

Artículo procedente de Sedisa Siglo XXI

<https://www.sedisasigloxxi.com/spip.php?article38>

Indicadores de Gestión Hospitalaria

Moreno Domene, Pilar; Estévez Lucas. Joaquín; Moreno Ruiz, José Antonio: "Indicadores de Gestión Hospitalaria", Sedisa s.XXI, 2010, N° 17.

- ARTÍCULOS -

Date de parution : 31 de mayo de 2010

Sedisa Siglo XXI

Autores: Pilar Moreno Domene, Joaquín Estévez Lucas y José Antonio Moreno Ruiz.

1. INDICADORES DE HOSPITALIZACIÓN

1.1. CAMAS

NOMENCLATURA

A efectos de gestión deben diferenciarse los siguientes tipos:

Instaladas: Todas las camas que constituyen la dotación fija del centro, aunque no estén en servicio por falta de personal o equipamiento, obras o por no ser necesarias en función de la demanda asistencial. Pueden estar:

Habilitadas: en condiciones de ser utilizadas.

No habilitadas: no están en servicio (ejemplo: las que se encuentran cerradas de manera temporal por vacaciones, por falta de personal o equipamiento, por obras o por no ser necesarias por falta de demanda asistencial)

Extraordinarias: Camas que se habilitan con carácter coyuntural, para atender la demanda asistencial en los casos en los que ésta supera la oferta de camas del centro.

Funcionantes: Todas las camas instaladas habilitadas y las extraordinarias que haya sido necesario habilitar.

Por tanto, como camas funcionantes se incluyen:

Las habilitadas o en servicio. Las incubadoras fijas y las cunas de pediatría. Las Unidades de Corta Estancia (5-6 días/semana, en función de que cierren o no el sábado). Las extraordinarias que haya sido necesario habilitar. No se incluyen en las camas funcionantes: Las cunas de los recién nacidos normales. Las camas de observación del Servicio de Urgencias. Las utilizadas por el personal del centro y las de los acompañantes de pacientes. Y las destinadas específicamente a: Hospital de Día Médico o Quirúrgico, exploraciones especiales, inducción y preanestesia, salas de despertar postoperatorias, Unidad de Recuperación Postanestésica y Diálisis.

CÁLCULO DE LAS CAMAS

El número de camas en un servicio se obtiene mediante la media ponderada de las camas funcionantes en un período dado. Ejemplo: para un mes de 30 días en un servicio que tenga: En hospitalización tradicional: 40 camas funcionantes durante 30 días y 3 camas extraordinarias durante 10 días

En la Unidad de Corta Estancia (UCE): Si el servicio ha consumido por ejemplo 100 estancias de la Unidad de Corta Estancia que dispone un total de estancias teórico de 24 camas x 20 días al mes (5 días/semana) = 480, esto correspondería a la utilización de 5 camas: $24 \times 100/480 = 5$ Nº camas totales del servicio en el mes a estudio: Camas de hospitalización = $[(40 \times 30) + (3 \times 10)] / 30 = 41$ camas Camas UCE = 5 camas Total camas servicio = $41 + 5 = 46$ camas El número de camas del total hospital se obtiene mediante la suma de camas por servicio más las camas polivalentes del hospital que no se encuentran asignadas a ningún servicio concreto.

SITUACIÓN DE LAS CAMAS FUNCIONANTES

Según su situación de ocupación, las camas funcionantes se clasifican en: Camas ocupadas: están ocupadas por un paciente. Camas libres: no están ocupadas y están a disposición de los pacientes. Camas no disponibles: no se pueden ocupar por motivos de aislamiento, enfermos terminales, cierres no planificados, etc. Camas reservadas: están sin ocupar físicamente, pero esperando su ocupación por un paciente programado.

1.2. INGRESOS HOSPITALARIOS Paciente que, procediendo del exterior del hospital, realiza la admisión en una unidad de hospitalización, con la consiguiente ocupación de una cama.

TIPOS DE INGRESO HOSPITALARIO Programados: pacientes ingresados con orden de ingreso programada, independientemente de que procedan de lista de espera o sean de un servicio que no tiene demora de ingreso. Urgentes: pacientes ingresados con orden de ingreso urgente, independientemente de que procedan del área de urgencias u otras áreas (consultas, Hospital de Día).

INGRESOS POR SERVICIOS Incluyen los ingresos hospitalarios en el servicio y los traslados procedentes de otros servicios.

CÁLCULO: Total ingresos programados + Total ingresos urgentes Se contabilizarán como ingresos del hospital los que tienen lugar en hospitalización tradicional y en el Hospital de Día Quirúrgico (estos últimos no generan estancia, pero sí ingreso y alta) Los traslados desde otro hospital que no requieran valoración urgente serán considerados ingresos programados aunque pasen a través de la Admisión de Urgencias (salvo los traslados de urgencia a urgencia). No tendrán consideración de ingreso hospitalario y, por tanto, no se registrarán como tales: Los traslados entre servicios. Aquellos pacientes que ocupen alguna de las camas que no tienen la consideración de tales (urgencias, diálisis, ...) Los pacientes tratados en el Hospital de Día Médico. El recién nacido fruto de un parto, salvo que quede ingresado en la Unidad Neonatal (en este caso se considerará ingreso hospitalario).

1.3. ALTA HOSPITALARIA Paciente que, estando previamente ingresado (es decir que al menos ha producido una estancia), desocupa la cama que tenía asignada en el centro. Los motivos de alta hospitalaria pueden ser:

Alta médica

Alta voluntaria

Éxito

Traslado a otro centro

Los traslados interhospitalarios para la realización de pruebas complementarias no generan alta, quedando la cama en reserva para cuando vuelva el paciente tras la realización de la prueba.

La estancia mientras está en otro centro se sigue contabilizando, aunque la cama esté vacía, excepto cuando el paciente pernocte en el centro donde se le realiza la prueba. Solo en este caso deberá ser dado de alta del servicio y centro de origen y originará un ingreso en el centro donde se realiza la prueba.

ALTA DE UN SERVICIO

Además de las altas hospitalarias generadas en dicho servicio se incluyen los traslados a otros servicios.

1.4. ESTANCIA Unidad de medida de permanencia del paciente en régimen de hospitalización, ocupando una cama en un intervalo de tiempo.

La contabilización se realiza a la hora censal (a las 00:00 horas). La estancia mínima es pasar la noche y tomar una comida principal (almuerzo o cena) en el hospital, por debajo de esto no se considera que se haya llegado a completar una estancia. No generan estancias, por ejemplo, las camas de observación de urgencias, puestos de hemodiálisis, hospital de día ni reanimación.

CÁLCULO: El número de estancias se calcula mediante la diferencia entre la fecha de alta y la de ingreso. Los ingresos del Hospital de Día Quirúrgico no generan estancias.

ESTANCIAS SOCIALES Estancias generadas entre el alta médica y el alta administrativa, por causas de índole social, no asistenciales. Se imputarán al hospital y no al servicio en el que permanezcan hasta abandonar el hospital.

1.5. ÍNDICE DE OCUPACIÓN DE LAS CAMAS Proporción entre las estancias reales generadas en un período de tiempo y las estancias teóricas posibles en ese mismo período. En el denominador se incluirán todas las camas funcionantes (las instaladas habilitadas y las extraordinarias).

1.6. ÍNDICE DE ROTACIÓN DE LAS CAMAS Nº de pacientes que rotan por una cama en un intervalo de tiempo.

En el numerador se excluyen los ingresos en el Hospital de Día Quirúrgico.

