ 7 ΗΜΕΡΕΣ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποδοτικότητα
Χρησιμότητα	Η αλλαγή των κυκλωμάτων του αναπνευστήρα σε μηχανικά αεριζόμενους ασθενείς πριν την παρέλευση 7 ημερών δεν συνδέεται με μείωση της συχνότητας της πνευμονίας. Αντίθετα, η πρακτική αυτή συνδέεται με αυξημένη επίπτωση της πνευμονίας αλλά και με αυξημένο κόστος
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός κυκλωμάτων που χρησιμοποιήθηκαν -----X100 Συνολικός αριθμός ημερών μηχανικής αναπνοής/7
Επεξήγηση όρων	Ημέρες μηχανικού αερισμού/7: αριθμός εβδομάδων μηχανικού αερισμού
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	>90%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Stamm AM. Ventilator-associated pneumonia and frequency of circuit changes. Am J Infect Control. 1998 Feb; 26(1):71-3. • Han JN, Liu YP, Ma S, Zhu YJ, Sui SH, Chen XJ, Luo DM, Adams AB, Marini JJ. Effects of decreasing the frequency of ventilator circuit changes to every 7 days on the rate of ventilator-associated pneumonia in a Beijing hospital. Respir Care. 2001 Sep; 46(9):891-6.

Δείκτης № 15

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ		ΣΟΒΑΡΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΗΝΟΥΣ ΘΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΟΞΕΙΑΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ (ARDS)
Διάσταση	Κίνδυνος	
Χρησιμότητα	<p>Η αλλαγή θέσης σε πρηνή σε ασθενείς με ARDS βελτιώνει σημαντικά την οξυγόνωση, επιτρέποντας ασφαλέστερες παραμέτρους μηχανικού αερισμού, παρόλο που δεν παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της θνητότητας</p> <p>Παρόλο που η συχνότητα επιπλοκών στην εφαρμογή της τεχνικής αυτής είναι πολύ μικρή, προτείνεται η παρακολούθηση της συχνότητας της εμφάνισής τους</p>	
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ασθενών με ARDS και σοβαρές επιπλοκές σε πρηνή θέση</p> <hr/> <p style="text-align: center;">X100</p> <p style="text-align: center;">Αριθμός ασθενών με ARDS σε πρηνή θέση</p>	
Επεξήγηση όρων	<p>Οι ακόλουθες θεωρούνται σοβαρές επιπλοκές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ακούσια αφαίρεση του ενδοτραχειακού σωλήνα • ακούσια απομάκρυνση ενδαγγειακών καθετήρων • έλκη από κατάκλιση 	
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που τοποθετήθηκαν σε πρηνή θέση, λόγω οξείας πνευμονικής προσβολής ή ARDS κατά την περίοδο που μελετάμε	
Τύπος δείκτη	Έκβαση	
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών	
Πρότυπο - στόχος	<2%	
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gattinoni L, Tognoni G, Pesenti A, Taccone P, Mascheroni D, Labarta V, Malacrida R, Di Giulio P, Fumagalli R, Pelosi P, Brazzi L, Latini R; Prone-Supine Study Group. Effect of prone positioning on the survival of patients with acute respiratory failure. N Engl J Med. 2001 Aug 23; 345(8):568-73. • Pelosi P, Brazzi L, Gattinoni L. Prone position in acute respiratory distress syndrome. Eur Respir J. 2002 Oct; 20(4):1017-28. • Rialp G, Mancebo J. Prone positioning in patients with acute respiratory distress syndrome. Respir Care Clin N Am. 2002 Jun; 8(2):237-45. 	

Δείκτης Νο 16

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΑΝΑΠΝΟΗΣ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποδοτικότητα
Χρησιμότητα	Η δυνατότητα χρήσης ενός πρωτοκόλλου αποδέσμευσης από τον μηχανικό αερισμό (MA) μειώνει σε σημαντικό βαθμό τον συνολικό χρόνο παραμονής σε MA, και έτσι μειώνει τους κινδύνους που αυτή συνεπάγεται. Η χρήση καθημερινών δοκιμασιών ώστε να ελεγχθεί η ανοχή σε αυτόματη αναπνοή, στους μηχανικά αεριζόμενους ασθενείς, μειώνει σε σημαντικό βαθμό τον συνολικό χρόνο παραμονής σε MA
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών που υποβάλλονται σε καθημερινή δοκιμασία αυτόματης αναπνοής ----- Αριθμός ασθενών σε MA X100
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> Δοκιμασία αποδέσμευσης από τον αναπνευστήρα: προγραμματισμένη προσπάθεια αποσύνδεσης από τον αναπνευστήρα, με την έννοια της δοκιμασίας αυτόματης αναπνοής και τη βοήθεια ενός από τα ακόλουθα: <ul style="list-style-type: none"> Δοκιμασία T-piece Χρήση αερισμού με υποστήριξη πίεσης (PSV) σε επίπεδο 7mmHg Εφαρμογή συνεχούς θετικής πίεσης αεραγωγών (CPAP) σε επίπεδο 5 cmH2O Ειδικά αποκλείεται αερισμός με μοντέλο SIMV
Πληθυσμός	Οι ασθενείς που διασωληνώθηκαν κατά την περίοδο που μελετάμε και πληρούν τα κάτωθι κριτήρια: <ul style="list-style-type: none"> αποδρομή της υποκείμενης νόσου ικανοποιητικά pH και οξυγόνωση θερμοκρασία <38°C αιμοδυναμική σταθερότητα χωρίς να απαιτείται χρήση μεγάλων δόσεων ινοτρόπων ικανοποιητική λειτουργία αναπνευστικών μυών ικανοποιητικά επίπεδα μεταβολισμού και ισοζυγίου ύδατος – ηλεκτρολυτών απουσία παραληρήματος ή διέγερσης
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	55%
Σχολιασμός	<p>Οι συγγραφείς θεωρούν πιο πρακτικό να μετρηθεί ο δείκτης με την επιλογή "ασθενείς σε MA" να αποτελεί την προς ανάλυση μονάδα, παρά οι "ημέρες σε MA" επειδή οι δοκιμασίες αυτόματης αναπνοής συνήθως δεν καταγράφονται στα ηλεκτρονικά συστήματα καταγραφής και η προσέγγιση αυτή διευκολύνει την εφαρμογή κριτηρίων αποκλεισμού.</p> <p>Συνιστάται η επιβεβαίωση της καθημερινής εφαρμογής της δοκιμασίας στους ασθενείς εκείνους που πληρούν τα ανωτέρω κριτήρια.</p> <p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cook D, Meade M, Guyatt G, Griffith L, Booker L. Criteria for weaning from mechanical ventilation. Evid Rep Technol Assess (Summ). 2000 Jun;(23):1-4. Saura P, Blanch L, Mestre J, Valles J, Artigas A, Fernandez R. Clinical consequences of the implementation of a weaning protocol. Intensive Care Med. 1996 Oct; 22(10):1052-6. Esteban A, Frutos F, Tobin MJ, Alia I, Solsona JF, Valverdu I, Fernandez R, de la Cal MA, Benito S, Tomas R, et al. A comparison of four methods of weaning patients from mechanical ventilation. Spanish Lung Failure Collaborative Group. N Engl J Med. 1995 Feb 9;332(6):345-50. Esteban A, Alia I, Tobin MJ, Gil A, Gordo F, Vallverdu I, Blanch L, Bonet A, Vazquez A, de Pablo R, Torres A, de La Cal MA, Macias S. Effect of spontaneous breathing trial duration on outcome of attempts to discontinue mechanical ventilation. Spanish Lung Failure Collaborative Group. Am J Respir Crit Care Med. 1999 Feb; 159(2):512-8.

Δείκτης Νο 17

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ (ΕΜΦΠΣ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
	Κίνδυνος και αποδοτικότητα
Χρησιμότητα	Η χρήση της επιλεκτική μείωση του μικροβιακού φορτίου του πεπτικού σωλήνα σε ασθενείς στους οποίους απαιτείται μηχανική υποστήριξη της αναπνοής για >48 h, μείωσε τη θνητότητα και το χρόνο παραμονής στη ΜΕΘ
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών σε μηχανικό αερισμό και εφαρμογή ΕΜΦΠΣ -----X100 Συνολικός αριθμός ασθενών σε μηχανικό αερισμό >48h
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> Η ΕΜΦΠΣ αποτελεί συνδυασμό τοπικής θεραπείας (αντιβιοτική αλοιφή στη στοματική κοιλότητα και αντιβιοτικό διάλυμα μέσω ρινογαστρικού σωλήνα) κατά την περίοδο της εφαρμογής του μηχανικού αερισμού, μεζί με ενδοφλέβια χορήγηση κεφοταξίμης κατά τις πρώτες 4 ημέρες Ασθενείς υψηλού κινδύνου: ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στους οποίους προβλέπεται να συνεχιστεί για >48h
Πληθυσμός	<ul style="list-style-type: none"> Όλοι οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής για >48h κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	80%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> de Jonge E, Schultz MJ, Spanjaard L, Bossuyt PM, Vroom MB, Dankert J, Kesecioglu J. Effects of selective decontamination of digestive tract on mortality and acquisition of resistant bacteria in intensive care: a randomised controlled trial. Lancet. 2003 Sep 27; 362(9389):1011-6. Liberati A, D'Amico R, Pifferi, Torri V, Brazzi L. Antibiotic prophylaxis to reduce respiratory tract infections and mortality in adults receiving intensive care. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(1):CD000022 Parra Moreno ML, Arias Rivera S, la Cal Lopez MA, Frutos Vivar F, Cerdá Cerdá E, García Hierro P, Negro Vega E. Effect of selective digestive decontamination on the nosocomial infection and multiresistant microorganisms incidence in critically ill patients. [Άρθρο στην Ισπανική γλώσσα]. Med Clin (Barc). 2002 Mar 23; 118(10):361-4.

Δείκτης Νο 18

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΚΥΨΕΛΙΔΙΚΗ ΠΙΕΣΗ (P plateau) ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποδοτικότητα
Χρησιμότητα	Σε πληθυσμό ασθενών που χρήζουν μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής για οποιοδήποτε λόγο, η χρήση υψηλών πιέσεων (P plateau) σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα βαροτραύματος και θανάτων
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με τιμές Pplateau >30 cmH2O -----X100 Αριθμός ασθενών σε μηχανικό αερισμό
Επεξήγηση όρων	Συνεχής τιμή P plateau >30 cm H2O: τιμή μεγαλύτερη των 30 cm H2O για περισσότερη από 1ώρα
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής >12 hrs κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	10%
Σχολιασμός	<p>Οι συγγραφείς συνιστούν τη μέτρηση του δείκτη αυτού με τη μέθοδο των καθημερινών δειγμάτων</p> <p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esteban A, Anzueto A, Frutos F, Alia I, Brochard L, Stewart TE, Benito S, Epstein SK, Apezteguia C, Nightingale P, Arroliga AC, Tobin MJ; Mechanical Ventilation International Study Group. Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: a 28-day international study. JAMA. 2002 Jan 16; 287(3):345-55. • Petrucci N. Tidal volumes in ARDS and meta-analysis. Am J Respir Crit Care Med. 2003 Mar 15; 167(6):935-6. • Moran JL, Bersten AD, Solomon PJ. Meta-analysis of controlled trials of ventilator therapy in acute lung injury and acute respiratory distress syndrome: an alternative perspective. Intensive Care Med. 2005 Feb; 31(2):227-35. • Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, Gea Banacloche J, Keh D, Marshall JC, Parker MM, Ramsay G, Zimmerman JL, Vincent JL, Levy MM. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Intensive Care Med. 2004 Apr; 30(4):536-55.

Δείκτης № 19

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΗ ΤΙΜΗ ΜΕΓΙΣΤΗΣ ΕΙΣΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ (P PEAK) ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποδοτικότητα
Χρησιμότητα	Σε πληθυσμό ασθενών που χρήζουν μηχανικής υποστήριξης της αναπνοής για οποιοδήποτε λόγο, η καταγραφή της μέγιστης εισπνευστικής πίεσης (P peak) βοηθά στην εντόπιση υψηλών τιμών αυτής γεγονός που σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα βαροτραύματος και άλλων αναπνευστικών προβλημάτων που θέτουν τη ζωή του ασθενή σε κίνδυνο.
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με P peak>50 cm H2O -----X100 Αριθμός ασθενών σε μηχανικό αερισμό
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> P peak > 50 cm H2O: P peak σταθερά πάνω από 50 cm H2O για περισσότερο από 1 ώρα
Πληθυσμός	<ul style="list-style-type: none"> Όλοι οι ασθενείς σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής >12 hrs κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	10%
Σχολιασμός	<p>Οι συγγραφείς συνιστούν τη μέτρηση του δείκτη αυτού με τη μέθοδο των καθημερινών δειγμάτων Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Esteban A, Anzueto A, Frutos F, Alia I, Brochard L, Stewart TE, Benito S, Epstein SK, Apezteguia C, Nightingale P, Arroliga AC, Tobin MJ; Mechanical Ventilation International Study Group. Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: a 28-day international study. JAMA. 2002 Jan 16; 287(3):345-55. Petrucci N. Tidal volumes in ARDS and meta-analysis. Am J Respir Crit Care Med. 2003 Mar 15; 167(6):935-6.

Δείκτης № 20 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΗΜΙΚΑΘΙΣΤΙΚΗ ΘΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποδοτικότητα
Χρησιμότητα	Η ημικαθιστική θέση μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης πνευμονίας σχετιζόμενης με τον αναπνευστήρα
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ημερών σε μηχανικό αερισμό και θέση θώρακα σε $>30^\circ$ -----X100 Αριθμός ημερών σε μηχανικό αερισμό
Επεξήγηση όρων	Ημικαθιστική θέση: αυτή στην οποία ο θώρακας σχηματίζει γωνία $\geq 30^\circ$ με τα κάτω άκρα
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών που χρειαστήκαν μηχανική υποστήριξη της αναπνοής για την περίοδο που μελετάμε Κριτήρια αποκλεισμού <ul style="list-style-type: none"> • ασθενείς σε πρηνή θέση • κλινικές αντενδείξεις
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Καταγραφές της ΜΕΘ
Πρότυπο - στόχος	97%
Σχολιασμός	Οι συγγραφείς συνιστούν τη μέτρηση του δείκτη αυτού με τη μέθοδο των καθημερινών δειγμάτων Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, Nicolas JM, Nogue S, Ferrer M. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised trial. Lancet. 1999 Nov 27; 354(9193):1851-8. • Torres A, Serra-Batlles J, Ros E, Piera C, Puig de la Bellacasa J, Cobos A, Lomena F, Rodriguez-Roisin R. Pulmonary aspiration of gastric contents in patients receiving mechanical ventilation: the effect of body position. Ann Intern Med. 1992 Apr 1; 116(7):540-3. • Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, Gea-Banacloche J, Keh D, Marshall JC, Parker MM, Ramsay G, Zimmerman JL, Vincent JL, Levy MM. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Intensive Care Med. 2004 Apr; 30(4):536-55.

Δείκτης Νο 21

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΑΛΛΑΓΗ ΘΕΡΜΑΝΤΗΡΩΝ ΚΑΙ ΥΓΡΑΝΤΗΡΩΝ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποδοτικότητα
Χρησιμότητα	Εκτός της περίπτωσης βλάβης, η αλλαγή θερμαντήρων και υγραντήρων δεν ενδείκνυται πριν την παρέλευση 48ώρου. Περιττές ή πρώιμες αλλαγές μπορεί να επηρεάσουν τον αριθμό των πνευμονιών σχετιζόμενες με αναπνευστήρα
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με υγραντήρα και θερμαντήρα και χρονικά σωστή αλλαγή ----- Αριθμός ασθενών με υγραντήρα και θερμαντήρα X100
Επεξήγηση όρων	Ενδεδειγμένη αντικατάσταση: Ενδείξεις για αλλαγή <ul style="list-style-type: none"> • >48 ώρες • Βλάβη • Αστοχία υλικού
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με θερμαντήρα και υγραντήρα στην περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Boisson C, Viviand X, Arnaud S, Thomachot L, Miliani Y, Martin C. Changing a hydrophobic heat and moisture exchanger after 48 hours rather than 24 hours: a clinical and microbiological evaluation. Intensive Care Med. 1999 Nov; 25(11):1237-43. • Salemi C, Padilla S, Canola T, Reynolds D. Heat-and-moisture exchangers used with biweekly circuit tubing changes: effect on costs and pneumonia rates. Infect Control Hosp Epidemiol. 2000 Nov; 21(11):737-9.

Δείκτης Νο 22 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΡΟΛΗΨΗ ΘΡΟΜΒΟΕΜΒΟΛΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η χρήση προληπτικών μέτρων για την αποφυγή εμφάνισης εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης (ΕΒΦΘ) κατά την παραμονή στη ΜΕΘ, σχετίζεται με μείωση της νοσηρότητας και της θνητότητας λόγω θρομβοεμβολής
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών που λαμβάνουν προφύλαξη κατά της ΕΒΦΘ -----X100 Αριθμός εισαγωγών στη ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	Προφύλαξη έναντι της ΕΒΦΘ: Χρήση των ακόλουθων: <ul style="list-style-type: none">• Κλασματική Ηπαρίνη (Χαμηλού MB)• Μη κλασματική (Συμβατική) Ηπαρίνη• Fondaparinux• complete anticoagulation• Συσκευές εναλλασσόμενης συμπίεσης κάτω άκρων
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε Κριτήρια αποκλεισμού: <ul style="list-style-type: none">• Απόλυτα: ασθενείς που εισήχθησαν για μικροεπεμβάσεις που απαιτούν νοσηλεία ≤ 1 μέρα• Για τη χρήση φαρμακοπροφύλαξης: αντενδείξεις για λήψη αντιπηκτικής αγωγής• Για τη χρήση μηχανικών μέσων: τραυματισμός κάτω άκρων
Τύπος δείκτη	Μέθοδος
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	90%
Σχολιασμός	Οι συγγραφείς συνιστούν τη μέτρηση του δείκτη αυτού κατά περιόδους Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Geerts WH, Pineo GF, Heit JA, Bergqvist D, Lassen MR, Colwell CW, Ray JG. Prevention of venous thromboembolism: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Chest. 2004 Sep; 126(3 Suppl):338S- 400S.• Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, Gea- Banacloche J, Keh D, Marshall JC, Parker MM, Ramsay G, Zimmerman JL, Vincent JL, Levy MM. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Intensive Care Med. 2004 Apr; 30(4):536-55.

Δείκτης Νο 23

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΜΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΤΡΑΧΕΙΑΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η ατυχηματική αφαίρεση του ενδοτραχειακού σωλήνα σχετίζεται με υψηλό ποσοστό επαναδιασωλήνωσης και αυξημένο κίνδυνο νοσοκομειακής πνευμονίας και θανάτου
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ατυχηματικών αποσωληνώσεων -----X1000 Συνολικός αριθμός ημερών σε διασωλήνωση
Επεξήγηση όρων	Η μη προγραμματισμένη αποσωλήνωση περιλαμβάνει: <ul style="list-style-type: none"> • Ατυχηματική αποσωλήνωση: μη προβλέψιμη ή ανεπιθύμητη αποσωλήνωση οφειλόμενη σε δυσλειτουργία του ίδιου του τραχειοσωλήνα (απόφραξη ή ρήξη του αεροθαλάμου στεγανοποίησης-cuff) ή σε κακό χειρισμό από το προσωπικό • Αφαίρεση του τραχειοσωλήνα από τον ίδιο τον ασθενή
Πληθυσμός	Το σύνολο των ημερών που οι ασθενείς είναι διασωληνωμένοι κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	15 περιστατικά σε 1000 ημέρες διασωλήνωσης
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Esteban A, Anzueto A, Frutos F, Alia I, Brochard L, Stewart TE, Benito S, Epstein SK, Apezteguia C, Nightingale P, Arroliga AC, Tobin MJ; Mechanical Ventilation International Study Group. Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: a 28-day international study. JAMA. 2002 Jan 16; 287(3):345-55. • Betbese AJ, Perez M, Bak E, Rialp G, Mancebo J. A prospective study of unplanned endotracheal extubation in intensive care unit patients. Crit Care Med. 1998 Jul; 26(7):1180-6. • Goñi Viguria R, Garcia Santolaya MP, Vazquez Calatayud M, Margall Coscojuela MA, Asiaín Erro MC. Evaluation of care quality in the ICU through a computerized nursing care plan. [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 2004 Apr-Jun; 15(2):76- 85. • Marcos M, Ayuso D, Gonzalez B, Carrion MI, Robles P, Munoz F, de la Cal MA. Analysis of the accidental withdrawal of tubes, probes and catheters as a part of the program of quality control. [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 1994 Jul-Sep;5(3):115-20.

Δείκτης Νο 24

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΠΑΝΑΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποδοτικότητα
Χρησιμότητα	Η επαναδιασωλήνωση αυξάνει σε σημαντικό βαθμό τη θνητότητα και νοσηρότητα σε ασθενείς εντατικής (πνευμονία, λοίμωξη, ανατομικές βλάβες)
Μαθηματικός Τόπος	Αριθμός επαναδιασωληνώσεων -----X100 Συνολικός αριθμός προγραμματισμένων αποσωληνώσεων
Επεξήγηση όρων	Επαναδιασωλήνωση: η ανάγκη για διασωλήνωση του ασθενή μέσα στις πρώτες 48 ώρες από την αφαίρεση του σωλήνα
Πληθυσμός	Το σύνολο των προγραμματισμένων αποσωληνώσεων κατά την περίοδο που εξετάζουμε <ul style="list-style-type: none"> • Κριτήριο αποκλεισμού: αποσωληνώσεις με σκοπό τον τερματισμό της υποστήριξης
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Οι καταγραφές της ΜΕΘ
Πρότυπο - στόχος	12%
Σχολιασμός	Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι χαμηλό ποσοστό επαναδιασωληνώσεων μπορεί να υποδηλώνει εξαιρετικά μεγάλους χρόνους μηχανικής υποστήριξης Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Esteban A, Frutos F, Tobin MJ, Alia I, Solsona JF, Vallverdu I, Fernandez R, de la Cal MA, Benito S, Tomas R, et al. A comparison of four methods of weaning patients from mechanical ventilation. Spanish Lung Failure Collaborative Group. N Engl J Med. 1995 Feb 9; 332(6):345-50. • Esteban A, Alia I, Tobin MJ, Gil A, Gordo F, Vallverdu I, Blanch L, Bonet A, Vazquez A, de Pablo R, Torres A, de La Cal MA, Macias S. Effect of spontaneous breathing trial duration on outcome of attempts to discontinue mechanical ventilation. Spanish Lung Failure Collaborative Group. Am J Respir Crit Care Med. 1999 Feb; 159(2):512-8. • Esteban A, Alia I, Gordo F, Fernandez R, Solsona JF, Vallverdu I, Macias S, Allegue JM, Blanco J, Carriedo D, Leon M, de la Cal MA, Taboada F, Gonzalez de Velasco J, Palazon E, Carrizosa F, Tomas R, Suarez J, Goldwasser RS. Extubation outcome after spontaneous breathing trials with T-tube or pressure support ventilation. The Spanish Lung Failure Collaborative Group. Am J Respir Crit Care Med. 1997 Aug; 156(2 Pt 1):459-65.

Δείκτης Νο 25

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΓΚΑΙΡΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟΥ ΜΗΧΑΝΙΚΟΥ ΑΕΡΙΣΜΟΥ (ΜΕΜΑ) ΣΕ ΠΑΡΟΞΥΝΣΗ ΧΡΟΝΙΑΣ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑΣ(ΧΑΠ)
Διάσταση	Αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η χρήση ΜΕΜΑ σε παρόξυνση ΧΑΠ έδειξε να μειώνει τη θνητότητα, την παραμονή στο Νοσοκομείο, την ανάγκη για διασωλήνωση, και αυξάνει τα ποσοστά επιτυχίας της θεραπείας
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών στους οποίους διαγιγνώσκεται παρόξυνση ΧΑΠ και εφαρμόστηκε ΜΕΜΑ -----X100 Αριθμός ασθενών στους οποίους διαγιγνώσκεται παρόξυνση ΧΑΠ
Επεξήγηση όρων	Έγκαιρη εφαρμογή ΜΕΜΑ: έναρξη εντός 2 ωρών από την εισαγωγή
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών με διάγνωση «παρόξυνση ΧΑΠ» κατά την περίοδο που εξετάζουμε Κριτήριο αποκλεισμού: <ul style="list-style-type: none">• Κώμα• Άρνηση – κακή συνεργασία• Κακώσεις προσωπικού κρανίου που αποκλείουν τη χρήση μάσκας
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Lightowler JV, Wedzicha JA, Elliott MW, Ram FS. Non-invasive positive pressure ventilation to treat respiratory failure resulting from exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ. 2003 Jan 25; 326(7382):185.

Δείκτης Νο 26

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΧΑΜΗΛΟΣ ΑΝΑΠΝΕΟΜΕΝΟΣ ΟΓΚΟΣ ΣΕ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ (ALI)
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Οι υψηλές τιμές αναπνεόμενου όγκου αυξάνουν τη νοσηρότητα και τη θνητότητα σε ασθενείς που βρίσκονται σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών που λαμβάνουν αναπνεόμενο όγκο $\leq 8 \text{ml/kg}$ ιδανικού βάρους -----X100 Αριθμός ασθενών με οξεία πνευμονική προσβολή σε μηχανικό αερισμό
Επεξήγηση όρων	ALI: πνευμονική προσβολή και $\text{PO}_2/\text{FiO}_2 < 300$ ανεξάρτητα της εφαρμοζόμενης PEEP και σύμφωνα με τα κριτήρια της Consensus conference για το ARDS
Πληθυσμός	Ασθενείς που διαγνώστηκαν με ALI και βρίσκονται σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής στη ΜΕΘ για τη χρονική περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μάεθοδος
Πηγή δεδομένων	Οι καταγραφές της ΜΕΘ
Πρότυπο - στόχος	94%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bernard GR, Artigas A, Brigham KL, Carlet J, Falke K, Hudson L, Lamy M, Legall JR, Morris A, Spragg R. The American-European Consensus Conference on ARDS. Definitions, mechanisms, relevant outcomes, and clinical trial coordination. Am J Respir Crit Care Med. 1994 Mar; 149(3 Pt 1):818-24. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. N Engl J Med. 2000 May 4;342(18):1301-8. Brower RG, Rubenfeld GD. Lung-protective ventilation strategies in acute lung injury. Crit Care Med. 2003 Apr; 31(4 Suppl):S312-6.

Δείκτης Νο 27

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ ΑΠΟ ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΟ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η κλινική εξέταση από εντατικολόγο μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας σε σοβαρά τραυματίες
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός σοβαρά τραυματιών που εκτιμήθηκαν από εντατικολόγο στην εισαγωγή -----X100 Αριθμός σοβαρά τραυματιών που εισήχθησαν (επείγοντα και ΜΕΘ)
Επεξήγηση όρων	Σοβαρά τραυματίας: ασθενείς με τραυματισμό με σοβαρές βλάβες, με Revised trauma score ≤ 11 στη διαλογή και / ή Injury severity score ≥ 16
Πληθυσμός	Αριθμός σοβαρά τραυματιών που εξήλθαν του Νοσοκομείου κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • García Delgado M, Navarrete Navarro P, Navarrete Sánchez I, Muñoz Sánchez MA, Rincón Ferrari MD, Grupo GITAN. Epidemiological and clinical manifestations of severe injuries in Andalucia. GITAN multicenter study. [Article in Spanish]. Med Intensiva, 2004, 28: 449-56 • Marco P. Asistencia al paciente politraumatizado: el liderazgo del intensivista. Med Intensiva 1999; 23:111-3. • Champion HR, Sacco WJ, Copes WS, Gann DS, Gennarelli TA, Flanagan ME. A revision of the Trauma Score. J Trauma. 1989 May; 29(5):623-9. • Baker SP, O'Neill B, Haddon W Jr, Long WB. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J Trauma. 1974 Mar; 14(3):187-96.

Δείκτης Νο 28

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ ΕΝΤΟΣ 8 ΩΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΗ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ (ΚΕΚ) ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΛΑΣΚΩΒΗΣ <9
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Ο μη αποτελεσματικός έλεγχος της υποξυγοναιμίας σε σοβαρή ΚΕΚ αυξάνει την πιθανότητα πρόκλησης δευτερογενών εγκεφαλικών βλαβών, επιδεινώνοντας την πρόγνωση για την επιβίωση και τη λειτουργικότητα στους ασθενείς αυτούς. Η διασωλήνωση σε σοβαρή ΚΕΚ είναι ένδειξη καθιερωμένη στην καθημερινή κλινική πράξη
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με σοβαρή ΚΕΚ που διασωληνώθηκε εντός 8 ωρών -----X100 Αριθμός ασθενών με σοβαρή ΚΕΚ
Επεξήγηση όρων	Σοβαρή ΚΕΚ: Κλίμακα Γλασκώβης <9 Εντός 8 ωρών: χρονική περίοδος από το ατύχημα έως τη διασωλήνωση
Πληθυσμός	Ασθενείς με σοβαρή ΚΕΚ που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommendations for the medical treatment of severe cranioencephalic trauma. Working group of Intensive Neurology of the Catalan Association of Intensive Health Care (Neuro-ACMI). [Article in Spanish]. Med Clin (Barc). 2000 Apr 8;114(13):499-505 • Management and prognosis of severe traumatic brain injury. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. Brain Trauma Foundation 2000. J Neurotrauma 17:449-554. Available at:http://remi.uninet.edu/PAC/BTF.htm • Bullock R, Chesnut RM, Clifton G, Ghajar J, Marion DW, Narayan RK, Newell DW, Pitts LH, Rosner MJ, Wilberger JW. Guidelines for the management of severe head injury. Brain Trauma Foundation. Eur J Emerg Med. 1996 Jun; 3(2):109-27.

Δείκτης Νο 29 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΚΑΚΩΣΗΣ (ΚΕΚ) ΜΕ ΥΠΟΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΚΑΙ/ Η ΕΠΙΣΚΛΗΡΙΔΙΟ ΑΙΜΑΤΩΜΑ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η καθυστέρηση στη χειρουργική αντιμετώπιση των επισκληρίδιων και υποσκληρίδιων αιματωμάτων σε ΚΕΚ με σημεία αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης (ΑΕΠ), συνδέεται με κακή έκβαση και αυξημένη θνητότητα
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ασθενών με επι / υποσκληρίδιο αιμάτωμα και ΑΕΠ που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση εντός 2 ωρών</p> <p style="text-align: right;">X100</p> <p>Αριθμός ασθενών με επι / υποσκληρίδιο αιμάτωμα και ΑΕΠ και ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση</p>
Επεξήγηση όρων	<p>2 ώρες : η χρονική περίοδος από την αξονική τομογραφία (η οποία τυπώνεται αυτόμata στα films) έως το χειρουργείο</p> <p>Ένδειξεις για χειρουργείο: βασίζονται σε κλινικά κριτήρια ενδοκρανιακής υπέρτασης και ακτινολογικά για την ύπαρξη επι / υποσκληρίδιου αιματώματος</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κλινικά κριτήρια : GCS< 9, εστιακή σημειολογία, ανισοκορία ή μυδρίαση, Ενδοκρανιακή πίεση>20mmHg • Ακτινολογικά κριτήρια: Επισκληρίδιο αιμάτωμα > 30cc, μετατόπιση μέσης γραμμής >5mm • Υποσκληρίδιο αιμάτωμα >10 mm πάχος, μετατόπιση μέσης γραμμής >5mm
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με υπο/επισκληρίδιο αιμάτωμα και ένδειξη για χειρουργική παρέμβαση που εξήλθαν της ΜΕΘ την περίοδο που μελετάμε <ul style="list-style-type: none"> • Κριτήριο αποκλεισμού: ασθενείς με οδηγία για διακοπή της υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών
Τύπος δείκτη	Μέθοδος
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surgical Management of Traumatic Brain Injury. Brain Trauma Foundation. 2002. Available at http://remi.uninet.edu/PAC/BTF.htm • Quality Assurance Audit Filters of the Committee on Trauma of the American College of Surgeons.

