2020

Sistemas de información en Hospitalización a Domicilio

Documento final de consenso Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

Plan Estratégico HAD2020

Sistemas de información en Hospitalización a Domicilio.

SEHAD
Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

Plan Estratégico HAD 2020 de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

Autores

Coordinadores:

José Regalado De Los Cobos. (H.U.Álava)
Carmen Garde Orbaiz. (H.U.Donostia)

Autores y colaboradores

Mercedes Colomé Capera (H.Virgen de la Cinta, Tortosa)
Idoia Oroz Segura (H. Tudela)
Elena Altuna Basurto (H.U. Álava)
Antxon Apezetxea Celaya (H.U. Basurto)
Argiñe Landa Fuentes (H.U. Cruces)
Josune Onaindia Yagüe (H. Galdakao)
Isabel Vitoria Alonso (H. San Pedro. Logroño)
Francisco Anton Botella (H. San Pedro, Logroño)
Jesús Esteve (H. Moises Broggi. Barcelona)

Índice de contenidos

Autores 2
Índice de contenidos....3
Presentación del Glosario terminológico HAD 4
Presentación de los autores....5
1. Objetivos del Documento Sistemas de Información HAD....6
2. Acciones clave....6
3. Acción clave 1: definir indicadores específicos 7
3.1. Indicadores de actividad asistencial....9
3.2. Indicadores de plantilla y prestaciones.... 21
3.3. Indicadores de calidad.... 22
3.4. Indicadores de investigación y docencia 24
3.5. Indicadores económicos 25
4. Acción clave 2: cuadro de mando 26
5. Acción clave 3: banco de datos multicéntrico.... 28
6. Origen de los datos.... 32

Presentación del Glosario terminológico HAD

En 2016, durante el XIII Congreso Nacional de la SEHAD, celebrado en Las Palmas, se inició un proyecto ambicioso de consolidación de la HAD en España conocido como **HAD2020: clave de futuro**. Se trataba de avanzar en diversas líneas de acción estratégicas con el horizonte puesto a 4 años vista. Los miembros de la sociedad establecieron como prioridad consensuar un modelo asistencial común que delimitara qué era HAD en España, recogiendo a la vez la diversidad de experiencias existentes. Desde entonces un grupo de más de 40 expertos han colaborado voluntariamente en la definición y redacción de este modelo común.

Cabe destacar que durante este tiempo se ha conseguido un incremento del número de socios, una mayor presencia y actividad institucional de SEHAD, la aparición de la Revista HAD o la celebración del Congreso Mundial de HAD en Madrid. Con todo, la definición de nuestro modelo asistencial es el logro más importante de **HAD2020**. El presente documento **Sistemas de información en Hospitalización a Domicilio** es una pieza clave de este esfuerzo. Se trata de un documento de consenso que propone de forma ordenada y sistemática un catálogo de indicadores orientados a la evaluación de las diversas dimensiones de la actividad de HAD. De poco serviría establecer las bases teóricas de un modelo asistencial específico si no se definen los indicadores adecuados para evaluarlo. Este documento se complementa con otros consensos que ven la luz al mismo tiempo como la **Guía de práctica clínica HAD**, **Glosario terminológico de HAD** y el **Mapa de capacidad docente HAD**. Todos ellos permiten establecer las bases de este modelo asistencial. Los que hemos participado de este ambicioso proyecto no los consideramos como documentos cerrados. Son propuestas de base para favorecer la discusión, completar y adaptar a una realidad de la HAD que se antoja muy dinámica en los próximos años.

No me resta más que agradecer el desinteresado y excelente trabajo de todos los que han hecho posible este consenso. Esperamos que este G**losario terminológico HAD** que ahora publicamos sea de utilidad y constituya una herramienta valiosa para estimular el debate y avanzar hacia la consolidación de la HAD en España que todos deseamos.

Oriol Estrada Cuxart
Coordinador general de HAD2020

Beatriz Massa Domínguez
Presidenta SEHAD

Octubre de 2020

Presentación de los autores

La construcción consensuada de un sistema de información sanitario específico de HAD e integrado con los actualmente existentes en los sistemas de salud es una línea de actuación prioritaria para el adecuado desarrollo de la HAD. Aún hoy, HAD continúa siendo una alternativa asistencial en proceso de implantación y existe gran heterogeneidad de pacientes, de intervenciones y de objetivos y resultados. Es necesario subsanar el actual déficit de información normalizada, que impide el análisis de productividad, la evaluación de resultados y la comparación entre distintos proveedores. La medida y comparación de resultados requiere el registro continuo de indicadores de resultado.[1]

Tomando conciencia de esta necesidad, el proyecto ***HAD2020: clave de futuro*** abrió una línea de trabajo para dar respuesta a este déficit de información normalizada. Con esa finalidad se definieron en su día ciertos objetivos y acciones clave dirigidas a su consecución y se constituyó un Grupo de Trabajo, el número 3, con el encargo de desarrollar una propuesta consensuada de sistemas de información que permita a las distintas Unidades de HAD mostrar sus resultados en forma homogénea. En las páginas que siguen se presenta la propuesta consensuada fruto del trabajo desarrollado por los miembros del grupo.

