



CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL A DOMICILIO



Catálogos del Sistema de Información Económica

GRUPO DE CONSENSO PARA LA ELABORACIÓN DEL CATÁLOGO DE ACTIVIDADES DEL HOSPITAL A DOMICILIO

COMPONENTES

Rosa Fernández Grande	Enfermera	Unidad Hospitalaria Domiciliaria (UHD) Denia
José M ^a Fernández Navarro	Médico	UHD La Fe Pediátrica (Valencia)
Rodolfo Gómez González	Médico	UHD General Alicante
Isabel Hermoso Villalba	Enfermera	UHD La Fe (Valencia)
Manuel Hernández Peris	Médico	UHD Xàtiva
Máximo Jiménez Gil	Médico	UHD Elda
Pilar Ortí Martínez	Enfermera	UHD La Fe Pediátrica (Valencia)
Angeles Perpiñá Córdoba	Enfermera	UHD Clínico Universitario (Valencia)
Elisa Soriano Melchor	Médica	UHD La Fe (Valencia)
Eduardo Ramírez Domínguez	Enfermero	UHD Elche
Angela Rodríguez Castelló	Enfermera	UHD Clínico Universitario (Valencia)

COORDINACIÓN

Agencia Valenciana de la Salud
Dirección General de Asistencia Sanitaria
Dirección General de Recursos Económicos

Dolores Cuevas Cuerda
Juan Gallud Romero
J. Adolf Guirao Goris
Eloy Sáiz Ramiro
Carmen M^a Sánchez Mateu

CATÁLOGOS DEL SISTEMA DE
INFORMACIÓN ECONÓMICA

VERSIÓN 2005

**Catálogo de
Procedimientos del
Hospital a Domicilio**

 GENERALITAT VALENCIANA

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat.

© de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2006.

© de los textos: los autores.

Coordina la edición: Servicio de Protocolización e Integración Asistencial. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Agencia Valenciana de Salud. Conselleria de Sanitat.

Diseño de cubierta: Alicia Monteagudo Mayordomo.

Imprime: IMAG

ISBN: 84-7890-276-7

Depósito legal: V-1914-2006

Cita recomendada: Conselleria de Sanitat. Catálogo de procedimientos del Hospital a Domicilio. Versión 2005. Catálogos SIE. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2006.

Índice

Presentación.....	7
Prólogo	9
1.- El Sistema de Información Económica.....	11
1.1.- El sistema de información económica (SIE)	11
1.2.- Los catálogos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.....	14
1.3.- La escala de unidades relativas de coste: definición y componentes.....	15
2.- El catálogo de procedimientos del Hospital a Domicilio.....	19
2.1.- El Hospital a Domicilio (HAD).....	19
2.2.- El Hospital a Domicilio en el SIE, organización y codificación.....	20
2.3.- El listado de actividades del Hospital a Domicilio y sus definiciones.....	21
- Actividades hospitalarias.....	21
- Actividades domiciliarias	28
- Consultas telefónicas	34
- Relaciones profesionales externas	36
- Procedimientos en el catálogo de HAD.....	39
- Procedimientos de enfermería.....	40
- Procedimientos médicos.....	51
- Procedimientos conjuntos de médicos y enfermeras.....	56
- Actividades de trabajador social.....	63
- Actividades de fisioterapeuta.....	67
2.4.- La codificación de los procedimientos.....	69
2.5.- Construcción de la escala de unidades relativas de coste.....	69

2.6.- Indicadores para la gestión: empleo de recursos, funcionamiento, complejidad de la casuística, carga de trabajo y coste.....	75
2.7.- Ejemplo de aplicación para la gestión del HAD.....	85
2.8.- Ejemplo de cálculo de coste por proceso en hospital a domicilio	94
Referencias bibliográficas y publicaciones relacionadas.....	96
Abreviaturas empleadas.....	98
Anexos	
1.- Cálculo de ETC en UHD.....	99
2.- El Hospital a Domicilio en los Indicadores de Gestión de Atención Especializada	104
3.- Catálogo de procedimientos del Hospital a Domicilio (código, denominación y URC)...	118

Presentación

El Catálogo de Procedimientos de Hospital a Domicilio constituye un paso adicional en el objetivo de la Conselleria de Sanidad de normalizar la medición de la actividad y los costes de los centros sanitarios a partir de los criterios definidos por los profesionales y su difusión posterior en los correspondientes documentos de consenso.

La presente publicación supone también una mejora significativa en el sistema de información de hospital a domicilio que se enmarca en el Plan para la Mejora de la Atención Domiciliaria en la Comunidad Valenciana 2004-2007.

Con esta edición, ya son dieciséis los catálogos de procedimientos publicados, en cuyo proceso de análisis y elaboración han participado activamente profesionales del 90% de los servicios de cada especialidad y se han recopilado aproximadamente 1.600 procedimientos clínicos. La integración de estos catálogos en el Sistema de Información Económica (SIE) refuerza el papel de la contabilidad analítica como instrumento de gestión eficaz que permite la integración de información económica y de actividad asistencial de la red de centros de atención primaria y especializada.

Esta mayor disponibilidad de información contribuirá al logro del objetivo de aproximar la asignación de los recursos a las necesidades reales de cada centro sanitario en función de la demanda de los ciudadanos y, con ello, a sostener de manera racional una inversión en sanidad que resulta creciente y esencial en la sociedad en que vivimos.

Vicente Rambla Momplet
Conseller de Sanitat

Prólogo

En los últimos años, el crecimiento de la población, la mayor esperanza de vida, los avances en la tecnología, la medicación y los productos sanitarios, los cambios en los patrones de morbilidad y la evolución de otros factores de carácter sociodemográfico están presionando al alza y de forma constante el crecimiento del gasto sanitario en todos los países de nuestro entorno, constituyendo en nuestro ámbito regional la partida más importante del Presupuesto de la Generalitat Valenciana.

Frente a esta creciente influencia de la sanidad como sector a considerar en la política social y económica de la Administración Autonómica y la Administración del Estado, la limitación en el crecimiento de los recursos públicos obliga a analizar la rentabilidad social del gasto sanitario, a revisar los sistemas de gestión tradicionalmente utilizados y a reforzar los instrumentos de análisis y valoración para medir puntual y detalladamente el consumo de recursos en nuestros centros sanitarios.

En este marco, el Sistema de Información Económica (SIE), como herramienta de soporte a la recogida, tratamiento y explotación de los datos de la contabilidad analítica de la red de centros públicos sanitarios, constituye una de las fuentes de información básicas para el funcionamiento del nuevo sistema de gestión y financiación de los Departamentos de Salud puesto en marcha por la Conselleria de Sanidad en 2005 basado en la financiación capitativa y la facturación de servicios intercentros.

Con la publicación del Catálogo de Procedimientos de Hospital a Domicilio se amplían las posibilidades del SIE para la recogida de una información rigurosa y un conocimiento mayor de las actividades y los costes que comportan los procesos asistenciales de los centros con un método que forma parte integrante y complementaria del conjunto de los sistemas de información de la red sanitaria.



En consecuencia, una de las prioridades de la Conselleria de Sanidad es avanzar en el perfeccionamiento y potenciación del SIE, cuyo estímulo depende en gran medida de la incorporación progresiva de los catálogos de actividad de nuestros centros, elaborados de forma consensuada con los profesionales de cada especialidad.

El principal reto para los responsables del SIE en todos los niveles debe ser, pues, el de fomentar al máximo la utilización y mejora de este instrumento, lo que habrá de permitir su implementación y desarrollo completo, favoreciendo una mejor asignación de recursos y un uso más eficaz y eficiente del presupuesto del sistema sanitario público.

Manuel Cervera Taulet

Secretario Autonómico para la Agencia Valenciana de Salud

1. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ECONÓMICA

1.1. EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ECONÓMICA

La función principal de un centro sanitario es proporcionar los medios diagnósticos y terapéuticos requeridos para la atención de sus pacientes. Cada unidad o centro de actividad de un hospital ofrece las prestaciones necesarias para asistir a las personas enfermas, proporcionándoles un conjunto de servicios. Para ello, las unidades o centros de actividad hospitalarios transforman los recursos disponibles (llamados en términos económicos “factores de producción”, trabajo, material fungible...) en actividades asistenciales o procedimientos (exploraciones, determinaciones analíticas, urgencias atendidas, ingresos, procedimientos quirúrgicos...) que se consideran indicados para el diagnóstico y tratamiento.

Los sistemas de información económica basados en la contabilidad analítica permiten conocer el coste de cada producto intermedio identificado en el proceso de la asistencia sanitaria, a partir del coste real del centro de actividad y de la actividad realizada en el mismo periodo de tiempo. Estos sistemas se emplean con algunas variaciones en todas las comunidades autónomas (COAN, MIC, SCS, SIE, SIGNO).

En la Agencia Valenciana de la Salud, es el Sistema de Información Económica (SIE) el que aporta el conocimiento sobre la transformación de recursos en productos (la llamada “función de producción”). Se trata de un sistema de contabilidad analítica compuesto por dos grandes subsistemas de recogida y análisis de datos: el de los costes totales de funcionamiento de los centros de atención especializada y el de las actividades que ocasionan el consumo de recursos. Estos subsistemas interactúan en la unidad organizativa básica del SIE, denominada centro de actividad y coste (CAC), donde se analizan los resultados mediante una serie de indicadores normalizados.



Los centros de actividad y coste se definen con los criterios siguientes:

- Homogeneidad económica y operativa (actividad similar) de forma que sea posible identificar uno o varios procedimientos evaluables en cada uno.
- Un responsable a su frente, aunque pueda serlo simultáneamente de varios CAC. Por ejemplo, un servicio con actividad de hospitalización y de consultas externas esta formado por varios centros de actividad.
- Concentración física de los medios materiales y humanos.

ORÍGENES DE COSTE	
1 Personal	11 Personal facultativo 12 Personal sanitario no facultativo 13 Personal no sanitario
2 Consumo de productos	21 Material sanitario 22 Material no sanitario 23 Consumo de productos farmacéuticos
3 Consumo de servicios externos	31 Suministros exteriores: agua, combustible, electricidad, comunicaciones y transportes 32 Servicios contratados: limpieza, seguridad, mantenimiento, cocina... 33 Costes diversos: primas de seguros, tributos, indemnizaciones por razón del servicio...
4 Prestaciones	41 Prótesis 42 Transporte sanitario 43 Actividades asistenciales concertadas

El subsistema de costes del SIE recoge datos en los centros sanitarios sobre el consumo de recursos en cada CAC de personal, material sanitario y no sanitario, farmacia, servicios externos y prestaciones (denominados en el SIE orígenes de coste). El SIE no incluye los costes de inversiones y amortización del equipamiento de forma rutinaria, sin perjuicio de que en un futuro puedan incorporarse como un origen de coste más. Por ello, cuando se requiere calcular el coste completo de una actividad, un proceso, etc., a efectos de facturación a terceros, obtención de estadísticas oficiales, realización de estudios, análisis estadísticos o cualquier otra finalidad, debe añadirse a posteriori el coste estimado de la amortización correspondiente.

Además de los costes afectados de forma directa, el coste total de los centros de actividad incluye su participación en los costes estructurales, servicios comunes cuya actividad se dirige a toda la estructura del centro de atención especializada, como el mantenimiento de las instalaciones, la provisión de energía, agua, comunicaciones, las unidades de administración y gestión, los servicios básicos de hostelería y limpieza, y otros que prestan soporte a la actividad asistencial (esterilización, medicina preventiva, farmacia...). Todos los centros de actividad participan en el

reparto de estos costes en proporción a magnitudes objetivas (en unos casos, metros cuadrados que ocupan y, en otros, número de personas que trabajan en ellos). El peso de estos costes puede ser bastante distinto entre unos hospitales y otros, por lo que el cuadro de mandos del SIE muestra a efectos comparativos el porcentaje que estos costes representan para cada centro de actividad y proporciona indicadores ajustados que los excluyen.

Finalmente, en algunos casos el coste total incluye costes logísticos. Se recurre a los costes logísticos cuando no se pueden afectar directamente determinados costes a un centro de actividad porque el recurso está compartido con otros. El ejemplo más evidente es la enfermería de una unidad de hospitalización compartida por varias especialidades; al no conocer con precisión la dedicación de la enfermería a cada especialidad, se forma una bolsa de coste intermedia (un centro logístico) que reparte el coste de la enfermería en función de algún criterio de actividad, en este caso las estancias.

La suma de estos costes da lugar a un coste total de funcionamiento, que se divide entre las actividades (el número total de unidades normalizadas de producción, recogidas en el subsistema de medición de actividad), obteniendo así para cada CAC el coste unitario de su actividad (llamados en el SIE costes unitarios por procedimiento CUP, y en términos económicos "precios" o Indicadores de Gestión Precio IGP). De este modo, los resultados del SIE han permitido realizar análisis por CAC y análisis comparativos por grupo de hospitales a partir de 1995, con indicadores ajustados por la casuística de cada centro de actividad.

Para mejorar la comparabilidad entre los centros y ajustarse a la información disponible de forma general, el SIE aporta también el cálculo de CUP que excluyen los costes estructurales (la parte de los costes sobre la que el responsable del servicio tiene menos capacidad de gestión) y las prestaciones (prótesis, transporte sanitario y conciertos).

El indicador básico para la comparación entre CAC y servicios de distintos hospitales que aporta el SIE es el Índice de Coste Relativo (ICR). Se trata de la razón, para un CAC de un hospital determinado, entre su propio coste por unidad de producción y el obtenido en el conjunto de los hospitales del grupo de comparación, que se emplea como estándar asignándole el valor 1. La interpretación de este índice es directa, por ejemplo, un valor de 1,31 indica que un laboratorio determinado está produciendo a un coste 31% mayor que el grupo de comparación.

El responsable de un servicio clínico compuesto por uno o varios CAC dispone, gracias al SIE, de información agregada e integrada del coste y la actividad que



su servicio realiza en el departamento de salud de su competencia.

El sistema resultante obtiene los costes unitarios gracias a la medición normalizada de la actividad a la que se asocia una escala de unidades relativas. Este sistema exige a los servicios clínicos que adapten su estadística de actividad a un formato normalizado que cuenta con el soporte del consenso profesional. Por otro lado, a las direcciones de gestión les permite enfocar sus esfuerzos hacia el perfeccionamiento de los sistemas de contabilidad analítica para conformar con precisión la bolsa del coste total de los servicios clínicos.

1.2.- LOS CATÁLOGOS DE PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Con la división del coste total de funcionamiento de un CAC entre las actividades producidas, el SIE permite obtener los costes unitarios para grandes bloques de productos intermedios, como el coste por dieta servida, por limpieza de un metro cuadrado, por minuto de quirófano utilizado y por estancia hospitalaria, entre otros.

Cuando un centro de actividad realiza varios procedimientos, como sucede con las exploraciones diagnósticas o intervenciones terapéuticas de los servicios hospitalarios, una forma eficiente de calcular el coste unitario de cada procedimiento (una radiografía simple de tórax, una determinación de glucosa, un hemograma, un examen directo de orina...) es elaborar el catálogo de las actividades de cada centro, y asignar a cada actividad un factor que permita repartir proporcionalmente entre ellas el coste total.

En el subsistema de medición de la actividad del SIE, desde 1997 se inició un proceso de normalización de los sistemas de medición de la actividad clínica mediante catálogos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que permiten una aproximación a la medición de la producción en unidades homogéneas y a la estimación del coste unitario por procedimiento. Los catálogos desarrollados e incorporados al SIE hasta este momento son los siguientes:

- Radiodiagnóstico, 1998 y 2003
- Medicina nuclear, 1999
- Bioquímica clínica y biología molecular, 1999
- Hematología, 1999
- Microbiología, 1999
- Rehabilitación y medicina física, 1999 y 2003
- Farmacia hospitalaria, 1999
- Anatomía patológica, 1999 y 2000
- Cardiología, 2001

Documentación clínica y admisión, 2001
Anestesia, reanimación y tratamiento del dolor, 2002
Oncología radioterápica, 2002
Oncología médica, actividad ambulatoria, 2003

La denominación de catálogo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (CPDT o catálogo) comprende una relación consensuada, exhaustiva, ordenada y normalizada, de las atenciones que un servicio sanitario suministra a sus pacientes.

Los catálogos se refieren a los procedimientos relacionados directamente con el trabajo asistencial de la especialidad. Otras actividades no estrictamente asistenciales (como la docencia pre y postgraduada, la investigación y el desarrollo, el control de suministros, la distribución de personal, la participación en comisiones hospitalarias, o la evaluación de técnicas y el control de calidad), aunque imprescindibles para el buen funcionamiento del servicio y para proporcionar atenciones altamente cualificadas, no pueden incluirse fácilmente puesto que los tiempos de dedicación son extremadamente variables. Sin embargo, el coste total del servicio comprende también los costes de estas actividades no asistenciales, que por lo tanto quedan distribuidos entre los costes unitarios de cada procedimiento incluido en el catálogo.

Un catálogo no es una relación estática en el tiempo, sino que tiene un periodo de vigencia y precisará modificaciones en función de los avances científicos y técnicos, y de las posibilidades de asignar de forma automatizada a cada episodio clínico las actividades o procedimientos realizados.

Desde el punto de vista de los servicios hospitalarios, el CPDT constituye una herramienta útil para:

- Disponer de la cartera de servicios.
- Calcular el coste unitario por procedimiento de la actividad que realiza un CAC
- Reconstruir el coste de un proceso hospitalario, a partir del conjunto de procedimientos suministrados a un paciente y de sus costes unitarios, añadiendo los costes correspondientes de prótesis, transporte sanitario, actividad concertada y amortizaciones.

1.3.- LA ESCALA DE UNIDADES RELATIVAS DE COSTE. DEFINICIÓN Y COMPONENTES

Las unidades relativas de coste (URC, en inglés Unit Relative Values URV) son factores de reparto que permiten transformar los recursos consumidos al realizar un procedimiento en coste económico imputable a ese procedimiento. Se definen por un grupo de expertos mediante consenso, y sus componentes más habituales son el tiempo de dedicación de facultativos y técnicos (u otra medida de aproximación a



la carga de trabajo) y el material fungible consumido.

A partir de la selección de un procedimiento de referencia (en general, el solicitado más frecuentemente) se construye la escala de URC, que indica para cada procedimiento cuántas veces cuesta más que el procedimiento de referencia. El resultado final es concluir que, si un procedimiento de referencia A equivale a una URC y un procedimiento B a dos URC, en condiciones normales de realización el procedimiento B cuesta el doble que el A.

La escala de URC se construye mediante una serie de variables que se consideran significativas para el coste. Las variables que la componen deben cumplir las siguientes condiciones:

- Ser el conjunto mínimo de las variables explicativas del coste para cada procedimiento.
- Tener efecto discriminante entre procedimientos.
- Que la disponibilidad de datos facilite la asignación de valores a las variables.
- Que su variación a lo largo del tiempo sea homogénea en todos los centros.

De acuerdo con estos criterios, los componentes más habituales de la escala de URC son:

Tiempo de dedicación de los recursos humanos directamente relacionados con el procedimiento

Se refiere al personal propio del centro de actividad, sin incluir el personal de contratos de servicio.

El tiempo abarca los preparativos para la actividad, la propia actividad, el mantenimiento y reparaciones, la vigilancia técnica y la elaboración del informe correspondiente; hay que tener en cuenta que en muchos procedimientos el paciente no precisa de la presencia constante del profesional. En el caso de intervención directa sobre el paciente, se incluye también el tiempo de entrada y salida del paciente, la preparación necesaria y la limpieza y montaje de los accesorios utilizados.

Costes del material sanitario (fungible, reactivos...) necesario para la realización del procedimiento

La inclusión de los medicamentos indicados para la realización del procedimiento como variable para la construcción de la escala sólo se realiza cuando colabora significativamente a discriminar procedimientos por su coste, y siempre que el registro de su utilización sea exhaustivo, homogéneo y completo.

En la construcción de la escala no es posible utilizar como variables las inversiones y la amortización del equipamiento, debido a que este componente depende de la antigüedad de los equipos y a que el SIE no recoge de modo rutinario esta información.

ORÍGENES DE COSTE	COMPONENTES DEL COSTE UNITARIO	CONSTRUCCIÓN DE LA ESCALA DE URC
Personal facultativo	Personal facultativo	Personal facultativo
Personal sanitario no facultativo	Personal sanitario no facultativo	Personal sanitario no facultativo
Personal no sanitario	Personal no sanitario	
Material sanitario	Material sanitario	Material sanitario
Material no sanitario	Material no sanitario	
Productos farmacéuticos	Productos farmacéuticos	
Servicios exteriores	Servicios exteriores	
Prestaciones		
Reparto de estructurales		

Los valores de las variables incluidas se definen mediante acuerdo del grupo de consenso de los profesionales sanitarios implicados, a la vez que se normaliza el listado de procedimientos.

Al elaborar el listado del catálogo es posible reflejar aquellas circunstancias capaces de producir una variación significativa en el coste unitario del procedimiento. Los tipos de URC pueden estar relacionados con la forma de solicitar las pruebas (vía urgente / vía normal), si se realizan en puertas de urgencias, si se trata de pacientes ambulatorios o ingresados, u otras circunstancias. Siempre que se considere que existe repercusión significativa en el coste unitario, podrían asignarse URC distintas para el mismo procedimiento en función de la vía, lugar de petición o modo de realización. El grupo de consenso debe fijar el ámbito de la versión inicial del catálogo teniendo en cuenta estos factores.

El SIE presenta la medición normalizada de la actividad en los CAC que conforman los servicios clínicos (la frecuencia de cada procedimiento) para apreciar diferencias de casuística que puedan justificar diferencias en los indicadores de producción.

En cambio, el SIE no ofrece, como parte del análisis rutinario, el coste unitario de cada procedimiento del catálogo calculado mediante la escala de reparto, puesto que si el coste por unidad de producción de un CAC resulta un 25% más o menos costoso que el estándar, también lo serán todos sus procedimientos. El sistema está enfocado a conocer el funcionamiento del centro de actividad o servicio clínico en conjunto, pero no de sus procedimientos o actividades individuales; por lo tanto, sería inadecuado comparar aisladamente el coste de un procedimiento concreto en



dos o más hospitales. Ahora bien, los costes unitarios calculados para cada procedimiento son de gran utilidad en otros niveles; por ejemplo, se emplean para estimar el coste global de determinados conjuntos de pruebas (como el coste promedio de la ecografía en los hospitales) o para el cálculo del coste por proceso (como el coste promedio de la apendicitis).

2.- EL CATÁLOGO DE PROCEDIMIENTOS DEL HAD

El objetivo general es que el grupo de consenso acuerde un sistema de medición de las actividades propias del hospital a domicilio que permita evaluar el funcionamiento organizativo y económico de esta modalidad de atención.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Definir los procedimientos de Hospital a Domicilio (HAD).
- Desarrollar una escala de unidades relativas de coste (URC) asociada a los procedimientos que permita la construcción de indicadores ajustados por la casuística propia del HAD, al traducir todos los procedimientos a una unidad de cuenta común que cuantifica la actividad.
- Elaborar una batería de indicadores de funcionamiento para la gestión del HAD.

2.1.- EL HOSPITAL A DOMICILIO

El HAD es una modalidad de atención sanitaria enfocada a proporcionar atención especializada de rango hospitalario a los pacientes para los que el “mejor lugar terapéutico” por su estado de enfermedad es el domicilio. Denominamos “mejor lugar terapéutico” aquel donde los objetivos terapéuticos se van a conseguir en el menor tiempo posible, con menor número de complicaciones y menor coste social. El dispositivo asistencial en que se basa es la Unidad Hospitalaria Domiciliaria (UHD). Las UHD son unidades hospitalarias, creadas por Orden de 26 de mayo de 1995 de la Conselleria de Sanitat para asumir la asistencia en el domicilio de los pacientes, tras su estabilización en el hospital o cuando se considere el propio domicilio como mejor lugar terapéutico.



Las características de este tipo de atención son:

- **Complejidad:** tanto del proceso atendido como por la utilización de técnicas diagnósticas o terapéuticas propias del hospital, así como por la atención llevada a cabo por personal especializado.
- **Intensidad:** con actuaciones diarias o más de una vez al día. Cuando las necesidades de atención y cuidados disminuyen, obedece a una situación clínica que debe ser atendida por los equipos de atención primaria.
- **Transitoriedad:** el seguimiento tiene una duración limitada en el tiempo, en tanto se produce la circunstancia de alta (ya sea por curación, mejoría, exitus, estabilización del proceso o ingreso hospitalario). La vigilancia y seguimiento a medio o largo plazo en el domicilio corresponde a la atención primaria, aunque ocasionalmente y para determinados pacientes pueden ser necesarias consultas a la UHD de manera más continua, en el marco de un seguimiento programado de Hospital a Domicilio.

Se define como paciente ingresado (y por tanto como alta) en una UHD aquel que recibe como mínimo una visita domiciliaria de un profesional sanitario y se le realiza un informe de alta u otro registro de información clínica significativa.

2.2.- EL HOSPITAL A DOMICILIO EN EL SIE, ORGANIZACIÓN Y CODIFICACIÓN

Los Centros de actividad y costes (CAC) del SIE que recogen actividades y costes de hospital a domicilio son los siguientes:

851 Hospital a domicilio general

852 Hospital a domicilio pediátrico

Los indicadores obtenidos previamente a la elaboración de este catálogo eran:

07 XXX 00 001 ESTANCIA HOSPITAL A DOMICILIO

07 XXX 00 002 PACIENTE HOSPITAL A DOMICILIO

La imputación de costes a las UHD presenta la peculiaridad de que los costes derivados del empleo de transportes (taxis u otros) por el personal de la unidad deben afectarse directamente a este CAC como Servicios contratados o Gastos diversos, según corresponda por su naturaleza, puesto que el rasgo diferencial de la atención que prestan estas unidades es que su personal se traslada al domicilio del paciente. En este caso, no debe emplearse el CAC estructural primario 024 "Comunicaciones y transportes", ya que se trata de un coste de la unidad, no del hospital en su conjunto.

2.3- LISTADO DE ACTIVIDADES DE HAD Y DEFINICIONES

ACTIVIDADES HOSPITALARIAS

Valoración de la propuesta de ingreso en hospital
Traslado a otra UHD
Valoración inicial médica en hospital
Valoración inicial de enfermería en hospital
Planificación del ingreso en domicilio por enfermería
Preparación del alta por enfermería
Preparación del alta por médico
Interconsulta hospitalaria de médico
Primera consulta hospitalaria de médico
Consulta sucesiva hospitalaria de médico
Primera consulta hospitalaria de enfermería
Consulta sucesiva hospitalaria de enfermería

VALORACION DE LA PROPUESTA DE INGRESO EN HOSPITAL

Definición

Proceso de valoración de la adecuación de las condiciones del paciente y de su entorno domiciliario, que se inicia con la notificación de una propuesta de ingreso en la UHD y finaliza con la decisión de ingreso, rechazo o traslado a otra UHD por parte del médico.

Sólo se contabilizarán si hay un desplazamiento de un profesional a la cama del enfermo. Los ingresos o rechazos telefónicos no se considerarán valoraciones de propuestas de ingreso.

Actividades

- Recepción de propuesta por cualquier vía: teléfono, fax, parte interconsulta...
- Localizar al paciente y programar la valoración.
- Hablar con el médico responsable o la supervisora, si están disponibles.
- Presentarse e informar sobre la UHD: funcionamiento, horario de atención, visitas y mecanismo de contacto telefónico con la unidad.
- Comprobar criterios de inclusión: médicos, geográficos y sociales.
- Identificar al cuidador principal.
- Confirmar voluntariedad del paciente y cuidador (consentimiento informado).
- Decidir ingreso, rechazo o traslado a otra UHD (criterios de rechazo: geográfico, negativa familiar o del paciente, saturación de la UHD, médico, social y otros).



TRASLADO A OTRA UHD

Definición

Se procede al traslado a otra UHD cuando el paciente cumple criterios de inclusión en Hospital a Domicilio, pero su domicilio pertenece a la cobertura geográfica de otra UHD.

Actividades

- Confirmar la voluntariedad del paciente/cuidador.
- Contactar telefónicamente con la otra UHD para concertar fecha de traslado al domicilio del paciente.
- Remitir informe de alta por fax a la otra UHD.
- Confirmar, al paciente y a la sala, la atención por la otra UHD.
- Registro del traslado.
- Preparación del ingreso en otra UHD por enfermería, actividad similar a la realizada para el resto de los ingresos en la propia UHD:
 - proporcionar teléfonos de contacto con la otra UHD.
 - proporcionar medicación necesaria.
 - solicitar oxigenoterapia y aerosolterapia en los casos necesarios.
 - coordinar traslado al domicilio.