1.7. ESTANCIA MEDIA Días que, por término medio, están ingresados los pacientes

1.8. REINGRESOS Número de altas de pacientes con ingreso urgente, que en los 15 días previos a dicho ingreso urgente fueron dados de alta por un episodio de hospitalización, independientemente del servicio y del motivo que lo originó. Se desglosará en dos tramos: Reingresos en menos de 7 días Reingresos entre 7 y 15 días

PORCENTAJE DE REINGRESOS Porcentaje de altas hospitalarias que han causado reingreso en el período analizado.

ESTANCIA MEDIA REINGRESOS Promedio de estancias generadas por los episodios de hospitalización correspondientes a los reingresos.

ESTANCIA MEDIA DEL INGRESO PREVIO AL REINGRESO Promedio de estancias generadas por los episodios de hospitalización que posteriormente se siguieron de reingreso.

DEMORA DE LOS REINGRESOS Tiempo medio transcurrido entre el alta hospitalaria del ingreso previo y la fecha del reingreso.

1.9. ÉXITUS ÉXITUS DE HOSPITALIZACIÓN Paciente que, estando ingresado en el hospital, causa alta por éxitus. No se contabilizan como éxitus: Los éxitus en el servicio de urgencias Los ingresos cadáver Los éxitus de fetos

ÉXITUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Pacientes fallecidos en el servicio de Urgencias sin haber causado ingreso hospitalario

INGRESOS CADÁVER Pacientes que llegan ya cadáveres al Servicio de Urgencias.

ÉXITUS DE FETOS Fetos nacidos muertos.

1.10. NECROPSIAS Estudio anatómo-patológico realizado sobre el cadáver de un paciente. Tipos: GRUPO A: necropsias realizadas a un paciente que, habiendo ocupado una cama funcionante en el centro, haya fallecido. GRUPO B: necropsias de pacientes procedentes del exterior y que no hayan fallecido en el centro. GRUPO C: necropsias de pacientes fallecidos en el Servicio de Urgencias. GRUPO D: necropsias de fetos nacidos muertos.

NECROPSIAS DEL HOSPITAL En la actividad del "Total Hospital" del informe mensual de actividad hospitalaria en adelante se contabilizarán exclusivamente las del Grupo A.

NECROPSIAS SERVICIO ANATOMÍA PATOLÓGICA Suma de las de todos los grupos (A+B+C+D).

PORCENTAJE DE NECROPSIAS Proporción de éxitos de hospitalización a los que se les practica una necropsia.

1.11. MORTALIDAD PORCENTAJE DE MORTALIDAD Proporción existente entre los éxitos de hospitalización y las altas.

1.12. PARTOS Expulsión o extracción por vía natural o quirúrgica del claustro materno de uno o varios fetos viables

1.13. NÚMERO DE RECIÉN NACIDOS VIVOS Número total de recién nacidos a término.

1.14. CESÁREAS Extracción quirúrgica de uno o varios fetos vía abdominal.

PORCENTAJE DE CESÁREAS Proporción existente entre las cesáreas realizadas y el total de partos.

2. INDICADORES DE URGENCIAS

2.1. URGENCIA HOSPITALARIA Enfermo atendido en el servicio de urgencias del hospital incluso aunque no se produzca su ingreso.

URGENCIAS ATENDIDAS Número de pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias para ser atendidos, siendo registrados en el servicio de admisión de urgencias.

URGENCIAS INGRESADAS Pacientes que, habiendo sido atendidos en el Servicio de Urgencias, fueron ingresados en alguna unidad de hospitalización. No se consideran ingresos aquellos pacientes que permanecen en las diferentes unidades del Servicio de Urgencias (observación, evolución, etc.)

PORCENTAJE DE URGENCIAS INGRESADAS Proporción entre los ingresos realizados a través del Servicio de Urgencias y el número de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias.

URGENCIAS ATENDIDAS/DÍA Media diaria de pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias para ser atendidos, siendo registrados en el servicio de admisión de urgencias.

URGENCIAS INGRESADAS/DÍA Media diaria de pacientes que habiendo acudido al Servicio de Urgencias, fueron ingresados en alguna unidad de hospitalización. No se consideran ingresos aquellos pacientes que permanecen en las diferentes unidades del Servicio de Urgencias (observación, evolución, etc.).

2.2. PRESIÓN DE URGENCIAS Proporción entre los ingresos realizados a través del Servicio de Urgencias y los ingresos totales del hospital.

3. INDICADORES DE CONSULTAS EXTERNAS

3.1. PRIMERAS CONSULTAS Consulta en la que un paciente recibe por primera vez asistencia en régimen ambulatorio, en una especialidad o subespecialidad y por una entidad patológica determinada.

Serán consideradas como primeras consultas las citas provenientes de: Atención Primaria. Atención Especializada:

Las procedentes de otras organizaciones de servicios de atención especializada (hospitales o ambulatorios)

Las procedentes de consultas de otra especialidad.

Las procedentes de especialidades y que se piden para una subespecialidad definida, aunque procedan de la misma especialidad.

El Servicio de Urgencias hospitalarias, después de su alta. Un ingreso de hospitalización que solicita para otra especialidad o subespecialidad diferente a la responsable del ingreso.

Un episodio de hospitalización en el Hospital de Día Médico y que se solicita para otra especialidad o subespecialidad diferente a la responsable del episodio.

Una segunda opinión, procedente del Servicio o unidad de Atención al Paciente y Usuario de los hospitales, y de las Áreas de Atención al Cliente en los ambulatorios y centros de salud. Otras entidades aseguradoras o mutuas.

No se consideran primeras consultas:

Las citadas tras un episodio o ingreso en hospitalización en la misma especialidad o subespecialidad que da el alta.
Las interconsultas hospitalarias de pacientes ingresados, aunque tengan lugar en los locales de consultas externas.
Las urgencias hospitalarias atendidas en los locales de consultas externas.

PRIMERA CONSULTA SIMULTÁNEA: Aquella primera consulta que se da aun paciente que ya tiene un episodio abierto en esa especialidad/subespecialidad, pero se le cita por otra patología distinta, dentro de la misma especialidad/subespecialidad.

3.2. CONSULTAS SUCESIVAS Consulta en la que un paciente recibe asistencia en régimen ambulatorio por una misma entidad patológica, en la misma especialidad o subespecialidad, y que no queda incluida en el concepto de

primera consulta. Pueden ser: Sucesiva de resultados: es una consulta sucesiva en la que se valoran las pruebas o exploraciones complementarias solicitadas en la primera consulta. Sucesiva ordinaria/revisión: es la consulta sucesiva que no queda incluida en la definición anterior.

3.3. CONSULTAS TOTALES Es la suma de las primeras consultas, más las sucesivas.

FECHA DE REGISTRO Es la fecha en la cual se pide la consulta.

FECHA SOLICITADA Es la fecha a partir de la cual se desea la cita.

FECHA DE CITA Es la fecha en la cual el paciente es citado realmente.

3.4. CONSULTAS ENFERMERÍA Consulta en la que un paciente recibe asistencia únicamente de personal de enfermería, sin que intervenga en ella ningún facultativo.

3.5. ÍNDICE SUCESIVAS/PRIMERAS Relación entre el número de consultas sucesivas respecto de las primeras.

3.6. PROMEDIO DE CONSULTAS Para su cálculo definimos:

TOTAL DE MÉDICOS Número global de facultativos de todas las categorías, jerarquizados y no jerarquizados.

Excluye: Médico interno residente (M.I.R.) . Sustitutos (sólo se cuenta el titular)

Incluye: Titulares (FEA y Cupo) Interinos sobre código Temporales con contratos de más de seis meses

PROMEDIO CONSULTAS MÉDICO/MES Es la Tasa Anual Media (TAM) de consultas totales por facultativo del servicio, que corresponde a la media mensual de consultas/médico en los últimos doce meses (incluyendo el mes a estudio y los once anteriores).