[1] Libro: Hospitalización a Domiciliaria, Recomendaciones clínicas y procedimientos, Pedro Sanroma Mendizábal, Capítulo 5.

1. Objetivos del Documento Sistemas de Información HAD

1. Construir un sistema de información común, propio de SEHAD, que se ofrecería a los socios para compartir los indicadores y establecer una norma nacional.

2. Creación de un banco de datos multicéntrico al estilo del Registro TADE que permita generar una base de conocimiento para futuros estudios.

2. Acciones clave

- C1: Definir y consensuar los principales **indicadores específicos**.
- C2: Diseñar y poner en producción un **cuadro de mando (CM) específico**.
- C3: Creación de un **banco de datos multicéntrico**.

3. Acción clave 1: definir indicadores específicos

Principios generales a seguir en la definición de indicadores:

a. Responder a ¿qué, dónde, cuándo, con qué frecuencia, cómo medir? ¿Quién mide?
b. Definición: debe estar claramente definido, así como su forma de cálculo.
c. Valores meta: valor considerado óptimo que se pretende alcanzar en un plazo definido.
d. Abarcar todas las perspectivas: actividad, calidad, seguridad, economía, procesos, innovación, aprendizaje, docencia, satisfacción de los trabajadores.
e. Ser admitidos por los órganos de evaluación y por todos los Servicios de HAD de una misma organización.
f. Revisión periódica de sus resultados.
g. Revisión periódica de su utilidad y necesidad: han de ser representativos, fiables, los estrictamente necesarios.
h. Una tabla que muestre los más significativos da una visión global del funcionamiento de la Organización (Cuadro de Mando Integral o CMI) en un determinado plazo.

Siguiendo estos principios, se ha desarrollado una propuesta de indicadores de actividad agrupados en los siguientes aspectos:

1. INDICADORES DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL,
2. INDICADORES DE DOTACIÓN DE PERSONAL.
3. INDICADORES DE CALIDAD.
4. INDICADORES DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN.
5. INDICADORES ECONÓMICOS.

La información a partir de la que se obtienen los indicadores se debe registrar de modo continuo y, en muchos casos, se obtiene a partir de los datos que han de ser registrados en todos y cada uno de los episodios de asistencia o pacientes atendidos (**CMBD**). Por lo tanto, también es tarea de este Grupo de Trabajo nº 3 definir cuáles son estos datos que integran el CMBD de cada episodio.

El valor de los indicadores a lo largo de un período determinado, mensual, trimestral y/o anual se presenta en una tabla que constituye el **Cuadro de Mando Integral (CMI)**, objetivo específico de la Acción Clave nº 2. Si la tabla contiene los indicadores correspondientes a diferentes períodos correlativos, permite apreciar la evolución temporal de los mismos y la comparación entre unos períodos y otros, así como la valoración de tendencias con patrones temporales.

3.1. Indicadores de actividad asistencial

La actividad asistencial que se realiza en las unidades de HAD tiene dos aspectos que, con frecuencia, desempeñan diferentes profesionales:

a. **SELECCIÓN DE PACIENTES candidatos** a ser atendidos en HAD.
b. **ASISTENCIA EN EL DOMICILIO**, que a su vez puede ser el equivalente o alternativa a un Ingreso Hospitalario, o bien a una actividad de Hospital de Día, o a una Consulta Especializada.

3.1.1 Indicadores valoración-selección de pacientes

La valoración y selección de pacientes se realiza en respuesta a la solicitud de traslado a HAD que se realiza desde plantas de hospitalización, Consultas, Servicios de Urgencias, Atención Primaria y Centros Residenciales. Se dan dos situaciones:

a. Solicitudes para pacientes ingresados en el propio hospital. Esta valoración puede prolongarse días y requerir varias visitas, dependiendo del estado y evolución clínicos de el/la paciente, quien será finalmente rechazado/a o aceptado/a.
b. Solicitudes para pacientes no ingresados. La valoración se realiza con la información contenida en la solicitud, revisión de historia clínica y/o con el médico remitente. Si con ello se decide que el caso no es candidato a HAD, la solicitud quedará rechazada. En caso contrario se abrirá episodio de HAD y los equipos de visita domiciliaria acudirán al lugar de residencia habitual a realizar una visita que se convierte en la primera visita del episodio asistencial. Si en esa visita se resolviera que no esté indicado el seguimiento por HAD, se cerraría el episodio de HAD, que quedaría catalogado en la modalidad "Valoración o consulta a domicilio".