VALORACIÓN INICIAL MÉDICA EN HOSPITAL

Definición

Proceso de valoración integral de los pacientes remitidos a la UHD para ingreso, llevado a cabo por el médico del equipo multidisciplinar, con el fin de comprobar criterios de ingreso, facilitar los posteriores cuidados y asegurar el traslado al domicilio.

Actividades

- Antecedentes personales.
- Revisión de la medicación habitual que toma el paciente.
- Alergias medicamentosas. Anticoagulación oral.
- Diagnósticos.
- Procedimientos realizados durante el ingreso hospitalario.
- Anamnesis y exploración física por aparatos (incluye valoración de síntomas).
- Riesgo de complicaciones médicas (en el listado correspondiente de problemas interdependientes /complicaciones de la hoja de valoración).
- Asignación de tipología de paciente.
- Asignación de la función a desarrollar (Hospitalización de quirúrgicos/médicos/terminales, Consulta Externa, Hospital de Día).
- Identificar la tecnología ya aplicada que requiere atención y cuidados específicos (seleccionar del listado de la hoja de valoración).
- Seleccionar los procedimientos a aplicar por la UHD (del listado de la hoja de

valoración) e indicar la fecha del último cambio en aquellos procedimientos indicados.

- Determinar las intervenciones iniciales relevantes.
- Establecer el tratamiento inicial para el domicilio.

VALORACION INICIAL DE ENFERMERÍA EN HOSPITAL

Definición

Proceso de identificación y registro de los problemas y necesidades de cuidados que requieren una intervención básica hasta la llegada al domicilio.

Actividades

- Identificación y registro inicial de los problemas de enfermería del paciente.
- Identificación de las necesidades de cuidados y el apoyo material requerido.

PLANIFICACIÓN DEL INGRESO EN DOMICILIO POR ENFERMERÍA

Definición

Actividad que desarrolla el equipo de UHD, en especial la supervisora y enfermería (incluyendo auxiliares), respecto a los contactos con los distintos servicios del hospital y con los proveedores, para coordinar el ingreso de nuevos pacientes en la UHD.

Actividades

a.- Coordinación del ingreso

Tareas:

- Confirmar el medio de transporte para el traslado del paciente al domicilio (ambulancia, oxígeno, acompañante, etc).
- Contactar telefónicamente con los proveedores de gases medicinales para petición de oxigenoterapia y/o aerosolterapia domiciliaria en los casos necesarios, cuando se hayan prescrito. Cumplimentar los registros de la solicitud.
- En el caso de pacientes que precisen oxigenoterapia domiciliaria, se procederá a su traslado al domicilio cuando exista constancia de que ésta ya se encuentra disponible en el domicilio.
- Realizar los trámites administrativos del ingreso, si procede.
- Entregar al paciente la documentación pertinente e informar del plan de cuidados y de la necesidad de adiestramiento en higiene, movilización, etc.

b.-Preparación y entrega de medicación y material

Tareas:

- Preparar medicación y material necesario:
 - Ficha de medicación.
 - Hoja de medicación del paciente.
 - Preparar los packs.



- Preparar la carpeta del paciente con la documentación pertinente.
- Informar al paciente y cuidador, y entregar medicación y material:
 - Tras haber preparado la medicación y material y la carpeta del nuevo paciente ingresado en UHD, la auxiliar de enfermería acude a la habitación del paciente en la sala del hospital, donde debe:
 - Confirmar el nombre del paciente.
 - Identificarse como personal de la unidad.
 - Informar sobre el funcionamiento de la unidad, comprobando que disponen de toda la información necesaria y aclarando las posibles dudas.
 - Entregar la carpeta del paciente con su documentación.
 - Revisar la documentación de la carpeta con el paciente y cuidador.

PREPARACIÓN DEL ALTA POR ENFERMERÍA

Definición

Preparación para trasladar la atención y los cuidados del paciente desde la UHD a otro nivel o recurso asistencial, independientemente de la circunstancia de alta (incluido éxitus).

Actividades

- Elaborar y redactar el informe de enfermería al alta.
- Planificar y suministrar la medicación necesaria.
- Revisión y coordinación de las citas pendientes en el hospital.

PREPARACIÓN DEL ALTA POR MÉDICO

Definición

Preparación para trasladar la atención y los cuidados del paciente desde la UHD a otro nivel o recurso asistencial, independientemente de la circunstancia de alta (incluido éxitus).

Actividades

- Elaborar y redactar el informe médico al alta.
- Preparar y entregar las recetas.
- Revisión y coordinación de las citas pendientes en el hospital.

INTERCONSULTA HOSPITALARIA DE MÉDICO

Definición

Todas aquellas intervenciones que los médicos de la UHD realizan a solicitud de otros especialistas intrahospitalarios, para la atención de pacientes con algún tipo de complicación o con necesidad de algún tipo de valoración diagnóstica adicional, ya se trate de pacientes ambulatorios, hospitalizados o que estén siendo atendidos en urgencias del hospital.

Normalmente, se produce un encuentro presencial entre un médico del hospi-

tal, y un médico de la UHD.

Los médicos de la UHD actúan como consultores en materias en las que son reconocidos como expertos. Generalmente actúan como tales, en el ámbito de la medicina paliativa.

En caso de tener que acudir varias ocasiones a seguimiento del paciente en el hospital, se contabilizará una interconsulta cada vez.

Actividades

- Recepción de solicitud de interconsulta.
- Revisión conjunta de la situación clínica e historia clínica del paciente.
- Hablar con paciente y familia, y recabar información.
- Informar sobre el proceso clínico a médico y familiares.
- Decisión sobre plan de intervención.

PRIMERA CONSULTA HOSPITALARIA DE MÉDICO

Definición

Se trata de una primera consulta, de una consulta externa clásica.

La consulta externa tiene como función principal la evaluación y orientación terapéutica de los enfermos y familias.

Los pacientes acuden remitidos desde consultas externas de otros especialistas (fundamentalmente oncología), o desde atención primaria.

Las UHD, tras más de una década de experiencia, se han convertido dentro de los hospitales en referentes de medicina y cuidados paliativos. Como consecuencia de ello, en estas consultas externas se atiende mayoritariamente a pacientes en fase terminal en grado todavía ambulatorio.

También pueden realizarse las primeras valoraciones de pacientes geriátricos y/o con patología crónica en situación de enfermedad avanzada, para confirmar su situación clínica, adecuar su tratamiento, y presentarles las diferentes alternativas de atención que tienen a su disposición.

Es bien conocido que una importante proporción de enfermos en fase terminal prefiere pasar la etapa final en su domicilio. Por tanto, esta consulta nos permite dar una atención continuada de todo el proceso, sin que el paciente sienta que al permanecer en el domicilio pierde la vinculación con sus médicos habituales del hospital.

En todos los casos se remitirá un informe escrito al médico que solicitó la consulta.

Actividades

- Presentación.
- Antecedentes personales.
- Anamnesis y exploración física por aparatos.
- Revisión de la medicación habitual que toma el paciente.



- Diagnósticos.
- Adecuación del tratamiento.
- Informar al paciente y su familia sobre el proceso clínico: diagnóstico, pronóstico y tipo de control que se va a realizar.
- Hacer recetas médicas (si precisa).
- Cumplimentar solicitud de oxigenoterapia (si procede).
- Cumplimentar los registros y la Hoja de recomendaciones terapéuticas.

CONSULTA SUCESIVA HOSPITALARIA DE MÉDICO

Definición

Consiste en el control evolutivo de los pacientes en fase terminal o con patología crónica en situación de enfermedad avanzada, para evaluar la respuesta al tratamiento instaurado. Puede ser programada por el equipo, o por demanda del paciente o su familia ante una mala evolución del paciente.

También incluimos en esta definición las consultas que realizamos a los enfermos ingresados en HAD a los cuales, aprovechando que acuden al hospital para la realización de exploraciones complementarias (radiografías, ecografías, etc.) o a consultas externas de otros especialistas, exploramos y adecuamos su tratamiento.

Actividades

- Anamnesis y exploración física.
- Diagnósticos.
- Adecuación del tratamiento.
- Informar al paciente y su familia sobre el proceso clínico.
- Hacer recetas médicas (si precisa).
- Cumplimentar solicitud de oxigenoterapia (si procede).
- Cumplimentar los registros y la Hoja de recomendaciones terapéuticas.

PRIMERA CONSULTA HOSPITALARIA DE ENFERMERÍA

Definición

El origen de esta actividad es el Programa de Seguimiento de Crónicos que se desarrolla en el Hospital Marina Alta - Denia.

Se trata de la primera valoración de un paciente crónico con la finalidad de incluirlo en el programa de seguimiento de crónicos. En algunos casos, después de esta valoración se procede a derivarlo a la UHD.

Normalmente no son visitas programadas, los pacientes son remitidos directamente desde la consulta externa de oncología, el hospital de día, la UHD, la sala de hospitalización o bien directamente desde atención primaria por el médico o la enfermera/o.

Una vez incluido en el programa, se le realizará un seguimiento telefónico y se

resolverán las incidencias que ocurran.

Los pacientes que deriva el HAD al programa de crónicos se producen en el momento del alta de la UHD, y la mecánica es idéntica a la del "Seguimiento Programado". Durante el periodo de "Seguimiento Programado", el enfermero del programa puede detectar la necesidad de ingreso en HAD. Si éste se produce, durante el tiempo que el paciente está ingresado en HAD, sale del programa, siendo atendido telefónica y asistencialmente por la UHD.

Actividades

- Presentación del equipo de enfermería y médico.
- Presentación del programa.
- Se realiza la entrevista de enfermería.
- Si hay modificación en el tratamiento prescrito, se le explica.
- Explicar los posibles síntomas que pueden aparecer.
- Explicar todas las dudas.
- Cursar solicitudes de analíticas, cultivos, interconsultas, radiografías, u otros.
- Proporcionar medicación, si la precisa, para 48-72 horas.
- Registrar toda la información.
- Informar a su equipo de atención primaria, mediante fax, que el paciente está incluido en un programa de atención a crónicos.

CONSULTA SUCESIVA HOSPITALARIA DE ENFERMERÍA

Definición

El origen de esta actividad es el Programa de Seguimiento de Crónicos que se desarrolla en el Hospital Marina Alta - Denia.

Se trata de valoraciones que son programadas con el paciente o la familia, si éste ya no puede acudir al hospital. Pueden ser, bien por empeoramiento del paciente, bien porque acude al hospital a la consulta, o por cualquier otro motivo.

Actividades

- Saludar al paciente y familia. Conocerlos personalmente, si no era así.
- Reforzar los conocimientos del programa.
- Valorar los nuevos síntomas que presentan.
- Explicar el cambio prescrito de tratamiento si lo hay.
- Realizar técnicas de enfermería si son necesarias.
- Proporcionar medicación, si la precisa, para 48-72 horas.
- Registrar toda la información.



ACTIVIDADES DOMICILIARIAS

Valoración médica en domicilio
Primera visita médica en domicilio
Visita básica médica en domicilio
Visita básica médica en domicilio más procedimiento
Visita urgente médica en domicilio
Visita urgente médica en domicilio más procedimiento
Primera visita de enfermería en domicilio
Visita básica de enfermería en domicilio
Visita urgente de enfermería en domicilio

VALORACIÓN MÉDICA EN DOMICILIO

Definición

Se trata de una visita domiciliaria para valoración médica de un paciente por solicitud de cualquier recurso del departamento de salud, aunque actualmente las peticiones suelen ser remitidas por consultas externas del hospital o por atención primaria.

Su objetivo es disponer de la información necesaria para llegar a una decisión, ya sea de ingreso en HAD o de derivación a su mejor lugar terapéutico.

Si, después de la valoración médica en domicilio, el paciente queda ingresado en la UHD, la siguiente visita médica programada en domicilio será siempre una "visita básica médica en domicilio".

La secuencia de actividades será:

- 1-Valoración médica en domicilio (ingreso en UHD)
- 2-Visita médica básica en domicilio

Actividades

- Valoración de la propuesta de ingreso en domicilio.
- Valoración inicial médica en domicilio.
- Decisión de ingreso, de rechazo o de traslado.
- Elaboración en caso de rechazo o de traslado, de alta o informe clínico significativo y comunicación del resultado al profesional solicitante.

PRIMERA VISITA MÉDICA EN DOMICILIO

Definición

Primera visita programada de médico en el domicilio del paciente dentro de un episodio de atención.

La valoración inicial médica en hospital ya ha sido realizada (normalmente por el coordinador) y el médico que inicia la visita domiciliaria ya dispone de ella.

La secuencia de actividades será:

Valoración inicial médica en hospital >> Primera visita médica en domicilio >> Visita médica básica en domicilio.

Actividades

- Preparación de la primera visita: previo a la salida, comprobar incidencias de la guardia.
- Presentación.
- Revisar la valoración inicial médica en hospital.
- Revisar situación clínica del paciente.
- Revisar tratamiento (incluido “botiquín” familiar).
- Informar sobre el proceso clínico: diagnóstico, pronóstico y plan de visitas.
- Informar sobre fecha prevista de alta.
- Hacer recetas médicas (si precisa).
- Complimentar los registros: Hoja de valoración, Hoja de evolución médica y otros.

VISITA BÁSICA MÉDICA EN DOMICILIO

Definición

Visita domiciliaria programada a paciente ingresado en UHD.

Se realiza por iniciativa del HAD y está prevista con anterioridad.

Se contabilizarán las visitas efectuadas en cualquier periodo: mañanas, tardes, domingos o festivos.

Consideraremos que cada visita básica lleva incorporado un tiempo adicional de 5 minutos en concepto de revisión específica del paciente con la enfermera (dentro o no de una reunión de equipo).

Actividades

- En DOMICILIO:
 - Preparación de la visita.
 - Revisar situación clínica del paciente.
 - Revisar pruebas complementarias.
 - Revisar y ajustar tratamiento.
 - Informar sobre el proceso clínico.
 - Informar sobre fecha prevista de alta.
 - Hacer recetas médicas (si procede).
 - Complimentar solicitud oxigenoterapia (si procede).
 - Complimentar hoja de evolución médica.

- En UHD (comunicación con enfermera dentro o no de una reunión de equipo):
 - Revisión específica de la situación del paciente.

VISITA BÁSICA MÉDICA EN DOMICILIO MÁS PROCEDIMIENTO

Definición

El médico, durante la realización de una visita médica básica en domicilio,



detecta la necesidad de realizar algún procedimiento diagnóstico y/o terapéutico y, para evitar un desplazamiento de la enfermera y agilizar así las intervenciones, realiza él mismo dicho (s) procedimiento(s).

Haga uno o varios procedimientos, se contabilizará como una única visita de este tipo.

VISITA URGENTE MÉDICA EN DOMICILIO

Definición

Visita domiciliaria caracterizada por:

- Ser NO programada.
- Destinada a resolver alguna situación clínica que no admite demora.
- A iniciativa del paciente/familiar o de un profesional sanitario.
- A un paciente que está ingresado en ese momento en la UHD.
- Realizada entre las 8 horas y las 22 horas.

La atención a la urgencia en pacientes ingresados en HAD conlleva la disponibilidad para atender, fuera de programación, eventos sobrevenidos que requieren intervención urgente del equipo, adoptando diferentes decisiones que pueden implicar un ingreso hospitalario convencional en los casos que se requiera. La prestación de esta actividad se ofertará durante las 24 horas, bien por el equipo multidisciplinar del HAD, bien por el servicio de urgencias extrahospitalario, que estará debidamente coordinado y conocerá al día los pacientes ingresados en HAD.

Se contabilizarán las visitas efectuadas en cualquier periodo: mañanas, tardes, domingos o festivos.

Actividades

- Se inicia generalmente por la derivación telefónica de la enfermera, que es el profesional que se ocupa en primera instancia (más del 80% de las veces).
- Revisión de la información referida al paciente, ya que frecuentemente se trata de un enfermo nuevo para el médico.
- Presentación.
- Revisar la situación clínica del paciente.
- Revisar las pruebas complementarias.
- Revisar y ajustar o cambiar el tratamiento.
- Evaluar el efecto del tratamiento hasta estabilizar la situación.
- Preparar el reingreso hospitalario, si procede.
- Informar sobre el proceso clínico.
- Hacer recetas médicas, si procede.
- Cumplimentar solicitud de oxigenoterapia, si procede.
- Cumplimentar hoja de evolución médica.

VISITA URGENTE MÉDICA EN DOMICILIO MÁS PROCEDIMIENTO

Definición

El médico, durante la realización de una visita urgente en domicilio, detecta la necesidad de realizar algún procedimiento diagnóstico y/o terapéutico y, para evitar un desplazamiento de la enfermera y agilizar así las intervenciones, realiza él mismo dicho(s) procedimiento(s).

Haga uno o varios procedimientos, se contabilizará como una única visita de este tipo.

PRIMERA VISITA DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO

Definición

Primera visita programada de la enfermera en el domicilio del paciente dentro de un episodio de atención.

Actividades

- Valoración inicial de enfermería en domicilio:
Valoración integral semiestructurada sobre el estado de salud del paciente, con objeto de identificar los diagnósticos y problemas de enfermería para ordenarlos por orden de prioridad, elaborar el plan de cuidados e iniciar la intervención:
 - Valorar y registrar mediante entrevista semi-estructurada los patrones funcionales de salud o necesidades básicas del paciente.
 - Identificar los diagnósticos y problemas de enfermería que requieren intervención y ordenar por orden de prioridad.
 - Elaborar el plan de cuidados.
 - Iniciar la intervención.
- Manejo ambiental del domicilio: adaptación del domicilio a las necesidades de cuidado del paciente.
- Enseñanza de los cuidados básicos de higiene, alimentación y movilización al cuidador principal.
- Suministro de material y medicación.
- Valorar y comprobar la adhesión al tratamiento y el manejo del plan de cuidados previos.
- Toma de constantes.
- Enseñanza de los cuidados pactados con paciente y/o cuidador.

VISITA BÁSICA DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO

Definición

Visita domiciliaria programada a paciente ingresado en UHD.

Se realiza por iniciativa del HAD y está prevista con anterioridad.

Se contabilizarán las visitas efectuadas en cualquier periodo: mañanas, tardes,



domingos o festivos.

Consideraremos que cada visita lleva incorporado un tiempo adicional de 5 minutos en concepto de revisión específica del paciente con el médico (dentro o no de una reunión de equipo).

Cada visita básica de enfermería en domicilio lleva incorporados 5 minutos de tiempo médico para revisión del caso con la enfermera.

Actividades

- En UHD:

- Preparación de la ruta, del material, de la medicación y de la documentación.

- En DOMICILIO:

- Evaluación de los problemas de enfermería, de los resultados y revisión del plan de cuidados.
- Revisión del cumplimiento del plan de cuidados y refuerzo de la enseñanza de los cuidados pactados.
- Suministro de material y medicación.
- Toma de constantes, si procede.

- En UHD:

- Revisión del caso con el médico.

VISITA URGENTE DE ENFERMERÍA EN DOMICILIO

Definición

Visita Domiciliaria caracterizada por:

- Ser NO programada.
- Destinada a resolver alguna situación clínica que no admite demora.
- A iniciativa del paciente/familiar o de un profesional sanitario.
- A un paciente que está ingresado en ese momento en la UHD.
- Realizada entre las 8 horas y las 22 horas.

La atención a la urgencia en pacientes ingresados en HAD conlleva la disponibilidad para atender, fuera de programación, eventos sobrevenidos que requieren intervención urgente del equipo, adoptando diferentes decisiones que pueden implicar un ingreso tradicional hospitalario en los casos que se requiera. La prestación de esta actividad se ofertará durante las 24 horas, bien por el equipo multidisciplinar del HAD, bien por el servicio de urgencias extrahospitalario, que estará debidamente coordinado y conocerá al día los pacientes ingresados en HAD.

Se contabilizarán las visitas efectuadas en cualquier periodo: mañanas, tardes, domingos o festivos.

Actividades

- Se inicia generalmente a demanda del paciente.
- Revisión de la información referida por el paciente.
- Presentación.



- Revisión de la situación clínica del paciente.
- Revisión de las pruebas complementarias.
- Revisión y evaluación del tratamiento médico instaurado, y determinar si es necesaria la intervención del médico.
- Revisión y ajuste del plan de cuidados.
- Realizar los cuidados de enfermería que se requieran para la resolución del problema o valoración del mismo.
- Derivar al médico, si procede.
- Preparar el traslado, si procede.



CONSULTAS TELEFÓNICAS

Consulta telefónica programada del médico
Consulta telefónica a demanda para el médico
Consulta telefónica programada de la enfermera
Consulta telefónica a demanda para la enfermera
Consulta telefónica programada de la enfermera (UHD Pediátrica)
Seguimiento Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica programada del médico
Seguimiento Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica a demanda para el médico
Seguimiento Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica programada de la enfermera
Seguimiento Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica a demanda para la enfermera

CONSULTAS TELEFÓNICAS

Definición

Comunicación mediante teléfono entre un profesional de la UHD y el paciente o sus cuidadores.

Estas consultas telefónicas pueden ser “programadas”, cuando la iniciativa es de un profesional de la UHD y “a demanda”, cuando la iniciativa es del paciente o de sus cuidadores. Se excluyen las llamadas telefónicas entre profesionales, tanto dentro de la UHD como fuera de ella.

Las consultas telefónicas pueden realizarse tanto a pacientes ingresados en HAD, como a pacientes ya dados de alta pero en situación de Seguimiento Programado.

A.- CONSULTAS TELEFÓNICAS A PACIENTES INGRESADOS

Cuando las consultas telefónicas ocurren dentro de un episodio de un paciente ingresado en HAD, en función del profesional de la UHD implicado diferenciamos:

CONSULTA TELEFÓNICA PROGRAMADA DEL MÉDICO

CONSULTA TELEFÓNICA A DEMANDA PARA EL MÉDICO

CONSULTA TELEFÓNICA PROGRAMADA DE LA ENFERMERA

CONSULTA TELEFÓNICA A DEMANDA PARA LA ENFERMERA

CONSULTA TELEFÓNICA PROGRAMADA DE LA ENFERMERA (UHD PEDIÁTRICA)

La UHD pediátrica es centro de referencia de la Comunidad Valenciana y está abierta a las demandas de otras comunidades autónomas. Debido a esto, la asistencia directa no es posible en muchos casos, por lo que ha desarrollado un sistema de control clínico y seguimiento de sus pacientes mediante llamadas telefónicas programadas. En algunos casos, este seguimiento es compartido con el equipo de atención primaria u hospitales comarcales. Con esta forma de trabajo, se posibilita que los pacientes abandonen antes el hospital y permanezcan más tiempo en el domicilio, con un seguimiento adecuado de su enfermedad.

Las llamadas programadas en la UHD pediátrica las realiza la enfermera diariamente a todos los pacientes ingresados. Pregunta a los padres acerca de constantes vitales, síntomas y signos importantes a tener en cuenta en el cáncer pediátrico, insistiendo en los problemas que han generado el ingreso en la unidad.

La información obtenida a través del teléfono es la vía fundamental para valorar la situación del paciente, decidir cambios terapéuticos, programar las visitas a domicilio e informar a la familia. Este sistema requiere "conocer" a nuestros interlocutores para poder ponderar adecuadamente la información suministrada por teléfono. En estas llamadas también se incluye el tiempo de docencia dedicado a los padres y la revisión de historias clínicas así como las llamadas que se realizan al pediatra o enfermera del niño o a la UHD que esté asumiendo el cuidado y tratamiento del paciente.

Cada consulta telefónica programada de la enfermera de UHD pediátrica lleva incorporados 5 minutos de tiempo médico para revisión del caso con el médico.

B.- CONSULTAS TELEFÓNICAS A PACIENTES NO INGRESADOS

Cuando las consultas telefónicas se realizan a pacientes NO ingresados en HAD, es decir que una vez dados de alta, están en régimen de seguimiento programado (en la bolsa de casos gestionados), diferenciamos en función del profesional de la UHD implicado:

SEGUIMIENTO PROGRAMADO (PACIENTE NO INGRESADO): CONSULTA TELEFÓNICA PROGRAMADA DEL MÉDICO

SEGUIMIENTO PROGRAMADO (PACIENTE NO INGRESADO): CONSULTA TELEFÓNICA A DEMANDA PARA EL MÉDICO

SEGUIMIENTO PROGRAMADO (PACIENTE NO INGRESADO): CONSULTA TELEFÓNICA PROGRAMADA DE LA ENFERMERA

SEGUIMIENTO PROGRAMADO (PACIENTE NO INGRESADO): CONSULTA TELEFÓNICA A DEMANDA PARA LA ENFERMERA



RELACIONES PROFESIONALES EXTERNAS

Visita de relevo en centro de salud – médico
Visita de relevo en domicilio – médico
Visita de relevo en centro de salud – enfermería
Visita de relevo en domicilio – enfermería
Reunión de coordinación externa – médico
Reunión de coordinación externa – enfermería / reinserción escolar
Reunión de coordinación y docencia de enfermería para el manejo de procedimientos (UHD Pediátrica)
Interconsultas virtuales (sin desplazamiento) de médico
Interconsultas virtuales (sin desplazamiento) de enfermería

Podemos diferenciar tres tipos de relaciones profesionales externas: visitas de relevo, reuniones de coordinación e interconsultas virtuales.

A.- VISITAS DE RELEVO

Definición

Se trata de todos aquellos contactos presenciales entre los profesionales de la UHD y profesionales de atención primaria u otros agentes domiciliarios.

Pueden ocurrir en el domicilio del paciente o en el centro de salud.

Mayoritariamente se trata de encuentros presenciales uno a uno, es decir, entre un profesional de la UHD y un profesional de atención primaria. Cuando ocurren en el domicilio, suelen llamarse “visitas conjuntas”.

Su objetivo fundamental es garantizar el relevo cualificado, es decir, la continuidad informativa y asistencial entre la UHD y los programas de atención domiciliaria en atención primaria, especialmente en pacientes complejos pero también, para la resolución conjunta de casos y la actualización de conocimientos.

Actividades

El esquema básico de actividades es:

- Concertar la cita.
- Preparar el caso.
- Desplazamiento y realización del encuentro presencial con explicación de las condiciones del alta.
- Entrega de alta y establecimiento de compromisos de atención.

En función del lugar de encuentro y del profesional de la UHD implicado, diferenciamos:

VISITA DE RELEVO EN CENTRO DE SALUD - MÉDICO

VISITA DE RELEVO EN DOMICILIO - MÉDICO

VISITA DE RELEVO EN CENTRO DE SALUD - ENFERMERÍA

VISITA DE RELEVO EN DOMICILIO - ENFERMERÍA

B.- REUNIONES DE COORDINACIÓN

Definición

Se trata de todos aquellos contactos presenciales entre varios los profesionales de la UHD y varios profesionales de atención primaria u otros agentes domiciliarios, o de los servicios de pediatría hospitalaria y reinserción escolar en el caso de la UHD pediátrica.

Se realiza en un local de reunión.

Su objetivo fundamental es mejorar el funcionamiento coordinado de los agentes domiciliarios.

Actividades

El esquema básico de actividades es:

- Concertar la reunión.
- Preparar los temas de coordinación.
- Desplazamiento y realización del encuentro presencial.
- Establecimiento de compromisos de coordinación.

En función del profesional de la UHD implicado diferenciamos:

REUNIÓN DE COORDINACIÓN EXTERNA - MÉDICO

REUNIÓN DE COORDINACIÓN EXTERNA – ENFERMERÍA / REINSERCIÓN ESCOLAR

Esta actividad es válida para todas las UHD, pero en la UHD pediátrica incluye la reinserción escolar.

Por otra parte, en la UHD pediátrica se diferencia además como actividad específica:

REUNIÓN DE COORDINACIÓN Y DOCENCIA DE ENFERMERÍA PARA EL MANEJO DE PROCEDIMIENTOS (UHD PEDIÁTRICA)

Definición

Cuando el paciente vive fuera del área de cobertura de asistencia directa, se realizan una o dos reuniones docentes en su centro de salud para explicar a los profesionales de atención primaria el manejo de los catéteres venosos centrales y aspectos prácticos del cáncer pediátrico. De esta forma se facilita que el paciente pueda completar parte del tratamiento en su domicilio, evitando desplazamientos al hospital.