PROMEDIO CONSULTAS MÉDICO/DÍA Media diaria de consultas por facultativo del servicio en un período determinado.

HORAS PROGRAMADAS PARA CONSULTAS EXTERNAS/MES Es el total de horas programadas al mes para realizar actividad de Consultas Externas que tiene disponible un servicio.

3.7. RENDIMIENTO DE CONSULTAS EXTERNAS Es el cociente resultante de dividir las consultas realizadas entre el total de horas programadas para Consultas Externas. Se podrá calcular para:

PRIMERAS CONSULTAS

CONSULTAS SUCESIVAS

CONSULTAS TOTALES

3.8. DEMORA

DEMORA MÍNIMA Es el número mínimo de días que espera un paciente, desde que desea una cita hasta que se asigna una cita para un facultativo de atención especializada.

Fecha de cita más cercana.

Para su determinación se excluyen los huecos generados por una programación extraordinaria, descitaciones y forzado de agendas, que pueden artefactar la demora real.

DEMORA MEDIA

Es el número de días que por término medio esperan el conjunto de pacientes desde la fecha solicitada, hasta la fecha de cita.

DEMORA MÁXIMA

Se refiere a la primera cita disponible más lejana de entre todos los médicos de una especialidad o subespecialidad.

Fecha de cita más lejana

3.9. LISTA DE ESPERA

TIEMPO DE ABSORCIÓN Se refiere al tiempo que tardaría en absorberse la Lista de Espera al ritmo de trabajo de un período anterior definido.

LISTA DE ESPERA POR RANGOS DE DEMORA Se refiere al número de pacientes citados desde la fecha 'del corte', -que es una fecha determinada-, en adelante, hasta la fecha de cita. Se distribuyen en los siguientes grupos: Menos de un mes. De uno a tres meses. Más de tres meses.

PORCENTAJE DE CANCELACIONES Se refiere al número de consultas canceladas con relación al número total de consultas citadas.

Se contabilizan tanto las primeras consultas como las sucesivas. Las causas de las cancelaciones son siempre debidas al centro.

PORCENTAJE DE INASISTENCIAS Se refiere al número de consultas a las que no asiste el paciente con relación al número total de consultas citadas.

Se contabilizan tanto las primeras consultas como las sucesivas. Las causas de las inasistencias son siempre debidas al paciente.

4. INDICADORES DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

PRIMERA EXPLORACIÓN O PRUEBA COMPLEMENTARIA Es la prueba o exploración que se realiza a un paciente tras ser solicitada o derivada, desde atención primaria o especializada, con objeto de colaborar a diagnosticar una entidad patológica determinada, o instaurar una pauta terapéutica.

EXPLORACIÓN O PRUEBA COMPLEMENTARIA DE CONTROL Es aquella que se realiza aun paciente para valorar la evolución de su proceso.

FECHA DE REGISTRO Es la fecha en la cual se pide la prueba.

FECHA SOLICITADA Es la fecha a partir de la cual se desea la prueba

FECHA DE CITA Es la fecha para la cual el paciente es citado realmente.

DEMORA MÍNIMA Es el número mínimo de días que espera un paciente, desde la fecha solicitada hasta que se asigna una cita. Fecha de cita más cercana

Para su determinación se excluyen expresamente los huecos generados por una programación extraordinaria, descitaciones y forzado de agendas, que pueden artefactar la demora real.

DEMORA MEDIA Es el número de días que por término medio esperan el conjunto de pacientes desde la fecha solicitada, hasta la fecha de cita.

TIEMPO DE ABSORCIÓN Se refiere al tiempo que tardaría en absorberse la lista de espera al ritmo de trabajo de un período anterior definido.

LISTA DE ESPERA POR RANGOS DE DEMORA Se refiere al número de pacientes citados desde la fecha 'del corte', -que es una fecha determinada-, en adelante, hasta la fecha de cita.

Si la fecha solicitada es posterior a la fecha de corte, el paciente se ubicará en el grupo de demora resultante de la diferencia entre la fecha de cita y la fecha solicitada.

Se distribuyen en los siguientes grupos: Menos de un mes. De uno a tres meses. Más de tres meses.

PORCENTAJE DE CANCELACIONES Se refiere al número de exploraciones canceladas con relación al número total de consultas citadas.

Se contabilizan tanto las primeras como las de control. Las causas de las cancelaciones son siempre debidas al centro.

PORCENTAJE DE INASISTENCIAS Se refiere al número de exploraciones a las que no asiste el paciente con relación al número total de las citadas.

Se contabilizan tanto las primeras como las de control. Las causas de las inasistencias son siempre debidas al paciente.

5. INDICADORES DEL ÁREA QUIRÚRGICA

5.1. JORNADA QUIRÚRGICA JORNADA QUIRÚRGICA PROGRAMADA Es el tiempo de quirófano a lo largo de un día, cuya actividad se ha planificado con, al menos, 24 horas de antelación.

DURACIÓN JORNADA QUIRÚRGICA ORDINARIA La jornada quirúrgica habitual de un quirófano es de 7 horas, esto es, 420 minutos. En caso de que el Servicio de Anestesiología realice sesión clínica, se descontarán 60 minutos a la jornada de ese día.

5.2. CLASIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CLASIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR COMPLEJIDAD Los procedimientos quirúrgicos se clasifican según su COMPLEJIDAD en: Cirugía Mayor Cirugía Menor Intervenciones quirúrgicas incluidas en los códigos de procedimiento considerados en esta categoría en el documento "Clasificación de Códigos CIE-9-MC en Cirugía Menor y Procedimientos no Quirúrgicos". Deben cumplir los siguientes criterios: Escasa complejidad Anestesia local o sin anestesia Recuperación inmediata Realizado en consulta o en quirófano menor (quirofanillo)

CLASIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR PRIORIDAD Los procedimientos quirúrgicos se clasifican según su PRIORIDAD en: Intervención Quirúrgica Urgente: Es aquella cirugía que, por sus características, debe ser realizada de forma indemorable, y por tanto, no incluida en la programación quirúrgica, pudiendo provenir tanto del área de hospitalización como del propio servicio de urgencias. Intervención Quirúrgica Programada: Es aquella cirugía que, por sus características, puede ser demorada e incluida en la programación quirúrgica con al menos 24 h. de antelación. Su origen puede ser: De pacientes en Lista de Espera (preferentes y ordinarios) De pacientes no incluidos en Lista de Espera indemorables, cuya programación está justificada (trasplantes). De pacientes ingresados urgentes sometidos a intervención quirúrgica diferida (la intervención se realiza transcurrido el período de guardia de los facultativos).

CLASIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS POR TIPO DE ACTIVIDAD Los procedimientos quirúrgicos se clasifican según el TIPO DE ACTIVIDAD en: Actividad Quirúrgica Ordinaria: Intervenciones quirúrgicas realizadas en el horario ordinario de trabajo del centro, por personal del mismo. Actividad Quirúrgica Extraordinaria: Intervenciones quirúrgicas de carácter no urgente realizadas fuera del horario ordinario de trabajo del centro por personal del mismo o contratado al efecto y orientadas a la absorción de la demanda asistencial no satisfecha (cumplimiento de objetivos de la lista de espera quirúrgica).

MODALIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PARA LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA Hospitalización Tradicional Hospital de Día Quirúrgico

5.3. TIPOS DE ANESTESIA General: Aquella en la que se produce pérdida de conciencia con hipnosis, analgesia y protección neurovegetativa, y que requiere la intubación del paciente. Locorreional: Incluye anestesia espinal epidural regional, intradural, intravenosa, troncular o plexural y retrobulbar. Local Incluye local con sedación Tópica Incluye tópica con sedación

INTERVENCIONES PAG Intervenciones quirúrgicas programadas, efectuadas con anestesia general o locorreional.

INTERVENCIONES PAL Intervenciones quirúrgicas programadas, efectuadas con anestesia local o tópica.

INTERVENCIONES UAG Intervenciones quirúrgicas urgentes efectuadas con anestesia general o locorreional.

INTERVENCIONES UAL Intervenciones quirúrgicas urgentes efectuadas con anestesia local o tópica.

PROCEDIMIENTOS NO QUIRÚRGICOS Número de procedimientos no quirúrgicos realizados en quirófano con anestesia general o locorregional. Incluyen los códigos de procedimiento considerados en esta categoría en el documento "Clasificación de Códigos CIE-9-MC en Cirugía Menor y Procedimientos no Quirúrgicos" .

5.4. TIPOS ESTANCIAS

ESTANCIAS PREOPERATORIAS Estancias que genera un paciente desde su ingreso en el servicio quirúrgico que realiza la intervención, hasta la fecha de dicha intervención. Fecha intervención quirúrgica - Fecha ingreso en el servicio quirúrgico

ESTANCIA MEDIA PREOPERATORIA TOTAL Promedio de días que transcurren desde la fecha de ingreso en el servicio quirúrgico que realiza la intervención, hasta la fecha de dicha intervención.

Este cálculo se realizará tanto de los pacientes programados como de los diferidos de la urgencia Se incluirá la cirugía de día y la actividad programada extraordinaria. Se excluirá la cirugía menor.

ESTANCIA MEDIA PREOPERATORIA INGRESO PROGRAMADO Promedio de días que transcurren desde la fecha de ingreso en el servicio quirúrgico que realiza la intervención, hasta la fecha de dicha intervención, para los pacientes con intervención quirúrgica programada.

Se incluirá la actividad programada extraordinaria.

ESTANCIA MEDIA PREOPERATORIA INGRESO URGENTE DIFERIDO Promedio de días que transcurren desde la fecha de ingreso en el servicio quirúrgico que realiza la intervención, hasta la fecha de dicha intervención, para los pacientes con intervención quirúrgica urgente diferida.

5.5. OTROS INDICADORES QUIRÚRGICOS PORCENTAJE DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA SOBRE CIRUGÍA MAYOR PROGRAMADA

Es la proporción que existe entre las intervenciones programadas realizadas en el circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o cirugía de día y el total de intervenciones mayores programadas realizadas en el centro (intervenciones PAG+PAL).

Se excluye para este cálculo la cirugía programada extraordinaria.

PORCENTAJE DE INGRESOS PARA CIRUGÍA MAYOR PROGRAMADA Porcentaje de ingresos hospitalarios a los que se ha realizado una intervención quirúrgica (en adelante IQ) programada de cirugía mayor.

El numerador incluye las primeras IQ mayores programadas realizadas en: Actividad quirúrgica ordinaria. Hospital de Día Quirúrgico. Actividad programada extraordinaria.

PORCENTAJE DE INGRESOS PARA CIRUGÍA MAYOR URGENTE Porcentaje de ingresos hospitalarios a los que se ha realizado una intervención quirúrgica urgente de cirugía mayor.

MEDIA DE INTERVENCIONES POR PACIENTE INTERVENIDO DE FORMA PROGRAMADA Promedio de intervenciones quirúrgicas realizadas a pacientes ingresados para intervención de cirugía mayor programada ordinaria. Se trata de recoger una estimación de las reintervenciones.

Se excluye la cirugía menor Incluye la CMA y la actividad programada extraordinaria

PORCENTAJE DE REINTERVENCIONES SOBRE INTERVENCIONES PROGRAMADAS Del total de intervenciones quirúrgicas programadas, cuántas son reintervenciones.

CANCELACIÓN DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA Intervención quirúrgica programada que por diversas causas no ha podido realizarse en la fecha prevista ni ser sustituida en la programación quirúrgica. Dentro de las causas pueden distinguirse: Debidas al centro: Falta de preparación del paciente Preoperatorio insuficiente Falta historia, radiografía Ausencia de facultativo Ausencia de anestesista Ausencia de personal de enfermería/auxiliar Falta de preparación del instrumental Falta de sangre Falta de quirófano por cancelación de patologías más leves por otras más graves o urgentes Orden del médico Falta de tiempo de quirófano (prolongación de la duración prevista de la intervención previa, prolongación de los tiempos muertos entre intervenciones quirúrgicas por fallos de infraestructura, camillas, ...). Falta de camas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o reanimación Conflicto colectivo Otras no atribuibles al paciente. Debidas al paciente: Mejoría del paciente Enfermedad intercurrente Incomparecencia del paciente A petición del paciente Preparación incorrecta por no haber seguido bien las instrucciones (no va en ayunas, ha tomado anticoagulantes....)

PORCENTAJE DE CANCELACIONES PROGRAMADAS POR TODAS LAS CAUSAS Porcentaje de intervenciones que habiendo sido programadas son finalmente canceladas por cualquier causa, sobre el total de intervenciones programadas previstas.

Se excluye la cirugía menor y la cirugía programada extraordinaria.

PORCENTAJE DE CANCELACIONES PROGRAMADAS ATRIBUIBLES AL CENTRO Porcentaje de intervenciones programadas que son finalmente canceladas por causas debidas al centro, sobre el total de intervenciones programadas previstas.

Se excluye la cirugía menor y la cirugía programada extraordinaria.

ÍNDICE UTILIZACIÓN QUIRÓFANOS PROGRAMADOS Tiempo de utilización de quirófanos programados en relación con el tiempo disponible total en una jornada quirúrgica.

$$S(\text{Tiempo de duración en minutos de los procedimientos programados realizados en quirófano}) + 15 \times (\text{N}^\circ \text{ IQ Programadas de Cirugía Mayor} - \text{N}^\circ \text{ Jornadas}) / (\text{N}^\circ \text{ Jornadas} \times 7 \text{ h.} \times 60 \text{ min.})$$

La duración de una jornada quirúrgica es de 420 minutos.

INTERVENCIONES PAG/QUIRÓFANO Promedio mensual de intervenciones quirúrgicas programadas con anestesia general o locorregional realizadas por quirófano disponible de manera efectiva.

ÍNDICE DE PACIENTES INTERVENIDOS Porcentaje de pacientes ingresados que son sometidos a intervención quirúrgica

En el numerador se incluyen: PAG PAL UAG UAL Cirugía programada extraordinaria

PORCENTAJE INTERVENCIONES URGENTES DIFERIDAS SOBRE TOTAL URGENTES Porcentaje de intervenciones diferidas de la urgencia sobre el total de intervenciones urgentes.

PORCENTAJE DE INTERVENCIONES URGENTES DIFERIDAS SOBRE TOTAL PROGRAMADAS Porcentaje de intervenciones diferidas de la urgencia sobre el total de intervenciones programadas.