Δείκτης Νο 30

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΧΡΗΣΗ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΣΕ ΣΟΒΑΡΗ ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η χορήγηση κορτικοστεροειδών (ΚΣ) στη θεραπεία της οξείας φάσης της εγκεφαλικής κάκωσης είναι μια κοινή, βαθιά ριζωμένη πρακτική. Συνδέεται όμως με αρκετές επιπλοκές και δεν συνιστάται πλέον
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με εγκεφαλικό τραύμα που έλαβαν θεραπεία με ΚΣ -----X100 Αριθμός ασθενών με εγκεφαλικό τραύμα που έλαβαν εξιτήριο από τη ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	Θεραπεία με ΚΣ: χρήση κορτικοστεροειδών που χορηγούνται ειδικά για την αντιμετώπιση του εγκεφαλικού τραύματος (όχι για άλλο σκοπό) Εγκεφαλικό τραύμα: όλες οι βαθμίδες βλάβης
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με εγκεφαλικό τραύμα που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μέλέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	0%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Roberts I, Yates D, Sandercock P, Farrell B, Wasserberg J, Lomas G, Cottingham R, Svoboda P, Brayley N, Mazairac G, Laloe V, Munoz-Sanchez A, Arango M, Hartzenberg B, Khamis H, Yutthakasemsunt S, Komolafe E, Olldashi F, Yadav Y, Murillo-Cabezas F, Shakur H, Edwards P; CRASH trial collaborators. Effect of intravenous corticosteroids on death within 14 days in 10008 adults with clinically significant head injury (MRC CRASH trial): randomised placebo-controlled trial. Lancet. 2004 Oct 9-15; 364(9442):1321-8. Alderson P, Roberts I. Corticosteroids for acute traumatic brain injury. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Jan 25 ;(1):CD000196.

Δείκτης № 31

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΧΕΡΕΙΑΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ (ARDS) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΟΒΑΡΟ ΤΡΑΥΜΑ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Το ARDS αποτελεί επιπλοκή σε ασθενείς με εκτεταμένα τραύματα και συνδέεται με αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα Αν και συνδέεται με διαφορετικούς παράγοντες, η έγκαιρη και κατάλληλη ανάνηψη σε ασθενείς με σοβαρό τραύμα μπορεί να μειώσει τη συχνότητα αυτής της επιπλοκής
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με σοβαρό τραύμα και ARDS -----X100 Συνολικός αριθμός ασθενών με σοβαρό τραύμα που έλαβαν εξιτήριο από τη ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	ARDS: Αιφνίδια εγκατάσταση αναπνευστικής ανεπάρκειας που χαρακτηρίζεται από λόγο $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200 \text{ mmHg}$, ακτινολογικά ευρήματα-αμφοτερόπλευρες διηθήσεις και πίεση ενσφήνωσης ($\text{PCwP} < 18 \text{ mmHg}$, ή κλινικά και ακτινολογικά σημεία αυξημένης πίεσης αριστερού κόλπου Σοβαρό τραύμα: τραύμα με εκτεταμένες βλάβες, με Revised trauma score ≤ 11 στη διαλογή και / ή Injury severity score ≥ 16
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με σοβαρό τραύμα που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	10%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Bernard GR, Artigas A, Brigham KL, Carlet J, Falke K, Hudson L, Lamy M, LeGall JR, Morris A, Spragg R. Report of the American-European consensus conference on ARDS: definitions, mechanisms, relevant outcomes and clinical trial coordination. The Consensus Committee. Intensive Care Med. 1994; 20(3):225-32.• Garcia M, Navarrete P, Rincón MD, Muñoz A, Jiménez JM, Cosano I. Analysis of clinico-epidemiological factors and medical treatment of severe trauma in Andalucia (Spain). Pilot study. GITAN Proyect. [Article in Spanish]. Med Intensiva 2001;25:327-332• Champion HR, Sacco WJ, Copes WS, Gann DS, Gennarelli TA, Flanagan ME.A revision of the Trauma Score. J Trauma. 1989 May; 29(5):623-9.• Baker SP, O'Neill B, Haddon W Jr, Long WB.The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J Trauma. 1974 Mar; 14(3):187-96.• Johnson KD, Cadambi A, Seibert GB.Incidence of adult respiratory distress syndrome in patients with multiple musculoskeletal injuries: effect of early operative stabilization of fractures. J Trauma. 1985 May; 25(5):375-84.

Δείκτης Νο 32 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΣΥΝΕΧΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΚΡΑΝΙΑΣ ΠΙΕΣΗΣ (ΕΚΡΠ) ΣΕ ΣΟΒΑΡΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	<p>Η παρακολούθηση της ΕΚΡΠ επιτρέπει την μεθόδευση της θεραπείας των ασθενών με εγκεφαλικό τραύμα. Η αυξημένη ΕΚΡΠ συνδέεται με δυσχερέστερη πρόγνωση και η παρακολούθησή της είναι χρήσιμη στον προσανατολισμό προς συγκεκριμένη θεραπεία.</p> <p>Η ένταξη της συνεχούς παρακολούθησης της ΕΚΡΠ στα πρωτόκολλα του σοβαρού εγκεφαλικού τραύματος, μείωσε τη θνητότητα σ αυτή την ομάδα ασθενών</p>
Μαθηματικός Τόπος	<p>Αριθμός ασθενών με σοβαρό εγκεφαλικό τραύμα και παθολογικά ευρήματα στην αξονική εγκεφάλου που υποβάλλεται σε συνεχή παρακολούθηση ΕΚΡΠ -X100</p> <p>Αριθμός ασθενών με σοβαρό εγκεφαλικό τραύμα και παθολογικά ευρήματα στην αξονική εγκεφάλου</p>
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Σοβαρό εγκεφαλικό τραύμα: κλίμακα Γλασκώβης< 9 • Παθολογικά ευρήματα στη CT: ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα: αιματώματα, κακώσεις, οίδημα, η συμπιεστικά φαινόμενα στις κοιλίες της βάσης • Παρακολούθηση της ΕΚΡΠ: με οποιαδήποτε από τις καθιερωμένες τεχνικές
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε <ul style="list-style-type: none"> • Κριτήριο αποκλεισμού: ασθενείς με οδηγία για διακοπή της υποστήριξης ζωτικών λειτουργιών
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recommendations for the medical treatment of severe cranioencephalic trauma. Working group of Intensive Neurology of the Catalan Association of Intensive Health Care (Neuro-ACMI). [Article in Spanish]. Med Clin (Barc). 2000 Apr 8;114(13):499-505 • Management and prognosis of severe traumatic brain injury. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. Brain Trauma Foundation 2000. J Neurotrauma 17:449-554. Available at: http://remi.uninet.edu/PAC/BTF.htm

Δείκτης № 33

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΘΗΚΤΟΤΗΤΑ ΣΕ ΣΟΒΑΡΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΤΡΑΥΜΑ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η τυποποιημένη θεραπεία βασισμένη σε οδηγίες της κλινικής πράξης, φαίνεται να μειώνει σημαντικά τη θνητότητα. Αυτή κυμαίνεται μεταξύ 39-51% με τον εγκεφαλικό θάνατο να αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με σοβαρό εγκεφαλικό τραύμα που απεβίωσαν εντός του Νοσοκομείου ----- X100 Αριθμός ασθενών με σοβαρό εγκεφαλικό τραύμα που εξήλθαν της ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Σοβαρό εγκεφαλικό τραύμα: κλίμακα Γλασκώβης < 9 • Θάνατος εντός του Νοσοκομείου: Ανεξάρτητα από το τμήμα στο οποίο συνέβη
Πληθυσμός	Ασθενείς με σοβαρό εγκεφαλικό τραύμα που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	50%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Bulger EM, Nathens AB, Rivara FP, Moore M, MacKenzie EJ, Jurkovich GJ; Brain Trauma Foundation. Management of severe head injury: institutional variations in care and effect on outcome. Crit Care Med. 2002 Aug; 30(8):1870-6. • Reviejo K, Arcega I, Txoperena G, Azaldegui F, Alberdi F, Lara G. Analysis of prognostic factors of mortality in severe head injury. Proyecto Poliguitania. [άρθρο στην Ισπανική γλώσσα]. Med Intensiva 2002; 26(5):241-247.

Δείκτης Νο 34

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΓΚΑΙΡΗ ΟΣΤΕΟΣΥΝΘΕΣΗ ΣΕ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΔΙΑΦΥΣΕΩΝ ΜΗΡΙΑΙΟΥ
Διάσταση	Κίνδυνος, συνέχεια θεραπείας, και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η έγκαιρη σταθεροποίηση των καταγμάτων του μηριαίου σε πολυτραυματίες, μειώνει τη θνητότητα, ελαττώνοντας τις επακόλουθες επιπλοκές: σήψη, δυσλειτουργία οργάνων, λιπώδης εμβολή, εμβολή πνευμονικής, επιδείνωση θρεπτικής κατάστασης, έλκη κατακλίσεων κλπ. Επιτρέπει επίσης την πρώιμη κινητοποίηση του ασθενή, μειώνει την ανάγκη για αναλγητικά, διευκολύνει τη νοσηλεία, και μειώνει τη διάρκεια νοσηλείας
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός καταγμάτων μηριαίου που αντιμετωπίσθηκαν χειρουργικά εντός 24ώρου -----X100 Αριθμός καταγμάτων μηριαίου με ενδείξεις για χειρουργείο
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Εντός 24ώρου: χρονική περίοδος από τη στιγμή του κατάγματος έως το χειρουργείο • Κάταγμα μηριαίου με ένδειξη για χειρουργείο: κλειστό κάταγμα της διάφυσης του μηριαίου • Κριτήριο αποκλεισμού: ασθενείς στους οποίους η αστάθεια είναι αντένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση
Πληθυσμός	Ασθενείς με κλειστά κατάγματα της διάφυσης του μηριαίουπου εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muñoz Sánchez MA, Rincón Ferrari, Murillo Cabezas F, Jiménez P, Navarrete P. Jiménez Moragas JM, García Delgado M, García Alfaro CI Grupo GITAN. Severe trauma. Analysis of health care quality. [Article in Spanish]. Med Intensiva 2002; 26:7-12. • Bone LB, Johnson KD, Weigelt J, Scheinberg R. Early versus delayed stabilization of femoral fractures. A prospective randomized study. J Bone Joint Surg Am. 1989 Mar; 71(3):336-40. • Quality Assurance Audit Filters of the Committee on Trauma of the American College of Surgeons and of the Accreditation Manual of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.

Δείκτης Νο 35

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΓΚΑΙΡΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΕ ΑΝΟΙΧΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η έγκαιρη χειρουργική αποκατάσταση ΑΝΟΙΚΤΩΝ καταγμάτων μειώνει τη θνητότητα, μέσω μείωσης των σχετιζόμενων επιπλοκών, ειδικά τον κίνδυνο λοιμωξης του τραύματος. Επιτρέπει επίσης την πρώιμη κινητοποίηση ασθενών, μειώνει την ανάγκη αναλγητικών, διευκολύνει τη νοσηλεία, και μειώνει τη διάρκεια νοσηλείας
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ανοιχτών καταγμάτων που αντιμετωπίσθηκαν χειρουργικά το πρώτο 24ωρο</p> <hr/> <p style="text-align: right;">-----X100</p> <p>Αριθμός ανοιχτών καταγμάτων</p>
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Εντός 24 ωρών: χρονική περίοδος από το κάταγμα έως το χειρουργείο • Στη χειρουργική αποκατάσταση περιλαμβάνεται και η εξωτερική οστεοσύνθεση • Ανοικτό κάταγμα: βλάβη στην οποία υπάρχει επικοινωνία του κατάγματος με το περιβάλλον, διαμέσου λύσης της συνέχειας του δέρματος και των άλλων ιστικών δομών
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με ανοικτά κατάγματα (μηριαίου, κνήμης και άνω άκρων) που έλαβαν εξιτήριο από τη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muñoz Sánchez MA, Rincón Ferrari, Murillo Cabezas F, Jiménez P, Navarrete P. Jiménez Moragas JM, García Delgado M, García Alfaro CI Grupo GITAN. Severe trauma. Analysis of health care quality. [Article in Spanish]. Med Intensiva 2002; 26:7-12. • Border JR. Death from severe trauma: open fractures to multiple organ dysfunction syndrome. J Trauma. 1995 Jul; 39(1):12-22.

Δείκτης № 36

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Οι τρέχουσες τάσεις είναι υπέρ του αποκλεισμού του ανευρύσματος τις πρώτες 24 ώρες της υπαραχνοειδούς αιμορραγίας για να μειωθεί το ποσοστό υποτροπών (που είναι μεγαλύτερο κατά τις πρώτες ημέρες του συμβάματος), αποφεύγοντας έτσι σοβαρές επιπλοκές. Ένδειξη επιπέδου II
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με υπαραχνοειδή αιμορραγία και αγγειογραφία το πρώτο 24ωρο -----X100 Αριθμός ασθενών με υπαραχνοειδή αιμορραγία που εισήχθησαν στη ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Αγγειογραφία: διενεργείται με σκοπό τη διάγωση και οριστική θεραπεία (αποκλεισμός) εγκεφαλικού ανευρύσματος, ανεξαρτήτως νοσοκομείου εισαγωγής του ασθενή • Εντός 24ωρών: χρονική περίοδος από την έναρξη των συμπτωμάτων (παρά από την εισαγωγή) • Υπαραχνοειδής αιμορραγία: αυτόματη, όχι τραυματική
Πληθυνσμός	Ασθενείς με αυτόματη εγκεφαλική αιμορραγία που αντιμετωπίσθηκαν από τη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της αιμορραγίας κατά την εισαγωγή
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	90%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <p>Findlay JM. Current management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage guidelines from the Canadian Neurosurgical Society. Can J Neurol Sci. 1997 May; 24(2):161-70.</p> <p>Vermeulen M. Subarachnoid haemorrhage: diagnosis and treatment. J Neurol. 1996 Jul; 243(7):496-501.</p> <p>Kassell NF, Torner JC. Aneurysmal rebleeding: a preliminary report from the Cooperative Aneurysm Study. Neurosurgery. 1983 Nov; 13(5):479-81.</p> <p>Munoz-Sanchez MA, Garcia-Alfaro C, Munoz-Lopez A, Guerrero-Lopez F, Jimenez-Moragas JM, Murillo-Cabezas F, Martinez-Escobar S, Navarrete-Navarro P, de la Torre-Prados MV, Dayuela-Dominguez A; Grupo EHSA. The EHSA project: the study of spontaneous subarachnoid haemorrhages in Andalusia. Incidence and results. [Article in Spanish]. Rev Neurol. 2003 Feb 15-28; 36(4):301- 6.</p>

Δείκτης Νο 37

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΝΙΜΟΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΥΠΑΡΑΧΝΟΕΙΔΗ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η έγκαιρη χορήγηση νιμοδιπίνης αποδεικνύεται αποτελεσματική (Ενδειξη επιπέδου I) στη μείωση των νευρολογικών επακόλουθων σε ασθενείς με υπαραχνοειδή αιμορραγία. Ο μηχανισμός φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με απευθείας κυτταρική βλάβη παρά με μείωση του σπασμού στα εγκεφαλικά αγγεία
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με υπαραχνοειδή αιμορραγία και χορήγηση Νιμοδιπινής X100 Αριθμός ασθενών με υπαραχνοειδή αιμορραγία που εισήχθησαν στη ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Υπαραχνοειδής αιμορραγία: αυτόματη, όχι τραυματικής αιτιολογίας • Θεραπεία με Νιμοδιπίνη: Λήψη από στόματος ή ενδοφλέβια
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με αυτόματη υπαραχνοειδή αιμορραγία που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ, ανεξάρτητα από την σοβαρότητα της αιμορραγίας
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	•

Δείκτης Νο 38

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΘ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η πολυνευροπάθεια σε βαρέως πάσχοντες είναι συχνή ειδικά σε σηπτικούς ασθενείς με οργανική δυσλειτουργία που βρίσκονται σε καταστολή και θεραπεία με μυοχαλαρωτικά. Συνδέεται με αυξημένη θνητότητα και με αύξηση της διάρκειας του μηχανικού αερισμού καθώς και μακροχρόνιες επιπλοκές
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών σε Μηχ αερισμό >72 ώρες και πολυνευροπάθεια ----- Αριθμός ασθενών σε Μηχ Αερισμό >72 ώρες X100
Επεξήγηση όρων	Πολυνευροπάθεια: Κλινικά σημεία και συμπτώματα που είναι σύμφωνα με συγκεκριμένα νευροφυσιολογικά κριτήρια
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που βρίσκονται σε μηχανικό αερισμό >72 ώρες κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	<50%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Van Mook WN, Hulsewe-Evers RP. Critical illness polyneuropathy. Curr Opin Crit Care. 2002 Aug; 8(4):302-10.• Granacho Montero J, Amaya Villar R. Polineuropatía y miopatía del paciente crítico: ¿en qué hemos avanzado? Med Intensiva 2004; 28:65-9.• Garnacho-Montero J, Madrazo-Osuna J, Garcia-Garmendia JL, Ortiz-Leyba C, Jimenez-Jimenez FJ, Barrero-Almodovar A, Garnacho-Montero MC, Moyano-Del-Estad MR. Critical illness polyneuropathy: risk factors and clinical consequences. A cohort study in septic patients. Intensive Care Med. 2001 Aug; 27(8):1288-96.

Δείκτης № 39

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΑΜΕΣΗ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΣΤ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΣΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Η διενέργεια ενδοφλέβιας θρομβόλυσης εντός 3ώρου από το ισχαιμικό ΑΕΕ, έχει καλά αποτελέσματα και βελτιώνει την ποιότητα ζωής Απεικόνιση μέσω αξονικής εγκεφάλου πρέπει να είναι διαθέσιμη άμεσα σε περιπτώσεις υψηλής υποψίας για ισχαιμικό ΑΕΕ σε ασθενείς που μπορεί να εφαρμοστεί θρομβόλυση
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με ισχαιμικό ΑΕΕ που μπορούν να υποβληθούν σε θρομβόλυση και διενεργήθηκε CT τις πρώτες 2 ώρες -----X100 Συνολικός αριθμός ασθενών με ισχαιμικό ΑΕΕ που μπορούν να υποβληθούν σε θρομβόλυση και διενεργήθηκε CT εγκεφάλου
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Εντός 2 ωρών: χρονική περίοδος από την έναρξη των συμπτωμάτων του ΑΕΕ (παρά από την εισαγωγή) • Ασθενείς που μπορούν να υποβληθούν σε θρομβόλυση: σύμφωνα με τα κριτήρια (1)
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με ισχαιμικό εγκεφαλικό που αντιμετωπίσθηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	90%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (1)Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med. 1995 Dec 14; 333(24):1581-7. • Ringleb PA, Schellinger PD, Schranz C, Hacke W. Thrombolytic therapy within 3 to 6 hours after onset of ischemic stroke: useful or harmful? Stroke. 2002 May; 33(5):1437-41. • Alvarez Sabin J, Molina C, Abilleira S, Montaner J, Garcia F, Alijotas J. "Stroke code". Shortening the delay in reperfusion treatment of acute ischemic stroke. [Article in Spanish]. Med Clin (Barc). 1999 Oct 23; 113(13):481-3.

Δείκτης Νο 40

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΝΔΟΦΛΕΒΙΑ ΘΡΟΜΒΟΛΥΣΗ ΣΕ ΟΞΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΕΕ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η ενδοφλέβια ινοδώλυση που διενεργείται σε 3 ώρες από την έναρξη των συμπτωμάτων είναι αποτελεσματική στη μείωση των συνεπειών στους ασθενείς αυτούς, με συνέπεια τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με ισχαιμικό ΑΕΕ που υπεβλήθη σε IV θρομβόλυση -----X100 Αριθμός ασθενών με ισχαιμικό ΑΕΕ
Επεξήγηση όρων	Θρομβόλυση : Χορήγηση ινοδωλυτικών παραγόντων σύμφωνα με κριτήρια(1,2)
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με οξύ ισχαιμικό ΑΕΕ που αντιμετωπίσθηκαν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές: (Μαρτυρία επιπέδου I)</p> <ul style="list-style-type: none"> • (1)Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. N Engl J Med. 1995 Dec 14; 333(24):1581-7. • (2) Wardlaw JM, Zoppo G, Yamaguchi T, Berge E. Thrombolysis for acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2003 ; (3):CD000213. • Hacke W, Donnan G, Fieschi C, Kaste M, von Kummer R, Broderick JP, Brott T, Frankel M, Grotta JC, Haley EC Jr, Kwiatkowski T, Levine SR, Lewandowski C, Lu M, Lyden P, Marler JR, Patel S, Tilley BC, Albers G, Bluhmki E, Wilhelm M, Hamilton S; ATLANTIS Trials Investigators; ECASS Trials Investigators; NINDS rt-PA Study Group Investigators. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. Lancet. 2004 Mar 6; 363(9411):768-74. • European Stroke Initiative recommendations for stroke management. European Stroke Council, European Neurological Society and European Federation of Neurological Societies. Cerebrovasc Dis. 2000 Sep-Oct; 10(5):335-51

Δείκτης № 41

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΧΡΗΣΗ ΣΩΜΑΤΟΑΙΣΘΗΤΙΚΩΝ ΠΡΟΚΛΗΤΩΝ ΔΥΝΑΜΙΚΩΝ (ΣΠΔ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΥΠΟΞΑΙΜΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ
Διάσταση	Καταλληλότητα
Χρησιμότητα	<p>Οι ασθενείς με υποξαιμική εγκεφαλοπάθεια αποτελούν πηγή δεινών για την οικογένειά τους και πηγή εξόδων</p> <p>Η διενέργεια ΣΠΔ βοηθά στην εκτίμηση της μακροπρόθεσμης πρόγνωσης από την Τρίτη ημέρα (ειδικότητα 100%)</p> <p>Η αμφοτερόπλευρη έλλειψη του στοιχείου N20 στα ΣΠΔ σε ασθενείς με απουσία φωτοκινητικού ερεθίσματος και η απουσία απάντησης σε επώδυνα ερεθίσματα κατευθύνει τη θεραπεία των ασθενών αυτών, συμπεριλαμβάνοντας και την διακοπή ή μη κλιμάκωση της θεραπείας</p>
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ασθενών μετά από ανοξαιμική εγκεφαλοπάθεια που υποβάλλονται σε ΣΠΔ</p> <hr/> <p style="text-align: right;">X100</p> <p>Αριθμός ασθενών μετά από ανοξαιμική εγκεφαλοπάθεια</p>
Επεξήγηση όρων	ΣΠΔ: Ιδανικά πρέπει να διενεργείται μετά την τρίτη ημέρα
Πληθυσμός	<p>Όλοι οι ασθενείς με κατάσταση μετά από ανοξαιμική εγκεφαλοπάθεια κατά την περίοδο που μελετάμε</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κριτήριο ένταξης: οι ασθενείς με >3 ημέρες ανοξαιμική εγκεφαλοπάθεια με απουσία φωτοκινητικού αντανακλαστικού και καμία απάντηση σε επώδυνα ερεθίσματα • Κριτήριο αποκλεισμού: Εγκεφαλικός θάνατος
Τύπος δείκτη	Μέθοδος
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	90%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De la Cal MA, Latour J, de los Reyes M, Palencia E. Recomendaciones de la 6a Conferencia de Consenso de la SEMICYUC. Estado vegetativo persistente postanoxia en el adulto. Med Intensiva 2003; 27(8):544-55. • Rothstein TL. The role of evoked potentials in anoxic-ischemic coma and severe brain trauma. J Clin Neurophysiol. 2000 Sep;17(5):486-97

Δείκτης Νο 42

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΦΛΕΒΙΚΟ ΚΑΘΕΤΗΡΑ (ΚΦΚ)
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η χρήση κεντρικών φλεβικών καθετήρων στη ΜΕΘ είναι απαραίτητη. Η λοιμώξη αποτελεί μία από τις σημαντικότερες επιπλοκές της χρήσης ΚΦΚ. Η βακτηριαιμία λόγω ΚΦΚ είναι η κύρια αιτία νοσοκομειακής βακτηριαιμίας στις ΜΕΘ και η τρίτη αιτία νοσοκομειακής λοιμώξης (μετά την πνευμονία και τις λοιμώξεις ουροποιητικού). Παρόλο που η πραγματική επίδρασή της δεν έχει εξακριβωθεί, η θνητότητα εκτιμάται από 10% και η αύξηση της παραμονής σε ΜΕΘ στις 5-8 ημέρες Όπως όλες οι νοσοκομειακές λοιμώξεις, η Βακτηριαιμία λόγω ΚΦΚ μπορεί να προληφθεί
Μαθηματικός Τόπος	Αριθμός περιπτώσεων βακτηριαιμίας λόγω ΚΦΚ -----X1000 ημέρες με ΚΦΚ
Επεξήγηση όρων	Βακτηριαιμία λόγω ΚΦΚ: σύμφωνα με τα κριτήρια του SEIMC-SEMICYUC Consensus Conference για τις λοιμώξεις που σχετίζονται με ενδοφλέβιους καθετήρες
Πληθυσμός	Ο αριθμός των ημερών με τοποθετημένο ΚΦΚ σε ασθενείς που εξήλθαν έχοντας >24ώρες στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε <ul style="list-style-type: none"> • Κριτήριο αποκλεισμού: ΚΦΚ τοποθετημένος περιφερειακά
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών ή ENVIN (εθνική μελέτη επαγρύπνησης νοσοκομειακών λοιμώξεων)
Πρότυπο - στόχος	4 περιστατικά ανα 1000 ημέρες με ΚΦΚ. (πηγή αναφοράς: αποτελέσματα της ENVIN 2002)
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Alvarez F, Palomar M, Olaechea P, Insausti J, Bermejo B, Cerdá E y grupo de estudio de Vigilancia de infección nosocomial en UCI. National study of nosocomial infection surveillance in intensive care units. Report of the year 2002. [Άρθρο στην Ισπανική γλώσσα]. Med Intensiva 2005; 29:1-12. • Ariza J, Leon C, Rodríguez Noriega A, Fernández Mondejar E. Conferencia de Consenso SEIMC-SEMICYUC. Conclusiones de la conferencia de consenso en infecciones por catéter. Med Intensiva 2003; 27:615-620.

Δείκτης Νο 43

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΞΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΔΙΟΥΡΗΘΡΙΚΟ ΚΑΘΕΤΗΡΑ ΚΥΣΤΕΩΣ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η ουρολοίμωξη που σχετίζεται με διουρηθρικό καθετηριασμό είναι μία από τις πιο κοινές νοσοκομειακές λοιμώξεις στη ΜΕΘ (η δεύτερη συχνότερη μετά την VAP). Παρά τη χαμηλή της επίπτωση στη θνητότητα, έχει σημαντική επίπτωση στη νοσηρότητα, το χρόνο παραμονής, και το κόστος της θεραπείας Όπως όλες οι νοσοκομειακές λοιμώξεις, μπορεί να προληφθεί
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός επεισοδίων ουρολοίμωξης -----X1000 ημέρες χρήσης ουροκαθετήρα Σύνολο ημερών χρήσης ουροκαθετήρα
Επεξήγηση όρων	Ουρολοίμωξη: σύμφωνη με τα κριτήρια του CDC και που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη ENVIN-ICU
Πληθυσμός	Ο αριθμός των ημερών χρήσης του διουρηθρικού καθετήρα σε ασθενείς που εξήλθαν μετά από παραμονή >24 ωρών στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών ή πρόγραμμα ENVIN
Πρότυπο - στόχος	Έξι περιστατικά ανα 1000 ημέρες χρήσης ουροκαθετήρα. (πηγή αναφοράς: αποτελέσματα της ENVIN 2002)
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Álvarez F, Palomar M, Olaechea P, Insausti J, Bermejo B, Cerdá E y grupo de estudio de Vigilancia de infección nosocomial en UCI. National study of nosocomial infection surveillance in intensive care units. Report of the year 2002. [άρθρο στην Ισπανική Γλώσσα]. Med Intensiva 2005; 29:1-12. • Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM.CDC definitions for nosocomial infections, 1988. Am J Infect Control. 1988 Jun; 16(3):128-40.

Δείκτης Νο 44 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ (ΠΣΜΑ)
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η ΠΣΜΑ αποτελεί τη συχνότερη νοσοκομειακή λοιμωξη στη ΜΕΘ. Η παρακολούθηση του δείκτη αυτού είναι σημαντική λόγω της επίδρασής του στη θνητότητα (το 1/3 περίπου των ασθενών με ΠΣΜΑ καταλήγουν λόγω της λοιμωξης) και στη νοσηρότητα, με μέση αύξηση της παραμονής στη ΜΕΘ τις 4 ημέρες, αλλά και στην αύξηση του κόστους νοσηλείας. Όπως όλες οι νοσοκομειακές λοιμώξεις, μπορεί να προληφθεί
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός περιστατικών ΠΣΜΑ -----X1000 ημέρες μηχανικού αερισμού Σύνολο ημερών σε επεμβατικό μηχανικό αερισμό
Επεξήγηση όρων	Πνευμονία σχετιζόμενη με μηχανικό αερισμό: σύμφωνη με τα κριτήρια που εκδόθηκαν από το CDC και χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη ENVIN-ICU και στο GTEI-SEMICYUC Consensus Document
Πληθυσμός	Το σύνολο των ημερών σε μηχανική υποστήριξη της αναπνοής σε ασθενείς που εξήλθαν αφού νοσηλεύτηκαν για >24 ώρες στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών ή πρόγραμμα ENVIN
Πρότυπο - στόχος	18 περιστατικά ανά 1000 ημέρες μηχανικού αερισμού (πηγή αναφοράς: αποτελέσματα της ENVIN 2002)
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM. CDC definitions for nosocomial infections, 1988. Am J Infect Control. 1988 Jun; 16(3):128-40.• Álvarez F, Palomar M, Olaechea P, Insausti J, Bermejo B, Cerdá E y grupo de estudio de Vigilancia de infección nosocomial en UCI. National study of nosocomial infection surveillance in intensive care units. Report of the year 2002. [Article in Spanish]. Med Intensiva 2005; 29:1-12• Álvarez Lerma F, Torres Martí A, Rodríguez de Castro F y Comisión de expertos del GTEI-SEMICYUC, Área de Tuberculosis e Infección Respiratoria de la SEPAR y el Grupo de Estudio de la Infección Hospitalaria de la SEIMC (GEIH-SEIMC). Recommendations for the diagnosis of ventilator-associated pneumonia. [Article in Spanish]. Med Intensiva 2001; 25(7):271-282.