Actividades

- En la primera visita se imparte una charla utilizando material audiovisual elaborado para este fin y, posteriormente, se cita al paciente para aplicar la técnica en su domicilio o en el Centro de Salud. Si fuese necesario se realiza una segunda visita para coordinar los tratamientos posteriores y unificar criterios.



C.- INTERCONSULTA VIRTUAL (SIN DESPLAZAMIENTO)

Definición

Interconsulta no presencial entre un profesional de atención primaria (u otros agentes domiciliarios del departamento), y un profesional del HAD mediante tecnologías de información y comunicación (TIC) de diferente naturaleza:

- Voz: vía telefónica.
- Datos: vía correo electrónico.
- Voz, datos e imagen: vía nuevas tecnologías.

La interconsulta virtual se sitúa dentro del marco del desarrollo de la función de soporte a la atención primaria por parte del HAD, o de los servicios de pediatría hospitalaria en el caso de la UHD pediátrica.

Su utilidad puede ser múltiple:

- Consultoría: resolver dudas clínicas, valorar casos para decidir su derivación o intervención conjunta.
- Transmitir información en caso de derivación o de alta de un paciente.
- Garantizar el acceso preferente de los profesionales del programa de atención domiciliaria de atención primaria a la cartera de servicios del hospital en los casos necesarios de pacientes domiciliarios: pruebas de laboratorio, imagen, interconsultas...

En función del profesional de la UHD implicado diferenciamos:

INTERCONSULTA VIRTUAL (SIN DESPLAZAMIENTO) DE MÉDICO

INTERCONSULTA VIRTUAL (SIN DESPLAZAMIENTO) DE ENFERMERÍA

PROCEDIMIENTOS EN EL CATÁLOGO DE HAD

Los procedimientos de este catálogo, como se verá al describir la escala relativa de costes, no llevan asociado un tiempo de desplazamiento a pesar de realizarse en el domicilio. La razón es que cualquier visita domiciliaria se compone de:

Desplazamiento + Visita + Procedimientos (si se realizan).

La situación más frecuente será que el tipo de visita sea una visita básica de médico o de enfermería. En el catálogo, cada actividad tiene su tiempo asociado, de forma que el tiempo de desplazamiento se asigna a la visita.

En consecuencia, el criterio adoptado para la recogida de información es el siguiente:

Para toda visita domiciliaria, hay que marcar obligatoriamente el tipo de visita más el procedimiento (s), si se realiza alguno.

En el caso de que durante la visita se lleven a cabo varios procedimientos, se reflejarán de la siguiente forma:

- Para todos los procedimientos incluidos en el epígrafe “Cuidados de enfermería de hasta 20 minutos”, sólo se marcará una vez este procedimiento, tanto si se realiza uno como varios procedimientos durante una misma visita.
- Si los procedimientos pueden hacerse simultáneamente, sólo se marcará el de mayor duración. Por ejemplo, “Administración de concentrado de hematíes” (100 minutos) y “Escucha activa y apoyo emocional por enfermera” (30 minutos), sólo se marcará “Administración de concentrado de hematíes”.
- Si tienen que hacerse secuencialmente, se marcarán ambos procedimientos (excepto que sean procedimientos incluidos en “Cuidados de enfermería de hasta 20 minutos”).



PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Administración de concentrado de hematíes
Administración de plaquetas
Administración de medicación intravenosa
Cuidados de la ostomía y manejo de colectores
Hemocultivos
Cuidados de enfermería de hasta 20 minutos
Fisioterapia respiratoria
Escucha activa y apoyo emocional por la enfermera
Gestión de ayuda social tramitada por la enfermera
Cura simple
Cura compleja
ECG
Aplicación de infusor
Canalización de vía venosa central por acceso periférico por enfermera
Acceso y mantenimiento de catéter venoso central (CVC) permanente
Acceso y mantenimiento de catéter venoso central (CVC) permanente (UHD Pediátrica)
Adiestramiento a los padres para mantenimiento y heparinización de CVC permanente (UHD Pediátrica)
Quimioterapia < 2 horas
Quimioterapia 2 – 5 horas
Quimioterapia >5 horas

ADMINISTRACIÓN DE CONCENTRADO DE HEMATIES

Definición

Administración de concentrados de hematíes en el domicilio y monitorizar la respuesta del paciente.

Actividades

- Enseñar al paciente los signos y síntomas de reacciones a una transfusión.
- Facilitar una hoja de consentimiento informado según el protocolo del centro para que la firme el paciente o su representante.
- Preparar el sistema de administración.
- Control de constantes durante el proceso.
- Acceder a la vía venosa mediante el procedimiento protocolizado y según vía.
- Premedicar según pauta: corticoides, antihistamínicos o diuréticos.
- Comprobar el grupo sanguíneo y los datos administrativos.

- Vigilar el sitio de punción para ver si hay signos de infiltración, flebitis o infección local.
- Administrar solución salina cuando la infusión haya terminado.
- Registrar el tiempo de transfusión.

Material

- Material necesario para canalización de vía (si procede): catéter, apósitos, equipo infusión suero fisiológico.
- Equipo de infusión especial de banco de sangre.
- 2 bolsas de concentrado de hematíes.
- 1 bolsa de suero fisiológico.
- Premedicación.

ADMINISTRACIÓN DE PLAQUETAS**Definición**

Administración de concentrados de plaquetas en el domicilio y monitorizar la respuesta del paciente.

Actividades

- Enseñar al paciente los signos y síntomas de reacciones a una transfusión.
- Facilitar una hoja de consentimiento informado, según el protocolo del centro, para que el paciente o su representante la firme.
- Preparar el sistema de administración.
- Control de constantes durante el proceso.
- Acceder a la vía venosa mediante el procedimiento protocolizado y según vía.
- Premedicar según pauta: corticoides, antihistamínicos o diuréticos.
- Vigilar el sitio de punción para ver si hay signos de infiltración, flebitis o infección local.
- Administrar solución salina cuando la infusión haya terminado, si procede.
- Registrar el tiempo de transfusión.

Material

- Material necesario para canalización de vía, si procede: catéter, apósitos, equipo infusión suero fisiológico.
- Equipo especial de infusión de banco de sangre.
- Bolsa de plaquetas.
- Premedicación.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAVENOSA**Definición**

Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.

Actividades

- Determinar el conocimiento de la medicación y la comprensión del paciente del



método de administración.

- Comprobar posibles incompatibilidades entre fármacos.
- Comprobar la fecha de caducidad de las soluciones y los fármacos.
- Preparar el equipo para la administración de la medicación.
- Administrar la medicación intravenosa con la velocidad adecuada.
- Valorar la respuestas del paciente a la medicación administrada.
- Verificar si se produce infiltración y flebitis en el lugar de administración.

Material

- Material necesario para canalización de vía, si procede: catéter, apósitos, jeringas, agujas.
- Bolsa.
- Equipo de infusión.
- Medicación.
- Casete de bomba (se utiliza uno por semana).
- Bombas para infusión de antibióticos, en su caso, y material específico.
- Catéter de seguridad (palomitas para pacientes con intolerancia al metal de las habitualmente empleadas).

CUIDADOS DE LA OSTOMÍA Y MANEJO DE COLECTORES

Definición

Asegurar la eliminación a través de un estoma y cuidados del tejido circundante.

Actividades

- Instruir al paciente o al cuidador en la utilización del equipo de ostomía.
- Suministrar al paciente el equipo necesario.
- Observar la curación de la incisión o estoma.
- Cambiar o vaciar la bolsa, si procede.
- Animar al paciente a expresar los sentimientos sobre el cambio en la imagen corporal.

Material

- Pasta para ostomías.
- Coloplast moldeable para ostomías.

HEMOCULTIVOS

Definición

Extracción de muestras de sangre para determinar la presencia de contaminación bacteriológica hemática.

Actividades

Extracción de una a dos muestras de sangre en un periodo de 15 a 20 minutos.

Material

- Frascos de hemocultivo.
- Material para la punción venosa: guantes, campo estéril, desinfectante, Vacutainer®, algodón.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE HASTA 20 MINUTOS

Definición

Incluye la realización de una o varias de las intervenciones que a continuación se especifican. Tanto si se hace una como varias intervenciones durante una misma visita, sólo se marcará una vez el procedimiento.

Intervenciones

- Inserción, cambio y manejo de sondaje nasogástrico.
- Irrigación intestinal.
- Administración de nutrición enteral.
- Inserción cambio y manejo del catéter urinario.
- Irrigación de la vejiga.
- Cuidados del drenaje.
- Administración de medicación intramuscular, subcutánea o intradérmica.
- Mantenimiento del dispositivo de acceso venoso central (incluye reservorio).
- Cuidados de la traqueostomía.
- Aspiración de las vías aéreas.
- Hidratación subcutánea.
- Punción intravenosa.
- Control de fluidoterapia y nutrición parenteral.
- Extracción de muestra de sangre venosa para su análisis, determinación de niveles plasmáticos, control de coagulación u otras pruebas.
- Gasometría.
- Pulsioximetría y pulsioximetría nocturna.

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Definición

Ayudar al paciente a expulsar las secreciones de la vía aérea alta y facilitar la expectoración y/o aspiración de la vía aérea baja.

Actividades

- Determinar si existen contraindicaciones en el uso de la fisioterapia respiratoria.
- Determinar los segmentos pulmonares que necesitan ser drenados.
- Practicar percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos.
- Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural si es oportuno.



- Practicar aerosolterapia, si procede.
- Estimular la tos durante y después del drenaje postural.

ESCUCHA ACTIVA Y APOYO EMOCIONAL POR LA ENFERMERA

Definición

Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Hay que remarcar que esta actividad se compone de "tareas concretas a realizar" que no pueden simultanearse con otros procedimientos, que requieren un tiempo prolongado y exclusivo, y que no se trata simplemente de una "actitud" en la realización de actividades.

Actividades

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
- Remitir al psicólogo, si se precisa.
- Ayudar al cuidador a identificar la naturaleza de la unión al objeto o persona perdida.
- Animar al cuidador a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida.
- Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto de la pérdida.
- Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones, si procede.
- Responder a las preguntas de los niños relacionadas con las pérdidas.
- Utilizar palabras claras, como muerte o muerto, en lugar de eufemismos.
- Fomentar la expresión de sentimientos de una forma cómoda para el niño, escribiendo, dibujando o jugando.
- Ayudar al niño a clarificar los conceptos erróneos.
- Identificar fuentes de apoyo comunitario.
- Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.

GESTIÓN DE AYUDA SOCIAL TRAMITADA POR LA ENFERMERA

Definición

Facilitar al paciente la localización y la utilización adecuada de los servicios sociosanitarios. Sólo se aplicará en el caso de la UHD que no disponga de trabajadora social.

Actividades

- Explicar la disponibilidad de los recursos sociosanitarios, su funcionamiento y lo que puede esperar el paciente o familia.
- Informar sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto.
- Poner el caso en conocimiento de los servicios sociales para que se inicie la tramitación de la ayuda social disponible.
- Se incluye la gestión del apoyo escolar del niño en el caso de la UHD pediátrica.

CURA SIMPLE

Definición

Facilitar la curación del sitio de incisión, de las heridas, o de las úlceras que requieren actividades sencillas y cuya duración no es mayor de 15 minutos.

Actividades

- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Limpiar la zona que rodea la incisión o herida.
- Aplicar bandas o tiras de cierre estériles.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión, herida o úlcera.
- Retirar las suturas, grapas o clips, si está indicado.
- Cambiar el vendaje o apósito a intervalos adecuados.
- Limpieza y desbridación enzimática o autolítica de la herida
- Aplicar un vendaje o apósito adecuado para proteger la incisión.
- Facilitar la visión de la incisión por parte del paciente.
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión, herida o úlcera, incluyendo signos y síntomas de infección.

Material

- 1 venda hidrófila.
- 10 gasas estériles.
- Suero fisiológico.
- Antiséptico.
- 2 pares de guantes.



- Pomadas (desbridantes, antibióticas...)

CURA COMPLEJA

Definición

Facilitar la curación de heridas o úlceras que requieren actividades más complejas y cuya duración se encuentra entre 16 minutos y una hora.

Actividades

- Medir y describir las características de la úlcera o herida a intervalos regulares.
- Determinar el nivel de formación de úlcera: estadio I a IV.
- Limpiar la piel alrededor de la úlcera o herida.
- Proteger de la humedad la piel circundante de la lesión con apósitos hidrocoloides adhesivos protectores.
- Anotar las características del drenaje de la herida o úlcera.
- Desbridación autolítica, enzimática o quirúrgica de la herida.
- Aplicar apósito no adhesivo absorbente.
- Aplicar apósito de poliuretano absorbente no adhesivo.
- Aplicar apósito adhesivo hidrocoloide.
- Aplicar apósito de gasas hidrófilas y banda adhesiva de esparadrapo.
- Aplicar pomada o sustancia cicatrizante.
- Obtener una muestra de exudado para análisis y cultivo bacteriano.
- Aplicar vendajes, si está indicado.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida.
- Enseñar al paciente o miembro de la familia a realizar la cura de la herida.

Material

- Suero fisiológico.
- Antiséptico: povidona yodada, clorhexidina.
- 10 compresas estériles.
- 10 gasas.
- Alginato cálcico.
- Apósito absorbente adhesivo y no adhesivo.
- Apósito de plata.
- Apósito de carbón activado.
- Rollo de cinta adhesiva hipoalergénica.
- Redón.

ECG

Definición

Proporcionar información y ayuda al paciente antes y durante la realización del electrocardiograma.

Actividades:

- Explicar el procedimiento.
- Comprobar indicación y posibles contraindicaciones.
- Colocar al paciente en decúbito supino con el tórax desnudo, los tobillos y muñecas descubiertos y taparlo.
- Afeitar las zonas de colocación de los electrodos en el tórax, si procede.
- Preparar la piel con un gel conductor, agua jabonosa o suero fisiológico. Si el paciente tiene mucho vello en el tórax debe afeitarse.
- Colocar los cuatro electrodos en los brazos y piernas y los electrodos precordiales en el tórax.
- Recomendar al paciente que permanezca lo más quieto posible mientras se realiza el electrocardiograma.
- Anotar en el ECG el nombre del paciente, la fecha y el número de historia clínica.

APLICACIÓN DE INFUSORES**Definición**

Colocar un dispositivo de infusión para administrar de forma continua medicación, habitualmente una mezcla de fármacos para el tratamiento y control de síntomas.

Actividades

- Preparar un pack para la colocación del infusor.
- Preparar la medicación pautada y rellenar el dispositivo de infusión.
- Canalizar una vía subcutánea o acceso venoso central para la administración de la infusión.
- Retirar, cambiar o rellenar el dispositivo cuando proceda.

Material

- Infusores para 24 horas, 48 horas, 72 horas o 5 días.
- Palomitas, apósitos transparentes, suero fisiológico, jeringas de 50 ml de cono Luer-Look®, agujas.

CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA CENTRAL POR ACCESO PERIFÉRICO POR ENFERMERA**Definición**

Canalización de una vía central a través de un acceso periférico con colocación de un catéter permanente para infusión de fármacos, productos de nutrición parenteral, etcétera.

Se puede realizar en el domicilio, tanto por el médico por la enfermera indistintamente.



Actividades

- Lavado de manos minucioso.
- Colocarse guantes estériles.
- Preparar campo estéril pincelando zona con povidona yodada y paño verde.
- Seleccionar zona adecuada para la punción.
- Poner anestesia local en la zona de punción, esperando un poco a que haga efecto.
- Realizar punción e introducir el catéter.
- Fijar el catéter.
- Limpiar la zona y colocar apósito.

Material

- Guantes, gasas y paños estériles.
- Agujas para acceso venoso (Gripper®).
- Jeringas de 10 ml, agujas, heparina, suero fisiológico.
- Apósitos para fijación.

ACCESO Y MANTENIMIENTO DE CATETER VENOSO CENTRAL PERMANENTE

Definición

Procedimientos realizados para mantener la permeabilidad de la vía central, evitar la infección, mejorar el confort del paciente y mantener la higiene de la zona, en relación o no con administración de medicación, hemoderivados o extracción analítica. Son necesarias dos personas para realizar esta técnica.

Actividades

- Informar al paciente y a su cuidador. Es de gran importancia requerir la colaboración del paciente, ya que en caso contrario sería necesaria su inmovilización.
- Realizar lavado antiséptico de manos y colocación de guantes estériles.
- Preparar un campo estéril.
- Colocar el material sobre el campo estéril.
- Retirar el apósito y cubrir con un paño fenestrado.
- Aplicar antiséptico en la superficie cutánea a puncionar (port-a-cath) o en los tapones del catéter externo.
- Insertar aguja acodada (port-a-cath) o conectar jeringa a extremo del catéter (externo).
- Heparinizar y sellar.
- Cubrir con apósito estéril.

Material

- Guantes, gasas y paños estériles.
- Agujas acodadas.
- Jeringas de 10 ml, agujas, heparina, suero fisiológico.

- Apósitos para fijación.

ACCESO Y MANTENIMIENTO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL PERMANENTE (UHD PEDIÁTRICA)

Definición

Procedimientos realizados para mantener la permeabilidad de la vía central, evitar la infección, mejorar el confort del paciente y mantener la higiene de la zona, en relación o no con administración de medicación, hemoderivados o extracción analítica. Son necesarias dos personas para realizar esta técnica.

Actividades

- Informar al cuidador. El niño también debe ser informado de forma adecuada a su edad, para obtener su colaboración.
- Realizar lavado antiséptico de manos y colocación de guantes estériles.
- Preparar un campo estéril.
- Colocar el material sobre el campo estéril.
- Retirar el apósito y cubrir con un paño fenestrado.
- Aplicar antiséptico en la superficie cutánea a puncionar (port-a-cath) o en los tapones del catéter externo.
- Insertar aguja acodada (port-a-cath) o conectar jeringa a extremo del catéter (externo)
- Heparinizar y sellar.
- Cubrir con apósito estéril.

Material

- Guantes, gasas y paños estériles.
- Agujas acodadas.
- Jeringas de 10 ml, agujas, heparina, suero fisiológico.
- Apósitos para fijación.

ADIESTRAMIENTO A LOS PADRES PARA MANTENIMIENTO Y HEPARINIZACIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL PERMANENTE (UHD PEDIÁTRICA)

Definición

Educación a los padres para el manejo del catéter venoso central externo, incluyendo heparinización, cuidados y curas de la zona de inserción.

Habitualmente son necesarias tres sesiones en tres visitas diferentes para completar el adiestramiento.

Actividades

- Las descritas en acceso y mantenimiento del catéter venoso central, explicando los pasos con claridad a los padres. En la primera sesión de adiestramiento, los padres atienden las explicaciones de la enfermera y observan el procedimiento. En la segunda sesión, el padre o madre realiza el procedimiento,



siguiendo las explicaciones de la enfermera. En la tercera sesión, el padre o madre realiza el procedimiento ante la enfermera sin recibir instrucciones. Si la técnica es correcta, se da por concluido el proceso de adiestramiento. En caso contrario, se programan nuevas sesiones.

QUIMIOTERAPIA < 2 HORAS

QUIMIOTERAPIA 2 – 5 HORAS

QUIMIOTERAPIA > 5 HORAS

Los procedimientos de quimioterapia incluyen el protocolo de premedicación junto al proceso de canalización de vía para la administración del tratamiento, la preparación y el inicio de administración de la quimioterapia de infusión continua (bombas o infusores).

PROCEDIMIENTOS MÉDICOS

Canalización de vía venosa central por acceso periférico por médico
Escucha activa y apoyo emocional por el médico
Inicio de ventilación mecánica (adaptación de parámetros)
Cambio de parámetros del ventilador mecánico
Espirometría
Medición de presiones estáticas
Adaptación al aparato de tos asistida (Cough Assist)
Capnografía

CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA CENTRAL POR ACCESO PERIFERICO POR EL MÉDICO

Definición y actividades

Igual que por enfermera.

ESCUCHA ACTIVA Y APOYO EMOCIONAL POR EL MÉDICO

Definición y actividades

Igual que por enfermera.

INICIO DE VENTILACION MECANICA (ADAPTACIÓN DE PARÁMETROS)

Definición

Todos los pacientes con alteración ventilatoria restrictiva iniciarán ventilación mecánica para ser incluidos en programa de ventilación una vez cumplen los criterios establecidos en el Consenso Europeo (Chest 1999;116:521-534).

- Criterios fisiológicos: hipercapnia > de 45 mmHg; FVC <40- 50% del teórico; PIM < 40-60 %; SaO₂ < 88% más de 5 minutos consecutivos.
- Síntomas: disnea, tos ineficaz, cefalea).

Actividades

- Antes de iniciar la ventilación se le explica al paciente el procedimiento que vamos a realizar y que necesitamos su colaboración para conseguir un buen tratamiento.
- Colocar al paciente en un asiento recostado en ángulo de 45° de forma que se sienta cómodo y relajado.
- Colocar las alarmas en "0".
- Verificar que la interfase es la adecuada y, si no lo es, probar otras mascarillas.
- Verificar que los parámetros del ventilador son los adecuados.
- Sujetar la interfase elegida en la cara del paciente, minimizando las fugas con una ligera presión.



- En los aparatos de presión, poner el aparato en marcha poniendo sólo la presión espiratoria pautada. Aumentar de forma progresiva la presión inspiratoria del ventilador (p. ej. 2 cm H₂O cada 5 min.) hasta alcanzar la presión correcta (habitualmente espiratoria (PE) de 4 cm H₂O y una presión inspiratoria (PI) de 10 cm H₂O, sin regular la frecuencia respiratoria.
- En los aparatos de volumen, fijar los parámetros iniciales:
 - Volumen corriente: 10-15 ml/kg
 - Relación I/E: 1/1
 - Alarma de presión máxima: 45-55 cm H₂O
 - Alarma presión mínima: 5-10 cm H₂O
 - Frecuencia respiratoria: 1-2 respiraciones más de las que tenga el paciente en situación basal (habitualmente entre 15-25)
 - Trigger a -3 cm H₂O
 - Iniciar por 300 cc e ir aumentando el volumen por minuto aproximadamente de 300 cc en 300 cc cada 5 minutos, hasta alcanzar volumen establecido.
- Ajustar el arnés.
- Poner en marcha el aparato ya con las presiones establecidas.
- Comprobar si existen fugas en la interfase: poner el dedo en los bordes de la máscara (puente nasal, mejillas...).
- Modificar parámetros en relación a la tolerancia y necesidades del paciente.
- Durante todo este proceso debemos ir parando el ventilador y resolviendo las dudas y problemas que vayan surgiendo.
- Todo el procedimiento será siempre a pie de cama del paciente.
- Adiestrar al paciente y cuidador el modo en que debe manejar el aparato, así como el cambio de filtros y limpieza adecuada.

CAMBIO DE PARÁMETROS DEL VENTILADOR MECÁNICO

Definición

En los controles habituales a los pacientes ventilados, según los resultados es necesario modificar y ajustar de nuevo los parámetros del ventilador, cambiando habitualmente las presiones y ocasionalmente la frecuencia respiratoria o la relación inspiración-espiración.

Actividades

- Ajuste de parámetros del ventilador mecánico.

ESPIROMETRÍA

Definición

Técnica utilizada para medir la capacidad pulmonar y detectar obstrucción al flujo aéreo. Se utiliza también como monitorización para detectar la caída pro-

gresiva de la función pulmonar en pacientes obstructivos mediante la disminución del FEV1 (flujo espiratorio durante el primer segundo) y en pacientes restrictivos mediante la caída de la FVC (capacidad vital forzada). Este último parámetro es el empleado sistemáticamente para monitorizar la evolución de los pacientes restrictivos sometidos a ventilación mecánica domiciliaria.

Actividades

Procedimiento SEPAR

Calibración del espirómetro:

- Para garantizar que el espirómetro está funcionando correctamente, se calibra previamente en la sede de la UHD.
- Conectando el aparato se inyecta un volumen de aire ya conocido (con una jeringa de 3 litros), para comprobar que el espirómetro lo detecta correctamente. La maniobra debe realizarse varias veces (tres).

Espirometría forzada:

- Montar el espirómetro (previamente calibrado en la UHD con jeringa de calibración de 3 litros) en el domicilio del paciente.
- Anotar datos del paciente (edad, peso y talla, para el cálculo de valores teóricos) además de los datos de filiación. En pacientes cifoescolioticos o en silla de ruedas, la talla se sustituye por envergadura.
- El paciente debe estar relajado y sentado al menos 5-10 minutos antes de comenzar la exploración. Durante este tiempo se le explica qué maniobras se van a realizar y cómo debe colaborar.
- Paciente sentado, sin cruzar las piernas en posición cómoda.
- Pinza en la nariz.
- Realización de entre tres y ocho maniobras de espirometría forzada. Selección de tres maniobras válidas, de las cuales se escogerán dos que deben tener las siguientes características: FVC y FEV1 que no difieran más de 200 ml o un 5%. Entre cada maniobra debe dejarse descansar al paciente durante 1-3 minutos, quitando la pinza nasal.
- De las dos maniobras escogidas, seleccionar la mejor para darla como definitiva.
- Imprimir.
- Posteriormente, en la UHD, conectar al ordenador para modificar o escoger gráficas y emitir informe (esto último es tiempo aparte).

MEDICIÓN DE PRESIONES ESTÁTICAS

Definición

La medida de las presiones estáticas máximas (espiratoria e inspiratoria), es la prueba de función pulmonar más utilizada para medir y monitorizar la fuerza muscular respiratoria. A todos los pacientes sometidos a ventilación mecánica



se les realiza esta prueba sistemáticamente para comprobar su evolución.

Actividades

Procedimiento SEPAR

- Montar el espirómetro colocando el módulo de PIM-PEM (manómetro) en el domicilio del paciente previamente calibrado en la UHD con jeringa de calibración de 3 l.
- Anotar datos del paciente (edad, peso y talla para el cálculo de valores teóricos) además de los datos de filiación. En pacientes cifoesciolóticos o en silla de ruedas, la talla se sustituye por envergadura.
- El paciente debe estar relajado y sentado al menos 5-10 minutos antes de comenzar la exploración. Durante este tiempo se le explicará qué maniobras se van a realizar y cómo debe colaborar.
- Paciente sentado, sin cruzar las piernas en posición cómoda.
- Pinza en la nariz.
- Realización de la presión espiratoria máxima (PEM): Se realizan entre tres y nueve maniobras de espiración forzada contra resistencia desde TLC (capacidad total pulmonar) de unos 3 segundos de duración. Tres de ellas no deben diferir más de 5% y serán las seleccionadas, eligiendo la mejor de ellas como definitiva. Entre una y otra maniobra se debe realizar un descanso de 1 minuto, quitando la boquilla y la pinza nasal.
- Realización de la presión inspiratoria máxima (PIM): Se realizan entre tres y nueve maniobras de inspiración forzada contra resistencia desde volumen residual (VR) de unos 3 segundos de duración. Tres de ellas no deben diferir más de 5% y serán las seleccionadas, eligiendo la mejor de ellas como definitiva. Entre una y otra maniobra se debe realizar un descanso de 1 minuto, quitando la boquilla y la pinza nasal.
- Entre la realización de la PIM y la PEM debe darse un descanso de 3 minutos al paciente.

ADAPTACIÓN AL APARATO DE TOS ASISTIDA (COUGH ASSIST)

Definición

Los pacientes sometidos a ventilación mecánica domiciliaria y con importante descenso de la PIM y la PEM (presión estática máxima inspiratoria y espiratoria), presentan dificultad para expectorar y es recomendable la utilización de un aparato de tos asistida.

Actividades

- Antes de iniciar la ventilación se le explica al paciente el procedimiento que vamos a realizar y que necesitamos su colaboración para conseguir un buen tratamiento.
- Colocar al paciente en un asiento recostado en ángulo de 45° de forma que se sienta cómodo y relajado.

- Verificar que la máscara es la adecuada y, si no lo es, probar otro tipo de buco-nasal.
- Verificar que los parámetros del ventilador son los adecuados. Habitualmente se utiliza una presión de 20 cm H₂O de inspiratoria, 40 cm H₂O espiratoria con los siguientes tiempos marcados de 2 segundos inspiración, 3 segundos espiración y 1 segundo de descanso antes de la siguiente insuflación.
- Sujetar la interfase elegida en la cara del paciente, minimizando las fugas con una ligera presión.
- Poner el Cough-assist en marcha e indicar al paciente que debe intentar toser cuando note la presión espiratoria.
- Según la comodidad del paciente y las características de su enfermedad se modifican tanto los tiempos como las presiones para que el aparato consiga una tos efectiva.
- Adiestrar al paciente y cuidador sobre el modo en que deben manejar el aparato, así como el cambio de filtros y limpieza adecuada.