TASA PRESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA

En el numerador se excluye la cirugía menor En el denominador se excluyen las consultas de cupo

ENTRADA EN LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA Un paciente entrará en lista de espera quirúrgica en el momento en que la hoja de solicitud de intervención quirúrgica es registrada por la Unidad de Gestión Sanitaria (Instrucción 14/99)

SALIDA DE LISTA DE ESPERA La salida de un paciente en lista de espera quirúrgica tendrá lugar en el momento en que éste sea dado de baja de la misma por cualquiera de los siguientes motivos (Instrucción 14/99) :

Haber sido intervenido El paciente rechaza la propuesta de intervención a petición propia o al ser requerido para ello. Paciente procedente de la lista B (lista de espera por causas voluntarias) y que transcurridos 6 meses tras el primer requerimiento, continua desistiendo de aceptar fecha de intervención. Ser aceptada la solicitud de intervención en otro centro. Ser ilocalizable. Para ser aceptado este motivo será necesario: Haberle llamado por teléfono como mínimo tres veces, cubriendo el horario de mañana, tarde y sábados por la mañana No obtener respuesta 15 días después de remitirle carta certificada. Sufrir otro proceso intercurrente que contraindique definitivamente la intervención Haber fallecido **DEMORA MEDIA** Es la media de los tiempos de espera del conjunto de pacientes en lista de espera quirúrgica. Se puede medir en: Días Meses (hay que dividir los días entre una constante $K=30,42$)

NÚMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA POR RANGOS DE DEMORA Se clasifican en tres rangos: Menos de tres meses. De tres a seis meses. Más de seis meses.

CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDAD QUIRÚRGICA TIPO DE ACTIVIDAD COMPLEJIDAD PRIORIDAD MODALIDAD DE HOSPITALIZACIÓN 1 Extraordinaria Mayor Programada Hospital de Día Hospitalización Tradicional

Menor Programada Hospital de Día Ambulante Hospitalización Tradicional Ordinaria Mayor 4 Programada Hospital de Día Hospitalización Tradicional

3 Urgente Hospitalización Tradicional

2 Menor Programada Hospital de Día Ambulante Hospitalización Tradicional

Urgente Hospitalización Tradicional

Se debe tener en cuenta el término "intervención" está relacionado con tres conceptos bien diferenciados: Paciente intervenido Intervención (acto quirúrgico) Procedimiento quirúrgico Así, en el contexto de un mismo episodio

asistencial un paciente puede ser intervenido una o más veces; a su vez, en cada intervención, se pueden realizar uno o más procedimientos quirúrgicos.

En la práctica, en las definiciones que aquí se presentan por intervención quirúrgica se entiende cada uno de los actos quirúrgicos practicados a un paciente, aunque se realicen en cada uno de ellos uno o más procedimientos.

La Cirugía Mayor se subclasificará según el tipo de anestesia (general - locorreional - local - tónica). No todas las intervenciones realizadas con anestesia local son cirugía menor.

La Cirugía Menor se subclasificará según el tipo de anestesia (general-locorreional - local - tónica). No todas las intervenciones de cirugía menor se realizan con anestesia Local o Tónica.

En la práctica y con la finalidad de realizar una correcta adscripción de todas las intervenciones, se definen las siguientes categorías ordenadas de manera que cualquier intervención incluida en un apartado de orden superior no puede formar parte de otro grupo inferior.

1. Cirugía Programada Extraordinaria Intervenciones quirúrgicas de carácter no urgente realizadas fuera del horario ordinario de trabajo del centro por personal del mismo o contratado al efecto y orientadas a la absorción de la demanda asistencial no satisfecha (cumplimiento de objetivos de la lista de espera quirúrgica)
2. Cirugía Menor Intervenciones quirúrgicas incluidas en los códigos de procedimiento considerados en esta categoría en el documento "Clasificación de Códigos CIE-9-MC en Cirugía Menor y Procedimientos no Quirúrgicos".
3. Cirugía Urgente Es aquella cirugía que por su severidad se realiza de forma imprevista e indemorable, y por tanto no incluida en la programación quirúrgica, pudiendo provenir tanto del área de hospitalización como del propio servicio de urgencias. UAG: intervenciones quirúrgicas urgentes realizadas con anestesia general o locorreional. UAL: intervenciones quirúrgicas urgentes realizadas con anestesia local o tónica.
4. Cirugía Programada Ordinaria PAG: intervenciones quirúrgicas programadas realizadas con anestesia general o locorreional. PAL: intervenciones quirúrgicas programadas realizadas con anestesia local o tónica.

6. INDICADORES DE ALTERNATIVAS A LA HOSPITALIZACIÓN TRADICIONAL

6.1. HOSPITAL A DOMICILIO NÚMERO DE INGRESOS

Número de pacientes aceptados para ser atendidos en Hospitalización a Domicilio (HaD).

Pueden proceder de cualquier servicio o planta de hospitalización, del área de urgencias, de consultas externas, de otro hospital diferente o de un equipo de atención primaria.

Un paciente ingresado en el hospital, que pasa a ser atendido por HaD, causa alta en el servicio hospitalario que estaba ingresado y pasa a ser un ingreso en HaD.

Los ingresos y otros datos de actividad del Servicio HaD, no están incluidos (no se suman) en el resto de los ingresos del hospital, es decir, no se reportan en la estadística del hospital.

NÚMERO DE ALTAS Número de pacientes que estaban siendo atendidos en la modalidad de HaD y dejan de requerir los cuidados de este equipo. El alta puede ser por: Alta médica Alta voluntaria Ingreso en un centro hospitalario Éxitus.

ESTANCIAS DOMICILIARIAS Número de días que el paciente recibió la atención de HaD. Se calcula por la diferencia entre la fecha de ingreso en el Servicio HaD y la fecha de alta del mismo. $ED = \text{Fecha alta HaD} - \text{Fecha ingreso HaD}$ Estas estancias no se reportan en la estadística del hospital.

ESTANCIA MEDIA Número de días que, por término medio, son atendidos los pacientes en el Servicio de HaD.

NÚMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS Número de consultas/visitas que el paciente recibe en su domicilio y que las realiza el personal médico V/o enfermería del Servicio HaD. Pueden ser: Programadas. Urgentes.

Según el personal que las realice: Médicas: las que realiza el médico solo Enfermería: las que realiza el personal de enfermería solo. Conjuntas: realizadas por el equipo de médico y enfermería del servicio En este concepto no se incluyen las llamadas telefónicas.

NÚMERO DE ÉXITUS Pacientes que estaban siendo atendidos con la modalidad de HaD, y que fallecen en su domicilio. Causan alta para el Servicio HaD. No se reportan en la estadística del hospital.

PORCENTAJE DE MORTALIDAD Proporción que existe entre el número de fallecidos en su domicilio mientras estaban siendo atendidos por el Servicio de HaD y el número de ingresos registrados en el mismo.

6.2. HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO. HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO ÁREA del hospital, destinada a la atención de pacientes programados para procedimientos quirúrgicos susceptibles de ser realizados a través del circuito de día: el paciente ingresa el mismo día de la intervención, se le prepara en el Hospital de Día Quirúrgico (HDQ), se le interviene en el quirófano de la especialidad correspondiente, vuelve al Hospital de Día y, si cumple los criterios de alta, regresa a su domicilio ese mismo día.

Aunque el término Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) se utilice como sinónimo de Hospital de Día Quirúrgico, no se recomienda su utilización, ya que en la práctica se registra como ingreso tanto a nivel de servicio quirúrgico como del hospital.

NÚMERO INGRESOS Número de pacientes que acuden cada día al Hospital de Día Quirúrgico para someterse a un procedimiento quirúrgico. A un mismo paciente se le pueden realizar en el mismo acto quirúrgico uno o más procedimientos. pero se contabilizará como un único ingreso. Los ingresos y otros datos de actividad del Hospital de Día Quirúrgico, están incluidos en la estadística de actividad del hospital.