Δείκτης Νο 45

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΒΑΡΙΑΣ ΣΗΨΗΣ / ΣΗΠΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΛΗΞΙΑΣ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η βαριά σήψη / σηπτική καταπληξία είναι συνήθης στις ΜΕΘ και συνοδεύεται από υψηλή θνητότητα, νοσηρότητα και χρήση πόρων Διάφορα θεραπευτικά μέτρα αποδείχθηκαν αποτελεσματικά στη μείωση της θνητότητας τις πρώτες ώρες της βαριάς σήψης / σηπτικής καταπληξίας (ΒΣ/ΣΚ)
Μαθηματικός Τόπος	Αριθμός ασθενών με ΒΣ/ΣΚ που αντιμετωπίσθηκαν αναλόγως -----X100 Αριθμός ασθενών με ΒΣ/ΣΚ
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Οι ορισμοί είναι σύμφωνα με τυποποιημένα κριτήρια (1) • Τα θεραπευτικά μέτρα είναι : <ol style="list-style-type: none"> 1. Έγκαιρη ανάνηψη <ul style="list-style-type: none"> - ΚΦΠ 8-12 mmHg ή 12-15 mmHg σε μηχανικό αερισμό - ΜΑΠ > 65mmHg - Διούρηση > 0,5 ml/kg/h 2. Έγκαιρη χορήγηση αντιβιοτικών * 3. Εκτίμηση χορήγησης ενεργοποιημένης πρωτεΐνης C <ul style="list-style-type: none"> - >18 ετών - Ανεπάρκεια πολλών οργάνων (>2) ή APACHE ≥ 25 - <48 ώρες - απουσία οδηγίας για άρση υποστήριξης 4. Εκτίμηση χορήγησης κορτικοστεροειδών * 5. Στενός έλεγχος επιπέδων γλυκόζης στο αίμα <p>* μόνο σε περιπτώσεις σηπτικής καταπληξίας</p>
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με ΒΣ/ΣΚ που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, Cohen J, Opal SM, Vincent JL, Ramsay G; International Sepsis Definitions Conference. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Intensive Care Med. 2003 Apr;29(4):530-8 • Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, Gea-Banacloche J, Keh D, Marshall JC, Parker MM, Ramsay G, Zimmerman JL, Vincent JL, Levy MM. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Intensive Care Med. 2004 Apr; 30(4):536-55. • Bernard GR, Vincent JL, Laterre PF, LaRosa SP, Dhainaut JF, Lopez-Rodriguez A, Steingrub JS, Garber GE, Helterbrand JD, Ely EW, Fisher CJ Jr; Recombinant human protein C Worldwide Evaluation in Severe Sepsis (PROWESS) study group. Efficacy and safety of recombinant human activated protein C for severe sepsis. N Engl J Med. 2001 Mar 8; 344(10):699-709. • Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, Peterson E, Tomlanovich M; Early Goal- Directed Therapy Collaborative Group. Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. N Engl J Med. 2001 Nov 8; 345(19):1368-77. • Annane D, Sebille V, Charpentier C, Bollaert PE, Francois B, Korach JM, Capellier G, Cohen Y, Azoulay E, Troche G, Chaumet-Riffaut P, Bellissant E. Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock. JAMA. 2002 Aug 21; 288(7):862-71. • van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninx F, Schetz M, Vlasselaers D, Ferdinand P, Lauwers P, Bouillon R. Intensive insulin therapy in the critically ill patients. N Engl J Med. 2001 Nov 8;345(19):1359-67.

Δείκτης № 46

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΜΗ ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΝΤΑΙ ΣΤΗ ΜΕΘ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η χορήγηση μη ενδεδειγμένης εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής σε λοιμώξεις σχετίζονται με αυξημένη θνητότητα
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ασθενών με λοιμώξη που λαμβάνει μη ενδεδειγμένη εμπειρική θεραπεία με αντιβιοτικά</p> <p style="text-align: right;">-----X100</p> <p>Αριθμός ασθενών με λοιμώξη</p>
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> Εμπειρική θεραπεία: χορήγηση αντιβίωσης τις πρώτες 24 ώρες από την εγκατάσταση της λοιμώξης όταν ο υπεύθυνος μικροοργανισμός είναι αγνωστος Μη ενδεδειγμένη εμπειρική θεραπεία <ol style="list-style-type: none"> όταν το αντιβιόγραμμα μετά την αρχική θεραπεία δείξει ότι: <ul style="list-style-type: none"> κανένα από τα χορηγηθέντα αντιβιοτικά δεν δρα έναντι στο μικροοργανισμό που απομονώθηκε ο μικροοργανισμός που απομονώθηκε είναι ανθεκτικός στα χορηγηθέντα αντιβιοτικά όταν απομονώνεται <i>Ps. aeruginosa</i> και έχουν χορηγηθεί <2 αντιβιοτικά Τα χορηγηθέντα αντιβιοτικά δεν χορηγήθηκαν στη σωστή δόση ή δια της σωστής οδού Τα χορηγηθέντα αντιβιοτικά δεν έχουν καλή διεισδυτικότητα στο σημείο της λοιμώξης <p>Όταν έχει χορηγηθεί συνδυασμός αντιβιοτικών, τουλάχιστον ένα από αυτά πρέπει να πληροί τα παραπάνω κριτήρια.</p>
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Εκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	10%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Garnacho-Montero J, Garcia-Garmendia JL, Barrero-Almodovar A, Jimenez-Jimenez FJ, Perez-Paredes C, Ortiz-Leyba C. Impact of adequate empirical antibiotic therapy on the outcome of patients admitted to the intensive care unit with sepsis. Crit Care Med. 2003 Dec; 31(12):2742-51. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H, Gerlach H, Calandra T, Cohen J, Gea-Banacloche J, Keh D, Marshall JC, Parker MM, Ramsay G, Zimmerman JL, Vincent JL, Levy MM. Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. Intensive Care Med. 2004 Apr; 30(4):536-55. Valles J, Rello J, Ochagavia A, Garnacho J, Alcalá MA. Community-acquired bloodstream infection in critically ill adult patients: impact of shock and inappropriate antibiotic therapy on survival. Chest. 2003 May; 123(5):1615-24. MacArthur RD, Miller M, Albertson T, Panacek E, Johnson D, Teoh L, Barchuk W. Adequacy of early empiric antibiotic treatment and survival in severe sepsis: experience from the MONARCS trial. Clin Infect Dis. 2004 Jan 15;38(2):284-8. Leone M, Bourgoin A, Cambon S, Dubuc M, Albanese J, Martin C. Empirical antimicrobial therapy of septic shock patients: adequacy and impact on the outcome. Crit Care Med. 2003 Feb; 31(2):462-7.

Δείκτης Νο 47

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ STAPH. AUREUS ΑΝΘΕΚΤΙΚΟ ΣΤΗ ΜΕΘΙΚΙΛΛΙΝΗ (MRSA)
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	<p>Η ανάπτυξη ανθεκτικών βακτηριακών στελεχών είναι πρόβλημα που επιδεινώνεται συνεχώς. Αυτό είναι σημαντικό για τις ΜΕΘ, λόγω των δυσκολιών που αφορούν τον επαρκή έλεγχο της λοιμωξής (ασθενείς σε βαριά κατάσταση, πολλές επεμβατικές πράξεις, έλλειψη ασηψίας, ασθενείς αποικισμένοι κατά την εισαγωγή) και λόγω της συχνότητας της χρήσης αντιβιοτικών</p> <p>Η εμφάνιση πολυανθεκτικών μικροοργανισμών, ειδικά του MRSA, συνδέεται με αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα. Η εφαρμογή κατάλληλης πολιτικής στη χρήση των αντιβιοτικών και συστήματος παρακολούθησης της λοιμωξής μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του μεγέθους του προβλήματος</p>
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός περιστατικών λοιμωξής από MRSA -----X1000</p> <p>ημέρες Σύνολο ημερών παραμονής</p>
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> Λοιμωξη MRSA: σύμφωνα με τα κριτήρια που εκδόθηκαν από το CDC και χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη ENVI-ICU Μελετάμε μόνο περιπτώσεις όπου ο MRSA αφορά λοιμωξη στη ΜΕΘ (έναρξη 48 ώρες μετά την εισαγωγή στη ΜΕΘ) Ανθεκτικότητα στη μεθικιλλίνη/οξακιλλίνη: S. aureus με MIC >2μg/ml
Πληθυσμός	Οι ασθενείς με >24 ώρες παραμονής στη ΜΕΘ που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	0,04%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Garner JS, Jarvis WR, Emori TG, Horan TC, Hughes JM.CDC definitions for nosocomial infections, 1988. Am J Infect Control. 1988 Jun; 16(3):128-40. Thompson DS. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus in a general intensive care unit. J R Soc Med. 2004 Nov; 97(11):521-6 Daxboeck F, Assadian O, Apfaltrer P, Koller W.Resistance rates of Staphylococcus aureus in relation to patient status and type of specimen. J Antimicrob Chemother. 2004 Jul; 54(1):163-7. Theaker C, Ormond-Walshe S, Azadian B, Soni N. MRSA in the critically ill. J Hosp Infect. 2001 Jun;48(2):98-102 Theaker C, Ormond-Walshe S, Azadian B, Soni N. MRSA in the critically ill. J Hosp Infect. 2001 Jun; 48(2):98-102. Pronovost PJ, Berenholtz SM, Ngo K, McDowell M, Holzmueller C, Haraden C, Resar R, Rainey T, Nolan T, Dorman T. Developing and pilot testing quality indicators in the intensive care unit.J Crit Care. 2003 Sep; 18(3):145-55.

Δείκτης Νο 48

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ
Διάσταση	Κίνδυνος και καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Πρόληψη μετάδοσης λοιμώξεων / του αποικισμού από μικροοργανισμούς με επιδημιολογική αξία
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών που απομονώθηκαν και είχαν ένδειξη γι αυτό -----X100 Αριθμός ασθενών με ένδειξη για απομόνωση
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Απομόνωση: εφαρμογή μέτρων για αποφυγή μετάδοσης με επαφή • Ενδείξεις για απομόνωση: <ol style="list-style-type: none"> 1. Προληπτική απομόνωση: <ul style="list-style-type: none"> • ασθενείς που μεταφέρονται σε ΜΕΘ από άλλα κέντρα • ασθενείς που μεταφέρονται από κοινό θάλαμο σε άλλα κέντρα και έχουν παράγοντες κινδύνου (παρατεταμένη νοσηλεία, έλκη κατάκλισης, χειρουργικά τραύματα επιμολυσμένα, ...) • Ασθενείς προερχόμενοι από οίκους ευγηρίας • Ασθενείς με ιστορικό θετικών καλλιεργειών για επιδημιολογικά σημαντικούς μικροοργανισμούς (M.Tuberculosis, Μηνιγγιτιδόκοκκος, MRSA, Ευρέως φάσματος παραγωγοί β-λακταμάστης Gr (-) βάκιλοι, Pseudomonas / πολυανθεκτικό Acinetobacter, VRE...) 2. Πιστοποιημένη καλλιέργεια: <ul style="list-style-type: none"> • ασθενείς με θετική καλλιέργεια μικροοργανισμού που αποτελεί επιδημιολογικό κίνδυνο
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με ένδειξη για απομόνωση που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που εξετάζουμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών, Μικροβιολογικό εργαστήριο
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garner JS. Guideline for isolation precautions in hospitals. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. Infect Control Hosp Epidemiol. 1996 Jan; 17(1):53-80. • Alvarez-Lerma F, Gasulla Guillermo M, Abad Peruga V, Pueyo Pont MJ, Tarrago Eixarch E. Effectiveness of contact isolation in the control of multiresistant bacteria in an intensive care service. [Article in Spanish]. Enferm Infect Microbiol Clin. 2002 Feb;20(2):57-63 • Cooper BS, Stone SP, Kibbler CC, Cookson BD, Roberts JA, Medley GF, Duckworth G, Lai R, Ebrahim S. Isolation measures in the hospital management of methicillin resistant Staphylococcus aureus (MRSA): systematic review of the literature. BMJ. 2004 Sep 4;329(7465):533.

Δείκτης Νο 49

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΩΝ ΣΕ ΣΗΠΤΙΚΟ ΣΟΚ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η χορήγηση χαμηλών δόσεων υδροκορτιζόνης αποδείχθηκε ότι μειώνει τη θνητότητα σε ασθενείς με σηπτικό σοκ (ΣΣ). Σύσταση βαθμίδας C
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με ΣΣ στους οποίους χορηγήθηκε υδροκορτιζόνη -----X100 Αριθμός ασθενών με ΣΣ που εξήλθαν της ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση κορτικοστεροειδών: 200-300mg/ημέρα για 7 ημέρες (3-4 δόσεις ημερησίως ή συνεχής χορήγηση) • Σηπτικό σοκ: σύμφωνα με τα κριτήρια (1) Συστήνεται η χρήση λειτουργικής δοκιμασίας για τη διερεύνηση της λειτουργίας του φλοιού των επινεφριδίων
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών με ΣΣ που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (1)Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, Cohen J, Opal SM, Vincent JL, Ramsay G; International Sepsis Definitions Conference. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Intensive Care Med. 2003 Apr; 29(4):530-8. • Keh D, Sprung CL. Use of corticosteroid therapy in patients with sepsis and septic shock: an evidence-based review. Crit Care Med. 2004 Nov; 32(11 Suppl):S527-33. • Annane D, Sebille V, Charpentier C, Bollaert PE, Francois B, Korach JM, Capellier G, Cohen Y, Azoulay E, Troche G, Chaument-Riffaut P, Bellissant E. Effect of treatment with low doses of hydrocortisone and fludrocortisone on mortality in patients with septic shock. JAMA. 2002 Aug 21; 288(7):862-71.

Δείκτης Νο 50

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΡΩΙΜΗ ΕΝΑΡΞΗ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΣΟΒΑΡΗ ΣΗΨΗ (ΣΣΨ)
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η πρώιμη χορήγηση αντιβιοτικών βελτιώνει την πρόγνωση στη σοβαρή σήψη. Η οδηγία για την κλινική πράξη συνιστά την ένερξη αντιβιοτικής αγωγής στην 1η ώρα από τη διάγνωση της σήψης (Σύσταση βαθμού Ε)
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με ΣΣΨ που τους χορηγήθηκε έγκαιρα αντιβίωση ----- Αριθμός ασθενών με σοβαρή σήψη X100
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Σοβαρή σήψη: όπως ορίζεται με τα κριτήρια (1) • Πρώιμη χορήγηση: Χορήγηση εντός 1 ώρας από την στιγμή της διάγνωσης της σοβαρής σήψης, ανεξάρτητα από το χώρο της πρώτης διάγνωσης- ΜΕΘ, ΤΕΠ, ή κοινός θάλαμος.
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με σοβαρή σήψη που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Πριν την χορήγηση αντιβιοτικών, πρέπει να ληφθούν αιμοκαλλιέργειες και δείγματα καλλιεργειών από την πιθανή εστία λοίμωξης.</p> <p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levy MM, Fink MP, Marshall JC, Abraham E, Angus D, Cook D, Cohen J, Opal SM, Vincent JL, Ramsay G; International Sepsis Definitions Conference. 2001 SCCM/ESICM/ACCP/ATS/SIS International Sepsis Definitions Conference. Intensive Care Med. 2003 Apr; 29(4):530-8. • Bochud PY, Bonten M, Marchetti O, Calandra T. Antimicrobial therapy for patients with severe sepsis and septic shock: an evidence-based review. Crit Care Med. 2004 Nov; 32(11 Suppl):S495-512. • Fish DN. Optimal antimicrobial therapy for sepsis. Am J Health Syst Pharm. 2002 Feb 15;59 Suppl 1:S13-9 • Bochud PY, Glauser MP, Calandra T; International Sepsis Forum. Antibiotics in sepsis. Intensive Care Med. 2001; 27 Suppl 1:S33-48.

Δείκτης Νο 51

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΟΛΙΚΗΣ ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ (ΟΠΔ): ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΚΑΙ ΗΠΑΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η ΟΠΔ έχει συνδεθεί με σειρά επιπλοκών στους βαρέως πάσχοντες, συνήθως υπεργλυκαιμία και δυσλειτουργία του ήπατος. Σε περιπτώσεις ηπατικής δυσλειτουργίας, μπορεί να εμπλέκονται και άλλοι παράγοντες όπως η σήψη. Οι επιπλοκές αυτές πρέπει να αντιμετωπίζονται με σκοπό τη μείωση της θνητότητας και της διάρκειας παραμονής
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός επιπλοκών (υπεργλυκαιμία / ηπατική ανεπάρκεια σε ασθενείς με ΟΠΔ -----X100 Συνολικός αριθμός ημερών σε ΟΠΔ
Επεξήγηση όρων	Επιπλοκές: εμφάνιση <ul style="list-style-type: none"> • <u>Υπεργλυκαιμίας</u>: τιμές γλυκόζης πλάσματος $> 120 \text{ mg/dl}$ σε οποιαδήποτε μέτρηση • <u>Ηπατική δυσλειτουργία</u>: μεταβολή στις τιμές SGOT, SGPT, γGT, ALP και INR, που είναι κλινικά σημαντική και επιτάσσει τη μείωση ή διακοπή της ΟΠΔ
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που λαμβάνουν ΟΠΔ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	Υπεργλυκαιμία : 25% Ηπατική δυσλειτουργία <10%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Quigley EM, Marsh MN, Shaffer JL, Markin RS. Hepatobiliary complications of total parenteral nutrition. Gastroenterology. 1993 Jan; 104(1):286-301. • Heyland DK, Dhaliwal R, Drover JW, Gramlich L, Dodek P; Canadian Critical Care Clinical Practice Guidelines Committee. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2003 Sep-Oct; 27(5):355-73. • Rosmarin DK, Wardlaw GM, Mirtallo J. Hyperglycemia associated with high, continuous infusion rates of total parenteral nutrition dextrose. Nutr Clin Pract. 1996 Aug; 11(4):151-6.

Δείκτης Νο 52

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ ΟΡΙΩΝ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Αρκετές μελέτες προϋποθέτουν ότι ο αυστηρός έλεγχος της γλυκόζης ωφελεί τους βαρέως πάσχοντες. Ο αυστηρός έλεγχος της γλυκόζης αίματος με τη χρήση ινσουλίνης για επίτευξη επιπέδων γλυκόζης αίματος μεταξύ 80 και 110 mg/dl αποδεικνύεται ότι μειώνει σημαντικά τη θνητότητα και τη νοσηρότητα σε βαριά πάσχοντες υπό μηχανικό αερισμό που βρίσκονται πάνω από 5 μέρες στη ΜΕΘ και σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, με τη μεγαλύτερη μείωση της θνητότητας σε ασθενείς με ανεπάρκεια πολλαπλών οργάνων σχετιζόμενη με σήψη
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με ένδειξη για αυστηρό έλεγχο του επιπέδου γλυκόζης στο αίμα και εμφάνισαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο υπεργλυκαιμίας -----X100 Αριθμός ασθενών με ένδειξη για αυστηρό έλεγχο του επιπέδου γλυκόζης στο αίμα
Επεξήγηση όρων	Υπεργλυκαιμία: σάκχαρο αίματος > 150 mg/dl Ασθενείς με ένδειξη αυστηρού ελέγχου του επιπέδου γλυκόζης στο αίμα: <ul style="list-style-type: none">• Μηχανικός αερισμός > 48 ώρες• Καρδιοχειρουργικοί ασθενείς• Βαριά σήψη / σηπτικό σοκ• Σύνδρομο ανεπάρκειας οργάνων
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που απαιτούν αυστηρό έλεγχο σακχάρου αίματος κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	80%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, Vlasselaers D, Ferdinand P, Lauwers P, Bouillon R. Intensive insulin therapy in the critically ill patients. <i>N Engl J Med.</i> 2001 Nov 8; 345(19):1359-67.• Finney SJ, Zekveld C, Elia A, Evans TW. Glucose control and mortality in critically ill patients. <i>JAMA.</i> 2003 Oct 15; 290(15):2041-7.• Scott JF, Robinson GM, French JM, O'Connell JE, Alberti KG, Gray CS. Glucose potassium insulin infusions in the treatment of acute stroke patients with mild to moderate hyperglycemia: the Glucose Insulin in Stroke Trial (GIST). <i>Stroke.</i> 1999 Apr; 30(4):793-9.• Van den Berghe G, Wouters PJ, Bouillon R, Weekers F, Verwaest C, Schetz M, Vlasselaers D, Ferdinand P, Lauwers P. Outcome benefit of intensive insulin therapy in the critically ill: Insulin dose versus glycemic control. <i>Crit Care Med.</i> 2003 Feb; 31(2):359-66.

Δείκτης Νο 53

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΣΟΒΑΡΗ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Δεν υπάρχει συσκευή έγχυσης ινσουλίνης που να χορηγεί ινσουλίνη με ασφάλεια χωρίς ταυτόχρονα να επηρεάζει την ασφάλεια του ασθενή. Κρίνεται λοιπόν αναγκαία η καταγραφή του ποσοστού των επεισοδίων σοβαρής υπογλυκαιμίας με σκοπό την λήψη μέτρων προς την κατεύθυνση του περιορισμού τους όσο το δυνατόν περισσότερο. Η χρήση πρωτοκόλλων για τη χορήγηση ινσουλίνης και η εξοικείωση του προσωπικού με αυτά, αυξάνει την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια του ελέγχου του σακχάρου σε βαρέως πάσχοντες
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός μετρήσεων σακχάρου αίματος < 50 mg/dl -----X100 Αριθμός μετρήσεων σακχάρου αίματος
Επεξήγηση όρων	Πρέπει να ποσοτικοποιούνται όλες οι μετρήσεις που γίνονται σε ασθενείς με ένδειξη για στενό έλεγχο του σακχάρου αίματος. Ενδείξεις για στενό έλεγχο του σακχάρου αίματος: <ul style="list-style-type: none">• Επεμβατικός μηχανικός αερισμός > 48ώρες• Καρδιοχειρουργικοί ασθενείς σε μετεγχειρητική φάση• Σύνδρομο ανεπάρκειας πολλαπλών οργάνων με ή χωρίς σήψη• Σοβαρή σήψη / σηπτικό σοκ
Πληθυσμός	Το σύνολο των μετρήσεων σακχάρου αίματος σε ασθενείς με ένδειξη για στενό έλεγχο του σακχάρου αίματος κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	0,5%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Kanji S, Singh A, Tierney M, Meggison H, McIntyre L, Hebert PC. Standardization of intravenous insulin therapy improves the efficiency and safety of blood glucose control in critically ill adults. Intensive Care Med. 2004 May; 30(5):804-10.• van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, Vlasselaers D, Ferdinand P, Lauwers P, Bouillon R. Intensive insulin therapy in the critically ill patients. N Engl J Med. 2001 Nov 8; 345(19):1359-67.• Goldberg PA, Siegel MD, Sherwin RS, Halickman JI, Lee M, Bailey VA, Lee SL, Dziura JD, Inzucchi SE. Implementation of a safe and effective insulin infusion protocol in a medical intensive care unit. Diabetes Care. 2004 Feb; 27(2):461-7• Krinsley JS. Effect of an intensive glucose management protocol on the mortality of critically ill adult patients. Mayo Clin Proc. 2004 Aug; 79(8):992-1000.

Δείκτης Νο 54

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η αξιολόγηση του διατροφικού κινδύνου (ΔΚ) είναι το πρώτο βήμα στη θεραπεία ασθενειών που σχετίζονται με υποθρεψία. Δίνει τη δυνατότητα να ταυτοποιηθεί ο πληθυσμός που απαιτεί πλήρη αξιολόγηση και να εφαρμοστεί θεραπεία θρεπτικής υποκατάστασης. Η αξιολόγηση της θρεπτικής κατάστασης ενός ασθενή πρέπει να γίνεται τακτικά κατά την εισαγωγή του και να επαναλαμβάνεται κατά την περίοδο της νοσηλείας του αναλόγως της θρεπτικής του κατάστασης
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με αρχική αξιολόγηση ΔΚ -----X100 Αριθμός ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	Αξιολόγηση ΔΚ: μπορεί να γίνει με τη βοήθεια ειδικών δεικτών που σχεδιάστηκαν για το σκοπό αυτό (πχ SGA, CONUT) Αν δε χρησιμοποιούνται οι εξειδικευμένοι δείκτες
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε Κριτήριο αποκλεισμού : χρόνος παραμονής στη ΜΕΘ <48h
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• SGA: Subjective Global Assessment. Planas M, Bonet A, Farré M. Valoración nutricional. Influencia de la malnutrición sobre las funciones fisiológicas. En Monografías de Medicina Crítica Práctica SEMICYUC. García de Lorenzo A. Soporte Nutricional en el paciente grave. EdikaMed 2002.• Ignacio de Ulibarri J, Gonzalez-Madrono A, de Villar NG, Gonzalez P, Gonzalez B, Mancha A, Rodriguez F, Fernandez G. CONUT: a tool for controlling nutritional status. First validation in a hospital population. Nutr Hosp. 2005 Jan-Feb; 20(1):38-45.• Heyland DK, Dhaliwal R, Drover JW, Gramlich L, Dodek P; Canadian Critical Care Clinical Practice Guidelines Committee. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2003 Sep-Oct; 27(5):355-73.• Arrowsmith H. A critical evaluation of the use of nutrition screening tools by nurses. Br J Nurs. 1999 Dec 9-2000 Jan 12; 8(22):1483-90.

Δείκτης Νο 55

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΘΡΕΨΗΣ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η εκτίμηση της κατάστασης θρέψης είναι το πρώτο βήμα στη θρεπτική υποκατάσταση. Μας δίνει τη δυνατότητα να αποφασίσουμε αν ο ασθενής μας βρίσκεται σε κατάσταση υποθρεψίας, να ταξινομήσουμε και να ποσοτικο-ποιήσουμε το βαθμό της υποθρεψίας, και να επιλέξουμε τον τρόπο αντιμετώπισης αλλά και να εκτιμήσουμε το αποτέλεσμα της σίτισης
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ασθενών που βρίσκονται σε διατροφικό κίνδυνο και εκτίμηση κατάστασης θρέψης</p> <p style="text-align: right;">-----X100</p> <p>Αριθμός ασθενών που βρίσκονται σε διατροφικό κίνδυνο</p>
Επεξήγηση όρων	<p>Ασθενείς με διατροφικό κίνδυνο: βρίσκονται με μέτρηση ειδικών δεικτών : κλίμακα SGA ή CONUT ή αν υπάρχουν οι ακόλουθοι παράγοντες που δείχνουν διατροφικό κίνδυνο:</p> <ul style="list-style-type: none"> • παρουσία καχεξίας • απώλεια βάρους >10% τους τελευταίους 3 μήνες • Λευκωματίνη < 30g/l • τεχνητή διατροφή • Αναποτελεσματική κατάποση για μία εβδομάδα συνεχώς <p>Η εκτίμηση της κατάστασης της θρέψης περιλαμβάνει:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Λήγη ιστορικού και φυσική εξέταση • Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά: ύψος, βάρος • Βιοχημικοί δείκτες που σχετίζονται με το μεταβολισμό των πρωτεινών, υδατανθράκων και λιπών, καθώς και με την κατάσταση συγκεκριμένων βιταμινών και μεταλλικών στοιχείων • Ανοσολογικοί δείκτες (αριθμός λευκών και τύπος)
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heyland DK, Dhaliwal R, Drover JW, Gramlich L, Dodek P; Canadian Critical Care Clinical Practice Guidelines Committee. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2003 Sep-Oct; 27(5):355-73. • Charney P. Nutrition assessment in the 1990s: where are we now? Nutr Clin Pract. 1995 Aug; 10(4):131-9. • Planas M, Bonet A, Farré M. Valoración nutricional. Influencia de la malnutrición sobre las funciones fisiológicas. En Monografías de Medicina Crítica Práctica SEMICYUC. García de Lorenzo A. Soporte Nutricional en el paciente grave. EdikaMed 2002.

Δείκτης Νο 56 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΡΩΤΙΜΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η πρώιμη εντερική σίτιση, συνδέεται με τη μείωση επιπλοκών από λοιμώξεις και μείωση της θνητότητας σε βαριά πάσχοντες το πρώτο 48ωρο. Δε υπάρχει συγχετισμός με μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών που σιτίστικαν νωρίς διεντερικά ----- Αριθμός ασθενών με εντερική σίτιση X100
Επεξήγηση όρων	Πρώιμη έναρξη σίτισης: εντός 24ώρου από την ένδειξη για εντερική σίτιση Ένδειξη για εντερική σίτιση: όλοι οι ασθενείς χωρίς αντένδειξη για εντερική σίτιση στους οποίους δεν είναι δυνατή η χορήγηση σίτισης per os
Πληθυσμός	Οι ασθενείς που εξήλθαν της ΜΕΘ και που έλαβαν εντερική σίτιση κάποια στιγμή κατά την παραμονή τους, στην χρονική περίοδο που μελετάμε.
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Heyland DK, Dhaliwal R, Drover JW, Gramlich L, Dodek P; Canadian Critical Care Clinical Practice Guidelines Committee. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2003 Sep-Oct; 27(5):355-73. Kompan L, Kremzar B, Gadzijev E, Prosek M. Effects of early enteral nutrition on intestinal permeability and the development of multiple organ failure after multiple injuries. Intensive Care Med. 1999 Feb; 25(2):157-61.

Δείκτης Νο 57

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η ανοχή στην εντερική σίτιση αφορά την επίτευξη των σκοπών της πρόσληψης θερμίδων και θρεπτικών συστατικών. Είναι σημαντικό να εξακριβωθεί η παρουσία παραγόντων που δρουν αρνητικά στην ανοχή της εντερικής σίτισης και να διορθωθεί η δίαιτα, αλλά και να εξακριβωθούν οι πιθανές επιπλοκές
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με σωστή παρακολούθηση εντερικής σίτισης -----X100 Αριθμός ασθενών που χορηγήθηκε εντερική σίτιση
Επεξήγηση όρων	Η παρακολούθηση της εντερικής σίτισης πρέπει να περιλαμβάνει τα ακόλουθα: <ul style="list-style-type: none">• Ποσότητα που χορηγήθηκε σε 24 ώρες• Έλεγχος θέσης του καθετήρα• Έλεγχος ανοχής: έλεγχος επιστροφής / 6 ώρες και εμφάνιση διάρροιας, ναυτίας, εμέτου, κοιλιακής διάτασης, άλγους και δυσκοιλιότητας• Έλεγχος σακχάρου αίματος, σακχάρου ούρων και κετονουρίας / 6 ώρες• Βιοχημικός έλεγχος /24 ώρες• Έλεγχος αναγωγών και βρογχοαναρροφήσεις
Πληθυσμός	Οι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ και χορηγήθηκε εντερική σίτιση
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Ordoñez J, Morán V, Ruiz S. Nutrición enteral: indicaciones, vías y complicaciones. In Monografías de Medicina Crítica Práctica SEMICYUC. Soporte nutricional en el paciente grave. 2002.• Heyland DK, Dhaliwal R, Drover JW, Gramlich L, Dodek P; Canadian Critical Care Clinical Practice Guidelines Committee. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2003 Sep-Oct; 27(5):355-73.