CAPNOGRAFÍA

Definición

En los pacientes con alteración ventilatoria restrictiva, especialmente los neuromusculares, existe una buena correlación entre el ETCO₂ en aire espirado y la PaCO₂ obtenida por gasometría arterial. Dada la dificultad que conlleva realizar gasometrías en estos pacientes por la atrofia muscular que presentan, la monitorización de los niveles de CO₂ se suele realizar en aire espirado.

Actividades

- Conectar el capnógrafo a la red.
- Realizar las conexiones de la sonda de SaO₂ y medidor de CO₂.
- Paciente sentado, sin cruzar las piernas, en posición cómoda.
- Medir SaO₂.
- Colocar la boquilla y realizar 3-4 respiraciones tranquilas para finalizar con una espiración prolongada y lenta que permitirá medir el ETCO₂.



PROCEDIMIENTOS CONJUNTOS DE MEDICOS Y ENFERMERAS

Paracentesis
Toracocentesis
Artrocentesis
Canalización de vía venosa central por acceso central
Biopsia cutánea
Cambio de PEG
Cambio de catéter suprapúbico
Punción lumbar
Extracción manual de fecaloma (desopilación)
Punción de seroma

PARACENTESIS

Definición

Procedimiento realizado a pacientes con ascitis a tensión.

Es el médico quien realiza la punción, con apoyo de enfermería.

Actividades

- Lavado de manos minucioso.
- Colocarse guantes estériles.
- Preparar campo estéril pincelando la zona con Betadine y paño verde.
- Poner anestesia local en la zona de punción, esperando un poco a que haga efecto.
- Realizar la punción.
- Tomar dos muestras de líquido ascítico para bioquímica y para cultivo.
- Realizar con la ayuda del enfermero/a la conexión con bolsa de drenaje.

Cuando se comprueba que el drenaje funciona bien, el enfermero/a se queda vigilando el drenaje y perfundiendo albúmina intravenosa en función de la cantidad de líquido ascítico que se extraiga. Normalmente es el enfermero quien acaba la paracentesis y llama al médico si hay alguna incidencia que no pueda controlar.

Material

- Set de paracentesis.
- Si se precisa albúmina: albúmina, catéter y apósitos.

TORACOCENTESIS

Definición

Punción, quirúrgica o no, de la pared torácica, que tiene por objeto evacuar o extraer un líquido acumulado en la pleura para su diagnóstico etiológico o como medida terapéutica.

Normalmente es el médico quien realiza la punción, con apoyo de enfermería.

Actividades

- Revisar imágenes de radiografía, tomografía, etcétera.
- Lavado de manos minucioso.
- Colocarse guantes estériles.
- Preparar el campo estéril pincelando zona con povidona yodada y paño verde.
- Seleccionar la zona adecuada para punción.
- Poner anestesia local en la zona de punción, esperando un poco a que haga efecto.
- Realizar la punción.
- Realizar con la ayuda del enfermero/a la conexión con la bolsa de drenaje.
- Retirar el catéter, limpiar la zona y colocar el apósito.

Material

- Guantes, gasas y paños estériles.
- Catéter especial.
- Betadine.
- Anestésico local, jeringas de insulina y de 2 cc, agujas subcutáneas (opcional).
- Bolsa de drenaje.
- Apósito estéril.

ARTROCENTESIS**Definición**

Punción de una articulación para extracción de líquido sinovial o hemático para diagnóstico y/o tratamiento.

Normalmente es el médico quien realiza la punción, con apoyo de enfermería.

Actividades

- Lavado de manos minucioso.
- Colocarse guantes estériles.
- Preparar campo estéril pincelando zona con povidona yodada y paño verde.
- Seleccionar la zona adecuada para incisión.
- Poner anestesia local en la zona de punción, esperando un poco a que haga efecto.
- Realizar incisión en piel y bordes.
- Retirar el líquido.
- Suturar.
- Colocar apósito.
- Cumplimentar la solicitud para el servicio de anatomía patológica.

Material

- Guantes, gasas y paños estériles.
- Catéter especial.



- Betadine.
- Anestésico local, jeringas de insulina y de 2 cc, agujas subcutáneas (opcional).
- Bolsa de drenaje.
- Material de sutura.
- Apósito estéril.

CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA CENTRAL POR ACCESO CENTRAL

Definición

Canalización de una vía central a través de un acceso central (vía yugular, subclavia o femoral) con colocación de un catéter permanente para infusión de fármacos, productos de nutrición parenteral, etcétera.

Se puede realizar en el domicilio por el médico con ayuda de la enfermera.

Actividades

- Lavado de manos minucioso.
- Colocarse guantes estériles.
- Preparar campo estéril pincelando zona con povidona yodada y paño verde.
- Seleccionar la zona adecuada para la punción.
- Poner anestesia local en la zona de punción, esperando un poco a que haga efecto.
- Realizar la punción e introducir el catéter.
- Fijar el catéter con puntos de sutura.
- Limpiar la zona y colocar el apósito.

Material

- Guantes, gasas y paños estériles.
- Catéter especial.
- Betadine.
- Anestésico local, jeringas de insulina y de 2 cc, agujas subcutáneas (opcional).
- Material de sutura.
- Apósito estéril.

BIOPSIA CUTÁNEA

Definición

Extracción de muestra cutánea para estudio anatómico-patológico.

Normalmente es el médico quien realiza la biopsia, con apoyo de enfermería.

Actividades

- Lavado de manos minucioso.
- Colocarse guantes estériles.
- Preparar el campo estéril pincelando la zona con Betadine y paño verde.
- Seleccionar la zona adecuada para la biopsia.

- Poner anestesia local en la zona de punción, esperando un poco a que haga efecto.
- Realizar la incisión en piel y bordes.
- Retirar la muestra.
- Suturar.
- Limpiar la zona y colocar apósito.
- Cumplimentar la solicitud para el servicio de anatomía patológica.

Material

- Guantes, gasas y paños estériles.
- Betadine.
- Anestésico local, jeringas de insulina y de 2 cc, agujas subcutáneas (opcional).
- Material de sutura.
- Apósito estéril.

CAMBIO DE PEG**Definición**

Realizar el primer cambio de la sonda PEG inicial (sin balón e insertada previamente en hospital mediante endoscopia) por una sonda de sustitución con balón, así como realizar los sucesivos recambios.

Normalmente es la enfermera quien realiza el cambio, aunque es frecuente que el primer recambio lo realice el médico.

Actividades

- Lavado de manos minucioso.
- Colocarse guantes estériles.
- Preparar campo estéril pincelando zona con povidona yodada y paño verde.
- Retirar la sonda.
- Colocar la sonda de recambio.
- Hinchar el balón.
- Fijar la sonda.
- Limpiar la zona y colocar apósito.

Material

- Sondos de sustitución PEG.
- Jeringa.
- Lubricante.

CAMBIO DE CATÉTER SUPRAPÚBICO**Definición**

Catéter que comunica la vejiga urinaria con el exterior en la región suprapúbica.



Actividades

- Lavado de manos minucioso.
- Limpieza y desinfección de la zona con povidona yodada.
- Colocación de guantes estériles y paño de campo fenestrado.
- Desinflar el suero fisiológico del balón interior del catéter.
- Traccionar con firmeza, sujetando la pared abdominal con la mano izquierda, hasta su salida. Frecuentemente el extremo se calcifica y requiere un movimiento rápido y enérgico para desprender la sonda de la vejiga.
- Limpieza y desinfección con povidona yodada.
- Reintroducir a continuación una nueva sonda, hinchando el globo distal con suero fisiológico.
- Cerciorarse de la correcta colocación y función.
- Es conveniente profilaxis antibiótica durante 2-3 días.

Material

- Guantes, gasas, jeringas, agujas y paños estériles.
- Povidona yodada en solución.
- Suero fisiológico y sistema de infusión.
- Bolsas de recogida de orina.
- Catéter suprapúbico.

PUNCIÓN LUMBAR

Definición

Una punción lumbar es el procedimiento que se usa para la obtención de una muestra de fluido (líquido cefalorraquídeo) de la médula espinal para su análisis. También se puede realizar en HAD para administrar agentes terapéuticos.

Contraindicaciones

Hipertensión intracraneal (es obligado hacer fondo de ojo y/o TAC).

Actividades

- Antes de nada, proporcionar al paciente una explicación completa del procedimiento.
- Se coloca al paciente en el borde de la cama, en decúbito lateral con cabeza, cuello y piernas flexionadas (posición fetal).
- Se traza una línea imaginaria que una ambas crestas iliacas (espacio L3-L4).
- Desinfectar la zona, cubrir con el paño de campo.
- Introducir el trocar con bisel hacia arriba, en el punto medio entre ambas apófisis espinosas, ligeramente hacia arriba. Progresar con decisión hasta notar resistencia del ligamento amarillo y la duramadre (se aprecia una sensación de atravesar una "goma de borrar").
- Retirar el fiador y comprobar que fluye LCR; si no es así, primero girar el trocar y posteriormente rectificar la profundidad 1 ó 2 cm. Si se tropieza con

estructuras óseas, retirar el trócar hasta el tejido celular subcutáneo y reintroducir rectificando la dirección o bien intentar en los espacios superior o inferior.

- Una vez se ha obtenido LCR se cogen tres muestras en tres tubos.
- Retirar el trócar con el fiador puesto y cubrir con un apósito estéril.
- Una vez finalizada la técnica, el paciente permanecerá en decúbito supino durante al menos 2 horas, indicándole que beba líquidos y, en caso de cefalea y/o rigidez postpunción, se le administrará analgesia.

Material

- Guantes, gasas y paños estériles.
- Bata estéril.
- Povidona yodada en solución acuosa.
- Anestésico local, jeringas de insulina y de 2 cc, agujas subcutáneas (opcional).
- Agujas de punción lumbar números 19, 20 y 22.
- Tubos de plástico para muestras estériles.
- Etiquetas para muestras y volantes analíticas.
- Apósito estéril.
- Batea.

EXTRACCIÓN MANUAL DE FECALOMA (DESOPILACION)

Definición

Extracción manual de heces compactadas, situadas en la ampolla rectal.

Actividades

- Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo, con la pierna izquierda extendida y la derecha flexionada.
- Ponerse guantes.
- Colocar un empapador bajo el cuerpo del paciente en la zona del abdomen.
- Poner alrededor del ano pasta lubricante anestésica y masajear para dilatar el ano. Introducir más pasta en el interior del recto.
- Introducir el dedo índice e ir rompiendo el fecaloma hasta su extracción total o parcial.

Material

- Guantes.
- Lubricante urológico.
- Enema.

PUNCIÓN DE SEROMA

Definición

Procedimiento realizado para drenar un seroma o hematoma, habitualmente en pacientes postquirúrgicos, por ejemplo, en pacientes intervenidas de neoplasia



mamaria con linfadenectomía axilar.

Normalmente es el médico quien realiza la punción, con apoyo de enfermería.

Actividades

- Lavado minucioso de manos y colocarse guantes estériles.
- Preparar un campo estéril pincelando la zona con povidona yodada y paño verde.
- Seleccionar la zona adecuada para la punción.
- Realizar la punción.
- Tomar una muestra de líquido seroso para cultivo.
- Recogida del líquido seroso en un contenedor desechable.
- Retirar el catéter, limpiar la zona y colocar un apósito.

Material

- Guantes, gasas, jeringas, batea, agujas , paños estériles y tubos estériles
- Povidona yodada en solución.

ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL

Valoración social inicial en hospital
Tramitaciones sociales en hospital
Valoración social inicial en el domicilio
Intervenciones sociales en el domicilio
Escucha activa y apoyo emocional por trabajador social en el domicilio
Tramitaciones sociales en el exterior

VALORACIÓN SOCIAL INICIAL EN HOSPITAL

Definición

Proceso de valoración social de los pacientes remitidos a la UHD para ingreso, llevado a cabo por la trabajadora social de la unidad, con el fin de confirmar una situación de necesidad o posible riesgo social, detectado con anterioridad por el equipo multidisciplinar en la valoración integral inicial y susceptible de intervención social.

Actividades

- Recepción de propuesta de valoración social por parte del equipo.
- Localizar al paciente y programar la valoración.
- Hablar con médico responsable o supervisora para que faciliten los datos del paciente y el motivo de la derivación.
- Presentación como trabajadora social de la UHD.
- Valoración inicial socio-familiar del paciente, el cuidador, la familia y las redes sociales. Se basa en los criterios de riesgo socio-sanitario establecidos, sobre situación económica, vivienda, etcétera. Se utilizan instrumentos de valoración validados para la realidad a medir, como escalas, tests, indicadores, cuestionarios...
- Identificar al cuidador principal y valorar su posible riesgo de claudicación.
- Confirmado el riesgo social o problema instaurado, identificar los diagnósticos sociales que requieran intervención y ordenar por orden de prioridad.
- Programar la intervención.
- Iniciar la intervención.

TRAMITACIONES SOCIALES EN HOSPITAL

Definición

Proceso de gestión y tramitación de todas aquellas actividades susceptibles de una respuesta inmediata por parte del trabajador social y que pueden ser llevadas a cabo dentro del espacio físico de la unidad.

Actividades

- Gestiones telefónicas a domicilio.



- Atención a familiares en la UHD: escucha activa, apoyo emocional, fomento de los recursos personales e información sobre los recursos externos de que dispone.
- Coordinación telefónica para recabar información y evitar duplicidades en la intervención con: trabajadores sociales del propio hospital, servicios sociales de zona, trabajadores sociales de atención primaria, Conselleria de Bienestar Social...
- Elaboración de informes sociales de derivación y/o coordinación con servicios sociales de zona, atención primaria, instituciones privadas o públicas, asociaciones, etcétera.
- Tramitación de material ortoprotésico.
- Elaboración de la hoja de ruta diaria.
- Elaboración mensual de indicadores de actividad del trabajador social.
- Colaboración con el equipo de UHD en actividades de investigación.
- Coordinación con los profesionales de UHD, participando en las sesiones clínicas diarias, aportando información sobre la situación social de los pacientes y la intervención que se va a realizar.

VALORACIÓN SOCIAL INICIAL EN DOMICILIO

Definición

Proceso de valoración socio-familiar del paciente, con el fin de confirmar una situación de necesidad o posible riesgo social, detectado por el equipo multidisciplinar durante las primeras visitas domiciliarias, o a petición expresa del paciente y/o sus familiares.

Actividades

- Recepción de la propuesta de valoración social por parte del equipo ante criterios de riesgo social, necesidad detectada o problema instaurado.
- Localización del paciente y programación de la visita a domicilio.
- Visita a domicilio y presentación como trabajador social de la UHD.
- Valoración socio-familiar del paciente, familia, cuidador y redes sociales. Se basa en los criterios de riesgo socio-sanitario establecidos, sobre situación económica, vivienda, etcétera. Se utilizan instrumentos de valoración validados para la realidad a medir, como escalas, tests, indicadores, cuestionarios....
- Identificación del cuidador principal y valoración de su posible riesgo de claudicación.
- Confirmado el riesgo social o problema instaurado, identificar los diagnósticos sociales que requieren intervención y ordenarlos por orden de prioridad.
- Programar la intervención así como las visitas sucesivas.
- Iniciar la intervención.

INTERVENCIONES SOCIALES EN EL DOMICILIO

Definición

Actividades que el trabajador social realiza en el domicilio del paciente, por las que se da respuesta inmediata a necesidades personales y familiares detectadas en la valoración social o se inician los trámites para su resolución.

Actividades

- Dar información a paciente, cuidadores y familia sobre los recursos aplicables a su situación personal.
- Potenciar los propios recursos del paciente y familia.
- Gestionar telefónicamente citaciones en servicios sociales u otros organismos desde el propio domicilio.
- Intervención familiar en la readaptación familiar para encontrar el equilibrio.

ESCUCHA ACTIVA Y APOYO EMOCIONAL POR TRABAJADOR SOCIAL EN EL DOMICILIO

Definición

Proceso de ayuda que destaca por su frecuencia, complejidad y disparidad, en el que se trabaja con la familia con igual dedicación que con el paciente por la sobrecarga que sostiene, bien porque haya sido detectada la necesidad por el equipo o, porque a raíz de otra demanda, se genere esta terapéutica.

Actividades

- Utilización de la comunicación, la escucha y la relación para desarrollar el autoconocimiento, la aceptación, el crecimiento emocional y los recursos personales.
- Promocionar los recursos personales, prevenir futuros problemas, proveer apoyo psicosocial y facilitar el afrontamiento de dificultades.
- Compartir con la persona la necesidad y la posibilidad de cambio.
- Utilización de counselling como instrumento de ayuda. El trabajador social de la UHD lo utiliza como proceso para ayudar a las personas a entender y a afrontar sus problemas a través de mejorar su actitud, motivación y comportamiento.

TRAMITACIONES SOCIALES EN EL EXTERIOR

Definición

Proceso por el que se gestionan en el exterior todos los recursos sociales aplicables y la tramitación de toda aquella documentación necesaria para obtenerlos, así como la coordinación con los profesionales de los distintos ámbitos (equipo social de base, Bienestar social, atención primaria, etcétera.).

Actividades

- Recogida de impresos en las instituciones pertinentes.



- Presentación de solicitudes cumplimentadas de las distintas ayudas en los organismos correspondientes.
- Gestión de certificados (INSS, Tesorería de la Seguridad Social, Hacienda, ayuntamientos...).
- Reuniones de coordinación con trabajadores sociales de base y atención primaria.
- Petición y devolución de Documentos Nacionales de Identidad y cumplimentación de autorización para poder gestionar los distintos certificados.
- Visitas conjuntas al domicilio con trabajadores sociales de base y de atención primaria.
- Aplicación de recursos de tipo económico, de institucionalización, de apoyo social, de convivencia, ocio y tiempo libre y de tipo sanitario.

ACTIVIDADES DEL FISIOTERAPEUT A

Valoración fisioterápica inicial en domicilio
Inicio de tratamiento fisioterápico en domicilio
Visita básica de fisioterapia en domicilio
Actividad fisioterápica en hospital

VALORACIÓN FISIOTERÁPICA INICIAL EN DOMICILIO

Actividades

Valoración:

- Funcional.
- Cognitiva.
- Del domicilio.
- Del cuidador.

Plan de cuidados:

- Dirigidos al enfermo.
- Dirigidos al cuidador.

Manejo ambiental del domicilio:

- Eliminación de las barreras.
- Adecuación del entorno (cama, silla, temperatura de la habitación).
- Higiene del paciente (ropa apropiada para la actividad a realizar, aseo personal).

Planificación de objetivos:

- Tratamiento a realizar por el fisioterapeuta.
- Tratamiento a realizar por el enfermo.
- Tratamiento a realizar por el cuidador.
- Necesidad y valoración de ayudas ortopédicas (sillas, andadores, férulas, zapatos, alzas).

INICIO DE TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO EN DOMICILIO

Actividades

Suministro del material ortésico precisado.

- Comprobación del material.
- Educación de su uso.
- Utilización del mismo.

Valoración de los efectos de la terapia aconsejada en la primera visita.

Modificación de la terapia con arreglo a los resultados e incidencias obtenidas.

Refuerzo emocional a paciente y cuidador.

Recomendaciones sobre la conveniencia de la pauta a realizar en cantidad e intensidad.



VISITA BÁSICA DIARIA DE FISIOTERAPIA EN DOMICILIO

Actividades

Tratamiento fisioterápico.

Reajustes, si precisa, según evolución.

Refuerzo en la instrucción al paciente y al cuidador.

Soporte emocional.

ACTIVIDAD FISIOTERÁPICA EN HOSPITAL

Actividades

Cumplimentar hoja de evolución.

Contactos telefónicos necesarios con otras unidades hospitalarias.

Reposición del material utilizado.

Sesión clínica diaria:

- Comentarios de las variaciones según evolución.
- Revisión del caso con el médico.
- Revisión del caso con el profesional de enfermería.
- Configuración de la ruta del día siguiente.

2.4.- LA CODIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS

El SIE dispone de un sistema general de codificación de procedimientos que asocia cada centro de actividad y coste con el listado de los procedimientos normalizados por el grupo de consenso. El código consiste en un número de diez cifras que asocia de modo unívoco el procedimiento con el centro de actividad que lo realiza.

El sistema de codificación aplicado a los hospitales a domicilio es el siguiente:

- Las dos primeras cifras identifican al grupo de imputación de costes del SIE donde está encuadrado el hospital a domicilio: 07 Centros finales.
- Los tres dígitos siguientes identifican el centro de actividad del hospital a domicilio:
 - 851 UHD
 - 852 UHD pediátrica.
- Los dos dígitos siguientes identifican grupos de procedimientos o de datos
 - 00 Datos generales de recursos y actividad
 - 10 Actividades hospitalarias de médicos y enfermeras
 - 20 Actividades domiciliarias de médicos y enfermeras
 - 30 Consultas telefónicas de médicos y enfermeras
 - 40 Relaciones profesionales externas de médicos y enfermeras
 - 50 Procedimientos de enfermería
 - 60 Procedimientos de médico
 - 70 Procedimientos conjuntos de médicos y enfermeras
 - 80 Procedimientos de trabajo social
 - 90 Procedimientos de fisioterapeuta
- Los últimos tres dígitos son secuenciales y junto a los dos anteriores identifican cada procedimiento. Por ejemplo, el código de la VISITA BÁSICA DEL MÉDICO A DOMICILIO es el 07 851 20 030. En los códigos de tres dígitos se producen saltos de 10 en 10 unidades para permitir:
 - Subdivisiones en los tipos de procedimientos, si la unidad está interesada en obtener información más detallada sobre su casuística.
 - Modificaciones futuras en los códigos sin afectar el conjunto del sistema de codificación.

2.5.- CONSTRUCCIÓN DE LAS ESCALAS DE UNIDADES RELATIVAS

Una vez consensuado el listado de procedimientos del HAD se procede a los siguientes pasos para establecer la escala de unidades relativas de coste:



- 1.- Descripción de los tiempos de dedicación de los profesionales y transformación en coste.
- 2.- Asignación de costes de material sanitario por procedimiento.
- 3.- Transformación de estos componentes en la escala de unidades relativas de coste.

Las URC indican cuántas veces cuesta más un procedimiento que otro que se ha tomado como referencia. En el caso del hospital a domicilio se decidió adoptar como procedimiento de referencia la VISITA BÁSICA ENFERMERA EN DOMICILIO. Con los tiempos de dedicación también pueden construirse escalas que utilicen como base el tiempo dedicado al procedimiento de referencia, quedando construidas las escalas de unidades relativas de tiempo (URT) para médicos y enfermeras.

- 1.- Descripción de los tiempos de dedicación de los profesionales y transformación en coste

Tiempo de médico:

Tiempo dedicado por el personal médico a la realización de una actividad o procedimiento.

Tiempo de enfermería

Periodo de tiempo referido exclusivamente al dedicado de forma directa por el personal de enfermería en la realización de las técnicas precisas para completar una actividad o procedimiento en el HAD.

Tiempo de desplazamiento

Si se define una isocrona constituida por todos aquellos núcleos de población situados a menos de 20 minutos, medidos puerta-puerta desde la base hospitalaria de la UHD, según estudios previos¹, el tiempo promedio de duración del desplazamiento dentro de la isocrona es de 17 minutos por visita, en una ruta hipotética de 5 visitas y 6 desplazamientos. El promedio se calcula sumando los tiempos puerta a puerta de los 6 desplazamientos y dividiendo por las 5 visitas.

Sin embargo, algunas UHD realizan un porcentaje significativo de su actividad fuera de la isocrona, por lo que su tiempo promedio de desplazamiento es mayor. Para compensar dicho efecto, hay que encontrar un "factor de corrección" que aplicado a posteriori equilibre la dispersión del tiempo de desplazamiento entre las diferentes UHD. Se realizará un estudio para obtener datos fiables y poder establecer este factor de corrección.

¹ Junquero A et al "Unidades de Hospitalización a Domicilio: Estudio multicéntrico en la Comunidad Valenciana" Rol número 193, septiembre 1994.

El tiempo de dedicación se transforma en coste de dedicación a partir del coste por minuto de los recursos humanos que intervienen en los procedimientos. En este coste se incluye: sueldo base anual, complemento de destino, complemento específico B y pagas extras. No se incluyen otras retribuciones variables, como los trienios. Se decidió excluir las cuotas de la Seguridad Social tras comprobar que el efecto de sumar un porcentaje fijo como representativo de las cuotas sólo repercutía en $\pm 1\%$ en función de URC.

Para construir la escala se han empleado las retribuciones anuales brutas y el coste por minuto trabajado calculado a partir del Acuerdo entre la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana y las organizaciones sindicales con representación en la Mesa Sectorial de Sanidad en materia de eficiencia de los servicios sanitarios, racionalización y homologación de las condiciones retributivas y laborales y jornada y horario de trabajo del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanitat para el año 2004.

CATEGORÍA PROFESIONAL	TOTAL	COSTE POR MINUTO
Facultativo especialista, complemento B	38.601,52 €	0,40 €
Enfermero/a	23.093,30 €	0,22 €
Trabajador social	22.372,70 €	0,22 €
Fisioterapeuta	23.093,30 €	0,22 €

Para este cálculo suponemos 1625 horas de trabajo anual, según el Decreto 137/2003 de 18 de julio, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la jornada y horario de trabajo, permisos, licencias y vacaciones del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Generalitat Valenciana dependientes de la Conselleria de Sanitat.

2.- Valoración del coste de material sanitario empleado para cada procedimiento

Sólo se incluyen los costes de material fungible específico significativos para discriminar de modo adecuado y suficiente el coste relativo de los procedimientos, a partir de los datos suministrados por las UHD y la Unidad Central de Compras de la Conselleria de Sanitat. La ausencia de material sanitario asignado indica que, aunque pueda existir un consumo, se considera que este carece del poder discriminante suficiente para incluirlo en la construcción de la escala. Después, en la situación real, el sistema de información económica incluye en el coste total de la UHD el coste de todo material fungible consumido.



3.- Transformación de los costes en unidades relativas de coste

En cada centro de actividad y coste se elige un procedimiento de referencia para construir la escala; en general, la actividad que se realiza con mayor frecuencia. Una vez conocida la estimación de coste de la actividad de referencia, ésta sirve como denominador para el cálculo de las URC del resto de actividades, quedando así construida la escala.

En el caso del HAD se acordó tomar como referencia la VISITA BÁSICA DE ENFERMERÍA EN EL DOMICILIO. De esta forma, si la VISITA BÁSICA DE ENFERMERÍA EN EL DOMICILIO tiene un valor de URC igual a 1 y el procedimiento PARACENTESIS un valor de URC de 3,4 nos está indicando que este último procedimiento tiene un coste 3,4 veces mayor que el de la actividad de referencia.