NÚMERO INTERVENCIONES CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Número de intervenciones quirúrgicas realizadas a través del circuito de día. Son procedimientos quirúrgicos programados para ser realizados con anestesia general, regional o local más sedación. Se excluye la cirugía menor. Este número de intervenciones se imputan al servicio quirúrgico responsable del paciente (están incluidos en la estadística de actividad del hospital)

ESTANCIA MEDIA EN HORAS Es la unidad de medida de permanencia del paciente en el hospital el día de la intervención: se refiere al número de horas transcurridas desde la hora de llegada del paciente al servicio de admisión y que formaliza su ingreso, hasta que abandona el Hospital de Día.

ESTANCIAS DE LOS PACIENTES EN HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO Si el paciente cumple los criterios de alta y regresa a su domicilio ese mismo día, se imputan CERO estancias a este paciente. Si el paciente tiene que ser trasladado a la planta de hospitalización de su servicio responsable porque no cumple los criterios de alta, se contabilizan las estancias hospitalarias que el paciente permanezca ingresado.

PORCENTAJE DE TRASLADOS A HOSPITALIZACIÓN Número de pacientes que, después de la intervención y tras permanecer en el Hospital de Día, no cumplen los criterios establecidos para ser dados de alta a su domicilio y han de permanecer ingresados en una unidad de hospitalización. Contabiliza como un ingreso y un alta para el servicio quirúrgico que realiza la intervención. Las estancias serán los días que precise permanecer ingresado.

Es importante recoger el motivo de estos ingresos/traslados para incidir en la importancia de la selección de pacientes de este circuito y en su organización.

PORCENTAJE DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA REALIZADA EN HOSPITAL DE DÍA QUIRÚRGICO

6.3. HOSPITAL DE DÍA MÉDICO. HOSPITAL DE DÍA MÉDICO

ÁREA del hospital, destinada a la atención de pacientes programados para someterse a uno o más procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, susceptibles de ser realizado a través del circuito de día: el paciente ingresa en el Hospital de Día Médico (HDM), se le realiza el/los procedimientos y, si cumple los criterios de alta, regresa a su domicilio ese mismo día. Los boxes de esta unidad no se contabilizan como camas funcionantes para el centro.

NÚMERO DE INGRESOS/SESIONES O EPISODIOS Número de pacientes que acuden cada día al Hospital de Día Médico para someterse a un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico. Un mismo paciente puede recibir en el mismo día más de un procedimiento, pero se contabilizará como un único ingreso. Si el mismo paciente acude en diversas ocasiones al Hospital de Día Médico, causará un ingreso cada día que sea atendido en el mismo. Los ingresos y otros datos de actividad del Hospital de Día Médico, no están incluidos (no se suman) en el resto de los ingresos del hospital; es decir, no se incluyen en la estadística de actividad del hospital.

En el Hospital de Día Médico el término ingreso es equivalente al de sesiones o episodios.

Los ingresos en Hospital de Día Médico no se contabilizan como ingresos o altas para el hospital o los servicios correspondientes

NÚMERO DE PROCEDIMIENTOS O ACTUACIONES Suma de tratamientos y/o pruebas diagnósticas que se realizan a los pacientes del circuito asistencial del Hospital de Día. Un paciente que ingresa en el Hospital de Día puede recibir más de un tratamiento. Por ejemplo, una quimioterapia IV y una transfusión de concentrado de hematíes; en este caso, se contabilizan dos procedimientos y un sólo ingreso. Según el tiempo de duración, pueden ser: Corta, menos de dos horas Media, entre dos y seis horas Larga, más de seis horas.

ESTANCIA MEDIA EN HORAS Unidad de medida de permanencia del paciente en el Hospital de Día: número de horas transcurridas desde la recepción del paciente en admisión, hasta que termina los tratamientos o las pruebas que tenía programadas para ese día, y abandona el hospital.

NÚMERO TOTAL PACIENTES Número de pacientes diferentes atendidos en el Hospital de Día (identificados por su número de historia), aunque acudan varias veces a seguimiento en el Hospital de Día. Un paciente puede acudir varios días para recibir el mismo o diferente tratamiento. El paciente es el mismo, pero cada día que acude causa un

ingreso en el Hospital de Día y se le realizan uno o varios procedimientos.

PORCENTAJE DE TRASLADOS A HOSPITALIZACIÓN Pacientes que, una vez realizado el procedimiento correspondiente y tras permanecer en observación en el Hospital de Día Médico, no cumplen los criterios establecidos para ser dados de alta a su domicilio y han de permanecer ingresados en una unidad de hospitalización.

6.4. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA. UNIDAD DE CORTA ESTANCIA La Unidad de Corta Estancia (UCE) se define como un área del hospital, destinada generalmente a la atención de pacientes programados para procedimientos cuya estancia prevista en el hospital es menor de tres días. Es una unidad de enfermería abierta las 24 horas de lunes a viernes y cerrada los fines de semana. Su actividad está incluida en el sistema de información general del hospital y asignada al servicio médico o quirúrgico que ha ordenado el ingreso del paciente y es responsable de su atención.

NÚMERO DE CAMAS ASIGNADAS Camas destinadas ala atención de pacientes ingresados en una unidad de estas características.

NÚMERO DE INGRESOS Pacientes que realizan una admisión en la Unidad de Corta Estancia, con la consiguiente ocupación de una cama en esta unidad. Son ingresos para cualquier servicio médico o quirúrgico a los que se va a realizar un procedimiento, en cuyo protocolo clínico, se prevé una estancia de menos de tres días. Estos ingresos están incluidos en la estadística de actividad del hospital.

ESTANCIA MEDIA Es la unidad de medida de permanencia del paciente en régimen de hospitalización, ocupando una cama de la Unidad de Corta Estancia. Se calcula y contabiliza como el resto de estancias hospitalarias.

6.5. UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS. UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS La Unidad de Cuidados Paliativos es un área del hospital destinada a la atención de pacientes en situación terminal; es decir, con diagnóstico de enfermedad en estado muy avanzado (y con un pronóstico de vida inferior a seis meses) que precisan ingreso hospitalario por diversos motivos, tales como el control de síntomas o la claudicación de sus cuidadores. Está abierta de forma continuada, las 24 horas del día y su actividad está incluida en el sistema de información general del hospital. Pero su actividad puede estar diferenciada y asignada a la unidad de forma específica

NÚMERO DE CAMAS ASIGNADAS Camas destinadas ala atención de pacientes ingresados en una unidad de estas características.

NÚMERO DE INGRESOS Son los pacientes que realizan una admisión en la Unidad de Cuidados Paliativos, con la consiguiente ocupación de una cama en esta unidad. La procedencia del paciente puede ser: de cualquier área o servicio, de otro hospital, desde su domicilio, derivado por un equipo de atención primaria o el Servicio de Hospitalización a Domicilio.

NÚMERO DE ALTAS Paciente que, estando ingresado en la Unidad de Cuidados Paliativos, desocupa la cama que tenía asignada por: Éxito Alta médica por mejoría Alta voluntaria Traslado a otro centro.

ESTANCIA MEDIA Días que por término medio han estado los pacientes ocupando cama en la Unidad de Cuidados Paliativos.

NÚMERO DE ÉXITUS Pacientes que, estando ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos, causan alta por fallecimiento.

PORCENTAJE DE MORTALIDAD Proporción existente entre los fallecidos de la Unidad de Cuidados Paliativos y los pacientes que han ingresado en la misma.

6.6. EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS. NÚMERO DE PRIMERAS CONSULTAS Consultas en las que un paciente recibe por primera vez la atención del Equipo Consultor y Coordinador de Cuidados Paliativos (ECCP). Esta consulta puede ser realizada en régimen de hospitalización (interconsulta) o en la consulta externa del ECCP, dependiendo de la ubicación del paciente cuando el médico/servicio responsable solicitan la consulta con este equipo.