Δείκτης Νο 58

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΘΕΡΜΙΔΙΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΕΙΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ
Διάσταση	Καταλληλότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Σε πολλούς ασθενείς υπό τεχνητή διατροφή, οι πρωτεΐνικές και θερμιδικές ανάγκες δεν υπολογίζονται ή υπολογίζονται εμπειρικά χωρίς να λαμβάνονται υπόψιν ανθρωπομετρικές παράμετροι, προηγούμενη κατάσταση θρέψης και το σημαντικότερο σε βαρέως πάσχοντες, η κατάσταση επιθετικότητας. Ακόμη χειρότερα, οι θερμίδες και πρωτεΐνες που χορηγούνται μπορεί να υπερ- ή υποεκτιμηθούν, και να έχουμε ως επακόλουθο υποθρεψία ή υπερθρεψία με κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου «επανασίτισης»
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών σε τεχνητή διατροφή και σωστό υπολογισμό ενεργειακών αναγκών -----X100 Αριθμός ασθενών σε τεχνητή διατροφή
Επεξήγηση όρων	Οι απαιτήσεις σε θερμίδες και πρωτεΐνες μπορεί να υπολογιστούν με τη βοήθεια κάποιας από τις ακόλουθες μεθόδους: <ul style="list-style-type: none">• Την εξίσωση Harris-Benedict ή άλλες εξισώσεις (εξίσωση Ireton – Jones, εξίσωση Roza, εξίσωση Cleber, εξίσωση Quebbeman)• Έμμεση θερμιδομετρία ανοιχτού κυκλώματος (δείχνει τις συνολικές θερμίδες και παρέχει πληροφορίες για την οξείδωση των υποστρωμάτων)• Βαθμός επιθετικότητας: Τροποποιημένη Cerra από την ομάδα μεταβολισμού και Θρέψης (καθορίζει τις συνολικές θερμίδες και παρέχει πληροφορίες για τις θερμίδες που προέρχονται από μη πρωτεΐνικές πηγές σε συνάρτηση με το βάρος και το βαθμό επιθετικότητας καθώς και τις πρωτεΐνες που παρέχονται σε συνάρτηση με τις παραμέτρους αυτές και την αναλογία των μη πρωτεΐνικών θερμίδων/γρ άζωτο) Οι υπολογισμοί πρέπει να επαναλαμβάνονται κάθε 4 ημέρες ή κάθε φορά που υπάρχει σημαντική αλλαγή στην κλινική κατάσταση του ασθενή
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς ΜΕΘ με τεχνητή διατροφή κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	80%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• II Conferencia de Consenso de la SEMICYUC sobre Respuesta a la agresión: Valoración e implicaciones terapéuticas. Med Intensiva 1997; 21:13-28.• García de Lorenzo A, Fernández J, Quintana M. Necesidades nutrometabólicas y cálculo de requerimientos. Monografías de Medicina Crítica Práctica SEMICYUC: Soporte Nutricional en el Paciente Grave. 2002.• Heyland DK, Dhaliwal R, Drover JW, Gramlich L, Dodek P; Canadian Critical Care Clinical Practice Guidelines Committee. Canadian clinical practice guidelines for nutrition support in mechanically ventilated, critically ill adult patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2003 Sep-Oct; 27(5):355-73.

Δείκτης Νο 59 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΓΑΣΤΡΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΟ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ ΠΡΟΣ ΑΠΟΦΥΓΗΝ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ (ΓΕΣ)
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η αιμορραγία ΓΕΣ είναι κοινή επιπλοκή σε βαρέως πάσχοντες. Η κύρια αιτία είναι η πρόκληση βλαβών στο γαστρικό βλεννογόνο λόγω stress. Αποτελεσματικές αποδεικνύονται διάφορες στρατηγικές όσον αφορά την πρόληψη της αιμορραγίας γαστρεντερικού σε επιλεγμένους βαριά πάσχοντες όπως αυτοί που είναι σε επεμβατικό αερισμό >48ώρες. Η εμφάνιση αιμορραγίας αυξάνει τη συχνότητα θανάτων και παρατείνει την παραμονή
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών σε μηχ. αερισμό > 48ώρες και προφύλαξη ΓΕΣ -----X100 Συνολικός αριθμός ασθενών σε μηχ. αερισμό > 48 ώρες
Επεξήγηση όρων	Προφύλαξη αιμορραγίας ΓΕΣ: χορήγηση βάσει πρωτοκόλλου από την έναρξη του επεμβατικού μηχανικού αερισμού ενός από τα ακόλουθα: <ul style="list-style-type: none">• Αναστολείς αντλίας πρωτονίων• Σουκραλφάτη• αναστολείς HCl• Εντερική σίτιση με σκοπό την πρόληψη αιμορραγίας γαστρεντερικού Η μη χορήγηση για περισσότερες από 24 ώρες πρέπει να θεωρείται ως μη προφύλαξη
Πληθυσμός	Οι ασθενείς της ΜΕΘ σε μηχανικό αερισμό κατά την περίοδο. Κριτήρια αποκλεισμού : εφαρμογή μηχανικού αερισμού < 48 ώρες
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cook D, Guyatt G, Marshall J, Leasa D, Fuller H, Hall R, Peters S, Rutledge F, Griffith L, McLellan A, Wood G, Kirby A. A comparison of sucralfate and ranitidine for the prevention of upper gastrointestinal bleeding in patients requiring mechanical ventilation. Canadian Critical Care Trials Group. N Engl J Med. 1998 Mar 19;338(12):791-7. • Cook DJ, Fuller HD, Guyatt GH, Marshall JC, Leasa D, Hall R, Winton TL, Rutledge F, Todd TJ, Roy P, Lacroix J, Griffith L, Willam A. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. Canadian Critical Care Trials Group. N Engl J Med. 1994 Feb 10; 330(6):377-81. • Cook DJ, Griffith LE, Walter SD, Guyatt GH, Meade MO, Heyland DK, Kirby A, Tryba M; Canadian Critical Care Trials Group. The attributable mortality and length of intensive care unit stay of clinically important gastrointestinal bleeding in critically ill patients. Crit Care. 2001 Dec; 5(6):368-75.

Δείκτης Νο 60

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΑΙΜΟΔΙΑΛΥΣΗΣ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	<p>Οι τεχνικές συνεχούς αιμοδιήθησης έχουν καλύτερα αποτελέσματα στη θνητότητα και νοσηρότητα σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια</p> <p>Ειδικά ενδείκνυται σε:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Καρδιακή δυσλειτουργία – υποστήριξη με ινότροπα • Ανεπάρκεια πολλών οργάνων • Αύξηση ενδοκράνιας πίεσης
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ασθενών με συνεχή διάλυση</p> <p>-----X100</p> <p>Αριθμός ασθενών με διάλυση</p>
Επεξήγηση όρων	Συνεχής αιμοδιήθηση: σύνολο συνεδριών που εφαρμόζονται σε ασθενή για συγκεκριμένη ένδειξη. Αν αλλάξει ο τρόπος εφαρμογής, θεωρείται νέα θεραπεία
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς με αιμοδιάλυση κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	80 – 90%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kellum JA, Angus DC, Johnson JP, Leblanc M, Griffin M, Ramakrishnan N, Linde-Zwirble WT. Continuous versus intermittent renal replacement therapy: a meta-analysis. Intensive Care Med. 2002 Jan; 28(1):29-37. • Augustine JJ, Sandy D, Seifert TH, Paganini EP. A randomized controlled trial comparing intermittent with continuous dialysis in patients with ARF. Am J Kidney Dis. 2004 Dec; 44(6):1000-7. • Van Biesen W, Vanholder R, Lameire N. Dialysis strategies in critically ill acute renal failure patients. Curr Opin Crit Care. 2003 Dec; 9(6):491-5. • Tonelli M, Manns B, Feller-Kopman D. Acute renal failure in the intensive care unit: a systematic review of the impact of dialytic modality on mortality and renal recovery. Am J Kidney Dis. 2002 Nov; 40(5):875-85.

Δείκτης Νο 61

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΧΡΗΣΗ ΝΤΟΠΑΜΙΝΗΣ ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ (ONA)
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η Ντοπαμίνη σε «νεφρική δόση (<5μg/kg/min) δεν αποδείχτηκε αποτελεσματική σαν προφύλαξη της ONA. Ακόμα περισσότερο, οι παρενέργειες είναι γνωστές και μη προβλέψιμες στην ONA λόγω και της μειωμένης κάθαρσης του μορίου στην περίπτωση αυτή.
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών στους οποίους χορηγήθηκε νεφρική δόση ντοπαμίνης -----X100 Συνολικός αριθμός ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	Νεφρική δόση: χορήγηση ντοπαμίνης <5μg/kg/min που ενδείκνυται για προφύλαξη έναντι ONA ή ως θεραπεία της ONA
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε <ul style="list-style-type: none"> • Κριτήρια αποκλεισμού: χρήση ντοπαμίνης για λόγους εκτός της ONA
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	0%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Kellum JA, M Decker J. Use of dopamine in acute renal failure: a meta-analysis. Crit Care Med. 2001 Aug; 29(8):1526-31. • Holmes CL, Walley KR. Bad medicine: low-dose dopamine in the ICU.Chest. 2003 Apr; 123(4):1266-75. • Bellomo R, Chapman M, Finfer S, Hickling K, Myburgh J. Low-dose dopamine in patients with early renal dysfunction: a placebo-controlled randomised trial. Australian and New Zealand Intensive Care Society (ANZICS) Clinical Trials Group.Lancet. 2000 Dec 23-30; 356(9248):2139-43.

Δείκτης Νο 62

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ONA) ΣΕ ΜΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η εκδήλωση της ONA σε «μη στεφανιαίους» βαρέως πάσχοντες είναι μια σοβαρή επιπλοκή που διπλασιάζει την πιθανότητα θανάτου. Επιφέρει επίσης αύξηση κατανάλωσης πόρων.
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός μη στεφανιαίων ασθενών με ONA -----X100 Συνολικός αριθμός μη στεφανιαίων ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> Ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR ml/min)= [(κρεατινίνη ούρων /κρεατινίνη πλάσματος) x όγκο ούρων (ml)]/λεπτά ONA = GFR<10ml/min Μη στεφανιαίοι ασθενείς: όλοι οι ασθενείς χωρίς οξύ στεφανιαίο σύνδρομο
Πληθυσμός	Οι μη στεφανιαίοι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε <ul style="list-style-type: none"> Κριτήριο αποκλεισμού: χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι
Πρότυπο - στόχος	10 %
Σχολιασμός	<p>Η τιμή αναφοράς βασίζεται σε επιδημιολογική μελέτη που διενεργήθηκε από τη SEMICYUC την περίοδο 1999-2000</p> <p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> de Mendonca A, Vincent JL, Suter PM, Moreno R, Dearden NM, Antonelli M, Takala J, Sprung C, Cantraine F. Acute renal failure in the ICU: risk factors and outcome evaluated by the SOFA score. Intensive Care Med. 2000 Jul; 26(7):915-21. Kellum JA, Leblanc M, Gibney RT, Tumlin J, Lieberthal W, Ronco C. Primary prevention of acute renal failure in the critically ill. Curr Opin Crit Care. 2005 Dec; 11(6):537-541. Schetz M. Epidemiología de fracaso renal agudo en la unidad de cuidado intensivos. En: Net A, Roglan A. Depuración extrarenal en el paciente grave 2004; Masson SA. Barcelona. P.99-108.

Δείκτης Νο 63

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ONA) ΣΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η εκδήλωση ONA σε «στεφανιάίους» ασθενείς είναι μια σπάνια επιπλοκή που διπλασιάζει την πιθανότητα θανάτου. Επιφέρει και αύξηση κατανάλωσης πόρων
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός στεφανιαίων ασθενών με ONA -----X100 Συνολικός αριθμός στεφανιαίων ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • ONA = GFR < 10ml/min • Ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR ml/min) = [(κρεατινίνη ούρων / κρεατινίνη πλάσματος) x όγκο ούρων (ml)]/λεπτά
Πληθυσμός	Όλοι οι στεφανιαίοι ασθενείς που διαγνώστηκαν με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο που εισήχθησαν στη ΜΕΘ κατά την περίοδο <ul style="list-style-type: none"> • Κριτήριο αποκλεισμού: χρόνια νεφρική ανεπάρκεια
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	5%
Σχολιασμός	Η τιμή αναφοράς βασίζεται σε επιδημιολογική μελέτη που διενεργήθηκε από τη SEMICYUC την περίοδο 1999-2000 Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • de Mendonca A, Vincent JL, Suter PM, Moreno R, Dearden NM, Antonelli M, Takala J, Sprung C, Cantraine F. Acute renal failure in the ICU: risk factors and outcome evaluated by the SOFA score. Intensive Care Med. 2000 Jul; 26(7):915- 21. • Kellum JA, Leblanc M, Gibney RT, Tumlin J, Lieberthal W, Ronco C. Primary prevention of acute renal failure in the critically ill. Curr Opin Crit Care. 2005 Dec;11(6):537-541. • Schetz M. Epidemiología de fracaso renal agudo en la unidad de cuidados intensivos. En: Net A, Roglan A. Depuración extrarenal en el paciente grave 2004; Masson SA. Barcelona. P.99-108.

Δείκτης Νο 64

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΡΟΛΗΨΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΣΚΙΑΣΤΙΚΟ ΣΕ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΑ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η νεφροπάθεια από σκιαστικό αποτελεί συχνή αιτία ΟΝΑ. Συνδέεται με αυξημένη θνητότητα, νοσηρότητα, και διάρκεια νοσηλείας. Ο κύριος παράγοντας κινδύνου για εκδήλωση νεφροτοξικότητας είναι η προϋπάρχουσα νεφρική ανεπάρκεια. Η εξασφάλιση σωστής ενυδάτωσης πριν και μετά τη διαδικασία φαίνεται ότι μειώνει τον κίνδυνο νεφροτοξικότητας
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ασθενών με προϋπάρχουσα νεφρική ανεπάρκεια που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία με σωστή ενυδάτωση</p> <hr/> <p>Αριθμός ασθενών με προϋπάρχουσα νεφρική ανεπάρκεια που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία</p>
Επεξήγηση όρων	<p>Προϋπάρχουσα νεφρική ανεπάρκεια $>2\text{mg/dl}$</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κριτήριο αποκλεισμού: ασθενείς σε αιμοκάθαρση προ της διαδικασίας <p><u>Σωστή ενυδάτωση</u>: χορήγηση NS 0.45% 1ml/kg/h κατά το 12 ωρο πριν και το 12ωρο μετά τη διενέργεια της στεφανιογραφίας</p>
Πληθυσμός	Ασθενείς με προϋπάρχουσα νεφρική ανεπάρκεια που υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	90%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solomon R, Werner C, Mann D, D'Elia J, Silva P. Effects of saline, mannitol, and furosemide to prevent acute decreases in renal function induced by radiocontrast agents. N Engl J Med. 1994 Nov 24; 331(21):1416-20. • Levine GN, Kern MJ, Berger PB, Brown DL, Klein LW, Kereiakes DJ, Sanborn TA, Jacobs AK; American Heart Association Diagnostic and Interventional Catheterization Committee and Council on Clinical Cardiology. Management of patients undergoing percutaneous coronary revascularization. Ann Intern Med. 2003 Jul 15;139(2):123-36 • Gleeson TG, Bulugahapitiya S. Contrast-induced nephropathy. AJR Am J Roentgenol. 2004 Dec; 183(6):1673-89. <p>Παρά το ότι δε στηρίζεται στον ίδιο βαθμό βρύτητας, οι συγγραφείς συνιστούν τη χορήγηση ακετυλοκυστείνης.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kay J, Chow WH, Chan TM, Lo SK, Kwok OH, Yip A, Fan K, Lee CH, Lam WF. Acetylcysteine for prevention of acute deterioration of renal function following elective coronary angiography and intervention: a randomized controlled trial. JAMA. 2003 Feb 5; 289(5):553-8.

Δείκτης Νο 65

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΟΞΕΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ (ONA) ΣΕ ΒΑΡΕΩΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ (ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΘ)
Διάσταση	Καταλληλότητα
Χρησιμότητα	<p>Η σωστή διάκριση της ONA απαιτεί ακριβή διαγνωστικά εργαλεία εύκολα στη χρήση στο κρεβάτι του ασθενή.</p> <p>Σε βαριά περιστατικά, ο πιο αποτελεσματικός τρόπος (συνδυασμός πολυπλοκότητας/ακρίβειας/κλινικής χρησιμότητας) εκτίμησης της νεφρικής λειτουργίας είναι να διερευνηθεί αν η επιδείνωση είναι λειτουργική ή παρεγχυματική. Αυτό επιτυγχάνεται μετρώντας τη κλασματική απέκκριση του Na (FENa)</p> <p>Η διάκριση δεν πρέπει να βασίζεται σε συγκεντρώσεις μορίων στο πλάσμα, διότι μπορεί να ποικίλλουν όχι μόνο λόγω αλλαγών στην απέκκριση αλλά και σε συνάρτηση της παραγωγής τους</p>
Μαθηματικός Τόπος	<p>Αριθμός ασθενών με ONA και διερευνημένη GFR και FENa</p> <hr/> <p style="text-align: right;">--X100</p> <p>Αριθμός ασθενών με ONA που εξήλθαν της ΜΕΘ</p>
Επεξήγηση όρων	<p>Ρυθμός σπειραματικής διήθησης (GFR ml/min) = [(κρεατινίνη ούρων / κρεατινίνη πλάσματος) x όγκο ούρων (ml)]/λεπτά</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κρεατινίνη ούρων = η μέση τιμή ούρων 24ώρου • Κρεατινίνη πλάσματος = μέση τιμή μεταξύ της τιμής έναρξης της συλλογής και αυτής στο τέλος της συλλογής • λεπτά: το σύνολο του χρόνου σε λεπτά της ώρας (24 ώρες = 1440 λεπτά)
Πληθυσμός	Ασθενείς με ONA που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mehta RL, Chertow GM. Acute renal failure definitions and classification: time for change? J Am Soc Nephrol. 2003 Aug; 14(8):2178-87. • Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, Mehta RL, Palevsky P; Acute Dialysis Quality Initiative workgroup. Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Crit Care. 2004 Aug; 8(4):R204-12.

Δείκτης Νο 66

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η κατάλληλη καταστολή (περισσότερο ή λιγότερο από το απαιτούμενο) έχει παρενέργειες σε μηχανικά αεριζόμενους ασθενείς, συμπεριλαμβανομένου της παράτασης του χρόνου μηχανικού αερισμού και της παραμονής στο νοσοκομείο αλλά και τη νοσηρότητα, θνητότητα και τη χρήση αναλώσιμων
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός δωρων περιόδων μηχανικού αερισμού σε παρακολούθηση -----X100 Αριθμός δωρων περιόδων μηχανικού αερισμού και συνεχούς καταστολής (ημέρες μηχανικού αερισμού X 4)
Επεξήγηση όρων	Παρακολούθηση: εκτίμηση επιπέδου καταστολής με τη βοήθεια πιστοποιημένης κλίμακας όπως :Ramsay, Riker Sedation-Agitation Scale (RASS), Motor Activity Assessment Scale (MASS) ανά δωρο ή όταν αλλάζει η κλινική κατάσταση Κριτήρια ένταξης στην παρακολούθηση: <ul style="list-style-type: none">• MV : >12 ώρες• Συνεχής καταστολή
Πληθυσμός	Το σύνολο των δωρων περιόδων (ή ημερών X4) των ευρισκόμενων σε συνεχή καταστολή ασθενών κατά την περίοδο που παρακολουθούμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών (Και νοσηλευτικά διαγράμματα)
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Pronovost PJ, Berenholtz SM, Ngo K, McDowell M, Holzmueller C, Haraden C, Resar R, Rainey T, Nolan T, Dorman T. Developing and pilot testing quality indicators in the intensive care unit. J Crit Care. 2003 Sep; 18(3):145-55.• Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, Chalfin DB, Masica MF, Bjerke HS, Coplin WM, Crippen DW, Fuchs BD, Kelleher RM, Marik PE, Nasraway SA Jr, Murray MJ, Peruzzi WT, Lumb PD; Task Force of the American College of Critical Care Medicine (ACCM) of the Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), American College of Chest Physicians.Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med. 2002 Jan; 30(1):119-41.• Carrasco G. Instruments for monitoring intensive care unit sedation. Crit Care. 2000; 4(4):217-25.• De Jonghe B, Cook D, Appere-De-Vegchi C, Guyatt G, Meade M, Outin H.Using and understanding sedation scoring systems: a systematic review. Intensive Care Med. 2000 Mar; 26(3):275-85.

Δείκτης Νο 67 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	<p>Η όχι κατάλληλη καταστολή (υπέρμετρη ή ανεπαρκής) έχει παρενέργειες στους μηχανικά αεριζόμενους ασθενείς. Η ανεπαρκής καταστολή αυξάνει τις απαιτήσεις σε O₂, ενισχύει το άλγος και την επιθετικότητα, εμποδίζει το μηχανικό αερισμό, και αυξάνει τον κίνδυνο ατυχηματικής αφαίρεσης ενδοτραχειακού σωλήνα.</p> <p>Η υπέρμετρη καταστολή οδηγεί σε υπόταση, βραδυκαρδία, εντερική πάρεση, φλεβόσταση, καθιστά αδύνατη τη νευρολογική εκτίμηση, επιμηκύνει τη διάρκεια του μηχ. αερισμού, και αυξάνει την κατανάλωση πόρων</p>
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός μηχανικά αεριζόμενων ασθενών με κατάλληλο βάθος καταστολής ----- X100</p> <p>Αριθμός μηχανικά αεριζόμενων ασθενών με καταστολή</p>
Επεξήγηση όρων	<p>Κατάλληλο βάθος καταστολής: επίτευξη τουλάχιστο 80% του προβλεπόμενου επιπέδου για κάθε ασθενή στις δοκιμασίες καταστολής.</p> <p>Κριτήρια ένταξης:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μηχανικός αερισμός > 24 ώρες • Συνεχής καταστολή
Πληθυσμός	Το σύνολο των μηχανικά αεριζόμενων ασθενών κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	85%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Egerod I. Uncertain terms of sedation in ICU. How nurses and physicians manage and describe sedation for mechanically ventilated patients. J Clin Nurs. 2002 Nov; 11(6):831-40. • Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, Chalfin DB, Masica MF, Bjerke HS, Coplin WM, Crippen DW, Fuchs BD, Kelleher RM, Marik PE, Nasraway SA Jr, Murray MJ, Peruzzi WT, Lumb PD; Task Force of the American College of Critical Care Medicine (ACCM) of the Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), American College of Chest Physicians. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med. 2002 Jan; 30(1):119-41.

Δείκτης Νο 68

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΟΛΗΣ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και επάρκεια
Χρησιμότητα	Η καθημερινή διακοπή της καταστολής σε βαρέως πάσχοντες υπό μηχανικό αερισμό, σχετίζεται με μείωση στη διάρκεια του μηχανικού αερισμού και της παραμονής στη ΜΕΘ. Ακόμη περισσότερο, δεν υπάρχει σύνδεση της διακοπής αυτής με όψιμα ψυχολογικά επακόλουθα
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ημερών στις οποίες διακόπτεται η καταστολή ----- Αριθμός ημερών μηχανικού αερισμού υπό καταστολή X100
Επεξήγηση όρων	Διακοπή καταστολής : διακοπή / μείωση της καταστολής έως ότου ο ασθενής ανακτήσει αισθήσεις, υπακούει σε εντολές, ή εμφανίζει διέγερση
Πληθυσμός	Το σύνολο των ημερών σε μηχανικό αερισμό και καταστολή κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	80%
Σχολιασμός	<p>Οι συγγραφείς θα ήθελαν να τονίσουν ότι τα βιβλιογραφικά δεδομένα δίνουν έμφαση στο ότι δεν υπάρχουν κριτήρια αποκλεισμού για την ημερήσια διακοπή της καταστολής σ αυτή την ομάδα ασθενών</p> <p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kress JP, Pohlman AS, O'Connor MF, Hall JB. Daily interruption of sedative infusions in critically ill patients undergoing mechanical ventilation. <i>N Engl J Med.</i> 2000 May 18; 342(20):1471-7. • Kress JP, Gehlbach B, Lacy M, Pliskin N, Pohlman AS, Hall JB. The long-term psychological effects of daily sedative interruption on critically ill patients. <i>Am J Respir Crit Care Med.</i> 2003 Dec 15; 168(12):1457-61. • Schweickert WD, Gehlbach BK, Pohlman AS, Hall JB, Kress JP. Daily interruption of sedative infusions and complications of critical illness in mechanically ventilated patients. <i>Crit Care Med.</i> 2004 Jun; 32(6):1272-6.

Δείκτης Νο 69 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΜΗ ΚΑΤΑΣΤΑΛΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	<p>Οι βαρέως πάσχοντες είναι εκτεθειμένοι σε πολλαπλά επώδυνα ερεθίσματα. Ο αναποτελεσματικός έλεγχος του πόνου προκαλεί stress και αυξάνει τη θνητότητα. Η αντιμετώπιση του πόνου πρέπει να αποτελεί αντικείμενο ποιοτητας παρεχόμενων περιστατικών στη ΜΕΘ.</p> <p>Η παρακολούθηση του άλγους πρέπει να περιλαμβάνει τη μέτρηση με πιστοποιημένη κλίμακα εως ότου επιτευχθεί το επιθυμητό επίπεδο αναλγησίας</p>
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ασθενών που παρακολουθούνται σύμφωνα με πρωτόκολλο -----X100</p> <p>Αριθμός ασθενών χωρίς καταστολή που μπορεί να χρειαστούν αναλγησία</p>
Επεξήγηση όρων	<p>Ασθενείς που θα μπορεί να χρειαστούν αναλγησία: όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ</p> <p>Παρακολούθηση σύμφωνα με πρωτόκολλο:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο πόνος πρέπει να μετρηθεί σε πιστοποιημένη κλίμακα (πχ VAS, NRS) ανά 8ωρο • Οι τιμές VAS και NRS δεν πρέπει να είναι υψηλότερες από 3 πέραν της μίας φοράς το 24ωρο
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε. Κριτήρια αποκλεισμού : Καταστολή με συνεχή έγχυση + μηχανικός αερισμός
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Επεξήγηση αρχικών για τις κλίμακες :</p> <p>VAS: Visual analog scale</p> <p>NRS: Numerical rating scale</p> <p>Οι συγγραφείς θεωρούν ότι ο δείκτης έχει ισχύ όταν διενεργούνται τουλάχιστον τα 2/3 των σχεδιασμένων μετρήσεων κατά τη νοσηλεία (και χορηγούνται αναλγητικά αν υπάρχουν ενδείξεις για αυτό) Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, Chalfin DB, Masica MF, Bjerke HS, Coplin WM, Crippen DW, Fuchs BD, Kelleher RM, Marik PE, Nasraway SA Jr, Murray MJ, Peruzzi WT, Lumb PD; Task Force of the American College of Critical Care Medicine (ACCM) of the Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), American College of Chest Physicians.Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med. 2002 Jan; 30(1):119-41 • Joint Commission Accreditation of Health Care Organizations. Pain Assessment and management standards-hospitals. Available at http://www.jach.org

Δείκτης Νο 70

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΟΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΜΗΧΑΝΙΚΟ ΑΕΡΙΣΜΟ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Ο πόνος αποτελεί κύριο σύμπτωμα στη ΜΕΘ. Αφορά πάνω από το 70% των ασθενών και πρέπει να αντιμετωπίζεται κατάλληλα. Η ανεπαρκής αντιμετώπιση του πόνου προκαλεί stress και αυξάνει τη θνητότητα. Ο πόνος δεν θα πρέπει να παρακολουθείται σε ασθενείς που δεν έχουν τη δυνατότητα να εκφραστούν
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών σε μηχανικό αερισμό και χορήγηση αναλγησίας -----X100 Αριθμός ασθενών σε μηχανικό αερισμό και επιδείνωση νοητικής λειτουργίας
Επεξήγηση όρων	Χορήγηση αναλγητικών: Σύμφωνα με ισχύον πρωτόκολλο και αναλόγως της ένδειξης, του τύπου του φαρμάκου, της δόσης, της μεθόδου χορήγησης και των διαστημάτων χορήγησης. Επιδείνωση νοητικής λειτουργίας: αδυναμία έκφρασης και δυνατότητας να δείξει την ύπαρξη πόνου και / ή χορήγηση φαρμακευτικής καταστολής
Πληθυσμός	Οι υπό μηχανικό αερισμό ασθενείς με επιδείνωση νοητικής λειτουργίας που εξέρχονται της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε. Κριτήρια αποκλεισμού <ul style="list-style-type: none"> • Εγκεφαλικός θάνατος • Φυτική κατάσταση
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Watling SM, Dasta JF, Seidl EC. Sedatives, analgesics, and paralytics in the ICU. Ann Pharmacother. 1997 Feb; 31(2):148-53. • Jacobi J, Fraser GL, Coursin DB, Riker RR, Fontaine D, Wittbrodt ET, Chalfin DB, Masica MF, Bjerke HS, Coplin WM, Crippen DW, Fuchs BD, Kelleher RM, Marik PE, Nasraway SA Jr, Murray MJ, Peruzzi WT, Lumb PD; Task Force of the American College of Critical Care Medicine (ACCM) of the Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), American College of Chest Physicians. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med. 2002 Jan; 30(1):119-41. • Chamorro C, Romera MA, Silva JA. Importancia de la sedoanalgesia en los enfermos en ventilación mecánica. Med Intensiva 2003;1(Supl 1):1-2.