Se propone recoger la información acerca de esta actividad en los siguientes indicadores:

1. NÚMERO DE VALORACIONES FINALIZADAS.

- Informa del número de solicitudes de atención por HAD resueltas en un período de tiempo. Suma tanto las intra como las extrahospitalarias, aceptadas y rechazadas.
- **Carácter:** numérico.

2. NIVEL ASISTENCIAL SOLICITANTE

- Informa del nivel asistencial en que se encuentra el / la paciente para quien se solicita atención en HAD:
  - INGRESO HOSPITALARIO.
  - URGENCIAS
  - CONSULTAS.
  - ATENCIÓN PRIMARIA
  - RESIDENCIAS.
  - AUTORREMITIDO DESDE HAD (Revisión).
- **Carácter**: Numérico.

3. SERVICIOS HOSPITALARIOS SOLICITANTES.

- Informa de qué especialidades médicas y quirúrgicas cursan las solicitudes, sumando las que realizan desde consultas y desde plantas de hospitalización. Se propone informar de los 3 o 4 servicios que generan habitualmente más solicitudes en el período estudiado. El resto de Servicios se acumularían en la categoría "Otros servicios".
- **Carácter**: Numérico.

4. RESULTADO DE LA VALORACIÓN.

- Informa de Nº de solicitudes aceptadas para el propio Servicio de HAD o para otra Unidad de HAD y las rechazadas:
  - ACEPTADA PARA UNIDAD PROPIA.
  - ACEPTADA PARA OTRA UNIDAD DE HAD.
  - RECHAZADA (Detallar o no el motivo:).
- **Carácter**: Numérico.

5. MOTIVO DE RECHAZO DE LA SOLICITUD.

- Informa de cuántas solicitudes son rechazadas por cada uno de estos motivos:
  - complejidad insuficiente.
  - complejidad excesiva o fallecido durante valoración.
  - soporte socio-familiar insuficiente.
  - fuera de área de cobertura.
  - negativa de paciente o familiares.
  - saturación de la unidad de HAD.
  - falta de recursos materiales necesarios.
- **Carácter**: Numérico.

6. NÚMERO DE VISITAS PARA VALORAR CADA SOLICITUD (Pac hospitalizados)

- Número medio de visitas de valoración realizadas por enfermería y/o por médico por cada solicitud realizada desde plantas de hospitalización convencional resuelta en el periodo.
- **Carácter**: Numérico.

7. DEMORA DESDE SOLICITUD HASTA RESOLUCIÓN.

- Informa del tiempo en días transcurrido desde que se recibe la solicitud hasta que el paciente es admitido o rechazado para ser atendido en HAD. Se calcula únicamente para pacientes procedentes de planta hospitalaria.
- **Carácter**: Numérico.

8. DÍAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA ANTES DE SOLICITUD.

- Informa de los días que el paciente ha estado ingresado antes de ser realizada la solicitud de traslado a HAD. Se calcula únicamente para pacientes procedentes de planta hospitalaria.
- **Carácter**: Numérico.

3.1.2. *Indicadores episodios de asistencia en domicilio*

El **EPISODIO DE ASISTENCIA A UN/A PACIENTE EN SU DOMICILIO** es la **unidad básica** de actividad asistencial en HAD. El episodio tiene fecha de inicio y fecha de final (ALTA). Un mismo paciente puede tener múltiples episodios de asistencia en HAD a lo largo de su vida, pero no dos episodios de HAD simultáneos. Tampoco un episodio de HAD y otro de hospitalización convencional simultáneamente. Los siguientes indicadores muestran la información cuantitativa y cualitativa acerca de los episodios atendidos en el período de tiempo analizado, así como la carga de trabajo que ha supuesto su atención.

9. NÚMERO DE ALTAS = EPISODIOS FINALIZADOS O EN EL PERÍODO

- Informa del número de altas, es decir, episodios de atención finalizados en el periodo.
- **Carácter**: Numérico.

10.% DE ALTAS DEL HOSPITAL

- Informa de la proporción que representa el número de altas de HAD en el total de altas que se han dado en el mismo periodo en el hospital al que pertenece la Unidad de HAD.
- **Carácter**: Porcentaje.