NÚMERO DE CONSULTAS SUCESIVAS Son las consultas que recibe un paciente, después de la primera consulta, para continuar su tratamiento, o el seguimiento de su situación. Estas consultas pueden ser realizadas en régimen de hospitalización o de forma ambulatoria en consulta externa, dependiendo de la situación, ubicación del paciente y/o de su destino después de la primera consulta.

NÚMERO DE PACIENTES ATENDIDOS Número de pacientes diferentes que son atendidos por el ECCP. Al ser la característica fundamental de estos pacientes el encontrarse en situación terminal, generalmente, las primeras consultas coinciden con el número de pacientes atendidos.

7. INDICADORES DE SALUD MENTAL

7.1. SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA. PROGRAMAS DE OBJETIVOS INTERMEDIOS

NÚMERO DE INICIOS Número de personas que son atendidas por vez primera en el centro. No es igual a pacientes nuevos en la Red, ya que salvo en algún caso, la numeración de historias no es centralizada.

NÚMERO DE PACIENTES DIFERENTES ATENDIDOS Total de personas físicas diferentes atendidas en los centros asistenciales y con los que se lleva a cabo cualquier actividad de las registradas en el Registro de Casos Psiquiátricos (RCP). No será igual al número de pacientes diferentes existentes en toda la red.

NÚMERO DE CONSULTAS ASISTENCIALES Número total de consultas realizadas por los diferentes profesionales, que implican actividades realizadas directamente con el paciente y/o su entorno cercano. Abarcan las actividades recogidas en el RCP, como: Evaluación diagnóstica Seguimiento Entrevista familiar Psicoterapia individual Psicoterapia de grupo Terapia de familia Intervención en crisis

NÚMERO DE CONSULTAS TOTALES Número total de consultas realizadas por los diferentes profesionales, que implican todas las actividades realizadas directa o indirectamente con el paciente y/o su entorno cercano. Recogería todos los conceptos del punto anterior más las actividades de: Interconsulta Trabajo de enfermería Actividad comunitaria Informes Desintoxicación Etc.

NÚMERO DE ALTAS TOTALES Número de pacientes que han salido del sistema asistencial psiquiátrico. Engloba: Alta médica Fallecimiento Alta voluntaria Derivaciones a otras instituciones o al sistema sanitario no psiquiátrico No incluye las derivaciones a hospitales psiquiátricos a unidades hospitalarias de infecciosos ni al programa de farmacias.

DEMORA MEDIA Para el cálculo de este dato, se empleará la media de las demoras medias de todos los pacientes que hayan iniciado su tratamiento en el mes analizado.

MEDIA DE PACIENTES CITADOS/DÍA Incluye sólo los pacientes citados por facultativos (médicos y psicólogos). Se calcula sobre la base de las actividades asistenciales registradas en el RCP sin incluir, por tanto, los imprevistos ni las urgencias. El denominador (días) serían los días efectivos de trabajo del profesional (no incluye, por tanto, licencias y/o permisos).

MEDIA DE PACIENTES ATENDIDOS/DÍA Total de pacientes citados por facultativos (médicos y psicólogos), menos los pacientes que no acuden a la cita, y a los que se añaden los pacientes urgentes y los no previstos (todos los que tienen actividad asistencial).

NÚMERO DE ABANDONOS Número de altas voluntarias + Número de expulsiones

ÍNDICE DE RETENCIÓN

7.2. UNIDADES DE CORTA, MEDIA Y LARGA ESTANCIA INDICADORES COMUNES

CAMA Se entiende como tal aquella que está en condiciones de ser utilizada por un cliente, y por tanto, instalada y disponible. No deben incluirse, y por tanto no han de ser contabilizadas: Las camas de observación del Servicio de Urgencias (si lo hubiera) Las camas dedicadas específicamente a Hospital de Día Las utilizadas por el personal del centro

INGRESO Tienen consideración de ingresos todos aquellos pacientes que, proviniendo de admisión o de otros servicios o unidades hospitalarias dan lugar a la ocupación de una cama disponible, tanto nuevos como reingresos.

ESTANCIA Es la unidad de medida de permanencia del cliente en régimen de hospitalización, ocupando una cama en un intervalo de tiempo, y que se calcula por la diferencia entre la fecha de alta y la de ingreso.

ESTANCIAS TOTALES Sumatorio de estancias de todos los pacientes en el período analizado.

ALTA Proceso por el que un paciente, previamente ingresado, desocupa la cama que tenía asignada en la unidad de hospitalización, por cualquier circunstancia (alta médica, voluntaria, éxitus, etc.) En función del motivo que origine el alta distinguiremos: Alta médica: si el motivo del alta es el criterio médico Alta voluntaria: si el motivo del alta es el criterio del paciente, en contra del criterio médico Alta por defunción: si el motivo del alta es el fallecimiento del paciente Alta por traslado: si el motivo del alta es el traslado a otra institución o servicio sanitario.

SUICIDIO INTRAHOSPITALARIO Autoagresión con resultado final de muerte, que se produce en el interior del recinto hospitalario, en el curso de la evaluación diagnóstica o el tratamiento.

7.3. UNIDADES DE CORTA Y MEDIA ESTANCIA. INDICADORES COMUNES

INGRESOS INVOLUNTARIOS SIN AUTORIZACIÓN Pacientes ingresados en contra de su voluntad y para los que, transcurrido el plazo legal de 24 horas, no se cuenta con la preceptiva autorización judicial.

INGRESOS INVOLUNTARIOS CON AUTORIZACIÓN JUDICIAL Pacientes ingresados en contra de su voluntad y

para los que, transcurrido el plazo legal de 24 horas, se cuenta con la preceptiva autorización judicial.

INGRESOS POR ORDEN JUDICIAL Pacientes ingresados por mandato judicial.

REINGRESOS Pacientes que vuelven a ingresar en la misma unidad, por el mismo proceso que originó su ingreso anterior, antes de transcurridos 3 meses (90 días) desde la fecha de alta.

REINGRESOS EN LA PROPIA UNIDAD, ANTES DE UN MES TRAS EL ALTA Pacientes que vuelven a ingresar en la misma unidad, por el mismo proceso que originó su ingreso anterior, antes de transcurrido 1 mes (30 días) desde la fecha de alta.

INGRESOS PROGRAMADOS DESDE INSTANCIAS EXTERNAS AL HOSPITAL Pacientes que proviniendo desde un centro de salud mental u otras instancias externas al hospital, dan lugar a la ocupación de una cama disponible, de manera programada.

URGENCIA ATENDIDA Pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias para ser atendidos, siendo registrados en admisión de urgencias.

7.4. UNIDADES DE CORTA ESTANCIA. ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

PRIMERAS HOSPITALIZACIONES PSIQUIÁTRICAS Casos que acceden por vez primera a una unidad psiquiátrica de hospitalización e ingresan.

INGRESOS POR TRASLADO DESDE OTRO SERVICIO HOSPITALARIO DEL PROPIO HOSPITAL Pacientes que, proviniendo de una unidad hospitalaria diferente del propio hospital, dan lugar a la ocupación de una cama disponible.

PRIMERA INTERCONSULTA Petición que un servicio cursa a otro, solicitando asesoramiento para el diagnóstico y tratamiento del paciente. **CONSULTAS SUCESIVAS, EN EL ÁMBITO DE LA INTERCONSULTA** Toda asistencia que recibe un paciente por una misma patología, que no queda incluida en el concepto "primera interconsulta".

ENTREVISTA FAMILIAR Intervención realizada en un contexto de seguimiento, que trata de recoger información útil para el diagnóstico o seguimiento del caso.