Δείκτης Νο 71

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΜΗ ΟΡΘΗ ΧΡΗΣΗ ΜΥΟΧΑΛΑΡΩΤΙΚΩΝ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η μη ορθή χρήση των νευρομυϊκών αποκλειστών μπορεί να συνδεθεί με σοβαρές επιπλοκές. Η κλινική πρακτική συνιστά τη χρήση μυοχαλαρωτικών μόνο σε εξειδικευμένες περιπτώσεις (δυσκολία στο μηχανικό αερισμό, τέτανος, αυξημένη ενδοκράνια πίεση, αυξημένη κατανάλωση O ₂) και μόνο επι αποτυχίας άλλων μέτρων. (Σύσταση βαθμού C)
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός μηχανικά αεριζόμενων ασθενών με PO ₂ /FiO ₂ > 200 και συνεχή μυοχάλαση -----X100 Αριθμός μηχανικά αεριζόμενων ασθενών με PO ₂ /FiO ₂ > 200
Επεξήγηση όρων	Συνεχής μυοχάλαση: περιλαμβάνει bolus χορήγηση σε διαστήματα ≤ 2 h
Πληθυσμός	Όλοι οι μηχανικά υποστηριζόμενοι ασθενείς με PO ₂ /FiO ₂ > 200 κατά την περίοδο που μελετάμε Κριτήρια αποκλεισμού: <ul style="list-style-type: none">• Δυσκολία στο μηχανικό αερισμό με PO₂/FiO₂ > 200• Τέτανος• Αυξημένη ενδοκράνια πίεση
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	2%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Klessig HT, Geiger HJ, Murray MJ, Coursin DB.A national survey on the practice patterns of anesthesiologist intensivists in the use of muscle relaxants. Crit Care Med. 1992 Sep; 20(9):1341-5.• Murray MJ, Cowen J, DeBlock H, Erstad B, Gray AW Jr, Tescher AN, McGee WT, Priell RC, Susla G, Jacobi J, Nasraway SA Jr, Lumb PD; Task Force of the American College of Critical Care Medicine (ACCM) of the Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Society of Health-System Pharmacists, American College of Chest Physicians.Clinical practice guidelines for sustained neuromuscular blockade in the adult critically ill patient. Crit Care Med. 2002 Jan;30(1):142-56• Murphy GS, Vender JS.Neuromuscular-blocking drugs. Use and misuse in the intensive care unit. Crit Care Clin. 2001 Oct; 17(4):925-42.

Δείκτης Νο 72

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ (NMA)
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η χρήση νευρομυϊκών αποκλειστών μπορεί να συνδεθεί με σοβαρές επιπλοκές. Οι οδηγίες κλινικής πράξης συνιστούν την παρακολούθηση του επιπέδου του νευρομυϊκού αποκλεισμού: Αυτό αφορά την προσαρμογή της χορηγούμενης δόσης και τον έλεγχο των ανεπιθύμητων ενεργειών. (Σύσταση επιπέδου C)
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με συνεχή NMA που παρακολουθούνται ----- Αριθμός ασθενών με συνεχή NMA
Επεξήγηση όρων	Παρακολούθηση NMA : περιοδική μέτρηση και κλινική εκτίμηση και μετρήσεις Train of four (TOF)
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών με NMA κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Murray MJ, Cowen J, DeBlock H, Erstad B, Gray AW Jr, Tescher AN, McGee WT, Prielipp RC, Susla G, Jacobi J, Nasraway SA Jr, Lumb PD; Task Force of the American College of Critical Care Medicine (ACCM) of the Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Society of Health-System Pharmacists, American College of Chest Physicians.Clinical practice guidelines for sustained neuromuscular blockade in the adult critically ill patient.Crit Care Med. 2002 Jan;30(1):142-56 • Pino RM. Neuromuscular blockade studies of critically ill patients. Intensive Care Med. 2002 Dec; 28(12):1695-7. • Lagneau F, D'honneur G, Plaud B, Mantz J, Gillart T, Duvaldestin P, Marty J, Clyti N, Pourriat JL.A comparison of two depths of prolonged neuromuscular blockade induced by cisatracurium in mechanically ventilated critically ill patients.Intensive Care Med. 2002 Dec; 28(12):1735-41.

Δείκτης Νο 73

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΓΝΩΣΤΗΣ ΩΣ ΠΑΡΑΛΗΡΗΜΑ (DELIRIUM)
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Το παραλήρημα έχει υψηλή συχνότητα. Συνδέεται με σημαντικού βαθμού θνητότητα και αυξημένο κόστος νοσηλείας σε βαριά πάσχοντες. Είναι δύσκολο το να διαπιστωθεί και συστήνεται η χρήση συστημάτων που επιτρέπουν την ταυτοποίηση και κατάλληλη θεραπεία. Η μέθοδος εκτίμησης συγχυτικής κατάστασης (Confusion Assessment Method for the ICU (CAM-ICU) αποδεικνύονται χρήσιμα στη διάγνωση του παραληρήματος
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός μηχανικά αεριζόμενων ασθενών υπό διερεύνηση για παραλήρημα -----X100 Αριθμός ασθενών σε μηχανικό αερισμό > 48 ώρες
Επεξήγηση όρων	Εκτίμηση για παρουσία παραληρήματος: καθημερινή εκτίμηση με τη μέθοδο CAM
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών με μηχανικό αερισμό > 48 ώρες κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	90%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Ely EW, Shintani A, Truman B, Speroff T, Gordon SM, Harrell FE Jr, Inouye SK, Bernard GR, Dittus RS. Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit. <i>JAMA</i>. 2004 Apr 14; 291(14):1753-62.• Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL, Shintani AK, Speroff T, Stiles RA, Truman B, Bernard GR, Dittus RS, Ely EW. Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients. <i>Crit Care Med</i>. 2004 Apr; 32(4):955-62.• Ely EW, Gautam S, Margolin R, Francis J, May L, Speroff T, Truman B, Dittus R, Bernard R, Inouye SK. The impact of delirium in the intensive care unit on hospital length of stay. <i>Intensive Care Med</i>. 2001 Dec; 27(12):1892-900.

Δείκτης № 74

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΕΠΙΚΕΙΜΕΝΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ
Διάσταση	Ικανοποίηση και καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Η χορήγηση προϊόντων αίματος αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση που ενέχει κίνδυνο για την υγεία του ασθενή. Η τρέχουσα νομοθεσία απαιτεί τη γραπτή συγκατάθεση του ασθενή πριν την μετάγγιση (Στμ: στην Ισπανία). Η μη συμπλήρωση της γραπτής συγκατάθεσης, παραβιάζει το δικαίωμα του ασθενή στην αυτονομία, καθώς και της οικογένειάς του
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών που μεταγγίστηκαν σε ΜΕΘ μετά από γραπτή συναίνεση ----- Αριθμός ασθενών που μεταγγίστηκαν στη ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	Παράγωγα αίματος: Συμπυκνωμένα ερυθρά, πλάσμα, πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια <u>Γραπτή συναίνεση</u> : να δηλώνεται η ανάγκη για μετάγγιση, οι κίνδυνοι από αυτή, και οι εναλλακτικές. Το έγγραφο να είναι κατανοητό και να το υπογράφει ο ασθενής ή νόμιμος εκπρόσωπός του. Καταχωρείται αμέσως στο ιστορικό του ασθενή. <u>Επείγουσα, απειλητική για τη ζωή κατάσταση</u> : κατάσταση που απαιτεί άμεση μετάγγιση αίματος και είναι αδύνατο να ενημερωθεί ο ασθενής ή ο νόμιμος εκπρόσωπός του ή η οικογένεια.
Πληθυσμός	Οι ασθενείς στους οποίους χορηγήθηκαν παράγωγα αίματος για πρώτη φορά στη ΜΕΘ. <u>Κριτήρια αποκλεισμού</u> : επείγουσες καταστάσεις απειλητικές για τη ζωή (η οικογένεια πρέπει να ενημερώνεται όσο νωρίτερα γίνεται)
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Spanish law 41/2002 regulating patients' autonomy and rights, and obligations regarding information and clinical documentation (November 2002). BOE 15 November 2002. • Royal decree 854/1993. BOE 20 November 1993; num 278 (page 32630). • Solsona JF, Cabré L, Abizanda R, Campos JM, Sainz A, Martín MC, Sánchez JM, Bouza C, Quintana M, Saralegui I, Monzón JL y grupo de bioética de la SEMICYUC. Recomendaciones del grupo de bioética de la SEMICYUC sobre el Consentimiento Informado en UCI. Med Intensiva 2002; 26(5):254-255.

Δείκτης Νο 75

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΦΡΕΣΚΟΥ ΚΑΤΕΨΥΓΜΕΝΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ (FFP)
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Το φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα θεωρείται το παράγωγο αίματος με το μεγαλύτερο ποσοστό «καθ υπέρβαση» μεταγγίσεων. Η μετάγγιση FFP μπορεί να έχει τις ίδιες παρενέργειες με τη μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών. Η μετάγγιση FFP δεν έχει ένδειξη σχεδόν σε καμία περίπτωση που δεν υπάρχει απώλεια αίματος και παράταση χρόνων πήξη
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών χωρίς αιμορραγία και φυσιολογικούς χρόνους πήξης και χορήγηση FFP -----X100 Αριθμός ασθενών που τους χορηγήθηκε FFP
Επεξήγηση όρων	Φυσιολογικές τιμές: (Χρόνος προθρομβίνης (PT)>70% και / η PTT ≤ 1,5 φορές η τιμή ελέγχου
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών που τους χορηγήθηκε FFP κατά την περίοδο που μελετάμε <u>Κριτήρια αποκλεισμού:</u> ασθενείς χωρίς αιμορραγία και ανάγκη χειρουργικής επέμβασης στην οποία χορηγείται FFP με σκοπό την αναστροφή των συνεπειών της ροής χορηγούμενης αντιπηκτικής αγωγής.
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	0%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Nuttall GA, Stehling LC, Beighley CM, Faust RJ; American Society of Anesthesiologists Committee on Transfusion Medicine. Current transfusion practices of members of the american society of anesthesiologists: a survey. <i>Anesthesiology</i>. 2003 Dec; 99(6):1433-43.• Rossi U, Van Aken WG, Martín-Vega C. European School of Transfusion Medicine. Transfusion Medicine in clinical practice in the year 2000. Proceedings of the educational course of the 4th ISBT Regional (3rd European) Congress. Barcelona 1993.• Madoz P, Litvan H, Casas JI. Indicaciones de la trasfusión de plasma fresco. En: hemostasia y Medicina Trasfusional perioperatoria. Llau Pitarch. Aran 2003. Madrid.

Δείκτης № 76

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΕΜΠΛΟΥΤΙΣΜΕΝΟΥ ΜΕ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ (PRP)
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η μετάγγιση PRP είναι συνήθης σε βαρέως πάσχοντες. Οι ενδείξεις για τη μετάγγιση αυτή περιορίζονται σε ασθενείς με αιμορραγία και θρομβοπενία και / ή δυσλειτουργία αιμοπεταλίων. Η μετάγγιση PRP μπορεί να έχει τις ίδιες παρενέργειες με τη μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών ή πλάσματος, ενώ επιπρόσθετα υπάρχει ο κίνδυνος της έκθεσης σε πολλούς δότες και της βακτηριακής λοίμωξης λόγω του ότι το παράγωγο αυτό δεν είναι κατεψυγμένο
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών χωρίς αιμορραγία και χωρίς θρομβοπενία και/ή δυσλειτουργία που μεταγγίστηκαν με PRP -----X100 Αριθμός ασθενών που μεταγγίστηκαν με PRP
Επεξήγηση όρων	Ανεπάρκεια αιμοπεταλίων: αριθμός επεισοδίων < 80.000/ml Δυσλειτουργία αιμοπεταλίων: να πληρούν ένα από τα ακόλουθα κριτήρια <ul style="list-style-type: none"> • κατανάλωση αναστολέων συσσώρευσης αιμοπεταλίων τις 10 προηγούμενες ημέρες • να έχει υποβληθεί σε εξωσωματική κυκλοφορία
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς στους οποίους έγινε μετάγγιση PRP κατά την περίοδο που μελετάμε <u>Κριτήριο αποκλεισμού:</u> ασθενείς χωρίς αιμορραγία και ανάγκη να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση και έχουν ανεπάρκεια αιμοπεταλίων, και / ή δυσλειτουργία
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	0%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Nuttall GA, Stehling LC, Beighley CM, Faust RJ; American Society of Anesthesiologists Committee on Transfusion Medicine. Current transfusion practices of members of the American society of anesthesiologists: a survey. Anesthesiology. 2003 Dec; 99(6):1433-43. • Rossi U, Van Aken WG, Martín-Vega C. European School of TransfusionMedicine. Transfusion Medicine in clinical practice in the year 2000. Proceedings of the educational course of the 4th ISBT Regional (3rd European) Congress. Barcelona 1993. • Madoz P, Litvan H, Casas JI. Indicaciones de la trasfusión de plasma fresco. En: hemostasia y Medicina Trasfusional perioperatoria. Llau Pitarch. Aran 2003. Madrid.

Δείκτης Νο 77 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΩΝ ΕΡΥΘΡΩΝ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κινδυνος
Χρησιμότητα	Η μετάγγιση με όριο τιμής αιμοσφαιρίνης (Hb) > 9 gm/dL δεν είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της θνητότητας και νοσηρότητας. Οι πιο περιοριστικές τακτικές μετάγγισης σε τιμές Hb < 7 gm/dL μειώνουν τη νοσηρότητα και τη θνητότητα την 30ή και 60ή ημέρα σε νέους ασθενείς (<55ετών) μέτριας βαρύτητας (APACHE<20). Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, η μετάγγιση γίνεται με όριο τιμή Hb 8 mg/dL και έχει αποδειχθεί ασφαλής
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με τιμή Hb > 8 gm/dL προ της μετάγγισης ----- X100 Αριθμός ασθενών που μεταγγίστηκαν
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> Η μέγιστη χρονική περίοδος μέτρησης αιμοσφαιρίνης πρό και μετά τη μετάγγιση είναι 24 ώρες
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που μεταγγίστηκαν κατά την περίοδο που μελετάμε <u>Κριτήρια αποκλεισμού:</u> <ul style="list-style-type: none"> μεγάλη αιμορραγία Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο Βαριά σήψη / σηπτικό σοκ σε φάση ανάνηψης Σοβαρή υποξαιμία
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	5%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hebert PC, Wells G, Blajchman MA, Marshall J, Martin C, Pagliarello G, Tweeddale M, Schweitzer I, Yetisir E.A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. Transfusion Requirements in Critical Care Investigators, Canadian Critical Care Trials Group. N Engl J Med. 1999 Feb 11;340(6):409-17 Bracey AW, Radovancevic R, Riggs SA, Houston S, Cozart H, Vaughn WK, Radovancevic B, McAllister HA Jr, Cooley DA. Lowering the hemoglobin threshold for transfusion in coronary artery bypass procedures: effect on patient outcome. Transfusion. 1999 Oct; 39(10):1070-7. Leal Noval SR, Muñoz Gómez M, Campanario García A. Trasfusión en el paciente crítico. Med Intensiva 2004, 28:464-469.

Δείκτες Νο 78

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΟΡΘΗ ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΡΟΦΙΚΗΣ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗΣ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η μείωση του μικροβιακού φορτίου σε τροφικές δηλητηριάσεις, ελαττώνει την τοξική επίδραση. Η καθυστέρηση μειώνει την αποτελεσματικότητα των μέτρων. Η χρήση του μέτρου σε ασθενείς χωρίς ενδείξεις μπορεί να αυξήσει τη θνητότητα και τη νοσηρότητα
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός τροφικών δηλητηριάσεων με ορθή επιλεκτική μείωση του μικροβιακού φορτίου του πεπτικού σωλήνα -----X100 Αριθμός τροφικών δηλητηριάσεων που εξήλθαν της ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> Ορθή επιλεκτική μείωση του μικροβιακού φορτίου του πεπτικού σωλήνα: εφαρμόζεται μετά τη διερεύνηση του χρόνου που παρήλθε από την κατάποση, τον τύπο της τοξίνης, το επίπεδο συνείδησης του ασθενή, όπως αναφέρεται στον αλγόριθμο (1)
Πληθυνσμός	Ασθενείς με τροφική δηλητηρίαση που εξήλθαν της ΜΕΘ <u>Κριτήρια αποκλεισμού</u> <ul style="list-style-type: none"> κατάποση καυστικών ουσιών (οξέα ή αλκάλεα) κλινική εικόνα που παραπέμπει σε οξεία κοιλία ήπια δηλητηρίαση μεγάλη χρονική απόσταση μεταξύ της κατάποσης και της παροχής ιατρικής φροντίδα
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	<p>Οι αεροφόρες οδοί πρέπει να προστατευθούν και να εξασφαλιστεί επαρκής αερισμός</p> <p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vale JA, Kulig K; American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists. Position paper: gastric lavage.J Toxicol Clin Toxicol. 2004;42(7):933-43 Lloret J, Nogué S, Jiménez X. Protocols, Codis d'Activació i Circuits d'atenció urgent a Barcelona Ciutat. Malalt amb intoxicacions agudes greus. Consorci Sanitari de Barcelona. Barcelona 2004. Zimmerman JL. Poisonings and overdoses in the intensive care unit: general and specific management issues.Crit Care Med. 2003 Dec;31(12):2794-801 Amigo M, Nogue S, Sanjurjo E, Faro J, Ferro I, Miro O. Efficacy and safety of gut decontamination in patients with acute therapeutic drug overdose. [Article in Spanish]. Med Clin (Barc). 2004 Apr 10; 122(13):487-92.

Δείκτης Νο 79

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΑΝΤΙΔΟΤΑ
Διάσταση	Καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Η έλλειψη βασικών αντιδότων μπορεί να αυξήσει τη θνητότητα και τη νοσηρότητα σε ασθενείς με δηλητηρίαση
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός διαθέσιμων συνιστώμενων αντιδότων -----X100 Αριθμός συνιστώμενων αντιδότων αναλόγως του τύπου νοσοκομείου
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> Συνιστώμενα αντίδοτα: κατάλογος καταρτισμένος από ειδικούς, προσαρμοσμένος στον τύπο νοσοκομείου (1) Τα ληγμένα αντίδοτα πρέπει να θεωρούνται μη διαθέσιμα
Πληθυσμός	Όλα τα αντίδοτα που περιλαμβάνονται σον κατάλογο των συνιστώμενων, αναλόγως του τύπου νοσοκομείου κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Δομή
Πηγή δεδομένων	Μητρώο του φαρμακείου
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1)Lloret J, Nogué S, Jiménez X. Protocols, Codis d'Activació i Circuits d'atenció urgent a Barcelona Ciutat. Malalt amb intoxicacions agudes greus. Consorci Sanitari de Barcelona. Barcelona 2004 Nogue S, Munne P, Soy D, Milla J. Availability, use and cost of antidotes in Catalonia. [Article in Spanish]. Med Clin (Barc). 1998 May 9; 110(16):609-13.

Δείκτης Νο 80

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΓΚΑΙΡΗ ΑΙΜΟΔΙΑΛΥΣΗ ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΗ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Σε οξεία δηλητηρίαση με ένδειξη για αιμοδιάλυση, η εφαρμογή της βελτιώνει την πρόγνωση. Η καθυστέρηση, μειώνει την αποτελεσματικότητα του μέτρου
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ασθενών με οξεία δηλητηρίαση και ένδειξη για αιμοδιάλυση και εφαρμογή της εντός 2ώρου</p> <p>-----X100</p> <p>Αριθμός ασθενών με οξεία δηλητηρίαση και ένδειξη για αιμοδιάλυση</p>
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> Ένδειξη για αιμοδιάλυση: συγκέντρωση τοξίνης στο αίμα $> 0,5 \text{ g/L}$ (για τη μεθανόλη και την αιθυλενογλυκόλη), 3mEq/L (λίθιο), 1000mg/L (βαλπροϊκό) Εντός 2 ωρών: χρόνος από τη μέτρηση των επιπέδων στο αίμα (και πλήρωση των κριτηρίων για αιμοδιάλυση) έως την αιμοδιάλυση
Πληθυσμός	Ασθενείς με δηλητηρίαση που πληρούν τα κριτήρια εφαρμογής αιμοδιάλυσης κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	90%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Nogué S, Marruecos L, Moran I, Net A. Indicaciones de la depuración extrarrenal en el tratamiento de las intoxicaciones agudas. En: Net A, Reglan A. Depuración extrarrenal en el paciente grave. Masson, SA. Barcelona 2004. Pg: 281-289. Lloret J, Nogué S, Jiménez X. Protocols, Codis d'Activació i Circuits d'atenció urgent a Barcelona Ciutat. Malalt amb intoxicacions agudes greus. Consorci Sanitari de Barcelona. Barcelona 2004.

Δείκτης Νο 81 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΔΟΤΕΣ ΟΡΓΑΝΩΝ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η δωρεά οργάνων αποτελεί πρόγραμμα προτεραιότητας στην Ισπανία. Τα τμήματα εντατικής θεραπείας παιζουν σημαντικό ρόλο στην αναζήτηση όσο το δυνατόν περισσότερων οργάνων
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός πραγματικών δοτών -----X100 Αριθμός εγκεφαλικά νεκρών ασθενών στη ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> Πραγματικός δότης: Δότης που μεταφέρεται στη χειρουργική αίθουσα για τη λήψη των οργάνων (ακόμη και αν δε μεταμοσχευθεί τελικά κανένα από αυτά) Δυνητικός δότης: ασθενής με διάγνωση «εγκεφαλικός θάνατος» χωρίς απόλυτη αντένδειξη για μετάγγιση
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών με εγκεφαλικό θάνατο κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών και συντονιστής μεταμοσχεύσεων
Πρότυπο - στόχος	60%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Seller-Pérez G, Herrera-Gutiérrez ME, Lebrón-Gallardo M, Fernández-Ortega JF, Arias-Verdú D, Mora-Ordóñez J. Organ donation in the intensive care unit. [Article in Spanish]. Med Intensiva 2004; 28(6):308-315. Navarro A, Escalante JL, Andres A. Donor detection and organ procurement in the Madrid region. Group of Transplant Coordinators of the Region of Madrid. Transplant Proc. 1993 Dec;25(6):3130-1 Wijdicks EF. The diagnosis of brain death. N Engl J Med. 2001 Apr 19;344(16):1215-21 Escalante Cobo JL. Muerte Encefálica. Evolución histórica y situación actual. Med Intensiva 2000; 24(3):97-105. Escudero Augusto D. Diagnóstico clínico de muerte encefálica. Prerrequisitos y exploración neurológica. Medicina Intensiva 2000; 24(3):106-115.

Δείκτης Νο 82

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΟΞΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Πριν αρχίσουν οι μεταμοσχεύσεις ήπατος, η οξεία ηπατική ανεπάρκεια συνδέοταν με υψηλά ποσοστά θνητότητας (40 – 80%). Η μεταμόσχευση ήπατος αποτελεί προς το παρόν τη μόνη θεραπεία στην περίπτωση της οξείας ηπατικής ανεπάρκειας με ποσοστό επιβίωσης 70 % έναντι 10-15 % της συμβατικής θεραπείας. Η πρώιμη διάγνωση της οξείας ηπατικής ανεπάρκειας είναι πολύ σημαντική. Για τη διάγνωσή της και για τις ενδείξεις μεταμόσχευσης χρησιμοποιούνται τα κριτήρια King's College London και / ή Clichy
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με οξεία ηπατική ανεπάρκεια στους οποίους εφαρμοστήκαν τα κριτήρια μεταμόσχευσης -----X100 Σύνολο ασθενών με οξεία ηπατική ανεπάρκεια
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Κριτήρια μεταμόσχευσης ήπατος: Κριτήρια King's College London and Clichy (παράμετροι που καθορίζουν ποιοι ασθενείς θα ωφεληθούν από τη μεταμόσχευση σε πρώιμη φάση της ανεπάρκειας) • Οξεία ηπατική ανεπάρκεια : ανεξαρτήτου αιτιολογίας
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών με οξεία ηπατική ανεπάρκεια κατά την περίοδο που μελετάμε.
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mas A, Rodes J. Fulminant hepatic failure. Lancet. 1997 Apr 12; 349(9058):1081-5. • Riordan SM, WillR. Use and validation of selection criteria for liver transplantation in acute liver failure. Liver Transpl. 2000 Mar; 6(2):170-3. • Bernauau J, Benhamou JP. Fulminant and subfulminant liver failure. Oxford University Press, 1999; 1341-7. • O'Grady JG, Alexander GJ, Hayllar KM, Williams R. Early indicators of prognosis in fulminant hepatic failure.Gastroenterology. 1989 Aug; 97(2):439-45. • Pauwels A, Mostefa-Kara N, Florent C, Levy VG. Emergency liver transplantation for acute liver failure. Evaluation of London and Clichy criteria.J Hepatol. 1993 Jan; 17(1):124-7.

Δείκτης Νο 83

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΔΥΝΗΤΙΚΑ ΔΩΡΗΤΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ
Διάσταση	Καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Η διαχείριση των δωρητών οργάνων, σκοπό έχει τη λήψη όσο το δυνατό περισσότερων βιώσιμων οργάνων και την καλή τους λειτουργία. Είναι λοιπόν απαραίτητο ένα πρωτόκολλο «συντήρησης» στη ΜΕΘ που να αφορά τους δωρητές πολλαπλών οργάνων. Οι συχνές και σημαντικές μεταβολές στην αιμοδυναμική, μεταβολική και θερμορυθμιστική κατάσταση που παρατηρούνται συχνά στους ασθενείς ΜΕΘ, μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο τη βιωσιμότητα των οργάνων που πρόκειται να μεταμοσχευθούν σε μεταγενέστερη χρονική στιγμή
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ορθά παρακολουθούμενων δυνητικά δωρητών με εγκεφαλικό θάνατο ----- Σύνολο δυνητικά δωρητών με εγκεφαλικό θάνατο ----- X100
Επεξήγηση όρων	Εγκεφαλικός θάνατος: κλινική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ολική και μη αναστρέψιμη διακοπή των εγκεφαλικών λειτουργιών, τόσο του στελέχους, όσο και των εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Δυνητικά δότης: ασθενής εγκεφαλικά νεκρός χωρίς απόλυτες αντενδείξεις για δωρεά οργάνων Σωστή παρακολούθηση – ελάχιστες απαιτήσεις: <ul style="list-style-type: none">• Παρακολούθηση αιματηρής ΑΠ• παρακολούθηση ΚΦΠ• Καρδιακός ρυθμός• Θερμοκρασία πυρήνα• Διούρηση• Αέρια αίματος• Αιμοδιάγραμμα και πηκτικός μηχανισμός• Βιοχημικοί δείκτες και ιόντα: σάκχαρο, ηπατικά, νεφρική λειτουργία, ίζημα ούρων
Πληθυσμός	Το σύνολο των δυνητικά δωρητών που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Rosendale JD, Kauffman HM, McBride MA, Chabalewski FL, Zaroff JG, Garrity ER, Delmonico FL, Rosengard BR. Aggressive pharmacologic donor management results in more transplanted organs. <i>Transplantation</i>. 2003 Feb 27; 75(4):482-7.• _____ Seller-Pérez G, Herrera-Gutiérrez ME, Lebrón-Gallardo M, Fernández-Ortega JF, Arias-Verdú D, Mora-Ordóñez J. Organ donation in the intensive care unit. [Article in Spanish]. <i>Med Intensiva</i> 2004; 28(6):308-315.• Wood KE, Becker BN, McCartney JG, D'Alessandro AM, Coursin DB. Care of the potential organ donor. <i>N Engl J Med</i>. 2004 Dec 23; 351(26):2730-9.

Δείκτης Νο 84

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Πάνω από το 95% των οργάνων που μεταμοσχεύονται στην Ισπανία προέρχονται από εγκεφαλικά νεκρούς δότες. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνουν τη σημασία του εγκεφαλικού θανάτου στη χορήγηση οργάνων για μεταμόσχευση. Η επαρκής, ακριβής γνώση σχετικά με τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου θα συνεισφέρει στην αύξηση του αριθμού των δωρητών και άρα στον αριθμό των μεταμοσχεύσεων
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός εγκεφαλικών θανάτων ----- Σύνολο θανάτων στη ΜΕΘ X100
Επεξήγηση όρων	Στην Ισπανία το 14% περίπου των ασθενών που πεθαίνουν στη ΜΕΘ είναι εγκεφαλικά νεκροί, ενώ το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει το 30% σε νευροχειρουργικά κέντρα αναφοράς. <ul style="list-style-type: none">• Εγκεφαλικός θάνατος: κλινική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ολική και μη αναστρέψιμη διακοπή των εγκεφαλικών λειτουργιών, τόσο του στελέχους, όσο και των εγκεφαλικών ημισφαιρίων.• Η διάγνωση μπορεί να τεθεί μέσω κλινικής νευρολογικής εξέτασης ή διαγνωστικές δοκιμασίες σε σχέση με την ισχύουσα δοκιμασία.
Πληθυσμός	Όλοι οι εγκεφαλικοί θάνατοι κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών και συντονιστικό μεταμοσχεύσεων
Πρότυπο - στόχος	5-30 % Αποτελέσματα < 5% αποτελούν κακό επίπεδο διάγνωσης
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Wijdicks EF. The diagnosis of brain death. N Engl J Med. 2001 Apr 19;344(16):1215-21.• Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Practice parameters for determining brain death in adults (Summary statement). Neurology 1995; 45:1012-14.• Conclusiones de la III Conferencia de Consenso de la SEMICYUC. Muerte Encefálica en las Unidades de Cuidados Intensivos. Med Intensiva 2000; 24(4):193-197.• Spanish Royal Decree 2070/1999, of December 30, regulating obtainment and clinical use of human organs and territorial coordination in donated material and transplantation of organs and tissues. BOE 3/2000 de 04-01-2000, pág. 179 190.

Δείκτης Νο 85

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΣΩΛΗΝΑ (ΡΓΣ) ΛΟΓΩ ΑΠΟΦΡΑΞΗΣ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Αποτυχία επίτευξης τεκμηριωμένων οδηγιών για τη χορήγηση φαρμάκων και εντερικής σίτισης μέσω ΡΓΣ, μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη του σωλήνα, με κλινικές επιπτώσεις που ποικίλλουν από τον κίνδυνο εισρόφησης έως τη διακοπή της αγωγής. Όλα αυτά αυξάνουν τη θνητότητας και το κόστος
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ΡΓΣ που χρειάστηκε να αφαιρεθούν λόγω σπόφραξης -----X100 Σύνολο ΡΓΣ που αφαιρέθηκαν
Επεξήγηση όρων	Απόφραξη ΡΓΣ: απώλεια βατότητας του σωλήνα που απαιτεί
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών με ΡΓΣ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	4%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Goñi Viguria R, Garcia Santolaya MP, Vazquez Calatayud M, Margall Coscojuela MA, Asiaín Erro MC. Evaluation of care quality in the ICU through a computerized nursing care plan. [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 2004 Apr- Jun; 15(2):76-85. Carrión MI, Ayuso D, Marcos M, Paz Robles M, de la Cal MA, Alia I, Esteban A. Accidental removal of endotracheal and nasogastric tubes and intravascular catheters. Crit Care Med. 2000 Jan; 28(1):63-6. Moreno MA, Alvira F, Ballano MA, Simon C, Romea B, Luque P. Tolerance for enteral nutrition in critical patients. Results of a nursing protocol [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 1997 Apr-Jun; 8(2):82-6. Marcos M, Ayuso D, Gonzalez B, Carrión MI, Robles P, Muñoz F, de la Cal MA. Analysis of the accidental withdrawal of tubes, probes and catheters as a part of the program of quality control. [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 1994 Jul- Sep;5(3):115-20

Δείκτης Νο 86

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΣΩΣΤΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΣΤΙΣ ΒΡΟΓΧΟΑΝΑΡΡΟΦΗΣΕΙΣ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	<p>Η χρήση σωστής τεχνικής στη βρογχοαναρρόφηση, βοηθά στη μείωση της επίπτωσης πνευμονίας σχετιζόμενης με μηχανικό αερισμό, μειώνοντας τη διασταυρούμενη μετάδοση λόγω λανθασμένης τεχνικής στο πλύσιμο των χειριών ή τη χρήση μη αποστειρωμένης τεχνικής κατά την αναρρόφηση.</p> <p>Η πνευμονία σχετιζόμενη με το μηχανικό αερισμό σχετίζεται με αυξημένη θνητότητα, επιβαρύνει τη διάρκεια νοσηλείας και κατά συνέπεια το κόστος.</p> <p>Η τήρηση των οδηγιών του Κέντρου Ελέγχου Ασθενειών της Atlanta βοηθά στη μείωση της νοσηρότητας</p>
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός αναρροφήσεων σύμφωνων με της οδηγίες του Κέντρου Ελέγχου Ασθενειών</p> <hr/> <p style="text-align: right;">-----X100</p> <p>Αριθμός αναρροφήσεων συνολικά</p>
Επεξήγηση όρων	<p>Συστάσεις Κέντρου Ελέγχου Ασθενειών:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος ώστε να εξασφαλιστεί ότι το στόμα και ο στοματοφάρρυγας είναι ελεύθερα εκκρίσεων • Έλεγχος για τη σωστή πίεση στο cuff • Χρήση άσηπτης τεχνικής (συνεργασία δύο νοσηλευτών) • Χρήση αποστειρωμένων υλικών και απόρριψή τους ακολούθως • Εκτέλεση της αναρρόφησης μετά από αναπνευστική φυσικοθεραπεία και / η θέσεις παροχέτευσης <p>Τεχνητός αεραγωγός: ενδοτραχειακός σωλήνας και σωλήνας τραχειοστομίας</p>
Πληθυσμός	Όλες οι αναρροφήσεις που έγιναν σε ασθενείς με τεχνητό αεραγωγό κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CDC guidelines focus on prevention of nosocomial pneumonia. Am J Health Syst Pharm. 1997 May 1; 54(9):1022, 1025. • Lerga C, Zapata MA, Herce A, Martinez A, Margall MA, Asiaín MC. Endotracheal suctioning of secretions: effects of instillation of normal serum.[Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 1997 Jul-Sep; 8(3):129-37.