11.PORCENTAJE DE ALTAS POR FALLECIMIENTO

- Indica, del total de altas de la Unidad de HAD en el período, el número o porcentaje de las motivadas por fallecimiento de el/la paciente durante la asistencia en HAD, es decir, fallecidos en el domicilio o lugar de residencia.
- **Carácter**: numérico o porcentaje.

12. PORCENTAJE DE ALTAS POR RETORNO AL HOSPITAL

- Indica, del total de altas del período, el número o porcentaje de las motivadas por reenvío de el/la paciente al hospital, sin detallar el motivo del mismo, aunque este sea registrado: programado, insuficiencia de soporte sociofamiliar, claudicación familiar, deterioro relacionado con el motivo de asistencia, deterioro no relacionado.
- **Carácter**: número o porcentaje.

13. ESTANCIA MEDIA

- Informa de la duración (en días) media de los episodios finalizados en el período. Alternativamente se puede calcular la estancia media dividiendo el número de estancias atendidas en el período por el número de altas del período. Se pueden informar las dos.
- **Carácter**: Numérico.

14. NÚMERO MEDIO DE PACIENTES EN CENSO DIARIO (% de ocupación)

- Informa del valor medio del número de pacientes en censo diario a lo largo del periodo estudiado. Se puede acompañar del índice de ocupación, resultado de dividir el anterior por el número medio de camas disponibles. A su vez, el número de camas disponibles es función del número medio de enfermeras/os y médicos disponibles en días laborables, según una ratio que establece cada Unidad, en función de la complejidad y dispersión geográfica de los pacientes que atiende.
- **Carácter**: Numérico y porcentaje.

15. % DE ESTANCIAS HOSPITALARIAS

- Informa del valor medio del PORCENTAJE que representa el número de pacientes en censo diario de HAD sobre el total de pacientes que permanecen ingresados cada día en el hospital a lo largo del periodo estudiado.
- **Carácter**: Porcentaje.

16. SEXO

- Informa de la distribución por sexo (mujer / varón / otro) de las altas en el período.
- **Carácter**: Numérico porcentual: 2 o más % cuya suma = 100.

17. EDAD MEDIA DE LOS PACIENTES ATENDIDOS

- Edad media de las y los pacientes a los que se ha dado el alta en el periodo.
- **Carácter**: Numérico.

18. DISPERSIÓN GEOGRÁFICA

- Se registra para cada episodio la distancia entre el domicilio o lugar de asistencia y el hospital, según estimación de un navegador. El indicador es el valor medio de esa distancia para los episodios dados de alta en el período. Se puede indicar también qué porcentaje de los episodios dados de alta en el período con domicilio a 6 o más km del hospital.
- **Carácter**: Numérico y porcentaje.

19. MODALIDADES ASISTENCIALES

- Informa de la modalidad asistencial de los episodios dados de alta en el periodo:
  - Hospitalización de acortamiento de ingreso si el paciente procede de planta de hospitalización.
  - Hospitalización de evitación de ingreso si procede de Urgencias, Hospital de Día, Consultas o Atención Primaria o Residencias.
  - Hospital de Día a Domicilio: episodios de asistencia en HAD exclusivamente para realización de técnicas o tratamientos propios de hospital de día, como paracentesis, transfusiones, administración de Fe IV, o de inmunoglobulinas, o bifosfonatos, o quimioterapia u otros. Deberían tener una duración de 1 o 2 días.
  - Valoración puntual: Equivale a consulta a Domicilio, ya sea a petición de At Primaria o para revisión un tiempo después de un alta previa o para controles periódicos.
- **Carácter**: Distribución porcentual: cuatro porcentajes cuya suma = 100.

20. COMPLEJIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- Esta es una característica difícil de cuantificar, pero se traduce en tiempo dedicado por el personal asistencial, de enfermería y médico. Esto se correlaciona con el número y duración de las visitas. Es cierto que esta correlación se ve influida por diferencias personales en los modos de trabajar pero, precisamente por ello, es de interés disponer de un registro que permita establecer unos valores de referencia.
- Se propone registrar al alta para cada episodio los CUIDADOS DE ENFERMERÍA que ha precisado a lo largo del episodio de ingreso en HAD., como suma numérica de los que se mencionan en la siguiente lista. En los campos en que se indica "Nº", se registrará el número de ítems (heridas, drenajes, bombas…). En los campos en que no se indica "Nº" se suma 1 si se ha prestado el cuidado y 0 si no.