COMPONENTES DE LA ESCALA DE UNIDADES RELATIVAS DE COSTE

ACTIVIDADES DEL HOSPITAL A DOMICILIO	Tiempo desplazamiento	Tiempo Médico	Tiempo Enfermería	Material sanitario
ACTIVIDADES HOSPITALARIAS DE MEDICOS Y ENFERMERAS				
Valoración de la propuesta de ingreso en hospital		10	5	
Traslado a otra UHD		5	15	
Valoración inicial médica en hospital		40		
Valoración inicial de enfermería en hospital			15	
Planificación del ingreso en domicilio por enfermería			45	
Preparación del alta por enfermería			15	
Preparación del alta por médico		20		
Interconsulta hospitalaria de médico		40		
Primera consulta hospitalaria de médico		40		
Consulta sucesiva hospitalaria de médico		20		
Primera consulta hospitalaria de enfermería			40	
Consulta sucesiva hospitalaria de enfermería			20	
ACTIVIDADES DOMICILIARIAS DE MEDICOS Y ENFERMERAS				
Valoración médica en domicilio	17	50		
Primera visita médica en domicilio	17	45		
Visita básica médica en domicilio	17	20		
Visita básica médica en domicilio más procedimiento	17	35		
Visita urgente médica en domicilio	17	45		
Visita urgente médica en domicilio más procedimiento	17	60		
Primera visita de enfermería en domicilio	17		50	
Visita básica de enfermería en domicilio	17	5	30	
Visita urgente de enfermería en domicilio	17		45	
CONSULTAS TELEFÓNICAS DE MEDICOS Y ENFERMERAS				
Consulta telefónica programada del médico		5		
Consulta telefónica a demanda para el médico		10		
Consulta telefónica programada de la enfermera			5	
Consulta telefónica a demanda para la enfermera			10	
Consulta telefónica programada de la enfermera (UHD Pediátrica)		5	10	

ACTIVIDADES DEL HOSPITAL A DOMICILIO	Tiempo desplazamiento	Tiempo Médico	Tiempo Enfermería	Material sanitario
Sgtº Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica programada del médico		10		
Sgtº Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica a demanda para el médico		10		
Sgtº Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica programada de la enfermera			20	
Sgtº Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica a demanda para la enfermera			15	
RELACIONES PROFESIONALES EXTERNAS DE MEDICOS Y ENFERMERAS				
Visita de relevo en centro de salud - médico	17	10		
Visita de relevo en domicilio - médico	17	30		
Visita de relevo en centro de salud - enfermería	17		15	
Visita de relevo en domicilio - enfermería	17		60	
Reunión de coordinación externa - médico	17	90		
Reunión de coordinación externa - enfermería / re inserción escolar	17		90	
Reunión de coordinación y docencia de enfermería para el manejo de procedimientos (UHD Pediátrica)	17		60	
Interconsultas virtuales (sin desplazamiento) de médico		15		
Interconsultas virtuales (sin desplazamiento) de enfermería			15	
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA				
Administración de concentrado de hematies			100	6
Administración de plaquetas			20	4
Administración de medicación intravenosa			20	7
Cuidados de la ostomía y manejo de colectores			10	2
Hemocultivos			20	8
Cuidados de enfermería de hasta 20 minutos			15	3
Fisioterapia respiratoria			15	
Escucha activa y apoyo emocional por la enfermera			30	
Gestión de ayuda social tramitada por la enfermera			30	
Cura simple			10	3
Cura compleja			40	9
ECG			15	
Aplicación de infusor			10	48
Canalización de vía venosa central por acceso periférico por enfermera			20	6
Acceso y mantenimiento de cateter venoso central (CVC) permanente			15	6
Acceso y mantenimiento de cateter venoso central (CVC) permanente (UHD Pediátrica)			20	6
Adiestramiento a los padres para mantenimiento y heparinización de CVC permanente (UHD Pediátrica)			20	
Quimioterapia < 2 horas			40	6
Quimioterapia 2 - 5 horas			160	6
Quimioterapia > 5 horas			400	12
PROCEDIMIENTOS DE MÉDICO				
Canalización de vía venosa central por acceso periférico por médico		20		6
Escucha activa y apoyo emocional por el médico		30		



ACTIVIDADES DEL HOSPITAL A DOMICILIO	Tiempo desplazamiento	Tiempo Médico	Tiempo Enfermería	Material sanitario
Inicio de ventilación mecánica (adaptación de parámetros)		60		
Cambio de parámetros del ventilador mecánico		20		
Espirometría		45		
Medición de presiones estáticas		15		
Adaptación al aparato de tos asistida (Cough Assist)		30		
Capnografía		10		
Paracentesis				
Paracentesis		10	160	13
Toracocentesis		40	40	14
Artrocentesis		10	10	6
Canalización de vía venosa central por acceso central		40	40	6
Biopsia cutánea		15	15	6
Cambio de PEG		2	8	60
Cambio de catéter suprapúbico		4	16	37
Punción lumbar		10	10	6
Extracción manual de fecaloma (desopilación)		5	15	3
Punción seroma		20	20	3

ACTIVIDADES DEL HOSPITAL A DOMICILIO	Tiempo desplazamiento	Tiempo Médico	Tiempo TS/F*	Material sanitario
PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SOCIAL				
Valoración social inicial en hospital			15	
Tramitaciones sociales en hospital			25	
Valoración social inicial en el domicilio	17		15	
Intervenciones sociales en el domicilio	17		30	
Escucha activa y apoyo emocional por T. Social en el domicilio	17		30	
Tramitaciones sociales en el exterior	17		30	
PROCEDIMIENTOS DE FISIOTERAPIA				
Valoración fisioterápica inicial en domicilio	17		45	
Inicio de tratamiento fisioterápico en domicilio	17		35	
Visita básica de fisioterapia en domicilio	17		25	
Actividad fisioterápica en hospital			35	

* Tiempo TS/F: Trabajador Social/Fisioterapeuta

2.6.- INDICADORES PARA LA GESTIÓN

INDICADORES DE EMPLEO DE RECURSOS

CONCEPTOS PREVIOS

Plantilla regular

Conjunto de profesionales contratados con carácter fijo o temporal, menos los que están de baja por enfermedad. La explicación de su cálculo se recoge en el anexo 1.

Plantilla activa

La plantilla activa está compuesta por todos los profesionales que efectivamente desarrollan diariamente actividades en la UHD. Equivale a la plantilla regular menos los que están ausentes por cualquier causa: vacaciones, días libres, libranzas, formación, congresos, jornadas... La plantilla activa siempre será igual o menor que la plantilla regular.

Tiempo normalizado

Es el tiempo por actividad consensuado en el catálogo.

Tiempo clínico

Es el tiempo que la plantilla activa utilizaría aplicando los tiempos por actividad consensuados en el catálogo (tiempo normalizado). Habrá tiempo clínico de cualquier profesional de la UHD.

Por razones de eficiencia del sistema de información, sólo se recogen datos sobre el tipo y el número de actividades realizadas y no sobre la duración real de la actividad (lo que en estos momentos no es factible, ya que supondría medir con reloj cada actividad realizada). Dado que no disponemos del "tiempo utilizado" podemos realizar una aproximación empleando el "tiempo normalizado" como una variable que lo sustituye.

Tiempo disponible

Es el tiempo "oficial" de que dispone un profesional según el número de jornadas en que realiza actividades del catálogo. Si un profesional realiza alguna actividad del catálogo, se considera que ese día está disponible, es decir, suma como disponible una jornada de 7 horas. Cuando por cualquier razón no realiza ninguna actividad del catálogo de HAD, no se contabiliza como tiempo de jornada de trabajo. La disponibilidad se ajusta con la dedicación a la HAD, de forma que un profesional que dedique el 50% de su jornada a la HAD sólo contará como disponible la mitad de una jornada laboral.



Tiempo regular

Es el tiempo disponible de la plantilla regular. Habrá tiempo regular de médico, enfermería...

Lógicamente, el tiempo regular será mayor que el tiempo clínico.

URT (Unidades Relativas de Tiempo) y URC (Unidades Relativas de Coste)

La "visita básica de enfermería" es, por consenso profesional, la unidad normalizada de medición de la actividad del HAD. Es decir, todas las actividades realizadas por una UHD se expresan finalmente en un número de "visitas básicas de enfermería", tanto en términos de tiempo (URT) como de coste (URC). Por ejemplo: una valoración médica en domicilio equivale a 1,4 URT (visitas básicas de enfermería en tiempo) y 2,2 URC (visitas básicas de enfermería en coste).

RENDIMIENTO CLÍNICO DE MÉDICO (RCM)

Porcentaje de tiempo clínico de médico sobre el tiempo disponible de médico.

Como el numerador considera el tiempo clínico, el indicador es una estimación de la ocupación del tiempo de médico, de acuerdo con la norma profesional fijada en el catálogo (no es una medición cronometrada de la duración real de cada actividad). Por tanto, cuando se produce un resultado marcadamente elevado (rendimiento > 100%) es necesario revisar los datos para excluir la posibilidad de errores. Si después de ello el indicador se mantiene muy elevado, indica que la unidad realiza su trabajo (atiende a la casuística que realmente tiene) empleando menos tiempo por procedimiento que el establecido en el consenso profesional, o alargando la jornada laboral, o ambas cosas a la vez. Las causas pueden ser el aumento de la presión asistencial o el déficit de recursos humanos. La comparación con el estándar también da pistas; si todas las unidades se sitúan por encima por encima del 100%, será necesario revisar el acuerdo profesional, ya que presumiblemente los tiempos normalizados por actividad estarán sobrevalorados.

$$\text{RCM} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad de médico}_i) * (\text{Tiempo normalizado de la actividad}_i)}{\text{Tiempo disponible de médico}} * 100$$

Si la situación se mantiene notablemente a la baja (rendimiento < 100%) indica que la unidad tiene una capacidad de reserva para atender un mayor número pacientes, o que existe un desequilibrio entre el personal médico y de enfermería que satura la capacidad de uno de los dos tipos de profesionales.

RENDIMIENTO CLÍNICO DE ENFERMERÍA (RCE)

Porcentaje de tiempo clínico de enfermería sobre el tiempo disponible de enfermería.

$$RCE = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad de enfermería}_i) * (\text{Tiempo normalizado de la actividad}_i)}{\text{Tiempo disponible de enfermería}} * 100$$

RENDIMIENTO REGULAR DE MÉDICO (RRM)

$$RRM = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad de médico}_i) * (\text{Tiempo normalizado de la actividad}_i)}{\text{Tiempo regular de médico}} * 100$$

RENDIMIENTO REGULAR DE ENFERMERÍA (RRE)

$$RRE = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad de enfermería}_i) * (\text{Tiempo normalizado de la actividad}_i)}{\text{Tiempo regular de enfermería}} * 100$$

El tiempo regular de médico y de enfermería se calcula a partir de la declaración de ETC de médico y de enfermería que mensualmente realiza la UHD en los Indicadores de Gestión de Atención Especializada (IGAE), aplicando los criterios del anexo 1 de este documento. Se corresponde con la denominación habitual de plantilla regular o ETC regulares.

RENDIMIENTO EFECTIVO DE MÉDICO (REM)

$$RCM = \frac{\text{Rendimiento clínico médico}}{\text{Rendimiento regular médico}} * 100$$

RENDIMIENTO EFECTIVO DE ENFERMERÍA (REE)

$$REE = \frac{\text{Rendimiento clínico de enfermería}}{\text{Rendimiento regular de enfermería}} * 100$$

URT DIA DE MÉDICO (URT-DM)

URT médico no urgente, por ETC de médico por día laborable.

$$URT-DM = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad médica no urgente}_i) * (\text{URT de la actividad}_i)}{\sum_{i=1}^n (\text{ETC médico}_i) * 231}$$



Se trata de un indicador ajustado, ya que excluye la actividad urgente. El denominador tiene en cuenta los 231 días laborales para 2005 por trabajador calculados sobre la base del Decreto 137/2003 de 18 de julio, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se regula la jornada y horario de trabajo, permisos, licencias y vacaciones del personal al servicio de las instituciones sanitarias de la Generalitat Valenciana dependientes de la Conselleria de Sanidad.

Para el cálculo de la actividad se excluyen del numerador las actividades:

07 851 20 050 Visita urgente médica en domicilio

07 851 20 060 Visita urgente médica en domicilio más procedimiento

URT DIA DE ENFERMERIA (UR-DE)

URT enfermería no urgente, por ETC enfermería por día laborable.

$$\text{URT-DE} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad de enfermería no urgente}_i) * (\text{URT de la actividad}_i)}{\sum_{i=1}^n (\text{ETC enfermería}_i) * 231}$$

Para el cálculo de la actividad se excluye del numerador la actividad:

07 851 20 090 Visita urgente enfermera en domicilio

INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO

ESTANCIA MEDIA POR AITA (EM)

Es la media de días que un paciente permanece ingresado en la UHD.

El número de estancias de un episodio de HAD se calcula mediante la diferencia entre fecha de inclusión y fecha de alta. En caso de ser iguales ambas fechas, se contabiliza como una estancia.

$$\text{EM} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Estancias}_i)}{\sum_{i=1}^n (\text{Altas}_i)}$$

URT DE MÉDICO POR ESTANCIA (UR-ME)

URT médico por ETC médico, por estancia

$$\text{URT-ME} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad médica}_i) * (\text{URT de la actividad}_i)}{\text{Estancias}_i}$$

Este indicador equivale a la "Tasa de intervención médica", en tanto que aporta información sobre la intensidad de las actividades (clásicamente, las visitas) en relación con las estancias.

URT DE ENFERMERÍA POR ESTANCIA (URT-EE)

URT enfermería por ETC de enfermería, por estancia.

$$\text{URT-EE} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad de enfermería}_i) * (\text{URT de la actividad}_i)}{\text{Estancias}}$$

Este indicador equivale al de "Tasa de intervención de enfermería"

URT GLOBAL POR ESTANCIA (URT-GE)

$$\text{URT-GE} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad de médico y de enfermería}_i) * (\text{URT de la actividad}_i)}{\text{Estancias}}$$

Este indicador sólo incluye la actividad de médicos y de enfermeras, excluyendo la realizada por fisioterapeutas y trabajadores sociales, para asegurar la comparabilidad entre UHD.

URT DE MEDICO POR ALTA PONDERADA (URT-MAP)

$$\text{URT-MAP} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad médica}_i) * (\text{URT de la actividad}_i)}{\sum_{i=1}^n (\text{Alta}_i) * (\text{Ponderación alta}_i)}$$

URT DE ENFERMERÍA POR ALTA PONDERADA (URT-EAP)

$$\text{URT-EAP} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad de enfermería}_i) * (\text{URT de la actividad}_i)}{\sum_{i=1}^n (\text{Alta}_i) * (\text{Ponderación alta}_i)}$$

URT GLOBAL POR ALTA PONDERADA (URT-GAP)

$$\text{URT-GAP} = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad de médico y de enfermería}_i) * (\text{URT de la actividad}_i)}{\sum_{i=1}^n (\text{Alta}_i) * (\text{Ponderación alta}_i)}$$

Este indicador sólo incluye la actividad de médicos y de enfermeras, excluyendo la realizada por fisioterapeutas y trabajadores sociales, para asegurar la comparabilidad entre UHD.



INDICADOR DE COMPLEJIDAD DE LA CASUÍSTICA

PESO MEDIO DEL ALTA (PMA)

Media de URC producidas por alta

$$PM = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad de médico y de enfermería}) * (\text{URC de la actividad})}{\sum_{i=1}^n (\text{Alta}_i)}$$

INDICADORES DE CARGA DE TRABAJO

DEDICACIÓN MEDIA DEL MÉDICO POR VISITA (DMM) EN MINUTOS

Relaciona el tiempo clínico médico necesario (acordado por consenso para cada actividad) para las actividades realizadas, con las visitas efectuadas durante un periodo.

$$DMM = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad}) * (\text{Tiempo de normalizado de la actividad})}{\text{Número de visitas médicas}} * 100$$

El número de visitas médicas es el sumatorio de las siguientes actividades:

- 07 851 10 030 Valoración inicial médica en hospital
- 07 851 10 080 Interconsulta hospitalaria del médico
- 07 851 10 090 Primera consulta hospitalaria del médico
- 07 851 10 100 Consulta sucesiva hospitalaria del médico
- 07 851 20 010 Valoración médica en domicilio
- 07 851 20 020 Primera visita médica en domicilio
- 07 851 20 030 Visita básica médica en domicilio
- 07 851 20 040 Visita básica médica en domicilio más procedimiento
- 07 851 20 050 Visita urgente médica en domicilio
- 07 851 20 060 Visita urgente médica en domicilio más procedimiento

DEDICACIÓN MEDIA DE ENFERMERÍA POR VISITA (DME) EN MINUTOS

Relaciona el tiempo clínico de enfermería necesario (acordado por consenso para cada actividad) para las actividades realizadas, con las visitas efectuadas durante un periodo.

$$DME = \frac{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad}) * (\text{Tiempo de normalizado de la actividad})}{\text{Número de visitas de enfermería}} * 100$$

El número de visitas de enfermería es el sumatorio de las siguientes actividades:

- 07 851 10 040 Valoración inicial enfermera en hospital
- 07 851 10 110 Consulta hospitalaria de enfermera
- 07 851 20 070 Primera visita enfermera en domicilio
- 07 851 20 080 Visita básica enfermera en domicilio
- 07 851 20 090 Visita urgente enfermera en domicilio

PORCENTAJE DE VISITAS PROGRAMADAS A DOMICILIO DE MÉDICO (VPM)

Proporción de las visitas programadas en el domicilio sobre el total. Indica un nivel de visitas programadas contrastable con otros HAD. Su análisis temporal puede permitir establecer un valor medio de visitas programadas que marque el límite a partir del que se considera sobrepasada la idea del HAD como unidad cuya actividad es fundamentalmente programada.

$$\text{VPM} = \frac{\text{Visitas programadas del médico en domicilio}}{\text{Número de visitas de médico en domicilio}} * 100$$

Visitas programadas del médico en el domicilio se obtiene del sumatorio de:

- 07 851 20 010 Valoración médica en domicilio
- 07 851 20 020 Primera visita médica en domicilio
- 07 851 20 030 Visita básica médica en domicilio
- 07 851 20 040 Visita básica médica en domicilio más procedimiento

El total de visitas del médico en el domicilio es el sumatorio de:

- 07 851 20 010 Valoración médica en domicilio
- 07 851 20 020 Primera visita médica en domicilio
- 07 851 20 030 Visita básica médica en domicilio
- 07 851 20 040 Visita básica médica en domicilio más procedimiento
- 07 851 20 050 Visita urgente médica en domicilio
- 07 851 20 060 Visita urgente médica en domicilio más procedimiento

PORCENTAJE DE VISITAS PROGRAMADAS A DOMICILIO DE ENFERMERIA (VPE)

$$\text{VPE} = \frac{\text{Visitas programadas de enfermería en domicilio}}{\text{Número de visitas de enfermería en domicilio}} * 100$$

Visitas programadas de enfermería en domicilio es el sumatorio de:

- 07 851 20 070 Primera visita enfermera en domicilio
- 07 851 20 080 Visita básica enfermera en domicilio



El total de visitas programadas de enfermería en el domicilio es el sumatorio de
07 851 20 070 Primera visita enfermera en domicilio
07 851 20 080 Visita básica enfermera en domicilio
07 851 20 090 Visita urgente enfermera en domicilio

INDICADORES DE COSTE

COSTE POR URC (CURC)

Media de coste por actividad normalizada en HAD. El denominador relaciona el número de actividades realizadas por sus unidades relativas de coste. Como resultado obtendremos un coste medio por procedimiento en el HAD

$$\text{CURC} = \frac{\text{Coste HAD}}{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad de médico y de enfermería})_i * (\text{URC de la actividad}_i)}$$

COSTE POR URC SIN COSTES ESTRUCTURALES (CURCSE)

Indicador de coste ajustado. Este indicador excluye los costes estructurales (agua luz, teléfono, costes relacionados con la dirección del centro...) para intentar suministrar al responsable de la unidad un indicador que sólo tenga en cuenta aquellos costes sobre los que tiene una responsabilidad más directa y con una mayor capacidad de gestión. Es el indicador que se utiliza para comparar entre unidades.

$$\text{CURCSE} = \frac{\text{Coste HAD} - \text{Costes estructurales}}{\sum_{i=1}^n (\text{Actividad de médico y de enfermería})_i * (\text{URC de la actividad}_i)}$$

COSTE POR ESTANCIA SIN COSTES ESTRUCTURALES (CESCE)

$$\text{CESCE} = \frac{\text{Coste HAD} - \text{Costes estructurales}}{\text{Estancias}}$$

COSTE POR ALTA SIN COSTE ESTRUCTURALES (CASCE)

$$\text{CASCE} = \frac{\text{Coste HAD} - \text{Costes estructurales}}{\text{Altas}}$$

COSTE POR ALTA PONDERADA SIN COSTES ESTRUCTURALES (CAPSCE)

$$\text{CAPSCE} = \frac{\text{Coste HAD} - \text{Costes estructurales}}{\text{Altas ponderadas}}$$

INDICADORES COMPARATIVOS ENTRE HAD

Todos los indicadores se relativizan mediante la comparación con un estándar formado por todas las UHD de la Agencia Valenciana de Salud. Los indicadores relativos son indicadores de posición frente a un valor medio del conjunto de unidades que actúan como norma de comparación. La lectura de los índices es directa; por ejemplo, si el indicador de dedicación media de enfermería relativo es de 0,76, se está indicando que aplicando los tiempos acordados por actividad, una visita de enfermería de esta unidad requeriría un 24% menos de tiempo que el grupo de comparación, y que por lo tanto la carga de trabajo de enfermería es un 24% menor que el grupo de comparación.

Por ejemplo, el índice de coste relativo (ICR) compara el coste por URC de cada HAD con el coste URC del conjunto de HAD que se toma como patrón de referencia. De la misma manera se calculan indicadores relativos para la batería de indicadores de HAD.

$$\text{ICR} = \frac{\text{Coste por URC del HAD "x"}}{\text{Coste por URC del conjunto HAD}}$$

INDICADORES PARA LA GESTIÓN DEL HAD

Dimensión/ Indicadores	Médico	Enfermería	UHD
EMPLEO DE RECURSOS	RENDIMIENTO CLÍNICO DE MÉDICO (RCM)	RENDIMIENTO CLÍNICO DE ENFERMERÍA (RCE)	RENDIMIENTO CLÍNICO GLOBAL (RCG)
	RENDIMIENTO REGULAR DE MÉDICO (RRM)	RENDIMIENTO REGULAR DE ENFERMERÍA (RRE)	RENDIMIENTO REGULAR GLOBAL (RRG)
	RENDIMIENTO EFECTIVO DE MÉDICO (REM)	RENDIMIENTO EFECTIVO DE ENFERMERÍA (REE)	RENDIMIENTO EFECTIVO GLOBAL (REG)
	URT DÍA DE MÉDICO (URT - DM)	URT DÍA DE ENFERMERÍA (URT - DE)	
FUNCIONA- MIENTO			ESTANCIA MEDIA (EM)
	URT DE MÉDICO POR ESTANCIA (URT - ME)	URT DE ENFERMERÍA POR ESTANCIA (URT - EE)	URT GLOBAL POR ESTANCIA (URT - GE)
COMPLEJI- DAD DE LA CASUÍSTICA	URT DE MÉDICO POR ALTA PONDERADA (URT - MAP)	URT DE ENFERMERÍA POR ALTA PONDERADA (URT - EAP)	URT GLOBAL POR ALTA PONDERADA (URT - GAP)
			PESO MEDIO DEL ALTA (PMA) = URC/ALTAS
CARGA DE TRABAJO	DEDICACIÓN MEDIA POR VISITA DEL MÉDICO (DMM) EN MINUTOS	DEDICACIÓN MEDIA POR VISITA DE ENFERMERÍA (DME) EN MINUTOS	
	% VISITAS PROGRAMADAS DEL MÉDICO (VPM)	% DE VISITAS PROGRAMADAS DE ENFERMERÍA (VPE)	



COSTE	COSTE POR URC (CURC)
	COSTE POR URC SIN COSTES ESTRUCTURALES (CURCSE)
	COSTE POR ESTANCIA SIN ESTRUCTURALES (CESCE)
	COSTE POR ALTA SIN ESTRUCTURALES (CASCE)
	COSTE POR ALTA PONDERADA SIN ESTRUCTURALES (CAPSCE)

INDICADORES PARA LA GESTIÓN DEL HAD

EMPLEO DE RECURSOS

RENDIMIENTO CLÍNICO DE MEDICO (RCM)
RENDIMIENTO CLÍNICO DE ENFERMERÍA (RCE)
RENDIMIENTO CLÍNICO GLOBAL (RCG)

RENDIMIENTO REGULAR DE MÉDICO (RRM)
RENDIMIENTO REGULAR DE ENFERMERÍA (RRT)
RENDIMIENTO REGULAR GLOBAL (RRG)

RENDIMIENTO EFECTIVO DE MÉDICO (REM)
RENDIMIENTO EFECTIVO DE ENFERMERÍA (REE)
RENDIMIENTO EFECTIVO GLOBAL (REG)

URT DIA DE MEDICO (URT-DM)
URT DIA DE ENFERMERÍA (URT-DE)

FUNCIONAMIENTO
ESTANCIA MEDIA (EM)

URT DE MÉDICO POR ESTANCIA (URT-ME)
URT DE ENFERMERÍA POR ESTANCIA (URT-EE)
URT GLOBAL POR ESTANCIA (URT-GE)

URT DE MÉDICO POR ALTA PONDERADA (URT-MAP)
URT DE ENFERMERÍA POR ALTA PONDERADA (URT-EAP)
URT GLOBAL POR ALTA PONDERADA (URT-GAP)

COMPLEJIDAD DE LA CASUÍSTICA
PESO MEDIO DEL ALTA (PMA)

CARGA DE TRABAJO

DEDICACIÓN MEDIA POR VISITA DEL MÉDICO (DMM)

DEDICACIÓN MEDIA POR VISITA DE ENFERMERÍA (DME)

PORCENTAJE DE VISITAS PROGRAMADAS DEL MÉDICO (VPM)

PORCENTAJE DE VISITAS PROGRAMADAS DE ENFERMERÍA (VPE)

COSTE

COSTE POR URC (CURC)

COSTE POR URC SIN COSTES ESTRUCTURALES (CURCSE)

COSTE POR ESTANCIA SIN COSTES ESTRUCTURALES (CESCE)

COSTE POR ALTA SIN COSTES ESTRUCTURALES (CASCE)

COSTE POR ALTA PONDERADA SIN COSTES ESTRUCTURALES (CAPSCE)

2.7.- EJEMPLO DE APLICACIÓN PARA LA GESTIÓN DE HAD

El siguiente ejemplo muestra los indicadores absolutos y relativos que se extraerán de forma periódica para la gestión del HAD. Las fuentes de datos necesarias son las siguientes: Catálogo de procedimientos y costes (del sistema de información económica), altas, estancias y ETC de profesional (de los Indicadores de Gestión para la Asistencia Especializada [IGAE]).

El SIE recoge mensualmente de cada UHD los datos de costes, recursos y actividad realizada². El coste total de cada unidad se repartirá entre los diferentes procedimientos aplicando la escala de unidades relativas de coste (URC) elaborada en el catálogo. Las URC establecen una unidad de medida común, desde el punto de vista del coste, para todos los procedimientos llevados a cabo en el HAD. Los valores de la escala de URC sirven también como factores de reparto que permiten, a partir del coste total de la UHD, obtener el coste por procedimiento específico, y a partir de éstos un coste por proceso (véase más adelante).

Describiremos el método con un ejemplo, realizado con los datos de cuatro UHD y estableciendo un grupo de comparación que resulta de la suma de los datos de cada una.

² Los indicadores se calculan con periodicidad semestral en todos los hospitales de la Conselleria de Sanitat mediante sistemas de asignación y de reparto de costes.



Datos: La tabla siguiente integra los datos de recursos y actividad realizada en un año.