7.5. UNIDADES DE CORTA ESTANCIA. ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS

CONSULTA ASISTENCIAL Consultas realizadas por los diferentes profesionales, que implican actividades realizadas directamente con el paciente y/o su entorno cercano. Abarcan las actividades recogidas en el RCP como: Evaluación diagnóstica Seguimiento Entrevista familiar Psicoterapia individual Psicoterapia de grupo Terapia de familia Intervención en crisis

PRIMERA CONSULTA Primera vez que un cliente recibe asistencia en régimen ambulatorio, en una unidad asistencial determinada y por una entidad patológica, bajo cualquiera de los formatos incluidos en el concepto consulta asistencial.

CONSULTA SUCESIVA Toda asistencia que recibe un cliente en régimen ambulatorio por una misma patología, que

no queda incluida en el concepto primera consulta, bajo cualquiera de los formatos incluidos en el concepto consulta asistencial.

7.6. UNIDADES DE CORTA ESTANCIA. ÁREA DE URGENCIAS

URGENCIA INGRESADA Pacientes que habiendo sido atendidos en el Servicio de Urgencias, fueron ingresados en alguna unidad de hospitalización.

URGENCIA DERIVADA Pacientes que habiendo sido atendidos en el Servicio de Urgencias, fueron derivados para su atención o seguimiento a otro ámbito o nivel asistencial.

NÚMERO DE PACIENTES FALLECIDOS EN LA SALA DE ESPERA DEL SERVICIO DE URGENCIAS. (FACTOR VERGÜENZA) Número de pacientes que fallecen en la sala de espera del Servicio de Urgencias.

PRESIÓN DE URGENCIAS Relación entre el número de ingresos por el Servicio de Urgencias y el total de ingresos nuevos de la unidad.

7.7. UNIDADES DE MEDIA ESTANCIA

INGRESO NUEVO Paciente que ingresa por primera vez en el servicio, en cualquier período o una vez transcurridos más de tres meses de un ingreso anterior.

INGRESOS DESDE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL Pacientes que, proviniendo del Servicio de Urgencias del hospital general, dan lugar a la ocupación de una cama disponible.

INGRESOS PROGRAMADOS DESDE LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL Pacientes que, proviniendo de la Unidad de Psiquiatría, dan lugar a la ocupación de una cama disponible.

INGRESOS PROGRAMADOS DESDE UNIDAD DE LARGA ESTANCIA O REHABILITACIÓN Pacientes que, proviniendo de la Unidad de Larga Estancia o Rehabilitación y previa notificación, dan lugar a la ocupación de una cama disponible.

INGRESO VOLUNTARIO Aquel ingreso que se realiza con la autorización del paciente.

7.8. TASAS Y RELACIONES DE SALUD MENTAL

ESTANCIA MEDIA ESTANCIA MEDIA UNIDADES DE MEDIDA Y LARGA ESTANCIA TASA DE INCIDENCIA TASA DE INGRESOS INVOLUNTARIOS (%) PORCENTAJE DE INGRESOS PORCENTAJE DE REINGRESOS ANTES DE 1 MES TASA DE ALTAS MÉDICAS (%) PORCENTAJE DE DEFUNCIONES PORCENTAJE DE SUICIDIOS ÍNDICE DE OCUPACIÓN (%) ÍNDICE DE ROTACIÓN CONTINUIDAD DE CUIDADOS PORCENTAJE DE ALTAS INFORMADAS PRESIÓN DE URGENCIAS (%) PORCENTAJE DE URGENCIAS INGRESADAS PORCENTAJE DE ÉXITUS EN URGENCIAS PORCENTAJE DE URGENCIAS DERIVADAS MEDIA DE URGENCIAS ATENDIDAS/DÍA MEDIA DE URGENCIAS INGRESADAS/DÍA ÍNDICE DE RETENCIÓN

7.9. METADONA SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA INFANTO-JUVENIL

TASA DE INCIDENCIA PORCENTAJE DE REINICIOS TASA DE PREVALENCIA TASA DE CONSULTAS ASISTENCIALES POR PACIENTE TASA DE CONSULTAS TOTALES POR PACIENTE PORCENTAJE DE ALTAS PORCENTAJE DE INCUMPLIMIENTOS DE CONTRATO TERAPÉUTICO TASA DE RETENCIÓN (%) PORCENTAJE DE ABANDONOS

8. INDICADORES DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

QUEJA Expresión de disconformidad y/o desacuerdo con respecto al sistema sanitario en su globalidad (funcionamiento de los servicios, aspectos relacionados con el cuidado y atención de los pacientes, etc.) efectuada oralmente. No exige una tramitación posterior.

RECLAMACIÓN Queja realizada formalmente por escrito, que demanda una contestación formal por escrito, dentro de los plazos legalmente estipulados (máximo de 30 días).

Nº QUEJAS Número total de quejas recogidas en el mes a estudio

Nº DE RECLAMACIONES INTERPUESTAS Número total de reclamaciones interpuestas a lo largo del mes a estudio.

Nº DE RECLAMACIONES RESUELTAS EN MENOS DE 30 DÍAS (de las interpuestas en el mes de estudio) Número total de reclamaciones que han sido interpuestas en el mes a estudio, y resueltas (notificada la respuesta por escrito) dentro de los 30 días siguientes a su interposición.

Nº DE RECLAMACIONES RESUELTAS (independiente de la fecha de interposición) Número total de reclamaciones que han sido resueltas en el mes a estudio, independientemente de cuando hayan sido interpuestas **DEMORA MEDIA DE RESOLUCIÓN EN DÍAS** (respecto al indicador anterior) Media del intervalo de tiempo en días naturales transcurrido entre fecha de resolución de la reclamación, Se calculará siempre para las reclamaciones resueltas en el mes a estudio, independientemente de cuando hayan sido interpuestas.

EJEMPLO RESPECTO A LOS INDICADORES DE LAS RECLAMACIONES

Nº FECHA INTERPOSICIÓN FECHA RESOLUCIÓN (NOTIFICACIÓN) Nº DÍAS TRANSCURRIDOS 1ª 01/02/2001 12/02/2001 11 días 2ª 08/02/2001 01/03/2001 21 días 3ª 09/03/2001 12/03/2001 3 días 4ª 12/03/2001 03/05/2001 52 días 5ª 26/03/2001 06/04/2001 11 días 6ª 28/03/2001 03/05/2001 36 días 7ª 30/03/2001 09/05/2001 40 días 8ª 30/03/2001 07/05/2001 38 días 9ª 02/04/2001 03/05/2001 31 días 10ª 06/04/2001 07/05/2001 31 días 11ª 24/04/2001 25/04/2001 1 día

MES MARZO Nº RECLAMACIONES INTERPUESTAS EN EL MES A ESTUDIO 6 (Nº 3, 4, 5, 6, 7, 8) **Nº RECLAMACIONES RESUELTAS EN MENOS DE 30 DÍAS** 2 (Nº 3 y 5) **Nº RECLAMACIONES RESUELTAS EN EL MES A ESTUDIO (INDEPENDIENTE DE LA FECHA DE INTERPOSICIÓN)** 2 (Nº 2 y 3) **DEMORA MEDIA** 12 días (Nº 2 y 3)

MES ABRIL Nº RECLAMACIONES INTERPUESTAS EN EL MES A ESTUDIO 3 (Nº 9, 10, 11) **Nº RECLAMACIONES RESUELTAS EN MENOS DE 30 DÍAS** 1 (Nº 11) **Nº RECLAMACIONES RESUELTAS EN EL MES A ESTUDIO (INDEPENDIENTE DE LA FECHA DE INTERPOSICIÓN)** 2 (Nº 5 y 11) **DEMORA MEDIA** 6 días (Nº 5 y 11)