HERIDAS AGUDAS **(Nº)**	OSTOMÍA DIGESTIVA	NUTRICIÓN PARENTERAL
HERIDAS CRÓNICAS **(Nº)**	NEFROSTOMÍA	NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA
USO DE TERAPIA VAC	UROSTOMÍA	BOMBA INFUSIÓN (EN,IV,SC) **(Nº)**
VÍA VENOSA PERIFÉRICA	SONDA VESICAL	INFUSOR ELASTOMÉRICO
VÍA V. CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO	SONDA NASOGÁSTRICA	MEDICACIÓN IV
VÍA VENOSA CENTRAL	SONDA DE GASTRO / ENTEROSTOMÍA	CARGAR MEDICACIÓN SUBCUTÁNEA
CATÉTER SUBCUTÁNEO	DRENAJES QUIRÚRGICOS **(Nº)**	SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS
CONTROLES CAPILARES-INR		

Carácter: Numérico. El indicador es el valor medio para los episodios dados de alta en el período

21. NÚMERO DE VISITAS PROGRAMADAS DE ENFERMERÍA

- Informa del número de visitas programadas realizadas por enfermería, bien junto con la/el médico, o bien en solitario, realizadas en el período, sumando las realizadas en laborable y en festivo.
- **Carácter**: Numérico.

22. NÚMERO DE VISITAS IMPREVISTAS DE ENFERMERÍA

- Informa del número de visitas urgentes o no previstas realizadas por las/los enfermeras/os, bien junto con la/el médico, o bien en solitario, realizadas en el período.
- **Carácter**: Numérico.

23. NÚMERO DE VISITAS PROGRAMADAS DE MÉDICO

- Informa del número de visitas programadas realizadas por médicos en el período, sumando las realizadas en laborable y en festivo.
- **Carácter**: Numérico.

24. NÚMERO DE VISITAS IMPREVISTAS MÉDICAS

- Informa del número de visitas urgentes o no previstas realizadas por las/los médicos en el período.
- **Carácter**: Numérico.

25. NÚMERO DE CONSULTAS NO PRESENCIALES O TELEFÓNICAS

- Informa del número de consultas telefónicas o no presenciales, previstas o no, realizadas por las/los médicos y enfermeras/os en el período.
- **Carácter**: Numérico.

26. FRECUENCIA DE VISITA DE ENFERMERÍA

- Resultado de dividir el número de visitas de enfermería realizadas en el período por el número de estancias atendidas en ese mismo período (Nº de pacientes diarios x nº de días del período). Dependiendo de la capacidad de registro se indicará la frecuencia global o diferenciada para laborables y festivos.
- **Carácter**: Numérico.

27. FRECUENCIA DE VISITA DE MÉDICO

- Resultado de dividir el número de visitas de médico realizadas en el período por el número de estancias atendidas en ese mismo período (Nº de pacientes diarios x nº de días del período). Se indicará la frecuencia global o diferenciada para laborables y festivos.
- **Carácter**: Numérico.

28. FRECUENCIA DE CONSULTA NO PRESENCIAL (CNP)

- Resultado de dividir el número de consultas no presenciales, sumando las médicas y las de enfermería, realizadas en el período por el número de estancias atendidas en ese mismo período.
- **Carácter**: Numérico.

3.1.3. Indicadores diferenciados por tipo de episodio

Los episodios presentan una serie de características que los hacen diferentes o similares entre ellos, lo que permite realizar una clasificación de tipos de episodios. Precisamente porque hay indicadores que difieren mucho entre unos tipos de episodios y otros resulta conveniente disponer de información de estos indicadores detallada para cada tipo de episodio.

La clasificación de episodios que se propone atiende a dos criterios.

a. MODALIDAD ASISTENCIAL:

1. Acortamiento de ingreso hospitalario o HAD de CONTINUACIÓN.
2. Evitación de ingreso hospitalario o HAD de INICIO.
3. Hospital de día a domicilio.
4. Consulta o valoración puntual en domicilio.