Δείκτης Νο 87

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΕ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
Διάσταση	Ικανοποίηση και καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Η πιστοποιημένη μετάδοση πληροφοριών από το νοσηλευτικό προσωπικό στις οικογένειες των ασθενών βοηθά στη μείωση του άγχους των μελών της οικογένειας και οδηγεί σε μεγαλύτερη συμμετοχή της οικογένειας στην πρόοδο της υγείας του βαρέως πάσχοντα
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός οικογενειών με πληροφόρηση από το νοσηλευτικό προσωπικό ----- Αριθμός ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	Η πληροφόρηση που μεταφέρεται πρέπει να περιέχει τουλάχιστο τα παρακάτω <ul style="list-style-type: none"> • πληροφορία σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας από το νοσηλευτικό προσωπικό • πληροφορίες σχετικά με τη συναισθηματική κατάσταση και άνεση • ηθική στήριξη στις οικογένειες • καθημερινή ενημέρωση των οικογενειών • κατάλληλος χώρος για την ενημέρωση (γραφείο ή στο κρεβάτι του ασθενή, αναλόγως της κατάστασης) • η παροχή ενημέρωσης πρέπει να καταχωρείται στους φακέλους των ασθενών Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν πρέπει να παρέχει πληροφορία σχετικά με την πρόγνωση, διάγνωση ή θεραπεία. Αυτό είναι αρμοδιότητα του ιατρικού προσωπικού
Πληθυσμός	Οι οικογένειες των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε Κριτήρια αποκλεισμού: <ul style="list-style-type: none"> • ασθενείς χωρίς οικογένειες ή συγγενείς • ασθενείς που έχουν εκφράσει ρητά την επιθυμία να μην πληροφορηθεί η οικογένεια για την κατάστασή τους
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Zaforteza Lallemand C, de Pedro Gomez JE, Gastaldo D, Lastra Cubel P, Sanchez-Cuenca Lopez P.What perspective do intensive care nurses have of their relationship with the relatives of a critical patient? [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 2003 Jul-Sep; 14(3):109-19 • Torrents Ros R, Oliva Torras E, Saucedo Fernandez MJ, Surroca Sales L, Jover Sancho C.Impact of the relatives of the critical patient. In light of a protocolized reception. [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 2003 Apr-Jun; 14(2):49-60. • Bernat Adell MD, Tejedor Lopez R, Sanchis Munoz J. How well do patients' relatives evaluate and understand information provided by the intensive care unit? [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 2000 Jan-Mar; 11(1):3-9. • Zazpe Oyarzun MC. Informing the families of patients admitted to an intensive care unit. [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 1996 Oct-Dec; 7(4):147-51

Δείκτης Νο 88

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΑΣΘΕΝΩΝ
Διάσταση	Διάσταση, αποτελεσματικότητα και συνοχή της φροντίδας
Χρησιμότητα	Η ενδονοσοκομειακή μεταφορά και μετακίνηση βαρέως πασχόντων για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς λόγους αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών λόγω ασυνέχειας στην υποστήριξη των ζωτικών λειτουργιών και των συστημάτων παρακολούθησης. Η μεταφορά πρέπει να πραγματοποιείται με τη χρήση του σωστού εξοπλισμού και επαρκώς εκπαιδευμένου προσωπικού με ικανότητα να επιλύει προβλήματα που προκύπτουν και που μπορεί να βάλουν σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενή. Πρέπει να υπάρχει πρωτόκολλο για τα υλικά και το προσωπικό που απαιτείται ώστε να προληφθούν επιπλοκές και να ελαχιστοποιηθούν πιθανά προβλήματα.
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ενδονοσοκομειακών μεταφορών με προβλήματα ----- X100 Αριθμός μεταφορών
Επεξήγηση όρων	Ενδονοκομειακή μεταφορά: απαιτεί <ul style="list-style-type: none"> • Τη συνοδεία ασθενών από εκπαιδευμένους ιατρούς και νοσηλευτές • Συνεχή παρακολούθηση, μηχανική υποστήριξη, και συνεχή φροντίδα Προβλήματα: η εμφάνιση οποιουδήποτε από τα ακόλουθα κατά τη μεταφορά ή μετακίνηση, ανεξάρτητα από το αν το αίτιο εντοπίζεται στον ασθενή ή τον εξοπλισμό <ul style="list-style-type: none"> ▪ πτώση του ασθενή ▪ ατυχηματική αφαίρεση καθετήρων, σωλήνων, αεραγωγών κλπ ▪ αιμοδυναμική αστάθεια ή αναπνευστική ανεπάρκεια ▪ υποθερμία ▪ βλάβη εξοπλισμού ▪ πτώση κορεσμού αρτηριακού αίματος, λόγω αποσύνδεσης ή «τσακίσματος» των σωληνώσεων
Πληθυσμός	Το σύνολο των μεταφορών μέσα στο νοσοκομείο κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	15% (Βιβλιογραφικά αναφέρονται από 15 – 70% ποσοστά ατυχημάτων. Για το λόγο αυτό ως στόχος προτείνεται το κατώτερο)
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Warren J, Fromm RE Jr, Orr RA, Rotello LC, Horst HM; American College of Critical Care Medicine. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients. Crit Care Med. 2004 Jan; 32(1):256-62. ▪ Lovell MA, Mudaliar MY, Klineberg PL. Intrahospital transport of critically ill patients: complications and difficulties. Anaesth Intensive Care. 2001 Aug; 29(4):400-5. ▪ Waydhas C. Intrahospital transport of critically ill patients. Crit Care. 1999; 3(5):R83-9. ▪ Martinez Magro ML, Lozano Quintana MJ, Lopez Castillo MT, Cuenca Solanas M. Intrahospital transportation of critical patients. [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 1995 Jul-Sep; 6(3):111-6 .

Δείκτης Νο 89

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΙΕΣΗ ΣΤΟ CUFF
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Η εξαιρετικά χαμηλή πίεση του cuff σε ενδοτραχειακό ή τραχειοστομίας εμποδίζει τη σωστή εφαρμογή μηχανικού αερισμού, αυξάνει τον κίνδυνο εισρόφησης, αυχηματικής αποσωλήνωσης, και μετακίνησης του σωλήνα. Η εξαιρετικά μεγάλη πίεση μπορεί να επιφέρει ισχαιμία και βλάβες στο τοίχωμα της τραχείας.
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός μετρήσεων της πίεσης στο cuff εντός φυσιολογικών ορίων -----X100 Συνολικός αριθμός μετρήσεων
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Εντός φυσιολογικών ορίων: 17 – 22 mmHg ή σύμφωνα με οδηγία • Έλεγχος: ένας σε κάθε βάρδια ή σε μετακίνηση του σωλήνα
Πληθυσμός	Όλες οι μετρήσεις της πίεσης του cuff, κατά την περίοδο που εξετάζουμε.
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	95%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Granja C, Faraldo S, Laguna P, Gois L. Control of the endotracheal cuff balloon pressure as a method of preventing laryngotracheal lesions in critically ill intubated patients. [Article in Spanish]. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2002 Mar;49(3):137-40 • Wilder NA, Orr J, Westenskow D. Clinical evaluation of tracheal pressure estimation from the endotracheal tube cuff pressure. J Clin Monit Comput. 1998 Jan; 14(1):29-34. • Fernandez R, Blanch L, Mancebo J, Bonsoms N, Artigas A. Endotracheal tube cuff pressure assessment: pitfalls of finger estimation and need for objective measurement. Crit Care Med. 1990 Dec; 18(12):1423-6.

Δείκτης Νο 90

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΝΑΓΕΡΜΩΝ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η λανθασμένη διαχείρηση συναγερμών αυξάνει τη νοσηρότητα και θνητότητα λόγω καθυστερημένης αντίδρασης. Προκαλεί επίσης αύξηση της νοσηρότητας (αρρυθμίες και αλλαγές σε ζωτικά σημεία στα οποία πιθανόν να μη δοθεί η πρέπουσα σημασία)
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών σε παρακολούθηση που παρουσίασαν επιπλοκή λόγω λανθασμένης διαχείρησης συναγερμών -----X100 Αριθμός ασθενών σε παρακολούθηση
Επεξήγηση όρων	Επιπλοκή : ανεπιθύμητο συμβάν λόγω λανθασμένης διαχείρησης συναγερμών Λανθασμένη διαχείρηση συναγερμών: <ul style="list-style-type: none">• Όταν δεν είναι προσαρμοσμένοι ειδικά στις ανάγκες του κάθε ασθενή• Όταν είναι ακυρωμένοι• Όταν δεν τους παρακολουθεί
Πληθυσμός	Όλοι οι εισαχθέντες στη ΜΕΘ ασθενείς που υποβάλλονται σε παρακολούθηση κατά την περίοδο που παρακολουθούμε (συνιστάται καθημερινή δειγματοληψία)
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών. Νοσηλευτικό μητρώο συμβάντων
Πρότυπο - στόχος	5%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Solsona JF, Altaba C, Maull E, Rodriguez L, Bosque C, Mulero A. Are auditory warnings in the intensive care unit properly adjusted? J Adv Nurs. 2001 Aug; 35(3):402-6.• Chambrin MC, Ravaux P, Calvelo-Aros D, Jaborska A, Chopin C, Boniface B. Multicentric study of monitoring alarms in the adult intensive care unit (ICU): a descriptive analysis. Intensive Care Med. 1999 Dec; 25(12):1360-6.• De Clercq PA, Blom JA, Hasman A, Korsten HH. A strategy for developing practice guidelines for the ICU using automated knowledge acquisition techniques. J Clin Monit Comput. 1999 Feb; 15(2):109-17.

Δείκτης Νο 91

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΤΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ
Διάσταση	Κίνδυνος και ικανοποίηση
Χρησιμότητα	Οι ασθενείς μπορεί να τραυματιστούν αν πέσουν. Οι πτώσεις μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και μπορεί να αποφευχθούν. Η χρήση πρωτοκόλλων ασφαλείας και περιοριστικών μέτρων μπορεί να μειώσει τη συχνότητά τους.
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός πτώσεων που συνέβησαν -----X100 Αριθμός εισαγωγών
Επεξήγηση όρων	Καταμετρώνσται όλες οι πτώσεις ακόμη και αν ο ασθενής περπατούσε, καθόταν ή ήταν σε διαδικασία μεταφοράς.
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών. Ειδικό δελτίο πτώσεων
Πρότυπο - στόχος	0%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papaioannou A, Parkinson W, Cook R, Ferko N, Coker E, Adachi JD. Prediction of falls using a risk assessment tool in the acute care setting. BMC Med. 2004 Jan 21; 2:1. • Goñi Viguria R, Garcia Santolaya MP, Vazquez Calatayud M, Margall Coscojuela MA, Asiaín Erro MC. Evaluation of care quality in the ICU through a computerized nursing care plan. [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 2004 Apr-Jun; 15(2):76 - 85. • Maccioli GA, Dorman T, Brown BR, Mazuski JE, McLean BA, Kuszaj JM, Rosenbaum SH, Frankel LR, Devlin JW, Govert JA, Smith B, Peruzzi WT; American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies--American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002. Crit Care Med. 2003 Nov; 31(11):2665-76.

Δείκτης Νο 92

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΤΗΡΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΤΗ ΜΕΘ
Διάσταση	Συνέχεια στη φροντίδα
Χρησιμότητα	Το νοσηλευτικό μητρώο αποτελεί τμήμα του φακέλου του ασθενή. Εξασφαλίζει την ποιότητα και τη συνοχή της περιθαλψης. Βοηθά στην αποφυγή λαθών και στην περιοδικότητα των ενεργειών. Είναι επίσης νομικό έγγραφο
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός σωστά συμπληρωμένων μητρώων -----X100 Αριθμος μητρώων που μελετήθηκαν
Επεξήγηση όρων	Νοσηλευτικό μητρώο: Διάγραμμα οπου καταχωρούνται όλες οι σχετικές με τον ασθενή πληροφορίες από την εισαγωγή ως τη έξοδό του από τη ΜΕΘ. Σωστά συμπληρωμένα: <ul style="list-style-type: none">• με όλα τα δεδομένα που απαιτούνται από τον κανονισμό λειτουργίας του κάθε νοσοκομείου• περίληψη των συμβάντων της κάθε βάρδιας, υπογεγραμμένη από τη υπεύθυνη για κα'θε ασθενή αδελφή
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Herrero Garcia T, Cabrero Cabrero AI, Burgos Martin MR, Garcia Iglesias M, Fernandez Herranz AI. Quality control of nursing records. [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 1998 Jan-Mar 9(1):10-5.• Martínez Riera JR. Informe de enfermería al ingreso (IEI). Instrumento específico de interrelación. Rev Rol Enferm 1999; 22:133-9.• García Martín N, Gutiérrez Palacios MP, Sanz Rosillo C, Varez González E. Registros de enfermería. Enferm Intensiva 1995; 6:14-9.• Lopez Coig ML, Perpina Galvan J, Cabrero Garcia J, Richart Martinez M. Classification of written nursing records in the intensive care unit of the Alicante General Hospital. [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 1995 Apr-Jun; 6(2):59-62.

Δείκτης Νο 93

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΛΑΘΗ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΓΩΓΗΣ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Τα λάθη στη χορήγηση αγωγής είναι συχνά και σχετίζονται με αυξημένη νοσηρότητα, θνητότητα, διάρκεια παραμονής και κόστους. Η αναγνώριση των λαθών αυτών επιτρέπει τη λήψη μέτρων για την πρόληψή τους
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός διαπιστωμένων λαθών -----X100 Αριθμός χορηγήσεων αγωγών
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> Συνολικός αριθμός χορηγήσεων: προκύπτει από τον υπολογισμό του μέσου αριθμού ασθενών στη ΜΕΘ και του μέσου αριθμού χορηγήσεων αγωγής ανα ασθενή (περίπου 15 χορηγήσεις την ημέρα) Λάθος στη χορήγηση: ασυμφωνία μεταξύ του συνταγογραφηθέντος και του χορηγηθέντος σκευάσματος
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Άμεση παρατήρηση, Μητρώο «καταχώρησης λαθών»
Πρότυπο - στόχος	5%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lacasa C, Humet C, Cot R. Errores de Medicación. Ed. EASO 2001. Programa de garantía de calidad en el Servicio de Farmacia del Hospital de Barcelona (II). Farm Hosp 1998; 22(6):271-278. Holzmueller CG, Pronovost PJ, Dickman F, Thompson DA, Wu AW, Lubomski LH, Fahey M, Steinwachs DM, Engineer L, Jaffrey A, Morlock LL, Dorman T. Creating the web-based intensive care unit safety reporting system. J Am Med Inform Assoc. 2005 Mar-Apr;12(2):130-9.

Δείκτης Νο 94 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΠΛΥΣΙΜΟ ΧΕΡΙΩΝ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Τα χέρια αποτελούν μηχανισμό μετάδοσης ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, και είναι πιο εύκολη η μετάδοση από τα aerosol και τα αντικείμενα. Το πλύσιμο των χεριών προλαμβάνει τη διασταυρούμενη μετάδοση των μικροοργανισμών και μπορεί να μειώσει τη συχνότητα των λοιμώξεων κατά 50% αλλά και τα έξοδα
Μαθηματικός Τύπος	<p style="text-align: center;">Αριθμός διαδικασιών πλυσίματος χεριών που έγιναν σύμφωνα με το πρωτόκολλο</p> <hr/> <p style="text-align: right;">X100 Αριθμός ενδεδειγμένων διαδικασιών πλυσίματος χεριών</p>
Επεξήγηση όρων	<p>Πλύσιμο χεριών σύμφωνα με το πρωτόκολλο:</p> <p>Α) σε συμφωνία με κανόνες υγιεινής: με νερό και σαπούνι</p> <p>Ενδείξεις:</p> <ul style="list-style-type: none"> • πριν: από την έναρξη της βάρδιας, φαγητό, επαφή με ασθενή, από χειρισμό συστημάτων που πρέπει να είναι αποστειρωμένα, από την προετοιμασία διαλυμάτων, φαρμάκων και σίτισης, τη διενέργεια παρεμβάσεων μικρής διάρκειας (<10 λεπτά). • μετά: από χρήση τουναλέτας, φαγητό, χειρισμό υλικού επιμολυσμένου με εκκρίσεις, επαφή με ασθενή, τέλος της βάρδιας • προ και μετά: από επαφή με τραύματα και χειρισμό συστημάτων παροχέτευσης • μεταξύ επαφών σε δύο ασθενείς <p>Β) Αντισηπτικό πλύσιμο:</p> <p>Διαδικασία: με χρήση αλκοολικού διαλύματος. Διάρκεια: 2 λεπτά</p> <p>Ένδειξη: πριν από τη διενέργεια επεμβάσεων με μεγάλη διάρκεια (>20 λεπτά) και χειρισμό σε ανοσοκατασταλμένο ασθενή.</p>
Πληθυσμός	Όλο το προσωπικό της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Άμεση παρατήρηση
Πρότυπο - στόχος	90%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pittet D, Dharan S, Touveneau S, Sauvan V, Perneger TV. Arch Intern Med. 1999 Apr 26; 159(8):821-6. • Larson E, Kretzer EK. Compliance with handwashing and barrier precautions. J Hosp Infect. 1995 Jun; 30 Suppl: 88-106. • Pittet D, Hugonnet S, Harbarth S, Mourouga P, Sauvan V, Touveneau S, Perneger TV. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. Infection Control Programme. Lancet. 2000 Oct 14; 356(9238):1307-12. • Guideline for Hand Hygiene in Healthcare Settings. CDC's Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), in collaboration with the Society for Healthcare. 2002. Available at www.cdc.gov/handhygiene

Δείκτης Νο 95

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΕΝΔΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η ατυχηματική αφαίρεση καθετήρων, κρύβει κινδύνους για επιπλοκές, αυξάνει το φόρτο εργασίας, καθώς και το κόστος νοσηλείας
Μαθηματικός Τόπος	Αριθμός καθετήρων που αφαιρέθηκαν από λάθος -----X1000 ημέρες Αριθμός ημερών που ήταν στη θέση του
Επεξήγηση όρων	Η κατά λάθος αφαίρεση καθετήρα περιλαμβάνει: <ul style="list-style-type: none"> • αφαίρεση από τον ασθενή • αφαίρεση από το προσωπικό στην εκτέλεση χειρισμών • απόφραξη του καθετήρα Κριτήρια ένταξης: <ul style="list-style-type: none"> • Κεντρικός φλεβικός ή αρτηριακός καθετήρας (κεντρικά ή περιφερικά τοποθετημένοι) • Καθετήρες που τοποθετήθηκαν στη ΜΕΘ ή και αλλού Κριτήρια αποκλεισμού <ul style="list-style-type: none"> • ασθενείς στη ΜΕΘ < 24 ώρες
Πληθυσμός	Το σύνολο των ημερών τοποθετημένου καθετήρα σε ασθενείς που εξήλθαν μετά από παραμονή τουλάχιστον 24 ωρών στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	Αρτηριακός : 20 καθετήρες / 1000 ημέρες ΚΦΚ: 6 καθετήρες / 1000 ημέρες
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Carrion MI, Ayuso D, Marcos M, Paz Robles M, de la Cal MA, Alia I, Esteban A. Accidental removal of endotracheal and nasogastric tubes and intravascular catheters. Crit Care Med. 2000 Jan; 28(1):63-6. • Goñi Viguria R, Garcia Santolaya MP, Vazquez Calatayud M, Margall Coscojuuela MA, Asiaín Erro MC. Evaluation of care quality in the ICU through a computerized nursing care plan. [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 2004 Apr-Jun; 15(2):76- 85. • Amo Priego MD, Carmona Monge FJ, Gomez Nieves I, Bonilla Zafra G, Gordo Vidal F. Assessment of the efficacy of the implementation of an arterial cannulation protocol as quality assurance method. [Article in Spanish]. Enferm Intensiva. 2004 Oct-Dec; 15(4):159-64.

Δείκτης Νο 96

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΡΟΤΣΙΩΝ ΑΝΑΝΗΨΗΣ
Διάσταση	Κίνδυνος και καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Η σωστή διατήρηση καροτσιών ανάνηψης, εξασφαλίζει ότι το υλικό θα είναι διαθέσιμο όταν χρειαστεί. Ο δείκτης αυτός μετράει το επίπεδο πρόληψης και ετοιμοτητας σε πιθανή επείγουσα κατάσταση
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ελέγχων που πραγματοποιήθηκαν σύμφωνα με πρωτόκολλο ----- Αριθμός ελέγχων που ενδέικνυνται (ημέρες X2)
Επεξήγηση όρων	Έλεγχος σύμφωνα με πρωτόκολλο που περιλαμβάνει: <ul style="list-style-type: none">• Χρόνος: 2 φορές ημερησίως• Περιεχόμενα:<ul style="list-style-type: none">- έλεγχος σφραγίδας- ημερομηνία και ώρα ελέγχου- αν δεν είναι σφραγισμένο, έλεγχος καταλόγου φαρμάκων, υλικού αεραγωγών, και υποστήριξης κυκλοφορίας- έλεγχος καλής λειτουργίας του monitor και του απινιδωτή
Πληθυσμός	Το σύνολο των ελέγχων (δις ημερησίως) κατά την περίοδο που μελετάμε Κριτήριο αποκλεισμού: έλεγχος του καροτσιού μετά από τη χρήση του
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Ειδικό φύλλο ελέγχου για το καρότσι ανάνηψης
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Requirement: fulfillment of regulation UNE 60601. Security requirements for electromedical devices (regulations of the Spanish Society of Electromedicine and Clinical Engineering, SEEIC)• Agency for Healthcare Research and Quality: http://www.ahrq.gov• Joint Commission. International standards for hospital accreditation.2000.

Δείκτης Νο 97

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΑΡΟΧΗ ΕΝΔΕΔΕΙΓΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΕ ΤΕΛΕΥΤΩΝΤΑ ΑΣΘΕΝΗ
Διάσταση Χρησιμότητα	Αποτελεσματικότητα και ικανοποίηση Σημαντικό ποσοστό ασθενών αποβιώνουν στις ΜΕΘ μετά από απόφαση για την απόσυρση ή περιορισμό της υποστήριξης της ζωής. (AYZ) Οι πρακτικές που ακολουθούνται ποικίλλουν. Η εφαρμογή πρωτοκόλλων βασισμένων σε συστάσεις επιστημονικών ενώσεων μπορεί να μειώσουν την ποικιλία και να βελτιώσουν την ποιότητα
Μαθηματικός Τόπος	Αριθμός «ασθενών AYZ» που αποβιώνουν στη ΜΕΘ στους οποίους εφαρμόστηκε πρωτόκολλο -----X100 Αριθμός «ασθενών AYZ» που αποβιώνουν στη ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	Οι ελάχιστες προυποθέσεις που πρέπει να περιληφθούν στο πρωτόκολλο AYZ είναι: <ul style="list-style-type: none">• αιτιολόγηση• συγκεκριμένα μέσα και συμπτώματα• μηχανική υποστήριξη, αιμοδιάλυση, τεχνητή διατροφή και ενυδάτωση• παροχή συμβουλών και υποστήριξης στις οικογένειες• διαδικασία επικοινωνίας
Πληθυσμός	Το σύνολο των AYZ ασθενών που απεβίωσαν στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε.
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: Η μέτρηση του δείκτη αυτού προυποθέτει την ύπαρξη ειδικού πρωτοκόλλου για τη φροντίδα τελευτούντων ασθενώνστους οποίους αποσύρεται ή περιορίζεται η υποστήριξη ζωής. <ul style="list-style-type: none">• Clarke EB, Curtis JR, Luce JM, Levy M, Danis M, Nelson J, Solomon MZ; Robert Wood Johnson Foundation Critical Care End-Of-Life Peer Workgroup Members. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit.Crit Care Med. 2003 Sep; 31(9):2255-62.• Truog RD, Cist AF, Brackett SE, Burns JP, Curley MA, Danis M, DeVita MA, Rosenbaum SH, Rothenberg DM, Sprung CL, Webb SA, Wlody GS, Hurford WE. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: The Ethics Committee of the Society of Critical Care Medicine.Crit Care Med. 2001 Dec; 29(12):2332-48.

Δείκτης Νο 98 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΣΤΙΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΜΕΘ
Διάσταση	Ικανοποίηση
Χρησιμότητα	Το δικαιώμα του ασθενή στην πληροφόρηση εξασφαλίζεται από την ισχύουσα νομοθεσία. Ένας σημαντικός αριθμός βαρέως πασχόντων είναι αδύνατο να λάβει τις πληροφορίες αυτές (καταστολή) και η πληροφόρηση παρέχεται στα μέλη της οικογένειας ή άλλα κοντινά στον ασθενή πρόσωπα
Μαθηματικός Τύπος	<p style="text-align: center;">Αριθμός οικογενειών που ενημερώθηκαν σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια</p> <hr/> <p style="text-align: right;">-----X100</p> <p style="text-align: center;">Αριθμός ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ</p>
Επεξήγηση όρων	<p>Οικογένεια: τα άμεσα μέλη ή άτομα εξουσιοδοτημένα από τον ασθενή</p> <p>Κριτήρια παροχής πληροφοριών στην οικογένεια:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Καθημερινά (και αργίες). Παρέχεται επαρκής χρόνος για να εξηγηθεί η κατάσταση και να λυθούν απορίες • Να γίνεται σε άνετο περιβάλλον, απομονωμένο • Να γίνεται από τον υπεύθυνο για τον ασθενή Ιατρό ή τον εφημερεύοντα
Πληθυνσμός	<p>Οι οικογένειες όλων των ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που εξετάζουμε.</p> <p>Κριτήρια αποκλεισμού:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ασθενείς χωρίς οικογένεια ή παρόμοιες σχέσεις • Ασθενείς που έχουν ρητά δηλώσει ότι δεν επιθυμούν ενημέρωση των συγγενών τους
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<ul style="list-style-type: none"> • Η συμμόρφωση με το δείκτη απαιτεί την εφαρμογή των κριτηρίων που αναφέρονται στο τμήμα «επεξήγηση της ορολογίας» • Το ιδανικό είναι, η ενημέρωση να λαμβάνει χώρα σε κάποιο γραφείο • Πάντα να γίνεται ενημέρωση κατά την εισαγωγή <p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <p>Spanish law 41/2002 regulating patients' autonomy and rights, and obligations regarding information and clinical documentation (November 2002). BOE 15 November 2002.</p>

Δείκτης Νο 99

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΟΥ) ΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ
Διάσταση	Καταλληλότητα και ικανοποίηση
Χρησιμότητα	Οι προχωρημένες οδηγίες υγείας διευκολύνουν το σεβασμό στις επιθυμίες του ανίκανου για δικαιοπραξία ασθενή (σε καταστολή). Η ισχύουσα νομοθεσία επιβάλλει και ρυθμίζει την ενσωμάτωση ΠΟΥ στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Αποτελεί ευθύνη του ιατρού να ερευνήσει την ύπαρξη ΠΟΥ στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τους ασθενείς που δεν έχουν δυνατότητα έκφρασης των προτιμήσεών τους
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός ασθενών χωρίς ικανότητα για δικαιοπραξία για τους οποίους ερευνήθηκε η ύπαρξη ΠΟΥ</p> <hr/> <p style="text-align: right;">-----X100</p> <p>Αριθμός ασθενών χωρίς ικανότητα για δικαιοπραξία</p>
Επεξήγηση όρων	<p>Ασθενής χωρίς ικανότητα για δικαιοπραξία: ανίκανος να λάβει αποφάσεις λόγω της κατάστασής του/ της</p> <p>Προχωρημένες οδηγίες υγείας: έρευνα για οδηγίες που πληρούν τις απαιτήσεις για νομική ισχύ. Πρότερες οδηγίες που δεν είναι νομικά σε ισχύ μπορούν επίσης να ληφθούν υπόψη (προφορικές, γραπτές)</p>
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών χωρίς ικανότητα για δικαιοπραξία κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών: πρέπει να περιλαμβάνουν σαφή δήλωση του θεράποντα ιατρού για το αν ερευνήθηκε η ύπαρξη ΠΟΥ προ της λήψης αποφάσεων που αφορούν ασθενείς χωρίς ικανότητα για δικαιοπραξία
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Spanish law 41/2002 regulating patients' autonomy and rights, and obligations regarding information and clinical documentation (November 2002). BOE 15 November 2002. Saralegui Reta I, Monzón Marín JL, Martín MC. Instrucciones previas en Medicina Intensiva. Med Intensiva 2004; 28:256-261.