RECURSOS	Unidad	Estándar	Sant Feliu	Sant Antoni Abad	Sant Vicent Màrtir	Sant Roc
Plantilla activa de médicos	ETC	12,5	3	3	5	1,5
Plantilla activa de enfermería	ETC	23,5	5	4	8	6,5
Plantilla regular de médicos	ETC	14	3	3	6	2
Plantilla regular de enfermería	ETC	27	6	5	9	7
Tiempo clínico de médico	Horas	18.647	3.883	2.862	9.472	2.431
Tiempo clínico de enfermería	Horas	34.466	6.647	5.502	14.037	8.281
Tiempo disponible de médico	Horas	19.950	4.788	4.788	7.980	2.394
Tiempo disponible de enfermería	Horas	37.506	7.980	6.384	12.768	10.374
Tiempo regular de médico	Horas	22.344	4.788	4.788	9.576	3.192
Tiempo regular de enfermería	Horas	43.092	9.576	7.980	14.364	11.172
Coste total	Euros	2.497.168	598.565	515.084	731.226	652.293
Coste sin estructurales	Euros	2.169.091	543.677	451.471	619.495	554.449
ACTIVIDAD						
URT médico		36.162	7.815	6.174	17.057	5.116
URT enfermería		53.442	10.781	8.867	21.060	12.734
URT HAD		89.604	18.596	15.040	38.117	17.850
URC		112.722	21.715	18.271	51.050	21.686
Visitas médicas		16.952	3.588	3.536	8.268	1.560
Visitas de enfermería		27.092	6.032	5.928	9.204	5.928
Estancias		32.137	8.655	6.505	11.546	5.431
Altas		4.222	1.429	953	1.008	832
Altas ponderadas		4.121	1.361	974	1.006	780

Indicadores absolutos

INDICADORES DE EMPLEO DE RECURSOS	Estándar	Sant Feliu	Sant Antoni Abad	Sant Vicent Màrtir	Sant Roc
Rendimiento clínico de médico	93%	81%	60%	119%	102%
Rendimiento clínico de enfermería	92%	83%	86%	110%	80%
Rendimiento clínico global	92%	82%	75%	113%	84%
Rendimiento regular de médico	83%	81%	60%	99%	76%
Rendimiento regular de enfermería	80%	69%	69%	98%	74%
Rendimiento regular global	81%	73%	66%	98%	75%
Rendimiento efectivo de médico	89%	100%	100%	83%	75%
Rendimiento efectivo de enfermería	87%	83%	80%	89%	93%
Rendimiento efectivo global	88%	89%	88%	87%	89%
URT día de médico	13	11	9	15	15
URT día de enfermería	9,8	9,3	9,6	11,4	8,5

INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO	Estándar	Sant Feliu	Sant Antoni Abad	Sant Vicent Màrtir	Sant Roc
Estancia media	7,6	6,1	6,8	11,5	6,5
URT de médico por estancia	1,1	0,9	0,9	1,5	0,9
URT de médico por alta ponderada	8,8	5,7	6,3	17,0	6,6
URT de enfermería por estancia	1,7	1,2	1,4	1,8	2,3
URT de enfermería por alta ponderada	13,0	7,9	9,1	20,9	16,3
URT global por estancia	2,8	2,1	2,3	3,3	3,3
URT global por alta ponderada	21,7	13,7	15,4	37,9	22,9
COMPLEJIDAD DE LA CASUÍSTICA					
Peso medio del alta	26,7	15,2	19,2	50,6	26,1
INDICADORES DE CARGA DE TRABAJO					
Dedicación media por visita del médico (min)	66	65	49	69	94
Dedicación media por visita de enfermería (min)	76	66	56	92	84
Porcentaje de visitas programadas del médico	96%	96%	85%	92%	82%
Porcentaje de visitas programadas de enfermería	98%	98%	99%	96%	96%
INDICADORES DE COSTE					
Coste por URC	22	28	28	14	30
Coste por URC sin costes estructurales	19	25	25	12	26
Coste por estancia sin costes estructurales	67	63	69	54	102
Coste por alta sin costes estructurales	514	380	474	615	666
Coste por alta ponderada sin costes estructurales	526	399	464	616	711

Con los datos de costes, recursos y actividad disponemos de los elementos para la elaboración de los indicadores para la gestión del empleo de recursos, de funcionamiento, de complejidad de la casuística, de carga de trabajo y de coste. Los indicadores absolutos tienen como finalidad la descripción de resultados de cada HAD y del estándar que servirá para comparar los resultados.

Indicadores relativos

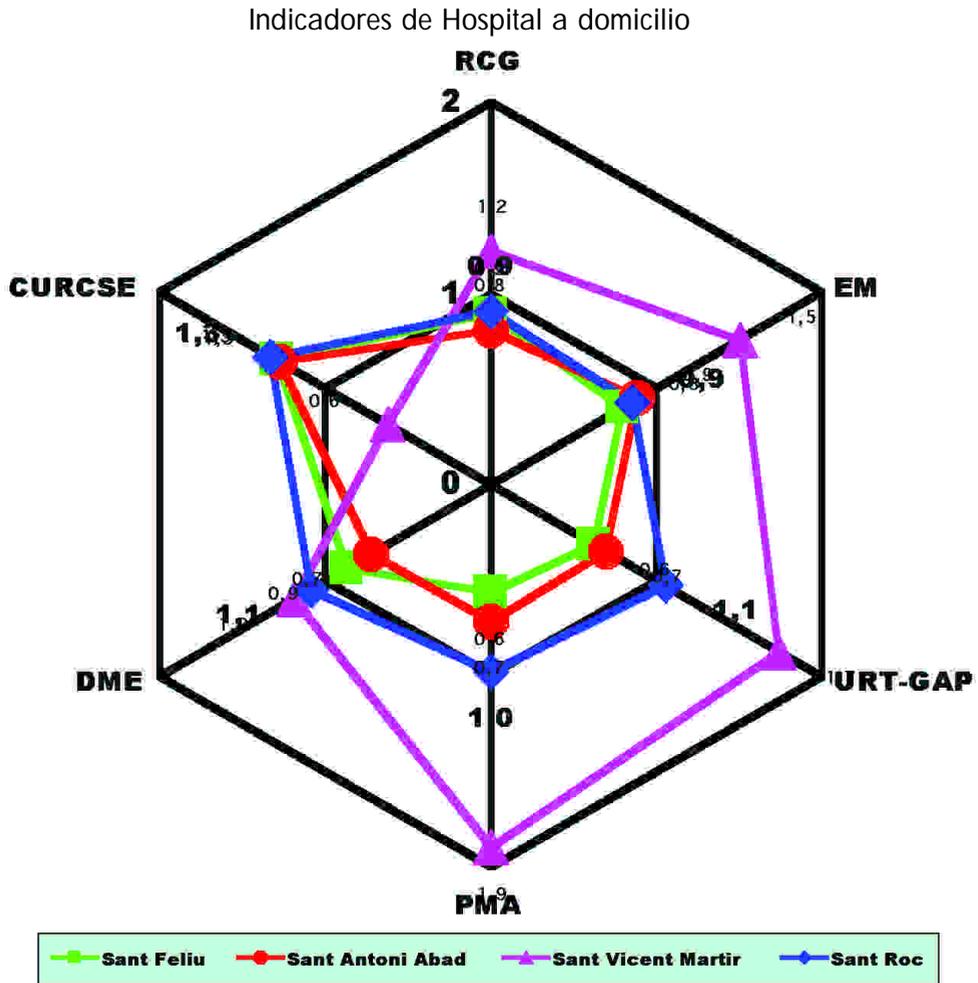
Los indicadores relativos aportan la comparación de los resultados de cada HAD respecto a la media (los resultados del grupo estándar). El estándar para los HAD será el conjunto de todas las unidades de HAD.

En el estándar se identifica con un "1", el valor medio de todos los indicadores. Cada UHD se situará alrededor de este valor. Los índices se expresan en porcentajes. Por ejemplo, el rendimiento clínico médico de la UHD de Sant Feliu es de 0,87, indicando que la ocupación de tiempo del médico es un 13% inferior a la media del HAD.



INDICADORES RELATIVOS		Sant Feliu	Sant Antoni	Sant Vicent	Sant Roc
			Abad	Mártir	
INDICADORES DE EMPLEO DE RECURSOS					
Rendimiento clínico de médico	RCM	0,87	0,64	1,27	1,09
Rendimiento clínico de enfermería	RCE	0,91	0,94	1,20	0,87
Rendimiento clínico global	RCG	0,89	0,81	1,23	0,91
Rendimiento regular de médico	RRM	0,97	0,72	1,19	0,91
Rendimiento regular de enfermería	RRE	0,87	0,86	1,22	0,93
Rendimiento regular global	RRG	0,92	0,82	1,23	0,93
Rendimiento efectivo de médico	REM	1,12	1,12	0,93	0,84
Rendimiento efectivo de enfermería	REE	0,96	0,92	1,02	1,07
Rendimiento efectivo global	REG	1,02	1,01	1,00	1,02
URT día de médico	URT-DM	0,90	0,71	1,18	1,18
URT día de enfermería	URT-DE	0,95	0,97	1,16	0,86
INDICADORES DE FUNCIONAMIENTO					
Estancia media	EM	0,80	0,90	1,50	0,86
URT de médico por estancia	URT-ME	0,80	0,84	1,31	0,84
URT de médico por alta ponderada	URT-MAP	0,65	0,72	1,93	0,75
URT de enfermería por estancia	URT-EE	0,75	0,82	1,10	1,41
URT de enfermería por alta ponderada	URT-EAP	0,61	0,70	1,61	1,26
URT global por estancia	URT-GE	0,77	0,83	1,18	1,18
URT global por alta ponderada	URT-GAP	0,63	0,71	1,74	1,05
COMPLEJIDAD DE LA CASUÍSTICA					
Peso medio del alta	PMA	0,57	0,72	1,90	0,98
INDICADORES DE CARGA DE TRABAJO					
Dedicación media por visita del médico (min)	DMM	0,98	0,74	1,04	1,42
Dedicación media por visita de enfermería (min)	DME	0,87	0,73	1,20	1,10
Porcentaje de visitas programadas del médico	VMP	1,00	0,88	0,96	0,85
Porcentaje de visitas programadas de enfermería	VEP	1,00	1,01	0,97	0,97
INDICADORES DE COSTE					
Coste por URC	CURC	1,24	1,27	0,65	1,36
Coste por URC sin costes estructurales	CURCSE	1,30	1,28	0,63	1,33
Coste por estancia sin costes estructurales	CESCE	0,93	1,03	0,79	1,51
Coste por alta sin costes estructurales	CASCE	0,74	0,92	1,20	1,30
Coste por alta ponderada sin costes estructurales	CAPSCE	0,76	0,88	1,17	1,35

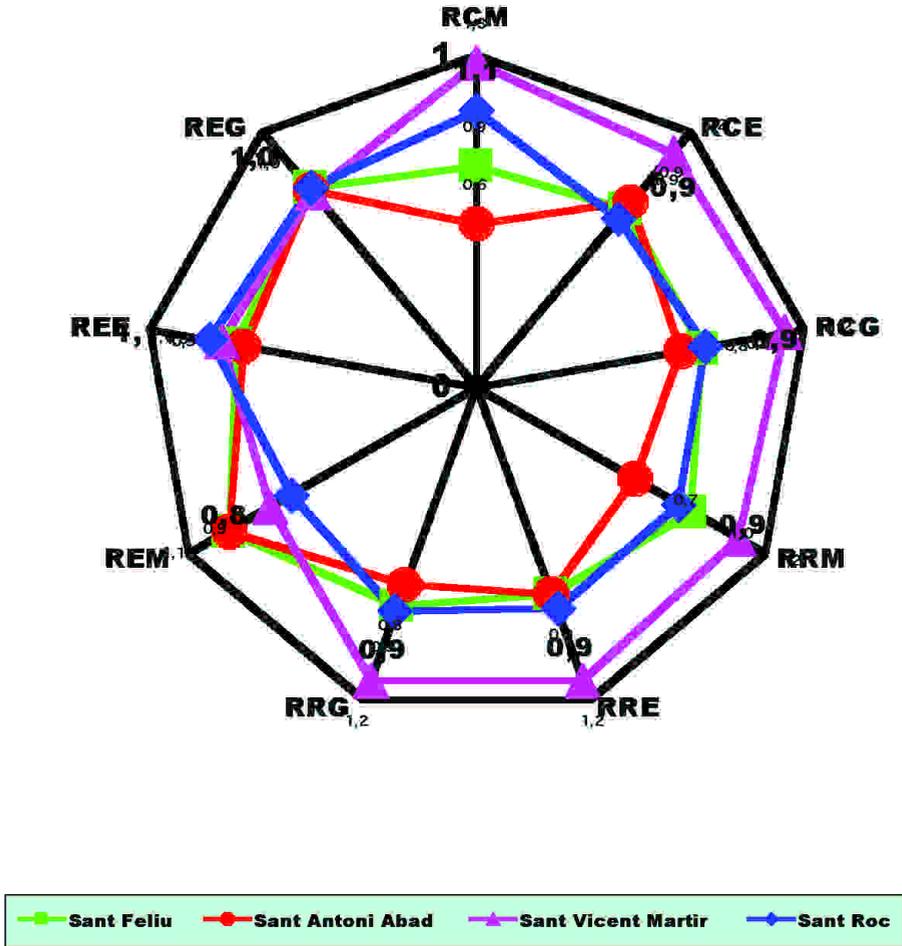
Los gráficos permiten una valoración conjunta de los indicadores al poner en evidencia diferencias organizativas y de funcionamiento que, aunque tengan diversas posibilidades de explicación, pueden indicar la conveniencia de revisar la situación de determinada UHD por su posición en un marco comparativo más amplio. En ocasiones, las diferencias responderán a errores de notificación de recursos o actividad que podrán solventarse de forma rápida. En otras, pondrán de manifiesto puntos críticos que requerirán reflexión, planificación de alternativas y valorar las soluciones factibles.



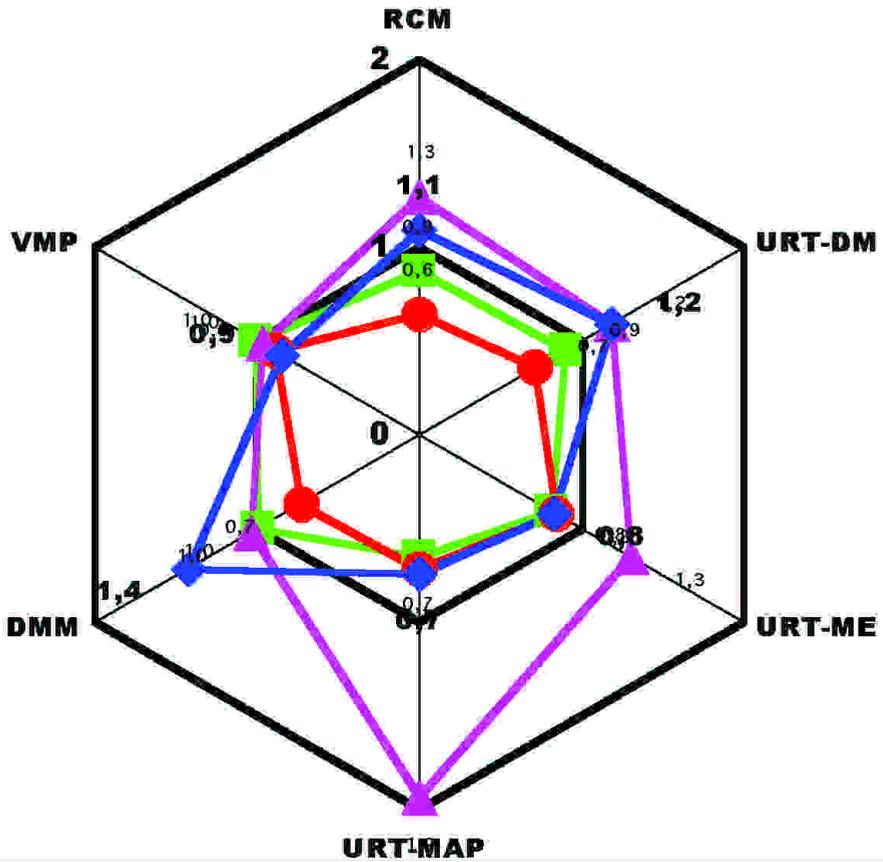
El ejemplo muestra como la UHD del hospital de Sant Vicent Martir está por encima del valor estándar en cinco de los seis indicadores seleccionados. También se pueden seleccionar los indicadores que midan el rendimiento del uso de recursos o los que afecten a médicos o enfermeras y construir sus gráficos correspondientes.



Indicadores de rendimiento de Hospital a domicilio

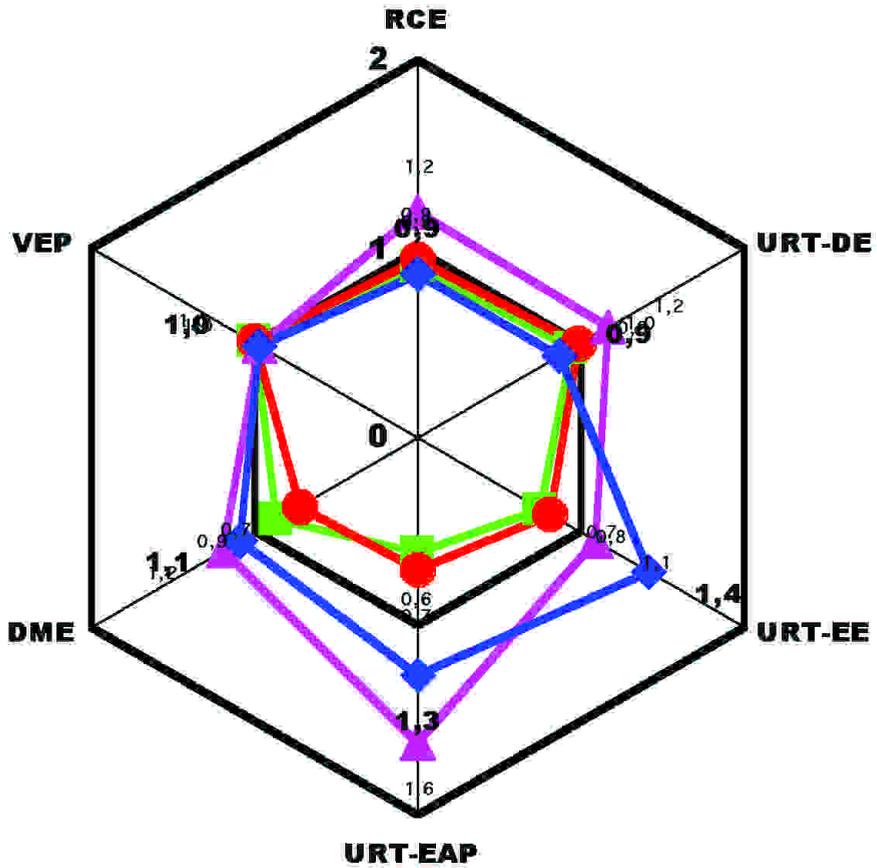


Indicadores de Hospital a domicilio - MÉDICO



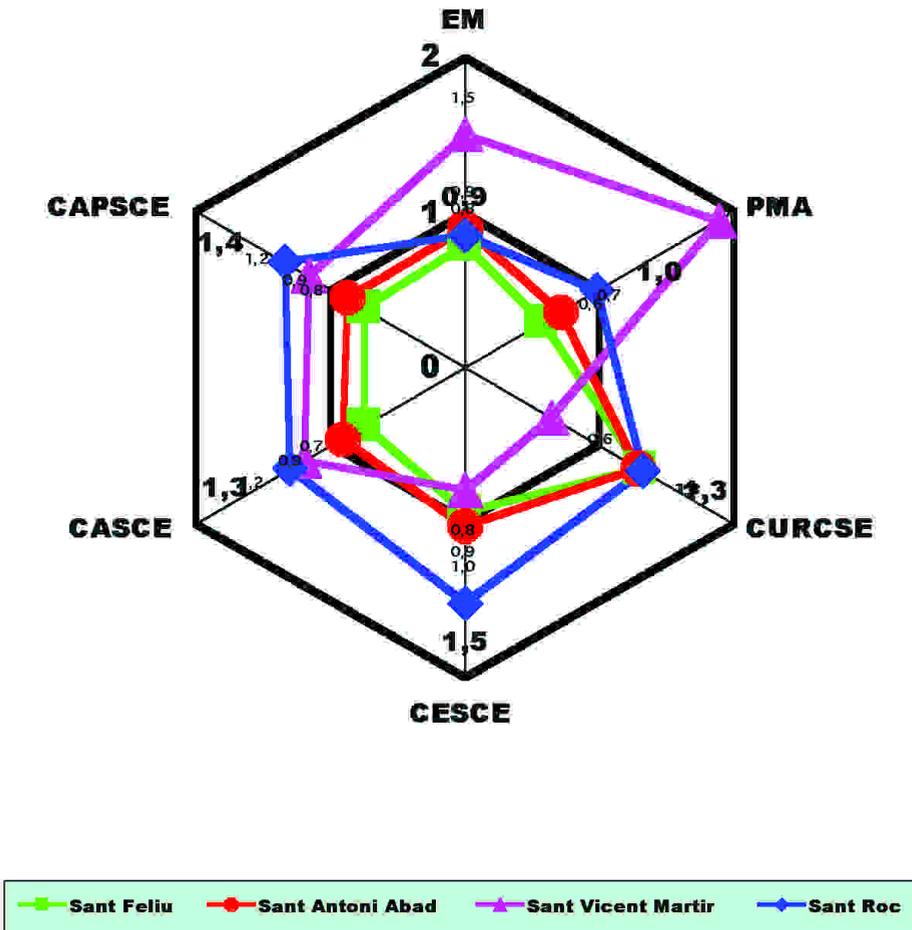


Indicadores de Hospital a domicilio - ENFERMERÍA



Por último, se pueden representar los indicadores de coste para valorar aisladamente esta dimensión de la actividad.

Indicadores de coste en Hospital a domicilio





2.8.- EJEMPLO DE CÁLCULO DE COSTE POR PROCESO EN HOSPITAL A DOMICILIO

El coste unitario de cada procedimiento puede ser utilizado para el cálculo del coste de un episodio de hospitalización a domicilio y, tras la agregación mediante un sistema de clasificación de pacientes, obtener el coste medio por proceso asistencial en una UHD. Utilizaremos como ejemplo las actividades realizadas a un paciente con diagnóstico de enfermedad obstructiva crónica (código 496 de la Clasificación Internacional de Enfermedades) con los costes medios obtenidos en los ejemplos de este documento. La atención se produce a lo largo de 12 estancias y los procedimientos suministrados generan una producción de 26,9 equivalentes a visitas de enfermería.

CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	NÚMERO	COSTE UNITARIO	COSTE TOTAL
07 851 10 030	Valoración inicial médica en el hospital	1	28,6 €	28,6 €
07 851 20 020	Primera visita médica en domicilio	1	44,0 €	44,0 €
07 851 20 030	Visita básica médica en domicilio	2	26,4 €	52,8 €
07 851 10 040	Valoración inicial enfermera en el hospital	1	6,6 €	6,6 €
07 851 20 070	Primera visita enfermería en domicilio	1	26,4 €	26,4 €
07 851 20 080	Visita básica enfermera en domicilio	5	22,0 €	110,0 €
07 851 90 010	Valoración fisioterápica inicial en hospital	1	24,2 €	24,2 €
07 851 90 020	Visita básica de fisioterapia en domicilio	4	15,4 €	61,6 €
Coste por proceso				354,0 €

Este coste por proceso se refiere exclusivamente a las actividades suministradas por la UHD. Para completar el proceso pueden ir añadiéndose las actividades de otras líneas de producción (hospitalización, urgencias, consulta externa...) y, especialmente, las suministradas por los laboratorios durante la hospitalización domiciliaria.

Por otra parte, existe la posibilidad de utilizar un sistema de clasificación de pacientes existente que se considere adecuado a las características de la atención sanitaria prestada en HAD, o desarrollar tipologías de pacientes a partir de los datos generados con el catálogo.

Supongamos que aceptamos como adecuada para el HAD la clasificación en grupos relacionados con el diagnóstico. Podemos calcular la media del número de actividades realizadas a un conjunto de procesos del GDR 088 "Enfermedad pulmonar obstructiva crónica" en todas las UHD. Además, como observamos en las siguientes tablas, podemos también obtener el perfil de actividades, el coste unitario por actividad y el coste por proceso en varias UHD (tres en nuestro ejemplo), podemos compararlos entre sí y con la media obtenida de todas las UHD y analizar las diferencias.

GDR 088 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Todas las UHD

CÓDIGO	ACTIVIDADES	NÚMERO MEDIO	COSTE UNITARIO	COSTE TOTAL
07 851 10 030	Valoración inicial médica en el hospital	1	28,6 €	28,6 €
07 851 20 020	Primera visita médica en domicilio	1	44,0 €	44,0 €
07 851 20 030	Visita básica médica en domicilio	2,5	26,4 €	66,0 €
07 851 10 040	Valoración inicial enfermera en el hospital	1	6,6 €	6,6 €
07 851 20 070	Primera visita enfermería en domicilio	1	26,4 €	26,4 €
07 851 30 030	Consulta telefónica programada de la enfermera	4,5	9,9 €	44,6 €
07 851 20 080	Visita básica de enfermera en domicilio	5,6	22,0 €	123,2 €
07 851 90 010	Valoración fisioterápica inicial en hospital	1	24,2 €	24,2 €
07 851 90 020	Visita básica de fisioterapia en domicilio	6,5	15,4 €	100,1 €
Coste por proceso				463,7 €

GDR 088 Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Perfil de actividades por UHD

CÓDIGO	ACTIVIDADES	UHD 1	UHD 2	UHD 3
07 851 10 030	Valoración inicial médica en el hospital	1	0,5	
07 851 20 020	Primera visita médica en domicilio	1	1	1
07 851 20 030	Visita básica médica en domicilio	2	3	4
07 851 10 040	Valoración inicial enfermera en el hospital	1	0,5	1
07 851 20 070	Primera visita enfermería en domicilio	1	1	
07 851 30 030	Consulta telefónica programada de la enfermera	5	1	3
07 851 20 080	Visita básica de enfermera en domicilio	7	6	4
07 851 90 010	Valoración fisioterápica inicial en hospital	1		
07 851 90 020	Visita básica de fisioterapia en domicilio	5		

GDR 088 EPOC: Coste Unitario de cada actividad por UHD

CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	UHD 1	UHD 2	UHD 3
07 851 10 030	Valoración inicial médica en el hospital	32,9 €	30,0 €	25,7 €
07 851 20 020	Primera visita médica en domicilio	50,6 €	46,2 €	39,6 €
07 851 20 030	Visita básica médica en domicilio	30,4 €	27,7 €	23,8 €
07 851 10 040	Valoración inicial enfermera en el hospital	7,6 €	6,9 €	5,9 €
07 851 20 070	Primera visita enfermería en domicilio	30,4 €	27,7 €	23,8 €
07 851 30 030	Consulta telefónica programada de la enfermera	11,4 €	10,4 €	8,9 €
07 851 20 080	Visita básica de enfermera en domicilio	25,3 €	23,1 €	19,8 €
07 851 90 010	Valoración fisioterápica inicial en hospital	24,2 €		
07 851 90 020	Visita básica de fisioterapia en domicilio	15,4 €		

GDR 088 EPOC: Coste Total por UHD

CÓDIGO	PROCEDIMIENTO	UHD 1	UHD 2	UHD 3
07 851 10 030	Valoración inicial médica en el hospital	32,9 €	15,0 €	
07 851 20 020	Primera visita médica en domicilio	50,6 €	46,2 €	39,6 €
07 851 20 030	Visita básica médica en domicilio	60,7 €	83,2 €	95,0 €
07 851 10 040	Valoración inicial enfermera en el hospital	7,6 €	3,5 €	5,9 €
07 851 20 070	Primera visita enfermería en domicilio	30,4 €	27,7 €	
07 851 30 030	Consulta telefónica programada de la enfermera	56,9 €	10,4€	26,7 €
07 851 20 080	Visita básica de enfermera en domicilio	177,1 €	138,6 €	79,2 €
07 851 90 010	Valoración fisioterápica inicial en hospital	24,2 €		
07 851 90 020	Visita básica de fisioterapia en domicilio	77,0 €		
Coste por proceso		517,4 €	324,6 €	246,5 €



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y PUBLICACIONES RELACIONADAS

- Conselleria de Sanitat i Consum. Sistema de información económica para la gestión sanitaria. Programa SIE. Tomo I. Instituciones para la asistencia especializada. Tercera edición actualizada. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum, 1995.
- Conselleria de Sanitat i Consum. Indicadores de gestión. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum, 1993.
- Conselleria de Sanitat. Manual del Sistema de información económica de atención especializada. Ed rev. y act. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2003.
- Conselleria de Sanitat, Serie de Catálogos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, Catálogos SIE. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2000.
- Anatomía patológica, versión 1999
 - Anestesia, Reanimación y Terapéutica del dolor, versión 2000
 - Bioquímica clínica y biología molecular, versión 1999
 - Cardiología, versión 2000
 - Farmacia hospitalaria, versión 1999
 - Hematología, versión 1999
 - Medicina nuclear, versión 1999
 - Microbiología, versión 1999
 - Oncología radioterápica, versión 2000
 - Unidad de documentación clínica y admisión, versión 2000
- Conselleria de Sanitat, Serie de Catálogos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, Catálogos SIE. Valencia: Conselleria de Sanitat, 2003.
- Radiodiagnóstico, versión 2002
 - Rehabilitación y medicina física, versión 2002
 - Hospital a domicilio, procedimientos de enfermería, versión 2002
 - Oncología médica, actividad ambulatoria, versión 2002
- Cózar R et al. La gestión del proceso asistencial: impacto de los sistemas de información médica. Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Sanitas. Madrid, 2000.
- Cuevas D, Sáiz E, Sempere L, Sánchez C. Valoración crítica de los indicadores de gestión de laboratorios del Sistema de Información Económica. Ponencia en: XXI Jornadas de Economía de la Salud. Oviedo, 2001.