Las modalidades 3 y 4 se pueden agrupar como HAD de INTERVENCIÓN PUNTUAL.

b. PERFIL CLÍNICO

Atiende al tipo de enfermedad por el que es atendido el paciente en HAD. De acuerdo con este criterio la clasificación que se propone es la siguiente:

GRUPO CLÍNICO	DESCRIPCIÓN	EJEMPLOS
AGUDO **Procedente de Urgencias / Procedente de otro Servicio**	Paciente atendida/o por una enfermedad que tiene un inicio y fin claramente definidos y duración < 3 meses, en un paciente cuyos antecedentes patológicos afectan poco o nada al curso de la enfermedad aguda o requieren una atención sanitaria nula o escasa en comparación con la que requiere la enfermedad aguda.	Diverticulitis ag., pielonefritis ag, trombosis venosa en pac sin antec o en pac con HTA o con DM bien controlada, o con FA y anticoagulación… Endocarditis ag., infección mat osteosíntesis…
CRONICO	Paciente con al menos una enfermedad crónica que presenta una agudización de la misma o bien una enfermedad aguda cuyo curso y atención se ve afectado por la enfermedad crónica de modo que la atención sanitaria se dirige a la enf aguda y a la crónica con similar dedicación.	EPOC con exacerbación, neumonía en paciente con insuf cardiaca crónica, ITU en pac con demencia y sonda uretral, Escerodermia que requiere Alprostadilo,… / Transfusión en sdr mielodisplásico. / Administración de Fe IV en pac con ins cardiaca crónica. /
ONCOLÓGICO	Como el caso anterior, pero la enfermedad crónica es una enf tumoral u oncohematológica en tratamiento activo.	TVP en paciente con ca de pulmón. / Neutropenia febril tras un ciclo de quimioterapia…
PALIATIVO NO ONCOL	Paciente con enfermedad crónica en fase muy avanzada, o pluripatología avanzada, frecuentemente multiingresador, que cumple criterios NECPAL, y que requiere tratamiento por descompensación o por enf intercurrente o por estadio final de su(s) patología(s).	Hepatopatía crónica con ascitis refractaria. / Insuficiencia cardiaca refractaria a diuréticos. / Insuf respiratoria crónica avanzada con disnea de reposo,…
PALIATIVO ONCOL	Neoplasia visceral, o somática o hematológica sin opciones de tratamiento antitumoral efectivo, con necesidades de cuidados paliativos domiciliarios que, por su complejidad y/o intensidad de cuidados, rebasan la capacidad de cuidados de Atención Primaria.	Cualquier enfermo neoplásico en situación de últimos días, Neoplasia maligna que recibe cuidados exclusivamente paliativos y no acude a consultas externas.
QUIRURGICO SIMPLE (QS)	Pacientes a quienes se ha realizado una intervención quirúrgica sin complicaciones y realizan postoperatorio en HAD para control de herida quirúrgica o recuperación funcional.	Cesárea no complicada. / Hernioplastia n.c. / Prótesis de cadera n.c. / Control de drenaje tutor de anastomosis biliar o pancreática. / Quiste sacro …
QUIR COMPLICADO y/o CURAS COMPLEJAS	Pacientes a quienes se ha realizado una intervención quirúrgica y son derivados a HAD para control y tratamiento de las complicaciones	Infección - dehiscencia de herida quirúrgica. Absceso postquirúrgico.

(QC)	surgidas en el postoperatorio, TANTO SI SON QUIRÚRGICAS (DEHISCENCIA-INFECCIÓN DE HERIDA) COMO SI SON MÉDICAS (INS CARDIACA, NEUMONÍA NOSOCOMIAL, NECESIDAD DE NUTRICIÓN PARENTERAL…). Se propone incluir en esta categoría a las/os pacientes admitidos en HAD con el objetivo principal de realizar **curas de lesiones complejas**, aunque no se trate de heridas quirúrgicas: úlceras crónicas, úlceras por presión, heridas por traumatismo, quemaduras.	Fístula enterocutánea. Insuficiencia cardiaca en postoperatorio. Descompensación o inicio de diabetes mellitus en postoperatorio.
TRASPL HEPÁTICO (TH)	Control inicial tras realización de trasplante hepático.	

Para cada uno de estos grupos se propone informar de número, estancia media (**Est m**), complejidad de enfermería (**ComP**), frecuencia de visita de enfermería (**FVE**) y médico (**FVM**), porcentaje de retorno al hospital (**% Retor**) y porcentaje de mortalidad en HAD (**%Mort**). Se puede presentar esta información con frecuencia trimestral o anual en una tabla como la que se muestra a continuación.

Por su singularidad, los episodios correspondientes a las modalidades "Hospital de Día a Domicilio" y "Consulta o Valoración a Domicilio" se informan agrupados en la categoría "Intervención puntual", separando estos episodios, para así dar información diferenciada por grupos clínicos sólo referida a episodios de HAD de acortamiento de ingreso (HAD de continuación) y de evitación de ingreso (HAD de inicio).