Δείκτης Νο 100

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ – ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
Διάσταση Χρησιμότητα	Ενημέρωση Γενικά, κάθε ενέργεια σε περιβάλλον παροχής υπηρεσιών υγείας απαιτεί προηγουμένως τη συγκατάθεση του ασθενή ή στην περίπτωση ασθενών σε καταστολή, των νόμιμων εκπροσώπων. Η μη λήψη συγκατάθεσης παραβιάζει το δικαίωμα του ασθενή στην αυτονομία. Σαν γενικός κανόνας ισχύει η προφορική συγκατάθεση, αλλά νομικά απαιτείται γραπτή συγκατάθεση σε συγκεκριμένες περιπτώσεις (χειρουργική επέμβαση, επεμβατικές και δυνυτικά επικύνδυνες διαδικασίες)
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός σωστά ληφθέντων συγκαταθέσεων -----X100 Αριθμός διαδικασιών που απαιτούν συγκατάθεση
Επεξήγηση όρων	Σωστά ληφθείσα συγκατάθεση: έγγραφο που περιλαμβάνει την ταυτότητα και την υπογραφή του ασθενή και του ιατρού, μια μικρή περιγραφή της επέμβασης και τους κινδύνους που ενέχει, όπως και τις εναλλακτικές αν υπάρχουν. Διαδικασίες που απαιτούν έγγραφη συγκατάθεση <ul style="list-style-type: none"> • τραχειοστομία • μη επείγουσα μετάγγιση παραγώγων αίματος • χειρουργική παρέμβαση • τεχνικές αιμοδιάλυσης • μη επείγουσα τοποθέτηση βηματοδότη • πλασμαφαίρεση • αγγειογραφία
Πληθυσμός	Όλες οι προαναφερθείσες παρεμβάσεις στον ασθενή που έγιναν την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελετη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Για αν θεωρηθεί ότι πληρούνται οι προυποθέσεις του δείκτη πρέπει να ικανοποιηθούν τα κριτήρια που περιγράφονται στο τμήμα «επεξήγηση ορολογίας» Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Spanish law 41/2002 regulating patients' autonomy and rights, and obligations regarding information and clinical documentation (November 2002). BOE 15 November 2002. • Solsona JF, Cabré L, Abizanda R, Campos JM, Sainz A, Martín MC, Sánchez JM, Bouza C, Quintana M, Saralegui I, Monzón JL and the Bioethics Group of the SEMICYUC. Recomendaciones del grupo de bioética de la SEMICYUC sobre el Consentimiento Informado en UCI. Med Intensiva 2002; 26(5):254-255.

Δείκτης Νο 101 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΠΟΣΥΡΣΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ (AYZ)
Διάσταση	Καταλληλότητα και ικανοποίηση
Χρησιμότητα	Ο σκοπός της AYZ είναι να αποφευχθεί ο πόνος που προκαλείται από τη μάταια θεραπεία. Εφαρμόζεται σε ένα σημαντικό ποσοστό βαρέως πασχόντων
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ενδείξεων AYZ που πληρούν τα κριτήρια -----X100 Συνολικός αριθμός ενδείξεων AYZ
Επεξήγηση όρων	AYZ θεωρούνται και η απόσυρση και ο περιορισμός των θεραπευτικών μέτρων Βασικά κριτήρια – ενδείξεις <ul style="list-style-type: none"> • βασισμένα σε ιατρική ενδείξεων • να λαμβάνονται υπόψη οι επιθυμίες του ασθενή αλλά και οι προχωρημένες οδηγίες υγείας • συμφωνία μεταξύ των μελών της ομάδας • οι οικογένειες πρέπει αν είναι πληροφορημένες και να ζητηθεί η γνώμη τους Όλα τα παραπάνω πρέπει να γράφονται στο φάκελο ασθενούς (η απόφαση εφαρμογής AYZ, η κλινική τους βάση, αν είναι σύμφωνοι όλοι, η οικογένεια πληροφορημένη, και αν λαμβάνονται υπόψη οδηγίες του ασθενή)
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που εισήχθησαν στη ΜΕΘ και εφαρμόστηκε AYZ κατά την περίοδο που μελετάμε Κριτήρια αποκλεισμού <ul style="list-style-type: none"> • Η απόφαση για τη μη εισαγωγή του ασθενή στη ΜΕΘ, αφού αυτό δεν μπορεί να προηγείται της βούλησης της ομάδας • Σε περίπτωση θεραπευτικής ματαιότητας, η ομάδα μπορεί να εφαρμόσει AYZ χωρίς να συμβουλευτεί την οικογένεια
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Σε περίπτωση διαφωνίας με την οικογένεια, συνιστάται η συνδρομή του συμβουλίου Ηθικής του Νοσοκομείου Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Cabré L, Solsona JF and the Bioethics Work group of the SEMICYUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en Medicina Intensiva. Medicina Intensiva 2002; 26:304- 311. • Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alia I, Caballero J, Bouza C, Alcalá-Zamora J, Cook DJ, Sanchez JM, Abizanda R, Miro G, Fernandez Del Cabo MJ, de Miguel E, Santos JA, Balerdi B. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. Intensive Care Med. 2001 Nov;27(11):1744-49.

Δείκτης Νο 102

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΧΡΗΣΗ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΩΝ ΜΕΣΩΝ
Διάσταση	Κίνδυνος και καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Περιοριστικά μέτρα (φυσικά και / ή φαρμακευτικά) χρησιμοποιούνται συχνά στη ΜΕΘ με σκοπό την προστασία του ίδιου του ασθενή ή για την προστασία υγειονομικού εξοπλισμού
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός εφαρμογών περιοριστικών μέτρων σύμφωνα με πρωτόκολλο -----X100 Αριθμός εφαρμογών περιοριστικών μέτρων
Επεξήγηση όρων	Τα μέσα μπορεί να είναι φυσικά και ή φαρμακευτικά Η χρήση περιοριστικών μέσων πρέπει να δίνεται ως οδηγία από ιατρό Το πρωτόκολλο πρέπει να περιλαμβάνει: <ul style="list-style-type: none">• ορισμό των περιοριστικών μέσων και των τύπων αυτών• ενδείξεις για τις περιπτώσεις στις οποίες πρέπει να εφαρμόζονται• παρακολούθηση ασθενών με περιοριστικά μέσα Κριτήρια αποκλεισμού: θεραπευτικά μέτρα για την ακινησία ασθενών (έλξεις) και περιοριστικά μέσα με δικαστική απόφαση
Πληθυνσμός	Το σύνολο των περιοριστικών μέσων κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών (οι οδηγίες για χρήση περιοριστικών μέσων πρέπει να καταγράφεται τόσο στους φακέλους όσο και στα νοσηλευτικά μητρώα)
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Η μέτρηση του δείκτη προϋποθέτει την ύπαρξη ειδικού πρωτοκόλλου για τις ενδείξεις και το χειρισμό των περιοριτικών μέσων Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Maccioli GA, Dorman T, Brown BR, Mazuski JE, McLean BA, Kuszaj JM, Rosenbaum SH, Frankel LR, Devlin JW, Govert JA, Smith B, Peruzzi WT; American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine.Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies--American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002.Crit Care Med. 2003 Nov;31(11):266576.

Δείκτης Νο 103

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΥΠΑΡΞΗ ΟΜΑΔΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΟΑΕΠ)
Διάσταση	Καταλληλότητα και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η ύπαρξη ΟΑΕΠ στο νοσοκομείο ή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών αποδεικνύεται χρήσιμη στον περιορισμό έκτακτων εισαγωγών στη ΜΕΘ, στη μείωση του αριθμού των ανακοπών, στη μείωση της νοσοκομειακής θνητότητας, και στη μείωση των εισαγωγών
Μαθηματικός Τύπος	Ναι ή όχι
Επεξήγηση όρων	Ομάδα αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών (ΟΑΕΠ): ομάδα ιατρών και νοσηλευτών διαθέσιμη 24 ώρες / ημέρα ώστε να ανταποκρίνονται σε κλήσεις από το προσωπικό εκτός μονάδας όταν προκύπτουν ζητήματα απειλητικά για τη ζωή του ασθενή.
Πληθυσμός	ΜΕΘ
Τύπος δείκτη	Δομή
Πηγή δεδομένων	Οδηγίες για τη ΟΑΕΠ
Πρότυπο - στόχος	Ναι (100%)
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Scales DC, Abrahamson S, Brunet F, Fowler R, Costello J, Granton JT, McCarthy MK, Sibbald WJ, Slutsky AS. The ICU outreach team. J Crit Care. 2003 Jun; 18(2):95-106. • Hillman KM, Bristow PJ, Chey T, Daffurn K, Jacques T, Norman SL, Bishop GF, Simmons G. Duration of life-threatening antecedents prior to intensive care admission. Intensive Care Med. 2002 Nov; 28(11):1629-34. • Parr M. In-hospital resuscitation: review and revise. Resuscitation. 2001 Jul; 50(1):13-4 • Bellomo R, Goldsmith D, Uchino S, Buckmaster J, Hart GK, Opdam H, Silvester W, Doolan L, Gutteridge G. A prospective before-and-after trial of a medical emergency team. Med J Aust. 2003 Sep 15; 179(6):283-7.

Δείκτης Νο 104

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΑΝΑΒΟΛΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η αναβολή προγραμματισμένων χειρουργείων λόγω μη διαθέσιμων κλινών στη ΜΕΘ μπορεί να αποτελεί κίνδυνο για τον ασθενή, να μειώσει την ικανοποίηση, και να αυξήσει την παραμονή και το κόστος
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός προγραμματισμένων χειρουργικών επεμβάσεων λόγω μη διαθέσιμων κλινών ΜΕΘ</p> <hr/> <p style="text-align: right;">X100</p> <p>Αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων με προηγουμένως εξασφαλισμένα κρεβάτια ΜΕΘ</p>
Επεξήγηση όρων	Χειρουργεία που αναβλήθηκαν λόγω μη διαθεσιμότητας κλινών στη ΜΕΘ: Χειρουργεία που δεν έγιναν επειδή οι κλίνες που είχαν εξασφαλιστεί στη ΜΕΘ δεν ήταν διαθέσιμες
Πληθυσμός	<p>Όλες οι προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις με εξασφαλισμένη κλίνη κατά την περίοδο που μελετάμε.</p> <p>Κριτήρια αποκλεισμού: ασθενείς σε προγραμματισμένο χειρουργείο με προηγουμένως εξασφαλισμένη κλίνη που μεταφέρονται σε κοινό θάλαμο επειδή τελικά η μεταφορά στη ΜΕΘ δεν κρίνεται απαραίτητη</p>
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Μητρώο διαχείρησης ΜΕΘ Χειρουργικό μητρώο
Πρότυπο - στόχος	10%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pronovost PJ, Berenholtz SM, Ngo K, McDowell M, Holzmueller C, Haraden C, Resar R, Rainey T, Nolan T, Dorman T. Developing and pilot testing quality indicators in the intensive care unit. J Crit Care. 2003 Sep; 18(3):145-55. Williams T, Leslie G. Delayed discharges from an adult intensive care unit. Aust Health Rev. 2004 Sep 30; 28(1):87-96.

Δείκτης Νο 105 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΡΕΥΝΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΜΕΘ
Διάσταση	Ικανοποίηση
Χρησιμότητα	<p>Η επικεντρωμένη στον άρρωστο φροντίδα είναι ένας από τους κύριους σκοπούς στη ΜΕΘ</p> <p>Οι έρευνες ικανοποίησης είναι από τις συχνότερες μεθόδους που χρησιμοποιούνται για να μελετηθεί η αντίληψη της ποιότητας από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους και να ληφθούν μέτρα για τη βελτίωση</p>
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός συπληρωμένων ερωτηματολογίων -----X100</p> <p>Αριθμός ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ</p>
Επεξήγηση όρων	<p>Η εξοδος από τη ΜΕΘ περιλαμβάνει: μεταφορά σε θάλαμο ή άλλο ίδρυμα, εξιτήριο στο σπίτι, ή θάνατος</p> <p>Πρέπει να μετρώνται και οι επανείσοδοι</p> <p>Απαντημένο ερωτηματολόγιο: με > 70% απαντήσεις</p>
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε.
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Μητρώο Νοσηλευτών
Πρότυπο – στόχος	80%
Σχολιασμός	<p>Το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης πρέπει να περιλαμβάνει:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Συνθήκες περιβάλλοντος 2.Σχέσεις με ιατρούς 3.Σχέσεις με νοσηλευτικό προσωπικό 4.Θέματα σχετικά με το επισκεπτήριο <p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérez MD, Rodríguez M, Fernández A, Catalán M, Montejo JC. Evaluation of satisfaction among the relatives of patients admitted to an intensive care unit. [Article in Spanish]. Med Intensiva 2004; 28(5):237-49. • Wasser T, Pasquale MA, Matchett SC, Bryan Y, Pasquale M. Establishing reliability and validity of the critical care family satisfaction survey. Crit Care Med. 2001 Jan;29(1):192-6.. • Dodek PM, Heyland DK, Rocker GM, Cook DJ. Translating family satisfaction data into quality improvement. Crit Care Med. 2004 Sep; 32(9):1922-7. • Heyland DK, Rocker GM, Dodek PM, Kutsogiannis DJ, Konopad E, Cook DJ, Peters S, Tranmer JE, O'Callaghan CJ. Family satisfaction with care in the intensive care unit: results of a multiple center study. Crit Care Med. 2002 Jul; 30(7):1413-8.

Δείκτης Νο 106

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΗ Η ΕΣΠΕΥΣΜΕΝΗ ΕΞΟΔΟΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΘ
Διάσταση	Κίνδυνος και καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Ο περιορισμένος αριθμός ασθενών κλινών στις ΜΕΘ και η αύξηση του αριθμού των βαρέως πασχόντων οδηγούν στην τάση, μερικοί ασθενείς να εξέρχονται εσπευσμένα, κάτω από πίεση Αυτό οδηγεί σε αυξημένη συχνότητα επανεισόδων, διάρκεια παραμονής, κόστους και θνητότητας
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ εσπευσμένα -----X100 Αριθμός ασθενών που εξέρχονται της ΜΕΘ
Επεξίγηση όρων	Εσπευσμένη ή λανθασμένη έξοδος από τη ΜΕΘ: <ul style="list-style-type: none">• Ασθενείς με μη προγραμματισμένη έξοδο: έξοδος που δε βασίζεται σε κριτήρια που επιτευχθηκαν στη νοσηλεία ή με σκοπό την εισαγωγή άλλου ασθενή (κατά τη νύχτα, αργίες)
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών που εξέρχονται της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε Κριτήρια αποκλεισμού : οδηγίες για περιορισμό υποστήριξης ζωής
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	1%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Goldfrad C, Rowan K. Consequences of discharges from intensive care at night. Lancet. 2000 Apr 1; 355(9210):1138-42.• Daly K, Beale R, Chang RW. Reduction in mortality after inappropriate early discharge from intensive care unit: logistic regression triage model. BMJ. 2001 May 26; 322(7297):1274-6.• (1) Guidelines for ICU admission discharge and triage. Critical Care Medicine 1999; 27:633-638.

Δείκτης Νο 107

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΘ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η ταξινόμηση της κύριας διάγνωσης, των δευτερευόντων διαγνώσεων, και των παρεμβάσεων αποτελεί σημαντικό εργαλείο στη διαχείρηση και βελτίωση της ποιότητας. Προλαμβάνει επίσης την απώλεια πληροφοριών
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών που εξέρχονται της ΜΕΘ και έχουν ταξινομηθεί -----X100 Αριθμός ασθενών που εξέρχονται της ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	Ταξινομημένα: Χρήση συστήματος ταξινόμησης (ICD-9-CM) ή ειδική κατάσταση κωδικοποίησης κυρίων και δευτερευόντων διαγνώσεων καθώς και παρεμβάσεων.
Πληθυσμός	Όλοι οι ασθενείς που εξέρχονται της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε.
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Τμήμα κλινικής τεκμηρίωσης
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• (*) ICD-9-CM. The International Classification of Disease 9th Revision. Clinical Modification.• Raya A, Alvarez E, Torres JM, Rodríguez M, Mérida A, Hinojosa R; Vázquez G. Clasificación y codificación de enfermedades y técnicas en medicina intensiva. Med Intensiva 1987; 11(2):20-27.• Barrientos Vega R. Nuestra experiencia con los grupos relacionados por el diagnóstico en una unidad de cuidados intensivos. Med Intensiva 2003; 27:391-398.

Δείκτης Νο 108

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΘ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα, προσβασιμότητα, και καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Οι καθυστερήσεις στην έξοδο των βαριά ασθενών σχετίζονται με απαράδεκτα υψηλή αύξηση στο κόστος και μειώνουν τον αριθμό των ελεύθερων κλινών για νέες εισαγωγές Οι καθυστερήσεις αυξάνουν τη θνητότητα και επηρεάζουν τις σχέσεις μεταξύ ασθενών / συγγενών και προσωπικού Η σωστή διαχείρηση των κλινών της ΜΕΘ και ο προγραμματισμός των εξιτηρίων μειώνουν τις καθυστερήσεις κατά την έξοδο
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών που καθυστέρησε το εξιτήριο τους από τη ΜΕΘ -----X100 Συνολικός αριθμός νοσηλειών
Επεξήγηση όρων	Καθυστέρηση στο εξιτήριο: > 24 ώρες από την ένδειξη για έξοδο από τη ΜΕΘ
Πληθυσμός	Το σύνολο των νοσηλευθέντων που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε Κριτήρια αποκλεισμού: <ul style="list-style-type: none">• νοσηλείες ασθενών που μεταφέρονται σε άλλα ιδρύματα• νοσηλείες ασθενών που το εξιτήριο τους καθυστέρησε για ιατρικούς λόγους
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	9%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Pronovost PJ, Berenholtz SM, Ngo K, McDowell M, Holzmueller C, Haraden C, Resar R, Rainey T, Nolan T, Dorman T. Developing and pilot testing quality indicators in the intensive care unit. J Crit Care. 2003 Sep; 18(3):145-55.• Williams T, Leslie G. Delayed discharges from an adult intensive care unit. Aust Health Rev. 2004 Sep 30; 28(1):87-96.• Levin PD, Worner TM, Svirid S, Goodman SV, Weiss YG, Einav S, Weissman C, Sprung CL. Intensive care outflow limitation--frequency, etiology, and impact. J Crit Care. 2003 Dec; 18(4):206-11.

Δείκτης Νο 109

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΜΕΘ
Διάσταση	Προσβασιμότητα, αποτελεσματικότητα και κίνδυνος
Χρησιμότητα	Οι καθυστερήσεις στην εισαγωγή βαρέως πασχόντων στη ΜΕΘ συνδέονται με αυξημένη θνητότητα, νοσηρότητα και με αυξημένο κόστος Οι καθυστερήσεις οφείλονται συνήθως στην έλειψη κλίνης στη ΜΕΘ
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός βαρέως πασχόντων που εισήχθησαν στη ΜΕΘ με καθυστέρηση > 4 ώρες -----X100 Συνολικός αριθμός ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	Καθυστέρηση: χρονική περίοδος από τη στιγμή της ένδειξης για εισαγωγή από εντατικολόγο εως την εισαγωγή στη ΜΕΘ
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε Κριτήριο αποκλεισμού: <ul style="list-style-type: none">• ασθενείς που μεταφέρονται από άλλα κεντρα
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	5%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Sprung CL, Geber D, Eidelman LA, Baras M, Pizov R, Nimrod A, Oppenheim A, Epstein L, Cotev S. Evaluation of triage decisions for intensive care admission. Crit Care Med. 1999 Jun; 27(6):1073-9.• Pronovost PJ, Berenholtz SM, Ngo K, McDowell M, Holzmueller C, Haraden C, Resar R, Rainey T, Nolan T, Dorman T. Developing and pilot testing quality indicators in the intensive care unit. J Crit Care. 2003 Sep; 18(3):145-55.• Goldhill DR, McNarry AF. Physiological abnormalities in early warning scores are related to mortality in adult inpatients. Br J Anaesth. 2004 Jun; 92(6):882-4.

Δείκτης Νο 110

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΤΥΠΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΘΑΝΑΤΩΝ
Διάσταση	Κίνδυνος, αποτελεσματικότητα και επάρκεια
Χρησιμότητα	Η στιστικά ανεπεξέργαστη θνητότητα δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη αφού δε λαμβάνει υπόψη διαφορές που που προκύπτουν από τις ιδιαιτερότητες των περιστατικών ή τη βαρύτητα Η χρήση της τυποποίησης επιτρέπει τη συγκριτική επαλήθευση
Μαθηματικός Τύπος	Νοσοκομειακή θνητότητα -----X100 Αναμενόμενη νοσοκομειακή θνητότητα
Επεξήγηση όρων	Νοσοκομειακή θνητότητα: αριθμός ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ και αποβιώνουν στο νοσοκομείο/αριθμό ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ ανά χρονική μονάδα Προσδοκώμενη θνητότητα: αριθμητικό άθροισμα των εξατομικευμένων πιθανοτήτων θανάτου για κάθε ασθενή που εισάγεται στη ΜΕΘ σύμφωνα με την κλίμακα βαρύτητας/αριθμό ασθενών που εισήχθησαν στη ΜΕΘ Τυποποιημένη θνητότητα: θνητότητα προσαρμοσμένη στη βαρύτητα, με τη χρήση διαφόρων προγνωστικών μοντέλων. (APACHE I-II-III, MPM I-II, SAPS I-II) Ο δείκτης βασίζεται στη σύγκριση των αποτελεσμάτων με αυτά των προγνωστικών μοντέλων. Όλοι οι προγνωστικοί δείκτες κινδύνου θανάτου αναφέρονται σε νοσοκομειακή θνητότητα.
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών που εισάγονται στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε Κριτήρια αποκλεισμού: ασθενείς που καταλήγουν εντός 24 ώρου από την εισαγωγή στη ΜΕΘ ασθενείς μετεγχειρητικοί (επειδή δεν υπάρχει τεκμηριωμένο σύστημα για τους ασθενείς αυτούς)
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	Βαθμός = 1(± 0.10)
Σχολιασμός	Το βασικό κριτήριο επιλογής θα πρέπει να είναι η ακρίβεια (εγκυρότητα και αξιοπιστία) του μοντέλου και η διάκριση και βαθμονόμηση Βιβλιογραφικές αναφορές: Abizanda R, Marsé P, Valle FX, Jordá R, López J. Consideraciones sobre la medida del nivel de gravedad en pacientes críticos. Su aplicación a un programa de calidad. Control de Calidad Asistencial 1991; 6:56-60. Gordo F, Nunez A, Calvo E, Algora A. Intrahospital mortality after discharge from the ICU (hidden mortality) in patients who required mechanical ventilation [Article in Spanish]. Med Clin (Barc). 2003 Sep 6; 121(7):241-4.

Δείκτης Νο 111

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΝΕΚΡΟΤΟΜΩΝ
Διάσταση	Αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η κλινικο – παθολογική συσχέτιση είναι σημαντική. Η γνωση που αποκτάται από τις νεκροτομές είναι χρήσιμη ως απόκτηση εμπειρίας απαραίτητη για παρόμοιες μελοντικές περιπτώσεις
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός νεκροτομών -----X100 Αριθμός θανάτων στη ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	
Πληθυσμός	Το σύνολο των θανάτων στη ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε Κριτήριο αποκλεισμού:
	• περιπτώσεις όπου η νεκροτομή διενεργείται με εντολή εισαγγελέα
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών, παθολογοανατομικό τμήμα
Πρότυπο - στόχος	10%
Σχολιασμός	Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none"> • Το ποσοστό αυτοψιών σε ασθενείς ΜΕΘ σε διάφορες μελέτες είναι 25-50% http://remi.uninet.edu/2004/01REMIA011.htm • Esteban A, Alia I, Fernández P, Palomino R. Evolución del porcentaje de autopsias en una Unidad de Cuidados Intensivos. Med Intensiva 1991; 15:127-130. • An autopsy rate > 10% of all patient deaths is considered desirable for accreditation of critical care departments as training centers. National Commission on the Specialty of Intensive Medicine. Med Intensiva 1997; 21:392-39.

Δείκτης Νο 112

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΣΧΕΔΙΟ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ (ΣΚΠ) ΣΤΗ ΜΕΘ
Διάσταση	Καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Οι νέοι επαγγελματίες που ενσωματώνονται στη ΜΕΘ, ανεξάρτητα αν είναι για μικρό ή μεγάλο διάστημα, αποδίδουν καλύτερα αν είναι εξοικειωμένοι με την οργάνωση της ΜΕΘ από την πρώτη ημέρα στη μονάδα
Μαθηματικός Τύπος	<p>Αριθμός επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στη ΜΕΘ και ενημερώθηκαν για το σχέδιο προσανατολισμού</p> <p style="text-align: right;">X100</p> <p>Αριθμός επαγγελματιών υγείας που εργάζονται στη ΜΕΘ</p>
Επεξήγηση όρων	<p>Επαγγελματίας υγείας στη ΜΕΘ: μόνιμος ή προσωρινά εργαζόμενος (ιατρός, νοσηλεύτρια, βοηθός νοσηλεύτρια, διοικητικός)</p> <p>Σχέδιο κατεύθυνσης του προσωπικού: Γραπτό πλάνο που εξηγεί διεξοδικά την οργάνωση του τμήματος, τους σκοπούς του, τις αξίες του και τη φιλοσοφία του, τους πρωταρχικούς του σκοπούς, τα μέλη του προσωπικού, και το ρόλο και τις υπευθυνότητες</p>
Πληθυσμός	Οι επαγγελματίες υγείας που διορίστηκαν στη ΜΕΘ το τελευταίο έτος
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Τμήμα ανθρώπινου δυναμικού της ΜΕΘ
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	

Δείκτης Νο 113 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΕΝΤΑΤΙΚΟΛΟΓΟΥ ΣΤΗ ΜΕΘ ΣΕ 24 ΩΡΗ ΒΑΣΗ
Διάσταση	Καταλληλότητα, κίνδυνος και αποτελεσματικότητα
Χρησιμότητα	Η παρουσία εντατικολόγου στη ΜΕΘ σε 24ωρη βάση εξασφαλίζει την ποιοτητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, μειώνει τη θνητότητα και παραμονή και παραμονή μεταξύ βαρέως πασχόντων
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ημερών χωρίς 24ωρη φυσική παρουσία εντατικολόγου ----- 365 X100
Επεξήγηση όρων	<ul style="list-style-type: none"> • Εντατικολόγος: ιατρός με πιστοποιημένη εξειδίκευση την εντατική θεραπεία, πλην των εξειδικευόμενων • Η φυσική παρουσία θεωρείται απαραίτητη
Πληθυσμός	Το σύνολο των ημερών του έτους κατά την περίοδο που μελετάμε
Τύπος δείκτη	Δομή
Πηγή δεδομένων	Προγράμματα εφημεριών και τμήμα ασθρώπιλου δυναμικού του Νοσοκομείου
Πρότυπο - στόχος	0%
Σχολιασμός	<p>Βιβλιογραφικές αναφορές:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T, Robinson KA, Dremsizov TT, Young TL. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. JAMA. 2002 Nov 6; 288(17):2151-62. • Vincent JL. Need for intensivists in intensive-care units. Lancet. 2000 Aug 26; 356(9231):695-6.

Δείκτης Νο 114 (θεμελιώδης δείκτης)

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΜΗΤΡΩΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΣΥΜΒΑΜΑΤΩΝ
Διάσταση	Κίνδυνος
Χρησιμότητα	Τα ανεπιθύμητα συμβάματα είναι συχνά στην ιατρική και σχετίζονται με σημαντικού βαθμού θνητότητα, νοσηρότητα αλλά και αυξημένη διάρκεια παραμονής αλλά και αυξημένο αριθμό εισαγωγών και κόστους Επιπλέον, επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και των συγγενών Η παρακολούθηση και καταγραφή των ανεπιθύμητων συμβαμάτων στην επείγουσα ιατρική είναι σημαντική για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ανάπτυξη συστημάτων πρόληψης
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ασθενών με πλήρες μητρώο ανεπιθύμητων συμβαμάτων -----X100 Αριθμός ασθενών που μελετήθηκαν
Επεξήγηση όρων	Πλήρες μητρώο ανεπιθύμητων συμβαμάτων: Μητρώο εξόδου (στο φάκελο ασθενή ή σε ειδικό έντυπο) των κυριότερων ανεπιθύμητων συμβαμάτων. Θεωρείται σημαντικό να καταχωρούνται: <ul style="list-style-type: none">• οι νοσοκομειακές λοιμώξεις (πνευμονία σχετιζόμενη με τον αναπνευστήρα, βακτηριαιμία από ΚΦΚ, λοίμωξη από καθετήρα κύστεως• Ιατρογενής πνευμοθώρακας• Έλκος κατάκλισης• Λάθη στη φαρμακευτική αγωγή / ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων• Αυτοχηματική αποσωληνωση Αθενείς που εξετάζονται: σε τυχαία επιλογή (*)
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ το τελευταίο έτος (δείγμα ημερών)
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Φάκελοι ασθενών
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Η εκπλήρωση του δείκτη αυτού διευκολύνεται από σύστημα καταγραφής των ανεπιθύμητων συμβαμάτων (*) Οι συγγραφείς συνιστούν τη μέτρηση του δείκτη με δειγματοληπτική εξέταση ημερών και πιστοποίηση της συχνότητας εμφάνισης κάποιου από τα ανεπιθύμητα συμβάματα Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Zhan C, Miller MR. Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization.JAMA. 2003 Oct 8; 290(14):1868-74.• Needham DM, Thompson DA, Holzmueller CG, Dorman T, Lubomski LH, Wu AW, Morlock LL, Pronovost PJ.A system factors analysis of airway events from the Intensive Care Unit Safety Reporting System (ICUSRS).Crit Care Med. 2004 Nov;32(11):2227-33..• Holzmueller CG, Pronovost PJ, Dickman F, Thompson DA, Wu AW, Lubomski LH, Fahey M, Steinwachs DM, Engineer L, Jaffrey A, Morlock LL, Dorman T. Creating the web-based intensive care unit safety reporting system.J Am Med Inform Assoc. 2005 Mar-Apr;12(2):130-9• ESICM-HSRO available at www.esicm.org

Δείκτης Νο 115

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΜΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΕΠΑΝΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΜΕΘ
Διάσταση	Κίνδυνος και αποδοτικότητα
Χρησιμότητα	Υψηλή συχνότητα επανεισαγωγών μπορεί να σημαίνει πρώιμα εξιτήρια, πλημελής φροντίδα στους θαλάμους νοσηλείας, ή πτωχή ανταπόκριση στη θεραπεία παρά την κατάλληλη φροντίδα. Η χαμηλή συχνότητα μπορεί να σημαίνει μακρά παραμονή στη ΜΕΘ (λανθασμένα κριτήρια εξόδου) Η επανεισαγωγή γενικά σχετίζεται με αυξημένη διάρκεια νοσηλείας, αυξημένη κατανάλωση πόρων, και μεγαλύτερη θνητότητα και νοσηρότητα
Μαθηματικός Τόπος	Αριθμός ασθενών με μη προγραμματισμένες επανεισαγωγές < 48ώρες -----X100 Αριθμός ασθενών που εξήλθαν της ΜΕΘ
Επεξήγηση όρων	Μη προγραμματισμένη επανεισαγωγή: Επανεισαγωγή λόγω μη προβλέψιμων αιτιών, σχετιζόμενων ή όχι, και ανεξάρτητα από το που ήταν ο ασθενής το τελευταίο 48ωρο
Πληθυσμός	Το σύνολο των ασθενών που εξέρχονται της ΜΕΘ κατά την περίοδο που μελετάμε Κριτήρια αποκλεισμού: <ul style="list-style-type: none">• Θάνατος• Εξιτήρια με οδηγίες για περιορισμό της υποστήριξης της ζωής
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Γραφείο κινήσεως, ΜΕΘ
Πρότυπο - στόχος	4%
Σχολιασμός	Η συχνότητα επανεισαγωγών ποικίλει από 4 – 14% (μεση 7%) Η επιτροπή δεικτών ποιότητας για τις ΜΕΘ ταξινόμησε την επανεισαγωγή στη ΜΕΘ εντός 48ώρου ως τον σπουδαιότερο δείκτη στην εκτίμηση της ποιότητας της ΜΕΘ Βιβλιογραφικές αναφορές: <ul style="list-style-type: none">• Angus DC. Grappling with intensive care unit quality--does the readmission rate tell us anything? Crit Care Med. 1998 Nov; 26(11):1779-80.• Recommendations for intensive care unit admission and discharge criteria. Task Force on Guidelines. Society of Critical Care Medicine.Crit Care Med. 1988 Aug; 16(8):807-8.• Metnitz PG, Fieux F, Jordan B, Lang T, Moreno R, Le Gall JR. Critically ill patients readmitted to intensive care units--lessons to learn? Intensive Care Med. 2003 Feb; 29(2):241-8• Rosenberg AL, Watts C. Patients readmitted to ICUs*: a systematic review of risk factors and outcomes.Chest. 2000 Aug; 118(2):492-502.