- Federación Española de HAD Informe final del "Grupo para el desarrollo de un sistema de información sanitaria para HAD" Doc. Interno.
- González-Ramallo VJ, Valdivieso-Martínez B, Ruiz-García V. Hospitalización a domicilio Med Clin (Barc) 2002;118(17):659-64.
- Grupo de consenso de ARTD. El catálogo de procedimientos de la unidad del dolor, una oportunidad de conocer su casuística. Ponencia en: V Congreso de la Sociedad Española del Dolor. Salamanca, 2002.
- Guirao-Goris JA, Ruiz A, Alonso A, Cardona JV Costa E, Dasí MJ, Soler J, Pepiña MA. Metodología de cuidados de enfermería en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004.
- Informe del grupo de consenso sobre Cartera de Servicios en HAD Conselleria de Sanitat Generalitat Valenciana 2000. Doc. Interno.
- Junquero A et al "Unidades de Hospitalización a Domicilio: Estudio multicéntrico en la Comunidad Valenciana" Rol 193, septiembre 1994.
- López-Domínguez O. Gestión de Pacientes y Sistemas de Información Clínica. Aula de Apoyo a la Gestión. Vol. 1(1): 40-44, Julio 2000.
- McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 3ª Ed. Madrid: Harcarat, 2001.
- Ministerio de Sanidad. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión, modificaciones clínicas. CIE 9·MC. 4ª edición. Ministerio de Sanidad y Consumo y Boletín Oficial del Estado. Madrid, 1999.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis y desarrollo de los GDR en el sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
- Síntesis de los informes del grupo de consenso sobre Sistema de Información en HAD Conselleria de Sanitat Generalitat Valenciana 2000. Doc. Interno.
- Soriano-Melchor E. Desarrollo y validación de un sistema de clasificación de pacientes en Hospitalización a Domicilio Tesis Doctoral Universitat de València 2000.
- Valdivieso-Martínez B, Ruiz-García V. Hospitalización a domicilio y atención domiciliaria. Hacia la excelencia de los servicios. FMC Vol 8, Número 8, Octubre 2001.



ABREVIATURAS EMPLEADAS

AP	Atención primaria
CAC	Centro de actividad y coste
CMA	Cirugía mayor ambulatoria
CTCV	Centro de Transfusiones de la Comunidad Valenciana
CUP	Coste unitario por procedimiento
ECG	Electrocardiograma
ETC	Equivalentes a trabajador a tiempo completo
GDR	Grupos relacionados por el diagnóstico
H	Hospital
HACLE	Hospital de atención a crónicos y larga estancia
HAD	Hospital a domicilio
IGAE	Indicadores de Gestión de Atención Especializada
ICR	Índice de coste relativo
ml	mililitros
PSF	Personal sanitario facultativo
PSNF	Personal sanitario no facultativo
PNS	Personal no sanitario
SAIP	Servicio de atención e información al paciente
SAMU	Servicio de atención médica urgente
SEU	Servicio especial de urgencias
SIE	Sistema de Información Económica
UAM	Unidad de adaptación al medio
UCI	Unidad de cuidados intensivos
UCSI	Unidad de cirugía sin ingreso
UDCA	Unidad de documentación clínica y admisión
UFPE	Unidad de atención farmacéutica a pacientes externos
UHD	Unidad hospitalaria domiciliaria
UMCE	Unidad médica de corta estancia
URC	Unidad relativa de coste
URT	Unidad relativa de tiempo
URPA	Unidad de recuperación postanestésica

ANEXO 1

CÁLCULO DE LOS EQUIVALENTES A TRABAJADORES A TIEMPO COMPLETO

El número de equivalentes a trabajadores a tiempo completo (ETC) que trabajan en una UHD (personal médico, enfermero, auxiliar de enfermería y auxiliar administrativo) forma parte de los datos necesarios para calcular indicadores.

Imaginemos dos UHD, A y B, que tienen cada una diez profesionales “contratados” a tiempo completo. Pero en la UHD A sistemáticamente hay uno o dos profesionales de baja por enfermedad, mientras que en la UHD B son raras las bajas por enfermedad y, además, se sustituyen profesionales en vacaciones de verano. Si construimos indicadores de productividad en los que en el numerador está la actividad (altas brutas, ponderadas...) y, en el denominador, el número de ETC “contratados”, pero no tenemos en cuenta los incrementos o decrementos de dicha plantilla básica (contratada), incurriremos en un error que puede ser importante al tratarse de unidades de pequeñas dimensiones.

Para evitar este error es útil emplear tres conceptos diferentes: plantilla básica, plantilla regular y plantilla activa.

Plantilla básica

Concepto: Plantilla contratada o asignada por el hospital para trabajar en la UHD.
Cálculo: La unidad de medida es el ETC (Equivalente a Tiempo Completo) de cada tipo de profesional. Cada uno de los trabajadores tiene un porcentaje de dedicación a la UHD; por ejemplo, puede haber un médico al 100%, un auxiliar administrativo al 33%...

Se utiliza en indicadores poblacionales a efectos de planificación. Si una UHD tiene 5 ETC de médico y en el departamento hay 250.000 personas, el departamento tendrá 2 médicos a tiempo completo por 100.000 habitantes.

Plantilla regular

Concepto: Se trata de la plantilla básica modificada por dos circunstancias:

- Altas:
 - Por crecimiento de la plantilla contratada a causa de:
 - Incorporación definitiva de nuevos profesionales.
 - Incorporación temporal de nuevos profesionales (sustitución de vacaciones, refuerzos de invierno...).
 - Por reincorporación desde una baja por enfermedad
- Bajas: disminución de la plantilla contratada por:



- Reducción definitiva de profesionales.
- Reducción temporal de profesionales: baja por enfermedad...

Cálculo: Notificación mensual de IGAE. Ver más adelante.

Plantilla activa

Concepto: La plantilla activa está compuesta por todos los profesionales que efectivamente desarrollan día a día “actividades” en la UHD. Cuando un profesional no está físicamente presente (ausencia por días libres, libranzas, formación, congresos, jornadas...) se considera que NO desarrolla actividad.

Dado que disponemos de un catálogo de HAD, la mayoría de las “actividades” realizadas por un profesional están tipificadas en él. No obstante, habrá una serie de actividades que se incorporen o modifiquen en versiones posteriores.

Cálculo: La plantilla activa se puede construir a partir de un programa informático que registra la declaración diaria de actividad y la analiza de la siguiente forma:

- Si un médico, por ejemplo, realiza alguna actividad del catálogo, el programa considera que ese día el médico está disponible, es decir, suma como disponible una jornada de 7 horas.
- Cuando, por cualquier razón, dicho médico no realiza a lo largo de la jornada ninguna actividad del catálogo de HAD, se contabiliza como jornada no trabajada. Asumimos que puede cometerse un error debido a actividades aún no contempladas en esta primera versión del Catálogo y que por tanto no se pueden registrar, pero dicho error será mínimo y, al cometerlo en todas las UHD, su efecto se anula en la comparación.
- La disponibilidad se ajusta con la dedicación a la HAD, de forma que un profesional que dedique el 50% de su jornada a la HAD sólo contará como disponible la mitad de una jornada laboral.

CÁLCULO DE LOS ETC REGULARES MENSUALES EN UNA UHD

Los ETC por profesional se calculan en función del porcentaje de dedicación a una UHD y del número de días naturales trabajados para un periodo de tiempo determinado.

En cuanto a los factores que hacen variar el número de ETC y por tanto, la capacidad de la UHD, se considerarán sólo las dos situaciones mencionadas anteriormente:

- La incorporación (o reducción) definitiva o temporal de algún profesional a la plantilla de la UHD en algún momento del mes declarado.
- La baja por enfermedad en algún momento de un mes declarado.

No se tienen en consideración las ausencias por vacaciones, días libres, libranzas, formación, congresos, jornadas, etcétera, cuyo efecto será contemplado en los indicadores construidos a partir del registro diario de actividad.

Ejemplo de cálculo de ETC regulares en una UHD

Es mensual. Supondremos los meses con su duración natural aunque en el ejemplo tomemos 30 días. El número de equivalentes a trabajadores a tiempo completo es el sumatorio de cada persona que trabaja en una UHD por la fracción de tiempo que trabaja en ese mes y por su dedicación de tiempo a la UHD.

Por ejemplo, para el caso de los médicos:

- Si un médico trabaja todo el mes con una dedicación del 100% a HAD, cuenta como $[(30/30) \times 100]/100 = 1$ ETC
- Si un médico que tiene una dedicación completa, trabaja durante quince días, cuenta como $[(15/30) \times 100]/100 = 0,5$ ETC
- Si un médico tiene una dedicación parcial del 50% a HAD y trabaja todo el mes, cuenta como $[(30/30) \times 50]/100 = 0,5$ ETC
- Si un médico trabaja 15 días de un mes con una dedicación del 50% a una UHD, su aportación en ETC es de $[(15/30) \times 50]/100 = 0,25$ ETC.

En general, los ETC son:

$(\text{días trabajados al mes} / \text{días naturales del mes}) \times (\% \text{ dedicación a UHD})$.

Veamos un ejemplo.

Supongamos que en una UHD trabajan en el mes de junio:

Médicos

Cuatro médicos: un coordinador con una dedicación del 50% a la UHD. y tres médicos asistenciales con una dedicación del 100%. Uno de los médicos se incorpora con carácter definitivo a la plantilla el día 15 del mes que declaramos.

Enfermeras

Ocho enfermeras con una dedicación del 100%: una supervisora y siete enfermeras asistenciales. Una de las enfermeras se incorpora a la plantilla el día 10 del mes (luego trabaja 20 días) y otra el día 23 (luego trabaja 7 días). Las 2 enfermeras se incorporan con carácter definitivo.

Auxiliares

Un auxiliar de enfermería con una dedicación del 100%.

Un auxiliar administrativo con una dedicación del 25%.



La plantilla regular, es decir, los ETC de esta UHD para el mes de junio serán:

	% dedicación a la UHD	Días naturales trabajados en el mes	ETC
Coordinador	50	30/30	0,50
Médico 1	100	30/30	1,00
Médico 2	100	30/30	1,00
Médico 3	100	15/30	0,50
Suma de ETC médicos			3,00
Supervisora	100	30/30	1,00
Enfermera 1	100	30/30	1,00
Enfermera 2	100	30/30	1,00
Enfermera 3	100	30/30	1,00
Enfermera 4	100	30/30	1,00
Enfermera 5	100	30/30	1,00
Enfermera 6	100	20/30	0,33
Enfermera 7	100	7/30	0,17
Suma de ETC enfermería			6,50
Aux. enfermería 1	100	30/30	1,00
Aux. administrativo 1	25	30/30	0,25
Suma de ETC auxiliares			1,25
Suma de ETC UHD-TOTAL			10,75

Calculados los ETC por categoría profesional, sólo hay que sumar los resultados. En el ejemplo, en el mes de junio la UHD ha dispuesto de 10,75 ETC.

Supongamos que en el mes de julio, para esta misma UHD se contratan como sustitutos 1 médico/a y 1 enfermero/a, ya que hay 1 médico y 2 enfermeras de vacaciones. La plantilla regular de julio, independientemente de los profesionales que estén de vacaciones, se calculará como sigue:

	% dedicación a la UHD	Días naturales trabajados en el mes	ETC
Coordinador	50	30/30	0,50
Médico 1	100	30/30	1,00
Médico 2	100	30/30	1,00
Médico 3 (vacaciones)	100	30/30	1,00
Médico 4 (sustituto)	100	30/30	1,00
Suma de ETC médicos			4,50
Supervisora	100	30/30	1,00
Enfermera 1	100	30/30	1,00
Enfermera 2	100	30/30	1,00
Enfermera 3	100	30/30	1,00

Enfermera 4	100	30/30	1,00
Enfermera 5	100	30/30	1,00
Enfermera 6 (vacaciones)	100	30/30	1,00
Enfermera 7 (vacaciones)	100	30/30	1,00
Enfermera 8 (sustituta)	100	30/30	1,00
Suma de ETC enfermería			9,00
Aux. enfermería 1	100	30/30	1,00
Aux. administrativo 1	25	30/30	0,25
Suma de ETC auxiliares			1,25
Suma de ETC UHD-TOTAL			14,75

Para cálculos mayores de un mes, se suman los ETC de cada disciplina y los totales, y se divide por el número de meses:

Mes	ETC MÉDICO	ETC ENFERMERÍA	ETC AUX. ENF.	ETC AUX. ADM.	ETC TOTAL
Junio	3,00	6,50	1,00	0,25	10,75
Julio	4,50	9,00	1,00	0,25	14,75
Junio + Julio	3,75	7,75	1,00	0,25	12,75

La plantilla regular siempre será mayor que la plantilla activa, situación que será mucho más acusada en periodo estival.



ANEXO 2

EL HOSPITAL A DOMICILIO EN IGAE. CONCEPTOS Y DEFINICIONES

DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES EN INDICADORES DE GESTIÓN DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA (IGAE-SISAL)

CENTRO

Identificación de la UHD con el código empleado en IGAE para el hospital al que pertenece la unidad:

Departamento	UHD
2	General Castelló
2	Provincial Castelló
3	La Plana
4	Sagunt
5	Clínic U. Valencia
6	Arnau
7	La Fe General
7	La Fe Infantil
9	General U. València
10	Dr. Peset
12	Gandia
13	Dénia
14	Xàtiva
15	Alcoi
18	Elda
19	General d'Alacant
20	Elx
21	Orihuela
	IVO

PERIODO

Mensual.

NÚMERO DE PLAZAS DISPONIBLES (Diciembre 2005)

Dato fijo, calculado y consensuado previamente, y actualizado por notificación de los servicios centrales ante cualquier aumento o disminución de recursos humanos en las UHD:

Departamento	UHD	Plazas Disponibles Diciembre 2005	%
2	General Castelló	56	10,2%
	Provincial Castelló	49	
3	La Plana	42	4,1%
4	Sagunt	35	3,4%
5	Clínic U. Valencia	63	6,1%
6	Arnau	59	5,7%
7	La Fe General	66	6,4%
7	La Fe Infantil	12	1,2%
9	General U. València	54	5,2%
10	Dr. Peset	59	5,7%
12	Gandia	36	3,5%
13	Dénia	50	4,9%
14	Xàtiva	52	5,1%
15	Alcoi	63	6,1%
18	Elda	34	3,3%
19	General d'Alacant	130	12,6%
20	Elx	55	5,3%
21	Orihuela	24	2,3%
	IVO	90	8,7%
TOTAL		1.029	100%

RECURSOS HUMANOS

Todos expresados en equivalentes a trabajador a tiempo completo ETC:

- número de médicos
- número de enfermeras
- número de auxiliares de enfermería
- número de auxiliares administrativos

ALTAS

Todo paciente atendido por una UHD, que reciba como mínimo una visita domiciliaria de un profesional sanitario y se le realice un informe de alta o un registro informativo clínico significativo.

PACIENTES NUEVOS EN EL AÑO

“Paciente nuevo en el año” es todo enfermo atendido por una UHD desde el inicio de cada año.

Un mismo paciente puede tener varios episodios de ingreso (inclusiones) en una UHD a lo largo del tiempo: por ejemplo, en la UHD Pediátrica de La Fe durante 2.003 atendió a 97 pacientes diferentes que generaron 281 altas.



Contabilización de paciente "nuevo" en el año:

- Pacientes diferentes atendidos desde el 1 de enero de cada año. Cada paciente sólo se contabilizará una vez al año, es decir, la primera vez que se le atiende.
- Para facilitar la contabilización se contará por años, poniéndose el contador a cero el 1 de enero de cada año.
- Cada mes se declarará únicamente el número de pacientes "nuevos" en ese mes, que han sido dados de alta.

ESTANCIAS

Diferencia entre fecha de inclusión y fecha de alta.

En caso de ser iguales ambas fechas, se contabiliza como una estancia.

CONSULTAS TELEFÓNICAS TOTALES

El número de estas consultas telefónicas equivale a la suma de las actividades del Catálogo:

- Consulta telefónica programada del médico.
- Consulta telefónica a demanda para el médico.
- Consulta telefónica programada de la enfermera.
- Consulta telefónica a demanda para la enfermera.
- Consulta telefónica programada de la enfermera UHD Pediátrica.
- Seguimiento Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica programada del médico.
- Seguimiento Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica a demanda para el médico.
- Seguimiento Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica programada de la enfermera.
- Seguimiento Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica a demanda para la enfermera.

VALORACIONES INICIALES MÉDICAS EN HOSPITAL

Proceso de valoración integral de los pacientes remitidos a la UHD para ingreso, llevado a cabo por el médico del equipo multidisciplinar, con el fin de comprobar criterios de ingreso, facilitar los posteriores cuidados y asegurar el traslado al domicilio.

La "Valoración inicial médica en hospital" es mayoritariamente el comienzo de la intervención de la UHD, es una actividad estandarizada y es la tarea principal de los coordinadores.

El número de estas valoraciones es equivalente al número de la actividad del Catálogo denominada:

- Valoración inicial médica en hospital

VISITAS DOMICILIARIAS MÉDICAS PROGRAMADAS

Actividad realizada por un médico de la UHD en el domicilio del paciente (o residencia asistida) dirigida a la asistencia del enfermo, en cualquier periodo (mañanas, tardes, domingos o festivos). Incluye los desplazamientos en que no se ha podido atender al paciente por estar ausente u otras causas y las visitas de facilitación del duelo después del alta.

Programadas: por iniciativa de la UHD, previstas con anterioridad.

El número de estas visitas equivalen a la suma de las actividades del Catálogo:

- Valoración médica en domicilio
- Primera visita médica en domicilio
- Visita básica médica en domicilio
- Visita básica médica en domicilio más procedimiento

VISITAS DOMICILIARIAS MÉDICAS URGENTES

• Actividad realizada por un médico de la UHD en el domicilio del paciente (o residencia asistida) dirigida a la asistencia urgente del enfermo, en cualquier período (mañanas, tardes, domingos o festivos).

• Visita domiciliaria caracterizada por:

1. Ser NO programada.
2. Destinada a resolver alguna situación clínica que no admite demora.
3. A iniciativa del paciente/familiar o de un profesional sanitario.
4. A un paciente que está ingresado en ese momento en la UHD.
5. Realizada entre las 8 y las 22 horas.

• El número de estas visitas es equivalente al número de la actividad del Catálogo:

- Visita urgente médica en domicilio.
- Visita urgente médica en domicilio más procedimiento.

VISITAS DOMICILIARIAS ENFERMERÍA PROGRAMADAS

Actividad realizada por una enfermera de la UHD en el domicilio del paciente (o residencia asistida) y dirigida a la asistencia del enfermo, en cualquier periodo (mañanas, tardes, domingos o festivos). Incluye los desplazamientos en que no se ha podido atender al paciente por estar ausente u otras causas, y las visitas de facilitación del duelo después del alta.



Programadas: por iniciativa de la UHD, previstas con anterioridad.

El número de estas visitas equivalen a la suma de las actividades del Catálogo:

- Primera visita enfermera en domicilio
- Visita básica enfermera en domicilio

VISITAS DOMICILIARIAS ENFERMERÍA URGENTES

- Actividad realizada por una enfermera de la UHD en el domicilio del paciente (o residencia asistida) dirigida a la asistencia urgente del enfermo, en cualquier período (mañanas, tardes, domingos o festivos).
- Visita domiciliaria caracterizada por:
 1. Ser NO programada.
 2. Destinada a resolver alguna situación clínica que no admite demora.
 3. A iniciativa del paciente/familiar o de un profesional sanitario.
 4. A un paciente que está ingresado en ese momento en la UHD.
 5. Realizada entre las 8 y las 22 horas.
- El número de estas visitas es equivalente al número de la actividad del Catálogo:
 - Visita urgente enfermera en domicilio.

VISITAS DOMICILIARIAS DE TRABAJADOR SOCIAL Y FISIOTERAPEUTA.

Toda actividad programada realizada por un trabajador social o fisioterapeuta de la UHD en el domicilio del paciente (en residencia asistida, o en organismos exteriores en caso de T. Social) dirigida a la asistencia del enfermo.

Incluyen los desplazamientos en que no se ha podido atender al paciente por estar ausente u otras causas y las visitas de facilitación del duelo después del alta.

Estas visitas equivalen a la suma de las actividades del Catálogo:

- Valoración social inicial en el domicilio
- Intervenciones sociales en el domicilio
- Escucha activa/apoyo emocional por TS en domicilio
- Tramitaciones sociales en el exterior
- Valoración fisioterápica inicial en domicilio
- Inicio de tratamiento fisioterápico en domicilio
- Visita básica de fisioterapia en domicilio

ALTAS SEGÚN PROCEDENCIA DEL PACIENTE

PROCEDENCIA	OBSERVACIONES
Urgencias	
UMCE	
Atención Primaria	
HACLE	
Residencia	
Otra UHD u otro H.	
UHD (Autoderivación)	
Sala de hospitalización	Especificar especialidad
C.Externas	Especificar especialidad
H. Día	Especificar especialidad
Cirugía Mayor Ambulatoria	Especificar especialidad

- Urgencias del hospital.
- Unidad Médica de Corta Estancia.
- Atención primaria.
- Hospital de atención a crónicos y larga estancia.
- Residencia o centro sociosanitario asistido.
- Otra UHD u otro hospital.
- Unidad de hospital a domicilio (Autoderivación) . Paciente en seguimiento programado (gestión de casos) cuya inclusión en HAD es decidida por la UHD a iniciativa, o bien de los propios profesionales, o por petición justificada del paciente o sus cuidadores.
- Sala de hospitalización . Especificar especialidad.
- Consultas Externas / C. Especialidades . Especificar especialidad.
- Hospital de día médico . Especificar especialidad.
- Cirugía mayor ambulatoria, Hospital de día quirúrgico . Especificar especialidad.

SERVICIO - SECCIÓN

Se deben especificar los servicios/secciones/especialidades que han remitido pacientes a la UHD sólo para el caso de pacientes procedentes de: Sala de hospitalización / Consultas externas / Centro de especialidades / Hospital de Día / Cirugía Mayor Ambulatoria.

ALTAS SEGÚN LA FUNCIÓN DESARROLLADA

El HAD reproduce en el domicilio las modalidades asistenciales (funciones) del Hospital de Agudos: Consulta Externa, Hospital de Día, Sala de Hospitalización y Urgencias.



La función desarrollada hace referencia al tipo de intervención asistencial que se va a aplicar en la atención domiciliaria del paciente en un determinado proceso.

En HAD se diferencian las funciones de:

Consulta externa o valoración

En esta función asistencial se sustituye o evita la atención en una consulta externa. Normalmente tiene una duración de 1 día. Por ejemplo, se atiende al paciente en el domicilio por su condición de discapacidad o aislamiento para practicarle de forma puntual una valoración (equivalente a la valoración en el hospital), un procedimiento simple (considerado menos complejo que los propios de hospital de día: analítica, digoxinemia, gasometría arterial, sondeos) o ambos (consulta clínico-analítica de rango hospitalario).

Hospital de día

Esta función asistencial sustituye o evita que el enfermo se desplace al Hospital de Día de nuestro centro para ser atendido. Los pacientes necesitan un procedimiento terapéutico o diagnóstico complejo o de alta tecnología que justificaría su atención puntual en el Hospital de Día. Normalmente presentan estabilidad clínica, pero su discapacidad o estado de inmunosupresión justifican su atención en el domicilio, con una duración entre 1 y 3 días. Se incluyen aquí también pacientes con patología crónica que exige controles periódicos programados a lo largo del tiempo, dejando al paciente en manos del médico de cabecera entre los controles en la mayoría de los casos.

Dentro de esta función se definen programas específicos como:

- Transfusiones periódicas.
- Quimioterapia.
- Megadosis de esteroides.
- Controles de ventilación mecánica.
- Paracentesis periódica.
- Nutrición parenteral, enteral.
- Paliativos.

Hospitalización médicos

Esta función asistencial sustituye a la hospitalización clásica de los enfermos con patología médica. Consigue evitar o acortar un ingreso en una sala de hospital.

Hospitalización quirúrgicos:

Esta función asistencial sustituye a la hospitalización clásica de enfermos que salen de un quirófano. Consigue evitar o acortar el postoperatorio en una sala del hos-

pital. Se trata generalmente de pacientes con complicaciones de una intervención reciente o descompensados en su cronicidad por causa de la intervención.

Hospitalización terminales

Esta función asistencial sustituye a la hospitalización clásica de enfermos que han entrado en fase terminal. Consigue evitar o acortar un ingreso en una sala de hospitalización. Se aplican tratamientos y cuidados paliativos. Se trata mayoritariamente de pacientes oncológicos, pero también otros pacientes (geriátricos, crónicos avanzados, pluripatológicos).

Hospitalización salud mental

Esta función sustituye a la hospitalización de enfermos de salud mental. Consigue evitar o acortar un ingreso en una cama del Servicio de Psiquiatría. Los pacientes proceden generalmente del Servicio de Psiquiatría del Hospital y de las Unidades de Salud Mental del Departamento.

DESTINO-CIRCUNSTANCIAS AL ALTA

DESTINO-CIRCUNSTANCIAS AL ALTA
Atención primaria
Ingreso en hospital por causa médica
Ingreso en H. programado para diagnóstico o tratamiento
Ingreso en H. por decisión de urgencias extrahospitalarias
Ingreso en H. por decisión del paciente o familia
Ingreso en HACLE
Traslado a residencia o centro sociosanitario asistido
Alta voluntaria
Exitus
Traslado a otra UHD
Seguimiento programado por UHD

Atención primaria

Es el destino al alta cuando la mejoría clínica, la estabilidad del cuadro y la intensidad de cuidados necesarios permiten la continuación de la asistencia por atención primaria.

Se incluyen aquí todos aquellos pacientes que después del alta de la UHD, son seguidos en consultas externas de algún servicio de especialidad por cualquier razón.

Ingreso en hospital por causa médica

Cuando de forma imprevista aparece un empeoramiento clínico, inestabilidad del cuadro o necesidad urgente de procedimiento terapéutico o diagnóstico, y el



paciente necesita ser trasladado al hospital de agudos, y así lo decide la UHD. Se trata de una actuación “urgente”.

Ingreso en hospital programado para diagnóstico o tratamiento

Se entiende que es aquél en que se realiza el traslado al hospital de agudos para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos que estaban previamente programados por el hospital o por la propia UHD, dándose en ese momento por finalizada la atención en la UHD.

Los elementos diferenciales son:

- Es una decisión “programada”, lo que la diferencia de la opción anterior.
- El paciente es “ingresado” en el hospital de agudos, es decir, que pernocta en una cama hospitalaria al menos una noche y admisión así lo contabiliza. Podemos distinguir dos situaciones

A).- Ingreso en hospital programado por la UHD

- 1º.- El paciente está ingresado en la UHD
- 2º.- Se detecta la necesidad de pruebas diagnósticas o terapéuticas que requieren ingreso hospitalario. Por ejemplo:
 - Hacer una coronariografía.
 - Colocar una PEG.
 - Colocar un marcapasos.
 - Colocar una endoprótesis (neo de esófago).
 - Retirar una malla abdominal.
 - Hacer una nefrostomía.
- 3º.- La UHD “decide” la prueba diagnóstica o terapéutica y “programa” el ingreso en hospital (finaliza aquí el episodio de HAD y se produce el alta de la UHD).
- 4º.- Una vez ingresado en el hospital, se produce la actividad programada (hay al menos una pernoctación en una cama hospitalaria).
- 5º.- El hospital da el alta.
- 6º.- El paciente ingresa de nuevo, o no, en la UHD (en este caso, se inicia un nuevo ingreso en HAD del mismo paciente).

B).- Ingreso en hospital programado por un servicio de especialidad.

- 1º.- Un servicio propone que ingresemos al paciente en HAD para prepararlo para una intervención diagnóstica o terapéutica.
- 2º.- Se ingresa en la UHD:
 - Para lograr el estado nutricional adecuado para la intervención.
 - Para resolver una infección previa a la intervención, etcétera.
- 3º.- Cuando el paciente está en condiciones de recibir la intervención, se programa el ingreso en el hospital (finaliza aquí el episodio de HAD y se produce el alta de la UHD).

- 4°.- Una vez ingresado en el hospital, se produce la actividad programada (hay al menos una pernoctación en una cama hospitalaria).
- 5°.- El hospital da el alta.
- 6°.- El paciente ingresa de nuevo, o no, en la UHD (en este caso, se inicia un nuevo ingreso en HAD del mismo paciente).