Indicadores por GRUPOS.	N	Est m	Comp E	FVE	FVM	%Retor	%Mort
Enf.Aguda (pac sin Enf.Crón) de URG.							
Enf.Aguda (pac sin Enf.Crón) NO URG							
Enf.Aguda en pac con Enf Crónica.							
E.Aguda en pac Onco-Hemat. en tto							
Enf.Crón. Avanzada							
Cuidados Paliativos E.Onco-Hemat							
Postquirúrgico simple							
Postquir complic / curas complejas							
Nutrición parenteral							
Control Postrasplante Hepático							
Intervención puntual							

3.2. Indicadores de plantilla y prestaciones

La dotación de personal varía de unas unidades a otras y en una misma unidad a lo largo del tiempo. Es útil presentar indicadores que reflejen estas diferencias

29. HORAS DE SERVICIO EN EL PERÍODO

- Informa del número de horas que la Unidad ha dado servicio a lo largo del período con la plantilla propia. Si son 24 h/día y 7 días/semana, en un mes de 31 días el indicador tendrá valor = 744. Si trabaja de 8 a 21 h, 7 d/semana, el indicador tendrá valor = 403. Si trabaja de 8 a 15 h, de lunes a viernes el indicador valdrá alrededor = 155.
- **Carácter**: Numérico.

30. NÚMERO DE MÉDICOS EFECTIVOS EN LABORABLE

- Informa del número de médicos de plantilla (no MIR) que han trabajado en los días laborables del período de modo efectivo, es decir descontados los ausentes por calendario, libranzas, enfermedad, vacaciones u otras licencias. Se ofrece como indicador la media aritmética de los días laborables del período.
- **Carácter**: Numérico.

31. NÚMERO DE ENFERMERAS/OS EFECTIVOS EN LABORABLE

- Informa del número de enfermeras/os que han trabajado en los días laborables del período de modo efectivo, es decir descontados los ausentes por calendario, libranzas, enfermedad, vacaciones u otras licencias. Se ofrece como indicador la media aritmética de los días laborables del período.
- **Carácter**: Numérico.

3.3. Indicadores de calidad

32. SATISFACCIÓN DE USUARIOS

- Datos tomados de las encuestas de satisfacción que realizan periódicamente los Servicios Autonómicos de Salud, que pueden tener contenidos diferentes. Se puede tomar como indicador el % de pacientes que se mostró satisfecho o muy satisfecho globalmente por la atención recibida por HAD.
- **Carácter**: Porcentaje único.

33. AGRADECIMIENTOS

- Número de agradecimientos públicos de usuarios o familiares por la atención recibida en HAD y recogidos en escritos en prensa o remitidos a la Organización Sanitaria, recibidos en el período analizado.
- **Carácter**: Numérico.

34. QUEJAS

- Número de quejas y reclamaciones de usuarios o familiares por la atención recibida en HAD expresadas por esos mismos cauces, recibidas en el período analizado.
- **Carácter**: Numérico.

35. INCIDENTES DE SEGURIDAD

- Número de incidentes de seguridad registrados y notificados al sistema de notificación de incidentes de seguridad de pacientes durante el período.
- **Carácter**: Numérico.

36. INFORMES DE ALTA EN DÍA

- Porcentaje de altas (excluidos los fallecidos) a las que se entregó informe definitivo médico y de enfermería el mismo día del alta. (Se debe registrar el hecho en el formulario del episodio al alta).
- **Carácter**: Porcentual.

37. SESIONES Y REUNIONES

- Número de reuniones de trabajo realizadas en el período analizado, sumando Reuniones de equipo, Sesiones clínicas propias y reuniones con otros servicios.
- **Carácter**: Numérico.

3.4. Indicadores de investigación y docencia

38. PERSONAL EN FORMACIÓN

- Número de personas (MIR, EIR, Enfermeras/os en reciclaje, Estudiantes) que han INICIADO rotación formativa en el período analizado.
- **Carácter**: Numérico.

39. SATISFACCIÓN DEL PERSONAL EN FORMACIÓN

- Porcentaje de personas en formación (MIR, EIR, Enfermeras/os en reciclaje, Estudiantes) que señalan como "Satisfactoria" o "Muy satisfactoria" la formación recibida durante la rotación en HAD.

40. PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

- Número de comunicaciones a congresos o publicaciones realizadas durante el período analizado.

3.5. Indicadores económicos

41. GASTO EN PERSONAL

- Información aportada por la Dirección Económico-Financiera de la Organización Sanitaria. Suma de todos los gastos en retribuciones del personal en plantilla (excluido el personal en formación, rotación o reciclaje) durante el período analizado.
- **Carácter**: Numérico.