Δείκτης Νο 116

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ
Διάσταση	Καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Ένα μεγάλο μέρος ουσιωδών πληροφοριών βρίσκεται συγκεντρωμένο σε σχετικά μικρό αριθμό ιατρικών βάσεων δεδομένων. Η on – line πρόσβαση στις ηλεκτρονικές αυτές πηγές πληροφόρησης βοηθά στην πιο αποτελεσματική χρήση του χρόνου που αφιερώνεται στην έρευνα για επιστημονικές πληροφορίες και βελτιώνει την ποιότητα των συλλεχθέντων πληροφοριών, προάγοντας τη λήψη αποφάσεων που βασίζεται σε τρέχουσα επιστημονική γνωστή. Παρόμοια, εξασφαλίζεται η διαδραστικότητα με άλλους συναδέλφους και νοσοκομεία, δίνοντας προσβαση σε κλινικές πληροφορίες σχετικά με ασθενείς.
Μαθηματικός Τύπος	Ύπαρξη ή όχι on – line πρόσβασης
Επεξήγηση όρων	Ύπαρξη συνεχούς on – line πρόσβασης σε ηλεκτρονικές πηγές επιστημονικής πληροφορίας.
Πληθυσμός	Δεν εφαρμόζεται
Τύπος δείκτη	Δομή
Πηγή δεδομένων	ΜΕΘ
Πρότυπο - στόχος	100%
Σχολιασμός	Η ποικιλία της κλινικής πράξης, η πολυπλοκότητα των αποφάσεων στη ΜΕΘ, και η διαθεσιμότητα των συστημάτων πληροφορικής, αιτιολογούν το δείκτη το καθένα από μόνο του

Δείκτης Νο 117

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΥΠΑΡΞΗ ΒΑΣΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ
Διάσταση	Καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Η σωστή κλινική πρακτική διωκολύνεται από την τυποποίηση των διαδικασιών σύμφωνα με τρέχοντες επιστημονικές μαρτυρίες, δηλαδή περιοδικά ενημερωμένα πρωτόκολλα. Αυτά πρέπει να προσαρμοζούν τις οδηγίες στις διαγνωστικές και θεραπευτικές δυνατότητες του εργασιακού περιβάλλοντος. Τα πρωτόκολλα έχουν σκοπό την ομογενοποίηση της επείγουσας θεραπείας που παρέχεται σε κάθε κέντρο και λειτουργούν ως εργαλεία διευκόλυνσης της λήψης αποφάσεων
Μαθηματικός Τύπος	Ύπαρξη σωστά ενημερωμένων βασικών πρωτοκόλλων
Επεξήγηση όρων	<p>Πρωτόκολλο: πρέπει να περιλαμβάνει διερεύνηση, θεραπεία και υγειονομικούς αλγορίθμους</p> <p>Βασικά πρωτόκολλα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • κριτήρια εισαγωγής και εξόδου • Οξύ στεφανιαίο συνδρομού • Διαχείρηση αρυθμιών και αποκλεισμών • Εγκεφαλική βλάβη λόγω τραύματος • Καταστολή και αντιμετώπιση πόνου • Επεμβατικός και μη επεμβατικός μηχανικός αερισμός και αποδέσμευση • Σοβαρή σήψη και γενική αντιμετώπιση λοιμώξεων • Απόσυρση και περιορισμός υποστήριξης • Φροντίδα για τον τελευτώντα ασθενή • Χρήση περιοριστικών μέσων • Εντερική και παρεντερική σίτιση • Διάλυση • Εγκεφαλικός θάνατος • Σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας • Υποστήριξη ζωής • Προφύλαξη από αιμορραγία ανωτέρου αναπνευστικού • Προφύλαξη εν τω βάθει θρομβοφλεβίτιδας <p>Ενημέρωση: αναφερόμαστε στην χρονική περίοδο που θεωρείται ιδανική για επανεξέταση. Γενικά μια περίοδος 3 – 5 ετών θεωρείται ιδανική</p>
Πληθυσμός	Δελτίο ενημερωμένων πρωτοκόλλων στη ΜΕΘ
Τύπος δείκτη	Δομή
Πηγή δεδομένων	Το σύνολο των πρωτοκόλλων που υπάρχουν στη ΜΕΘ
Πρότυπο - στόχος	100%
	Ο στόχος πρέπει να θεωρείται ότι επιτεύχθηκε μόνο όταν και τα 17 πρωτόκολλα που αναφέρονται στην επεξήγηση όρων είναι διαθέσιμα και πληρούν τα κριτήρια για το περιεχόμενο και την ενημέρωση
Σχολιασμός	<p>Τα πρωτόκολλα που αφορούν θέματα εκτός της ΜΕΘ εξαιρούνται από τη λίστα με τα βασικά πρωτόκολλα</p> <p>Οι συγγραφείς συνιστούν τη δημιουργία πρωτοκόλλων για όλες τις κλινικές καταστάσεις οπου υπάρχει ποικιλία στην ιατρική πράξη</p>

Δείκτης Νο 118

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ
Διάσταση	Καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Η συμετοχή επαγγελματιών υγείας και / η τμημάτων σε ερευνητικές δραστηριότητες και η λήψη επιχορηγήσεων αποτελεί δείκτη του επιστημο-νικού επιπέδου του τμήματος
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός ερευνητικών προγραμμάτων και επιχορηγήσεων ανά έτος
Επεξήγηση όρων	Ερευνητικό πρόγραμμα: μελέτη εγκεκριμένη από την αντίστοιχη επιτροπή του νοσοκομείου. Οι μελέτες φάσης IV εξαιρούνται Οι επιχορηγήσεις μπορεί να αφορούν και μεμονωμένους επαγγελματίες υγείας. Μόνο αυτές που προέρχονται από ανεξάρτητες πηγές πρέπει να προσμετρώνται
Πληθυσμός	Καταγραφή μελετών και επιχορηγήσεων που διεξάγονται στο τμήμα Αυτά που διαρκούν πέραν του ενός έτους, μετρώνται μόνο το πρώτο έτος
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Ετήσια αναφορά δραστηριοτήτων
Πρότυπο - στόχος	Ένα ερευνητικό πρόγραμμα ή
Σχολιασμός	Οι συγγραφείς θεωρούν το δείκτη υψηλής αξίας, θεμελιώδη για τη διαπίστευση εκπαιδευτών και των συστήνουν σε Ιδρύματα με διδακτικό έργο

Δείκτης Νο 119

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ
Διάσταση	Καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Η ερευνητική δραστηριότητα μπορεί να ανταμείβει και στην πραγματικότητα αποτελεί προέκταση των υποχρεώσεών μας ως επαγγελματιών υγείας. Η έρευνα που πραγματοποιείται στις ΜΕΘ πρέπει να μετράται. Όταν γίνεται σωστά, η έρευνα πρέπει να αποφέρει οφέλη στην ποιότητα των υπηρεσιών στο σύνολο. Ένας τυποποιημένος τρόπος μέτρησης ερευνητικής δραστηριότητας είναι μέσω δημοσιεύσεων σε επιστημονικά περιοδικά
Μαθηματικός Τόπος	Αριθμός δημοσιεύσεων /έτος που αφορούν μέλη του τμήματος
Επεξήγηση όρων	Δημοσιεύσεις: γραπτές εκθέσεις σχετικά με κάποιο ιατρικό θέμα που υποβάλλεται σε βιοιατρικό περιοδικό σύμφωνα με τις οδηγίες που θεσπίστηκαν από τη Διεθνή Επιτροπή Συντακτών Ιατρικών Περιοδικών (N Engl J Med 1997; 336:309-315)
Πληθυσμός	Όλες οι δημοσιεύσεις σε καταχωρημένα περιοδικά στις οποίες συμμετείχε το τμήμα σε ένα έτος
Τύπος δείκτη	Έκβαση
Πηγή δεδομένων	Ετήσια έκθεση δραστηριοτήτων του τμήματος
Πρότυπο - στόχος	2 δημοσιέυσεις σε εγχώρια και 1 σε διεθνές περιοδικό / έτος
Σχολιασμός	Οι συγγραφείς θεωρούν το δείκτη υψηλής αξίας, θεμελιώδη για τη διαπίστευση εκπαιδευτών και των συστήνουν σε Ιδρύματα με διδακτικό έργο

Δείκτης Νο 120

ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ (ΣΙΕ)
Διάσταση	Καταλληλότητα
Χρησιμότητα	Η συμμετοχή και / ή παρακολούθηση σεμιναρίων, συνεδρίων, ομάδων εργασιών σε άλλα μέρη ή ιδρύματα αποτελεί ευκαιρία απόκτησης γνώσης, επαφής με εναλλακτικό τρόπο εργασίας, και δημιουργίας επαφών μεταξύ επαγγελματιών και ινστιτούτων, στοιχεία που βελτιώνουν την ποιότητα του τμήματος.
Μαθηματικός Τύπος	Αριθμός Μορίων Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης / έτος/ άτομο
Επεξήγηση όρων	ΣΙΕ: εκπαιδευτική δραστηριότητα εκτός του τμήματος
Πληθυσμός	Υγειονομικό προσωπικό (ιατροί και νοσηλευτές) Αφορά μόνο το μόνιμο προσωπικό
Τύπος δείκτη	Μελέτη
Πηγή δεδομένων	Ετήσια εκπαιδευτική αναφορά του τμήματος
Πρότυπο - στόχος	3 βαθμοί / άτομο / έτος
Σχολιασμός	Τα σεμινάρια προώθησης από φαρμακευτικές εταιρείες δεν προσμετρώνται

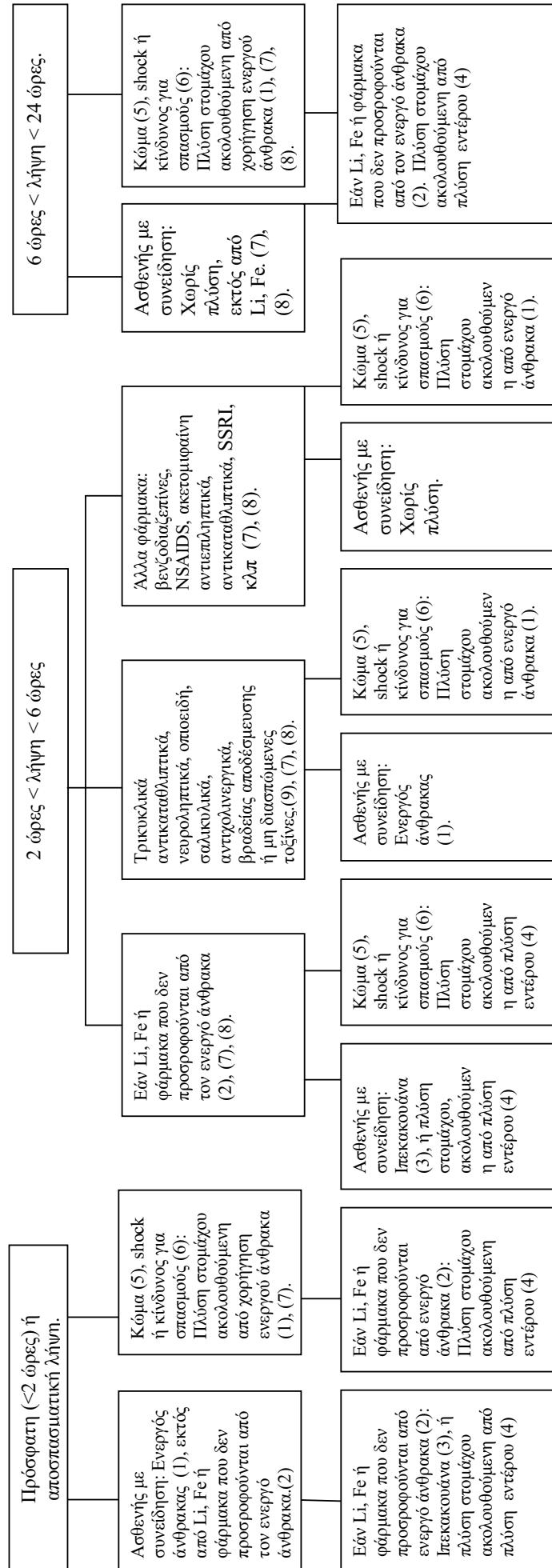
6. ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ

ΑΡΙΘΜΟΣ	ΟΝΟΜΑ ΔΕΙΚΤΗ	ΣΤΟΧΟΣ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΘ ΚΑΙ ΚΑΡΠΑ		
1.	Πρώιμη χορήγηση ακετυλοσαλικυλικού οξέος σε οξύ στεφανιαίο σύνδρομο	100%
2.	Έγκαιρη χορήγηση β-αναστολέων σε OEM	100%
3.	Καθετηριασμός καρδίας σε υψηλού κινδύνου έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ST ανάσπαση	95%
4.	Καθορισμός κινδύνου σε έμφραγμα μυοκαρδίου χωρίς ST ανάσπαση	100%
5.	Χρόνος «πόρτα-βελονά» σε έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση ST	100%
6.	Έγκαιρες παρεμβάσεις για επαναιμάτωση σε έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση ST	100%
7.	Νοσοκομειακή θνητότητα σε έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση ST	12%
8.	Έγκαιρη αντιμετώπιση καρδιαγγειακής δυσλειτουργίας	95%
9.	Θεραπευτική υποθερμία μετά από καρδιακή ανακοπή	90%
10.	Χρήση του μοντέλου Utstein	100%
11.	Περιεγχειρητικό έμφραγμα σε εγχειρήσεις καρδίας	10%
12.	Επίπτωση πρώιμων επιπλοκών σε τοποθέτηση μόνιμου βηματοδότη	2%
ΟΞΕΙΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ		
13.	Επίπτωση βαροτραύματος	5%
14.	Αλλαγή κυκλωμάτων αναπνευστήρα ανά 7ήμερο	>90%
15.	Σοβαρές επιπλοκές κατά την εφαρμογή πρηγούς θέσης σε ARDS	<2%
16.	Δοκιμασία αυτόματης αναπνοής	55%
17.	Επιλεκτική μείωση του μικροβιακού φορτίου του πεπτικού σωλήνα σε ασθενείς υψηλού κινδύνου	80%
18.	Περιορισμένη κυψελιδική πίεση (P plateau) σε επεμβατικό μηχανικό αερισμό	10%
19.	Περιορισμένη μέγιστη εισπνευστική πίεση (P peak) σε επεμβατικό μηχανικό αερισμό	10%
20.	Ημικαθιστική θέση σε ασθενείς σε μηχανικό αερισμό	97%
21.	Αλλαγή θερμαντήρων και υγραντήρων	100%
22.	Πρόληψη θρομβοεμβολικής νόσου	90%
23.	Μη προγραμματισμένη αποσωλήνωση	15 επεισόδια / 1000 ημέρες διασωλήν
24.	Επαναδιασωλήνωση	12%
25.	Έγκαιρη εφαρμογή μη επεμβατικού μηχανικού αερισμού σε επιδείνωση Χρόνιας Αποφρακτικής Πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ)	95%
26.	Χαμηλός αναπνεόμενος όγκος σε μηχανικό αερισμό σε ασθενείς με ALI	95%
ΕΝΤΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ ΠΟΛΥΤΡΑΥΜΑΤΙΑ		
27.	Κλινική εξέταση δυνητικά πολυτραυματία από εντατικολόγο	95%
28.	Διασωλήνωση εντός 8 ωρών σε ασθενείς με σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση και Κλίμακα Γλασκώβης <9	95%
29.	Χειρουργική αντιμετώπιση κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης με υποσκληρίδιο και/ή επισκληρίδιο αιμάτωμα	100%
30.	Χρήση κορτικοστεροειδών σε σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση	0%
31.	Επίπτωση ARDS σε σοβαρό τραύμα	10%
32.	Συνεχής παρακολούθηση ενδοκρανιακής πίεσης σε σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση με παθολογικά ευρήματα στην CT	95%
33.	Θνητότητα σε σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση	50%
34.	Έγκαιρη οστεοσύνθεση σε κατάγματα διαφύσεων μηριαίου	95%
35.	Έγκαιρη χειρουργική αποκατάσταση σε ανοιχτά κατάγματα	95%
36.	Πρώιμη αγγειογραφία εγκεφάλου σε υπαραχνοειδή αιμορραγία	90%
37.	Χορήγηση νιμοδιπίνης σε υπαραχνοειδή αιμορραγία	100%
38.	Πολυνευροπάθεια σε ασθενείς ΜΕΘ	<50%

39.	Αμεση διενέργεια CT σε ισχαιμικό ΑΕΕ	90%
40.	Ενδοφλέβια θρομβολυση σε οξύ Ισχαιμικό ΑΕΕ	100%
41.	Χρήση σωματοαισθητικών προκλητών δυναμικών σε ασθενείς μετά από ανοξαιμική εγκεφαλοπάθεια	90%
ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ		
42.	Βακτηριαιμία σχετιζόμενη με κεντρικό φλεβικό καθετήρα	4 επεισόδια/1000ημέρες κρκ
43.	Ουρολοίμωξη που σχετίζεται με καθετήρα κύστεως	6 επεισόδια/1000 ημέρες καθετήρα
44. Πνευμονία σχετιζόμενη με μηχανικό αερισμό		18 επεισ/1000ημέρες μηχ αερισμού
45. Έγκαιρη αντιμετώπιση βαριάς σήψης / σηπτικής καταπληξίας		95%
46.	Μη ενδεδειγμένη εμπειρική αντιβιοτική θεραπεία σε λοιμώξεις που αντιμετωπίζονται στη ΜΕΘ	10%
47.	Λοιμώξεις από Staph. Aureus ανθεκτικό στη Μεθικιλίνη (MRSA)	0.04%
48.	Ενδείξεις για απομόνωση	100%
49.	Χορήγηση κορτικοστεροειδών σε σηπτικό σοκ	95%
50.	Πρώιμη έναρξη αντιβιοτικής θεραπείας σε σοβαρή σήψη	100%
ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΘΡΕΨΗ		
51.	Επιπλοκές ολικής παρεντερικής διατροφής : υπεργλυκαιμία και ηπατική δυσλειτουργία	Υπεργλυκ 25% Ηπατική δυσλειτ <10%
52.	Επίτευξη αποδεκτών ορίων γλυκόζης αίματος	80%
53.	Σοβαρή υπογλυκαιμία	0.5%
54.	Αναγνώριση διατροφικού κινδύνου	100%
55.	Αποτίμηση κατάστασης θρέψης	100%
56. Πρώιμη έναρξη εντερικής σίτισης		100%
57.	Παρακολούθηση εντερικής σίτισης	100%
58.	Θερμιδικές και πρωτεινικές ανάγκες	80%
59. Χορήγηση γαστροπροστασίας σε ασθενείς που βρίσκονται σε επεμβατικό μηχ αερισμό προς αποφυγήν αιμορραγίας γαστρεντερικού		95%
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ		
60.	Ενδείξεις συνεχούς αιμοδιάλυσης	80-90%
61.	Χρήση ντοπαμίνης σε οξεία νεφρική ανεπάρκεια	0%
62.	Επίπτωση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας σε μη στεφανιαίους ασθενείς ΜΕΘ	10%
63.	Επίπτωση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας σε στεφανιαίους ασθενείς εντατικής	5%
64.	Πρόληψη νεφροπάθειας που προκαλείται από σκιαστικό σε στεφανιογραφία	90%
65.	Εκτίμηση οξείας νεφρικής ανεπάρκειας σε ασθενείς ΜΕΘ	100%
ΚΑΤΑΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΓΗΣΙΑ		
66.	Παρακολούθηση της καταστολής	95%
67. Κατάλληλη καταστολή		85%
68.	Καθημερινή διακοπή της καταστολής	80%
69. Αντιμετώπιση του πόνου σε μη κατασταλμένους ασθενείς		100%
70.	Αντιμετώπιση πόνου σε ασθενείς σε μηχανικό αερισμό	100%
71.	Μη ορθή χρήση μυοχαλαρωτικών	2%
72.	Παρακολούθηση νευρομυικού αποκλεισμού	100%
73.	Αναγνώριση της κατάστασης , γνωστής ως delirium	90%
ΑΙΜΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΑΙΜΑΤΟΣ		
74.	Δήλωση συγκατάθεσης για μετάγγιση αίματος	95%
75.	Λανθασμένη μετάγγιση Φρέσκου κατεψυγμένου πλάσματος	0%
76.	Λανθασμένη μετάγγιση πλάσματος εμπλουτισμένου σε αιμοπετάλια	0%
77. Λανθασμένη μετάγγιση συμπυκνωμένων ερυθρών		5%
ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΑ		
78.	Ορθή αποστείρωση γαστρεντερικού σε από του στόματος δηλητηρίαση	95%

79.	Ελάχιστες απαιτήσεις αντιδότων	95%
80.	Πρώιμη αιμοδιάλυση σε οξεία δηλητηρίαση	90%
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ		
81.	Δότες οργάνων	60%
82.	Αξιολόγηση μεταμόσχευσης ήπατος σε οξεία ηπατική ανεπάρκεια	95%
83.	Παρακολούθηση δυνητικά δωρητών οργάνων	100%
84.	Διάγνωση εγκεφαλικού θανάτου	5-30%
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ		
85.	Αφαίρεση ρινογαστρικού σωλήνα λόγω απόφραξης	4%
86.	Σωστή τεχνική στις βρογχοαναρροφήσεις	100%
87.	Πληροφόρηση από το νοσηλευτικό προσωπικό σε συγγενείς ασθενών	95%
88.	Ενδονοσοκομειακή μεταφορά ασθενών	15%
89.	Πίεση στο cuff του τραχειοσωλήνα	95%
90.	Παρακολούθηση της διαχείρισης των συναγερμών	5%
91.	Ατυχματικές πτώσεις εντός της ΜΕΘ	0%
92.	Νοσηλευτικό μητρώο στη ΜΕΘ	100%
93.	Λάθη στη χορήγηση αγωγής	5%
94.	Συμμόρφωση με πρωτόκολλα που αφορούν το πλύσιμο χεριών	90%
95.	Αφαίρεση ενδαγγειακών καθετήρων από λάθος	Αρτ καθετ 20/1000ημ Κρκ 6/1000
96.	Έλεγχος καροτσιών ανάνηψης	100%
ΘΕΜΑΤΑ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ		
97.	Ενδεδειγμένη φροντίδα ασθενών σε βαριά κατάσταση	100%
98.	Πληροφόρηση στις οικογένειες των ασθενών εντός της ΜΕΘ	100%
99.	Ενσωμάτωση προχωρημένων οδηγιών υγείας στην διαδικασία λήψης αποφάσεων	100%
100.	Έγγραφη συγκατάθεση	100%
101.	Απόσυρση και διακοπή υποτήριξης	100%
102.	Χρήση περιοριστικών μέσων	100%
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ, ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ		
103.	Ύπαρξη ομάδας αντιμετώπισης επειγόντων περιστατικών	100%
104.	Ανάρτηση προγράμματος χειρουργείων	10%
105.	Έρευνα σχετική με την ποιότητα των υπηρεσιών της ΜΕΘ κατά την έξοδο του ασθενή	80%
106.	Λανθασμένη ή εσπευσμένη έξοδος του ασθενή από τη ΜΕΘ	1%
107.	Κωδικοποίηση των πληροφοριών κατά την έξοδο από τη ΜΕΘ	100%
108.	Καθυστερημένη έξοδος από τη ΜΕΘ	9%
109.	Καθυστερημένη είσοδος στη ΜΕΘ	5%
110.	Τυποποίηση του ποσοστού θανάτων	1(±0.10)
111.	Ποσοστό νεκροτομών	10%
112.	Σχέδιο προσανατολισμού του προσωπικού στη ΜΕΘ	100%
113.	Παρουσία εντατικολόγου σε 24ωρη βάση στη ΜΕΘ	0%
114.	Καταγραφή δυσμενών συμβαμάτων	100%
115.	Μη προγραμματισμένη επανεισαγωγή στη ΜΕΘ	4%
ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ		
116.	Πρόσβαση σε σχετικές ιατρικές πηγές σε ηλεκτρονική μορφή	100%
ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ		
117.	Ύπαρξη βασικών πρωτοκόλλων	100%
118.	Ερευνητική δραστηριότητα	1 χρηματοδότο Ιση / έτος
119.	Επιστημονικές δημοσιεύσεις	2 δημοσιεύσεις / έτος
120.	Συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση	3 μόριο / έτος

ΛΗΨΗ ΤΟΕΙΚΗΣ ΔΟΣΗΣ ΑΚΑΘΟΡΙΣΤΟΥ Η ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΟΥ Η ΟΥΣΙΑΣ



- (1) Δόση ενεργού ανθρακά σε ενήλικες: 25-50 g (oral). Χορήγηση μέσω μινογαστρικού σωλήνα σε απόλευτα τουνέμητροι, δινοκαλλες στην κατάσταση έργησης ασθενή. Σε δυνητικά σοβαρή τοξική κατάσταση, μπορεί να χορηγηθεί δεύτερη δόση (25g) σε 60 λεπτά. Στην περίπτωση εμετού, περιμένει 30 λεπτά και επαναχορήγηση. Σε σοβαρή τοξική κατάσταση με καθηστερημένη απορρόφηση, Phenobarbital, carbamazepine, theophylline, quinine, dapsone: Νέα χορήγηση (25g) κάτια 3 ώρες δύο παραμένειν η κλινική βερύτητα. Σε αυτήν τη περίπτωση: Sodium sulfate (oral): Μία δόση (30g).

(2) Iron, lithium, potassium Eritropoiesis stimulating factor, γλυκόδεξ, ιδοβούτιν, θραύση με ταλλα, arsenic, cesium, alkali, bromine, iodine.

(3) Η οργακή δόσης πετακούνας σε ενήλικες είναι 30 ml. Εάν δεν προκληθεί φλέγση σε 20 λεπτά, μπορεί να χορηγηθεί δεύτερη και τελευταία δόση (30ml).

(4) Mε long - chain polyethylene glycol Σε ενήλικες 20 gr σε 250 ml καθε 15 λεπτά για τις εποχές 2 με 3 ώρες, από τον στόματο ή με ρινογαστρικό σωλήνα.

(5) Σε Glasgow Coma Scale < 9 ή σε απόλευτα των φαρμακηγούν αντανακλαστικόν, λόγιο του κινδύνου της αναπνευστικής εισρόφτησης, η προστασία του αεραγωγού με τραχεαλήγνωση καθίσταται υποχρεωτική πριν ξεκινήσει η πλωτη στρωμάζου.

(6) Σε περιπτώσεις ασθενούς με ιετρακρικό σπασμό: Isoniazid, αντιελονοστακά φάρμακα, theophylline.

(7) Σε περιπτώσεις λήψης πολλών και διαφορετικών τοξικών παρεγόντων ή ληγνής σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα, θα πρέπει να επιλεγεί η πλέον οφέλεψη για τον ασθενή αντιμετώπιση.

(8) Η ληγνή δυνητικά θανατηφόρων δόσεων ΠΑΝΤΑ διοργάνεται απομάκρυνση από το γαστρενερικό εντός των πρώτων οράνων.

(9) Ο όρος τρικολακά αντικαταθλητικά περιλαμβάνει τούτο τα τρικολακά δόση και τα τετρακολακά σφράματα (Maprotiline, mianserin κ.λ.).

Παράρτημα στον δείκτη 79. Προτεινόμενα αντίδοτα ανάλογα με τη κατηγορία νοσοκομείου.

Κέντρο πρωτοβάθμιας περίθαλψης.(*)

- Atropine
- Biperiben
- Activated carbon
- Dexchlorpheniramine
- Diazepam
- Flumazenil
- Glucagon (**)
- Hypertonic glucose
- Oral haloperidol
- Naloxone.
- Normobaric oxygen
- IV Vitamin K
- Ipecacuanha syrup

Μη Νοσοκομειακό τμήμα επειγόντων

- Folinic acid
- Adrenaline
- Apomorphine
- IV 1M Sodium bicarbonate
- Corticosteroids
- Diphenhydramine
- Dopamine
- IV Ethanol absolute
- Phenytoin
- Calcium gluconate
- IV / Intramuscular Haloperidol
- Hydroxocobalamin
- Insulin
- Noradrenaline
- Pyridoxine
- Protamine
- Magnesium sulphate
- Thiamine
- Όλα τα προαναφερθέντα.

Νοσοκομείο επιπέδου I

- N-acetylcysteine
- Dobutamine
- Phenobarbital
- Phytomenadione
- Gabapentin
- Heparin
- Isoproterenol
- Neostigmine
- Fresh plasma
- Long – chain polyethylene glycol
- Όλα τα προαναφερθέντα.

Νοσοκομείο επιπέδου II

- Ascorbic acid
- Methylene blue
- Bromocriptine
- Dantrolene
- Desmopressin
- Phentolamine
- Physostigmine
- Glucagon
- Nicotinamide
- Oximes
- Penicillin
- Procainamide
- Chelating agents (1)
- Silibinin
- Sodium thiosulfate
- Όλα τα προαναφερθέντα.

Νοσοκομείο επιπέδου III

- Thioctic acid
- Digoxin antidote (2)
- Prussian blue (3)
- Prothrombin complex
- Fomepizol
- Mucopolysaccharidase
- Octreotide
- Hyperbaric oxygen (4)
- Antiofibidic serum (5)
- Antibotulinum (3)
- Όλα τα προαναφερθέντα.

(*) Ενδεχόμενες πιθανές μετατροπές ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της γεωγραφικής περιοχής.

(**) Σε υπογλυκαιμία ανθεκτική σε υπέρτονο διάλυμα γλυκόζης ως δεύτερη επιλογή.

(1) BAL, desferroxamine, EDTA, DMSA, penicillimantine κλπ.

(2) Σε τοξικολογικά κέντρα αναφοράς

(3) Όχι πάντα διαθέσιμο.

(4) Σε εξειδικευμένα κέντρα.

(5) Σε επιλεγμένα κέντρα.