Están excluidos de esta opción, todos aquellos pacientes que “durante” un episodio de atención por la UHD, acuden al hospital para diagnóstico o tratamiento en cualquier unidad o servicio “ambulatorio” (Urgencias, Observación de Urgencias, Hospital de Día, Consultas externas...) y posteriormente siguen siendo atendidos por la UHD. En este caso, no pernoctan, por lo que no supone reingreso en el hospital.

Ingreso en hospital por decisión de urgencias extrahospitalarias

Dentro de un episodio de atención y durante el periodo de no cobertura por la UHD (22h - 8h), el paciente o familiar llama a los Servicios de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarios los cuales, tras valoración de la situación, deciden el ingreso en el hospital.

En ocasiones, los Servicios de Urgencia Extrahospitalarios durante su periodo de intervención (22-8h) derivan al paciente a puertas de urgencia del hospital. El paciente permanece en observación hasta primera hora de la mañana en que la UHD es avisada, acude y valora al paciente y decide continuar con su atención domiciliaria. En este caso, no pernocta, no hay reingreso y se trata sencillamente de una incidencia o evento que ocurre durante el episodio de hospitalización en la UHD.

Ingreso en hospital por decisión de paciente o familia

Por decisión del paciente o de la familia (desbordamiento y claudicación familiar) la UHD ingresa al paciente en el hospital de agudos.

Ingreso en HACLE

Por cualquier razón y por decisión de cualquier implicado (paciente, familia y/o profesionales) la UHD ingresa al paciente en el hospital de crónicos y larga estancia.

Traslado a residencia o centro sociosanitario asistido

Alta voluntaria

Exitus

Traslado a otra UHD

Seguimiento programado por la UHD

Llamamos “Seguimiento Programado por la UHD” a lo también llamado “Gestión de Casos”.



La razón de esta denominación es que dada la proliferación de profesionales y unidades diversas que manifiestan desarrollar "Gestión de Casos" bajo un concepto diferente y más amplio de lo que las UHD realizan, parece aconsejable denominarlo "Seguimiento programado (protocolizado o tutelado) por la UHD" porque se ajusta más a nuestra realidad y contribuirá, creemos, a reducir la confusión.

Está claro que se trata de un destino-circunstancia al alta y que conceptualmente el paciente no está ingresado en la UHD. Ahora bien, queda por concretar el concepto, la indicación, las intervenciones que consideramos pertinentes para este colectivo de pacientes así como definir un esquema para su clasificación.

Mientras se llega a un consenso acordamos denominar "Seguimiento programado por la UHD" a un conjunto de enfermos constituido en el momento del alta por una UHD, y formado por aquellos pacientes a los que durante un episodio de ingreso se les detecta la presencia "acumulada" de varias circunstancias y/o necesidades:

- Inestabilidad de la patología que hace difícil la programación del control clínico: casos geriátricos, crónicos avanzados o paliativos, con frecuentes cambios de estado,.. que generan visitas repetidas a puertas de urgencias y/o reingresos...
- Periodicidad de la aplicación de técnicas terapéuticas especializadas: transfusiones, paracentesis, nutrición artificial, control de ventilación mecánica...
- Presencia de una estructura de soporte de cuidados lábil e inestable: cuidador anciano y enfermo...
- Ausencia o fragilidad de seguimiento por parte del programa de atención domiciliaria de atención primaria: frecuentemente, el relevo por modelo tradicional de atención primaria.

Cuando se requiere la aplicación de técnicas terapéuticas especializadas periódicas y/o se acumulan el resto de circunstancias mencionadas, a estos pacientes se les da de alta de la UHD, pero se les sitúa en situación de "Seguimiento Programado por la UHD" y se define para ellos un conjunto de medidas de seguimiento específicas adaptadas a su situación:

- Acceso telefónico directo a la UHD.
- Asignación a un profesional responsable de su seguimiento.
- Programación de un seguimiento periódico telefónico.
- Realización de visitas esporádicas en rutas cercanas.
- Programación de visitas periódicas para técnicas.
- Autoingreso en la UHD o reingreso en el Hospital en cualquier momento por decisión de la UHD.

Obviamente, estas o similares circunstancias pueden ser detectadas por el programa de atención domiciliaria de atención primaria. Independientemente del agente que detecte, habría que definir y activar para este tipo de pacientes de alto riesgo un plan específico de atención compartida entre los agentes

domiciliarios implicados que aumentara la accesibilidad de estos pacientes a los agentes, intensificase el seguimiento y coordinase las intervenciones. Todo paciente en “Seguimiento Programado” podrá ser ingresado en la UHD en cualquier modalidad de función (Consulta Externa, Hospital de Día u Hospitalización) si así lo consideran adecuado los profesionales, y empezar desde ese momento a contabilizarse como ingreso-alta, sabiendo que como mínimo necesita recibir una vista domiciliaria de médico o enfermera y recibir un informe de alta o un registro informativo clínico significativo.

FORMATOS DE RECOGIDA DE DATOS PARA INDICADORES DE GESTIÓN

Se presentan dos formatos de declaración mensual “A” y “B”, y los dos son válidos.

- El formato “A” es una evolución del formato inicial, con el despliegue por servicios y por funciones.
- El formato “B” es el formato con el que trabaja el programa SISAL, y coincide exactamente con las pantallas que aparecen en el ordenador de Admisión para grabar los datos declarados mensualmente por la UHD.

Para evitar errores de grabación sería conveniente declarar en el formato “B” (ya que coincide el formato con las pantallas de grabación), pero si alguna UHD se ha organizado para declarar según el formato “A”, puede seguir haciéndolo y en Admisión se resolverá la situación para grabarlo adecuadamente.

CORRESPONDENCIA ENTRE VARIABLES IGAE Y SIE

IGAE	SIE
Identificación UHD	Identificación UHD
Periodo	Periodo
Número de plazas disponibles	Número de plazas disponibles
DATOS DE RECURSOS EN ETC	
Médicos	Médicos
Enfermeras	Enfermeras
Auxiliares de Enfermería	Auxiliares de Enfermería
Auxiliares Administrativos	Auxiliares Administrativos
DATOS GENERALES DE ACTIVIDAD	
Altas	Altas
Pacientes nuevos en el año	
Estancias	Estancias
Consultas telefónicas totales	Consulta telefónica programada del médico
	Consulta telefónica a demanda para el médico
	Consulta telefónica programada de la enfermera
	Consulta telefónica a demanda para la enfermera
	Consulta telefónica programada de la enfermera UHD Pediátrica
	Seguimiento (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica programada del médico
	Seguimiento (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica a demanda para el médico
Seguimiento (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica programada de la enfermera	



	Seguimiento (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica a demanda para la enfermera
Valoraciones Iniciales Médicas en hospital	Valoraciones Iniciales Médicas en hospital
Visitas Domiciliarias Médicas Programadas	Valoración médica en domicilio
	Primera visita médica en domicilio
	Visita básica médica en domicilio
	Visita básica médica en domicilio más procedimiento
Visitas Domiciliarias Médicas Urgentes	Visita urgente médica en domicilio
	Visita urgente médica en domicilio más procedimiento
Visitas Domiciliarias Enfermería Programadas	Primera visita enfermera en domicilio
	Visita básica enfermera en domicilio
Visitas Domiciliarias Enfermería Urgentes	Visita urgente enfermera en domicilio
Visitas Domiciliarias T. Social + Fisioterapeuta	T. Social Valoración social inicial en el domicilio
	Intervenciones sociales en el domicilio
	Escucha activa/apoyo emocional por TS en domicilio
	Tramitaciones sociales en el exterior
	Fisioterapeuta Valoración fisioterápica inicial en domicilio
	Inicio de tratamiento fisioterápico en domicilio
	Visita básica de fisioterapia en domicilio
ALTAS SEGÚN PROCEDENCIA	
Urgencias del Hospital	
Unidad Médica de Corta Estancia	
Atención Primaria	
Hospital Crónicos y Larga Estancia (HACLE)	
Residencia o Centro Sociosanitario Asistido	
Otra UHD u otro hospital	
UHD (Autoderivación)	
Sala de Hospitalización	
Consultas Externas / Centro de Especialidades	
Hospital de Día médico	
Cirugía Mayor Ambulatoria	
SERVICIO/SECCION en procedencia Sala / C.Externa / H. DIA / CMA/	
Despliegue de servicios/secciones	
ALTAS SEGÚN EL TIPO DE FUNCIÓN DESARROLLADA	
Consulta Externa	
Hospital de Día	
Hospitalización Quirúrgicos	
Hospitalización Médicos	
Hospitalización Terminales	
Hospitalización Salud Mental	
ALTAS SEGÚN DESTINO-CIRCUNSTANCIAS AL ALTA CIRCUNSTANCIAS AL ALTA	
Atención Primaria	
Ingreso en Hospital por causa médica	
Ingreso en H. programado para diagnóstico o tratamiento	
Ingreso en H. por decisión de urgencias extrahospitalarias	
Ingreso en Hospital por decisión del paciente o familia	
Ingreso en HACLE	
Traslado a Residencia o Centro Sociosanitario Asistido	
Alta voluntaria	
Éxito	
Traslado a otra UHD	
Seguimiento Programado por UHD	

FORMATO "A" DE RECOGIDA DE DATOS PARA INDICADORES DE GESTION
A entregar mensualmente a la Unidad de Documentación Clínica y Admisión

DATOS DE RECURSOS HUMANOS en ETC		NÚMERO ETC					
Médicos							
Enfermeras							
Auxiliares de Enfermería							
Auxiliares Administrativos							
DATOS GENERALES DE ACTIVIDAD		NÚMERO					
Altas							
Pacientes Nuevos							
Estancias							
Consultas telefónicas totales							
Valoraciones iniciales médicas en hospital							
Visitas domiciliarias médicas programadas							
Visitas domiciliarias médicas urgentes							
Visitas domiciliarias enfermería programadas							
Visitas domiciliarias enfermería urgentes							
Visitas domiciliarias T. Social + Fisioterapeuta							
ALTAS SEGÚN PROCEDENCIA DE PACIENTES		NÚMERO					
Urgencias del Hospital							
Unidad Médica de Corta Estancia							
Atención Primaria							
Hospital Crónicos y Larga Estancia (HACLE)							
Residencia o Centro Sociosanitario Asistido							
Otra UHD u otro hospital							
UHD (Autoderivación)		SERVICIO 1	S. 2	S.3	S...	S."n"	
Sala de Hospitalización							
Consultas Externas / Centro de Especialidades							
Hospital de Día médico							
Cirugía mayor ambulatoria							
ALTAS SEGÚN TIPO DE FUNCION DESARROLLADA		NÚMERO					
Consulta Externa							
Hospital de Día							
Hospitalización Quirúrgicos							
Hospitalización Médicos							
Hospitalización Terminales							
Hospitalización Salud Mental							
DESTINO –CIRCUNSTANCIAS AL ALTA		NÚMERO					
		C.Ext.	HDia	HQuir.	HMed	HTer.	HSM.
Atención Primaria							
Ingreso en Hospital por causa médica							
Ingreso en Hospital programado para Diagnóstico o Tratamiento							
Ingreso en Hospital por decisión de urgencias extrahospitalarias							
Ingreso en Hospital por decisión del paciente o familia							
Ingreso en HACLE							
Traslado a Residencia o Centro Sociosanitario Asistido							
Alta voluntaria							
Exitus							
Traslado a otra UHD							
Seguimiento programado por UHD							



ANEXO 3

CATÁLOGO HAD

CÓDIGO	ACTIVIDADES DEL HOSPITAL A DOMICILIO	URC UHD	URT MÉDICO	URT ENFER.
ACTIVIDADES HOSPITALARIAS DE MEDICOS Y ENFERMERAS				
07 851 10 010	Valoración de la propuesta de ingreso en hospital	0,4	0,2	0,1
07 851 10 020	Traslado a otra UHD	0,4	0,1	0,3
07 851 10 030	Valoración inicial médica en hospital	1,3	0,9	
07 851 10 040	Valoración inicial de enfermería en hospital	0,3		0,3
07 851 10 050	Planificación del ingreso en domicilio por enfermería	0,8		1,0
07 851 10 060	Preparación del alta por enfermería	0,3		0,3
07 851 10 070	Preparación del alta por médico	0,6	0,4	
07 851 10 080	Interconsulta hospitalaria de médico	1,3	0,9	
07 851 10 090	Primera consulta hospitalaria de médico	1,3	0,9	
07 851 10 100	Consulta sucesiva hospitalaria de médico	0,6	0,4	
07 851 10 110	Primera consulta hospitalaria de enfermería	0,7	0,0	
07 851 10 120	Consulta sucesiva hospitalaria de enfermería	0,4	0,0	
ACTIVIDADES DOMICILIARIAS DE MEDICOS Y ENFERMERAS				
07 851 20 010	Valoración médica en domicilio	2,2	1,4	
07 851 20 020	Primera visita médica en domicilio	2,0	1,3	
07 851 20 030	Visita básica médica en domicilio	1,2	0,8	
07 851 20 040	Visita básica médica en domicilio más procedimiento	1,7	1,1	
07 851 20 050	Visita urgente médica en domicilio	2,0	1,3	
07 851 20 060	Visita urgente médica en domicilio más procedimiento	2,5		
07 851 20 070	Primera visita de enfermería en domicilio	1,2		1,4
07 851 20 080	Visita básica de enfermería en domicilio	1,0	0,1	1,0
07 851 20 090	Visita urgente de enfermería en domicilio	1,1		1,3
CONSULTAS TELEFÓNICAS DE MEDICOS Y ENFERMERAS				
07 851 30 010	Consulta telefónica programada del médico	0,2	0,1	
07 851 30 020	Consulta telefónica a demanda para el médico	0,3	0,2	
07 851 30 030	Consulta telefónica programada de la enfermera	0,1		0,1
07 851 30 040	Consulta telefónica a demanda para la enfermera	0,2		0,2
07 851 30 050	Consulta telefónica programada de la enfermera (UHD Pediátrica)	0,3	0,1	0,2
07 851 30 060	Sgtº Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica programada del médico	0,3	0,2	
07 851 30 070	Sgtº Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica a demanda para el médico	0,3	0,2	
07 851 30 080	Sgtº Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica programada de la enfermera	0,4		0,4
07 851 30 090	Sgtº Programado (Paciente NO ingresado): Consulta telefónica a demanda para la enfermera	0,3		0,3

CÓDIGO	ACTIVIDADES DEL HOSPITAL A DOMICILIO	URC UHD	URT MÉDICO	URT ENFER.
RELACIONES PROFESIONALES EXTERNAS DE MEDICOS Y ENFERMERAS				
07 851 40 010	Visita de relevo en centro de salud – médico	0,9	0,6	
07 851 40 020	Visita de relevo en domicilio – médico	1,5	1,0	
07 851 40 030	Visita de relevo en centro de salud – enfermería	0,6		0,7
07 851 40 040	Visita de relevo en domicilio – enfermería	1,4		1,6
07 851 40 050	Reunión de coordinación externa – médico	3,5	2,3	
07 851 40 060	Reunión de coordinación externa - enfermería / reinserción escolar	1,9		2,3
07 851 40 070	Reunión de coordinación y docencia de enfermería para el manejo de procedimientos (UHD Pediátrica)	1,4		1,6
07 851 40 080	Interconsultas virtuales (sin desplazamiento) de médico	0,5	0,3	
07 851 40 090	Interconsultas virtuales (sin desplazamiento) de enfermería	0,3		0,3
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA				
07 851 50 010	Administración de concentrado de hematies	2,3		2,1
07 851 50 020	Administración de plaquetas	0,7		0,4
07 851 50 030	Administración de medicación intravenosa	0,9		0,4
07 851 50 040	Cuidados de la ostomía y manejo de colectores	0,3		0,2
07 851 50 050	Hemocultivos	1,0		0,4
07 851 50 060	Cuidados de enfermería de hasta 20 minutos	0,5		0,3
07 851 50 070	Fisioterapia respiratoria	0,3		0,3
07 851 50 080	Escucha activa y apoyo emocional por la enfermera	0,5		0,6
07 851 50 090	Gestión de ayuda social tramitada por la enfermera	0,5		0,6
07 851 50 100	Cura simple	0,4		0,2
07 851 50 110	Cura compleja	1,4		0,9
07 851 50 120	ECG	0,3		0,3
07 851 50 130	Aplicación de infusor	4,1		0,2
07 851 50 140	Canalización de vía venosa central por acceso periférico por enfermera	0,8		0,4
07 851 50 150	Acceso y mantenimiento de cateter venoso central (CVC) permanente	0,8		0,3
07 851 50 160	Acceso y mantenimiento de cateter venoso central (CVC) permanente (UHD Pediátrica)	0,8		0,4
07 851 50 170	Adiestramiento a los padres para mantenimiento y heparinización de CVC permanente (UHD Pediátrica)	0,4		0,4
07 851 50 180	Quimioterapia < 2 horas	1,2		0,9
07 851 50 190	Quimioterapia 2 - 5 horas	3,3		3,4
07 851 50 200	Quimioterapia > 5 horas	8,1		8,5
PROCEDIMIENTOS DE MÉDICO				
07 851 60 010	Canalización de vía venosa central por acceso periférico por médico	0,8	0,4	
07 851 60 020	Escucha activa y apoyo emocional por el médico	0,5	0,6	
07 851 60 030	Inicio de ventilación mecánica (adaptación de parámetros)	1,1	1,3	
07 851 60 040	Cambio de parámetros del ventilador mecánico	0,4	0,4	
07 851 60 050	Espirometría	0,8	1,0	



CÓDIGO	ACTIVIDADES DEL HOSPITAL A DOMICILIO	URC	URT	URT
		UHD	MÉDICO	ENFER.
07 851 60 060	Medición de presiones estáticas	0,3	0,3	
07 851 60 070	Adaptación al aparato de los asistida (Cough Assist)	0,5	0,6	
07 851 60 080	Capnografía	0,2	0,2	
PROCEDIMIENTOS CONJUNTOS DE MEDICOS Y ENFERMERAS				
07 851 70 010	Paracentesis	4,2	0,2	3,4
07 851 70 020	Toracocentesis	3,1	0,9	0,9
07 851 70 030	Artrocentesis	1,0	0,2	0,2
07 851 70 040	Canalización de vía venosa central por acceso central	2,5	0,9	0,9
07 851 70 050	Biopsia cutánea	1,2	0,3	0,3
07 851 70 060	Cambio de PEG	5,1	0,0	0,2
07 851 70 070	Cambio de catéter suprapúbico	3,4	0,1	0,3
07 851 70 080	Punción lumbar	1,0	0,2	0,2
07 851 70 090	Extracción manual de fecaloma (desopilación)	0,7	0,1	0,3
07 851 70 100	Punción seroma	1,2	0,4	0,4

CÓDIGO	ACTIVIDADES DEL HOSPITAL A DOMICILIO	URC	URT	URT
		UHD	MÉDICO	TS/F*
PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SOCIAL				
07 851 80 010	Valoración social inicial en hospital	0,3		0,3
07 851 80 020	Tramitaciones sociales en hospital	0,4		0,5
07 851 80 030	Valoración social inicial en el domicilio	0,6		0,7
07 851 80 040	Intervenciones sociales en el domicilio	0,8		1,0
07 851 80 050	Escucha activa y apoyo emocional por T. Social en el domicilio	0,8		1,0
07 851 80 060	Tramitaciones sociales en el exterior	0,8		1,0
PROCEDIMIENTOS DE FISIOTERAPEUÍA				
07 851 90 010	Valoración fisioterápica inicial en domicilio	1,1		1,3
07 851 90 020	Inicio de tratamiento fisioterápico en domicilio	0,9		1,1
07 851 90 030	Visita básica de fisioterapia en domicilio	0,7		0,9
07 851 90 040	Actividad fisioterápica en hospital	0,6		0,7

* URT TS/F= Trabajador Social / Fisioterapeuta

FORMATO "B" DE RECOGIDA DE DATOS PARA INDICADORES DE GESTION
A entregar mensualmente a la Unidad de Documentación Clínica y Admisión

HOSPITAL A DOMICILIO IGAE-SISAL

CENTRO <input style="width:90%;" type="text"/>	Período (mes) <input style="width:90%;" type="text"/>																																																																						
Médicos <input type="text"/> ETC (Equivalentes a Tiempo Completo) Enfermeras <input type="text"/> ETC Auxiliares de Enfermería <input type="text"/> ETC Auxiliares Administrativos <input type="text"/> ETC	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th align="center" colspan="2">Altas según procedencia</th></tr> <tr><td>Urgencias</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UMCE</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Atención Primaria</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>HACLE</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Residencia</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Otra UHD u otro H.</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>UHD Autoderivación</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Sala de hospitalización</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>C. Externas</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>H.Día</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Cirugía Mayor Ambulatoria</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Altas según procedencia		Urgencias	<input type="text"/>	UMCE	<input type="text"/>	Atención Primaria	<input type="text"/>	HACLE	<input type="text"/>	Residencia	<input type="text"/>	Otra UHD u otro H.	<input type="text"/>	UHD Autoderivación	<input type="text"/>	Sala de hospitalización	<input type="text"/>	C. Externas	<input type="text"/>	H.Día	<input type="text"/>	Cirugía Mayor Ambulatoria	<input type="text"/>																																														
Altas según procedencia																																																																							
Urgencias	<input type="text"/>																																																																						
UMCE	<input type="text"/>																																																																						
Atención Primaria	<input type="text"/>																																																																						
HACLE	<input type="text"/>																																																																						
Residencia	<input type="text"/>																																																																						
Otra UHD u otro H.	<input type="text"/>																																																																						
UHD Autoderivación	<input type="text"/>																																																																						
Sala de hospitalización	<input type="text"/>																																																																						
C. Externas	<input type="text"/>																																																																						
H.Día	<input type="text"/>																																																																						
Cirugía Mayor Ambulatoria	<input type="text"/>																																																																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th align="center" colspan="2">Altas</th></tr> <tr><td>Pacientes Nuevos</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Estancias</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Consultas telefónicas totales</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Valoraciones iniciales médicas en hospital</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Visitas domiciliarias médicas program.</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Visitas domiciliarias médicas urgentes</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Visitas domiciliarias enfermería program.</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Visitas domiciliarias enfermería urgentes</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>Visitas domiciliarias T. Social + Fisiot.</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	Altas		Pacientes Nuevos	<input type="text"/>	Estancias	<input type="text"/>	Consultas telefónicas totales	<input type="text"/>	Valoraciones iniciales médicas en hospital	<input type="text"/>	Visitas domiciliarias médicas program.	<input type="text"/>	Visitas domiciliarias médicas urgentes	<input type="text"/>	Visitas domiciliarias enfermería program.	<input type="text"/>	Visitas domiciliarias enfermería urgentes	<input type="text"/>	Visitas domiciliarias T. Social + Fisiot.	<input type="text"/>	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th align="center" colspan="5">SERVICIOS</th></tr> <tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	SERVICIOS					<input type="text"/>																																												
Altas																																																																							
Pacientes Nuevos	<input type="text"/>																																																																						
Estancias	<input type="text"/>																																																																						
Consultas telefónicas totales	<input type="text"/>																																																																						
Valoraciones iniciales médicas en hospital	<input type="text"/>																																																																						
Visitas domiciliarias médicas program.	<input type="text"/>																																																																						
Visitas domiciliarias médicas urgentes	<input type="text"/>																																																																						
Visitas domiciliarias enfermería program.	<input type="text"/>																																																																						
Visitas domiciliarias enfermería urgentes	<input type="text"/>																																																																						
Visitas domiciliarias T. Social + Fisiot.	<input type="text"/>																																																																						
SERVICIOS																																																																							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																			

FUNCIÓN	Consulta Externa	Altas	<input style="width:90%;" type="text"/>
Destino-Circunstancias al alta			
Atención Primaria	<input type="text"/>		
Ingreso en Hospital por causa médica	<input type="text"/>		
Ingreso en H.programado para diagnóstico o tratamiento	<input type="text"/>		
Ingreso en H.por decisión de urgencias extrahospitalarias	<input type="text"/>		
Ingreso en H.por decisión del paciente o familia	<input type="text"/>		
Ingreso en HACLE	<input type="text"/>		
Traslado a Residencia o C. Sociosanitario Asistido	<input type="text"/>		
Alta voluntaria	<input type="text"/>		
Exitus	<input type="text"/>		
Traslado a otra UHD	<input type="text"/>		
Seguimiento programado por UHD	<input type="text"/>		

FUNCIÓN	Hospital de Día	Altas	<input style="width:90%;" type="text"/>
Destino-Circunstancias al alta			
Atención Primaria	<input type="text"/>		
Ingreso en Hospital por causa médica	<input type="text"/>		
Ingreso en H.programado para diagnóstico o tratamiento	<input type="text"/>		
Ingreso en H.por decisión de urgencias extrahospitalarias	<input type="text"/>		
Ingreso en H.por decisión del paciente o familia	<input type="text"/>		
Ingreso en HACLE	<input type="text"/>		
Traslado a Residencia o C. Sociosanitario Asistido	<input type="text"/>		
Alta voluntaria	<input type="text"/>		
Exitus	<input type="text"/>		
Traslado a otra UHD	<input type="text"/>		
Seguimiento programado por UHD	<input type="text"/>		

FUNCIÓN	Hospitalización Quirúrgicos	Altas	<input style="width:90%;" type="text"/>
Destino-Circunstancias al alta			
Atención Primaria	<input type="text"/>		
Ingreso en Hospital por causa médica	<input type="text"/>		
Ingreso en H.programado para diagnóstico o tratamiento	<input type="text"/>		
Ingreso en H. por decisión de urgencias extrahospitalarias	<input type="text"/>		
Ingreso en H.por decisión del paciente o familia	<input type="text"/>		
Ingreso en HACLE	<input type="text"/>		
Traslado a Residencia o C. Sociosanitario Asistido	<input type="text"/>		
Alta voluntaria	<input type="text"/>		
Exitus	<input type="text"/>		
Traslado a otra UHD	<input type="text"/>		
Seguimiento programado por UHD	<input type="text"/>		

FUNCIÓN	Hospitalización Médicos	Altas	<input style="width:90%;" type="text"/>
Destino-Circunstancias al alta			
Atención Primaria	<input type="text"/>		
Ingreso en Hospital por causa médica	<input type="text"/>		
Ingreso en H.programado para diagnóstico o tratamiento	<input type="text"/>		
Ingreso en H.por decisión de urgencias extrahospitalarias	<input type="text"/>		
Ingreso en H. por decisión del paciente o familia	<input type="text"/>		
Ingreso en HACLE	<input type="text"/>		
Traslado a Residencia o C. Sociosanitario Asistido	<input type="text"/>		
Alta voluntaria	<input type="text"/>		
Exitus	<input type="text"/>		
Traslado a otra UHD	<input type="text"/>		
Seguimiento programado por UHD	<input type="text"/>		

FUNCIÓN	Hospitalización Terminales	Altas	<input style="width:90%;" type="text"/>
Destino-Circunstancias al alta			
Atención Primaria	<input type="text"/>		
Ingreso en Hospital por causa médica	<input type="text"/>		
Ingreso en H.programado para diagnóstico o tratamiento	<input type="text"/>		
Ingreso en H. por decisión de urgencias extrahospitalarias	<input type="text"/>		
Ingreso en H.por decisión del paciente o familia	<input type="text"/>		
Ingreso en HACLE	<input type="text"/>		
Traslado a Residencia o C. Sociosanitario Asistido	<input type="text"/>		
Alta voluntaria	<input type="text"/>		
Exitus	<input type="text"/>		
Traslado a otra UHD	<input type="text"/>		
Seguimiento programado por UHD	<input type="text"/>		

FUNCIÓN	Hospitalización Salud Mental	Altas	<input style="width:90%;" type="text"/>
Destino-Circunstancias al alta			
Atención Primaria	<input type="text"/>		
Ingreso en Hospital por causa médica	<input type="text"/>		
Ingreso en H.programado para diagnóstico o tratamiento	<input type="text"/>		
Ingreso en H.por decisión de urgencias extrahospitalarias	<input type="text"/>		
Ingreso en H.por decisión del paciente o familia	<input type="text"/>		
Ingreso en HACLE	<input type="text"/>		
Traslado a Residencia o C. Sociosanitario Asistido	<input type="text"/>		
Alta voluntaria	<input type="text"/>		
Exitus	<input type="text"/>		
Traslado a otra UHD	<input type="text"/>		
Seguimiento programado por UHD	<input type="text"/>		