42. GASTO EN FARMACIA

- Información aportada por la Dirección Económico-Financiera de la Organización Sanitaria. Suma de todos los gastos en medicamentos suministrados y/o facturados desde el Servicio de Farmacia Hospitalaria, durante el período analizado.
- **Carácter**: Numérico.

43. GASTO EN CONSUMIBLES

- Información aportada por la Dirección Económico-Financiera de la Organización Sanitaria. Suma de todos los gastos en material sanitario (excluidos medicamentos) y no sanitario (papelería) suministrados y/o facturados desde la central de compras correspondiente, durante el período analizado.
- **Carácter**: Numérico.

44. COSTE MEDIO POR ESTANCIA

- Resultado de dividir la suma de los tres gastos anteriores en el período analizado entre el número de estancias en el mismo periodo.
- **Carácter**: Numérico.

4. Acción clave 2: cuadro de mando

Cuadro de Mando Integral es una tabla que muestra el valor de los indicadores a lo largo de un periodo de tiempo determinado: un mes, un trimestre y/o un año. Si la tabla contiene los valores correspondientes a diferentes períodos correlativos, permite apreciar la evolución temporal de los mismos y la comparación entre unos períodos y otros.

En la siguiente página, en una sola página, se recogen presentados en una única tabla a modo de cuadro de mando, los principales indicadores que permiten hacerse una idea de cuál ha sido la actividad en diferentes aspectos de una Unidad de Hospitalización a Domicilio en un determinado período de tiempo:

- Valoraciones de posibles candidatos a ser atendidos
- Casos atendidos: número, características y resultado de la asistencia
- Plantilla efectiva y visitas realizadas
- Calidad y docencia
- Indicadores de gasto económico

De especial interés es presentar el valor de algunos indicadores en los diferentes grupos clínicos, siempre referidos a episodios de acortamiento o evitación de la hospitalización convencional, es decir, dejando en un grupo propio y separado los episodios de modalidad H de Día o valoraciones puntuales en el domicilio, que quedan englobados en el grupo "Intervención puntual".

2	Procedentes de Hospitalización			
	Procedentes de consultas			
	Procedentes de At Primaria			
	Procedentes de Residencias			
	Procedentes de Urgencias			
	Autoremitido desde HAD			
3	Proc de ONCOLOGÍA			
	Proc de MEDICINA iNTERNA			
	Proc de C.VASCULAR			
4	RESULTADO			
	Aceptada para unidad propia			
	Aceptada para otra unidad			
	Rechazada			
5	MOTIVO DE RECHAZO			
	Complejidad insuficiente			
	Complej excesiva, pte explor, FALLEC			
	Soporte social insuficiente			
	Fuera de área de cobertura			
	Negativa de paciente o familia			
	Saturación de la unidad			
	Carencia de recursos materiales			
6	Media visitas E+M por valoración			
7	Días desde solicitud hasta resolución			
8	Estancia hospitalaria previa a solicit			

	EPISODIOS DE HAD	AÑO - mes	AÑO - mes	AÑO - mes
9	ALTAS TOTALES			
10	% EN ALTAS DEL HOSPITAL			
11	% ALTAS POR FALLECIMIENTO			
12	% ALTAS POR RETORNO A HOSPITAL			
13	ESTANCIA MEDIA (de las altas)			
14	PACIENTES DIARIOS (% OCUPACIÓN)			
15	% en Nº PACIENTES EN HOSPITAL			
16	% de MUJERES			
17	EDAD MEDIA			
18	Media de KM A BASE			
19	HAD de acortamiento ingreso			
	HAD de evitación de ingreso.			
	H de Día a Domicilio.			
	Valoración puntual o cta a D			
20	Puntuación complejidad enfermería			

	ACTIVIDAD Y PLANTILLA	AÑO - mes	AÑO - mes	AÑO - mes
21	VISITAS ENF. PROGR. Lab+Fest			
22	VISITAS ENF. URG. Lab+Fest			
23	VISITAS MÉDICO PROGR. Lab + fest			
24	VISITAS MÉDICO URG. Lab+fest			
25	CONSULTAS NO PRESENCIALES			
26	FREC VISITA ENFERMERÍA lab / fest			
27	FREC VISITA MÉDICO Lab / fest			
28	FREC CNP			

	ACTIVIDAD Y PLANTILLA	AÑO - mes	AÑO - mes	AÑO - mes
29	HORAS DE SERVICIO EN PERIODO			
30	MÉDICOS EFECTIVOS EN LABORABLE			
31	ENFERMERA/OS EF. EN LABORABLE			

	CALIDAD – DOCENCIA-	AÑO - mes	AÑO - mes	AÑO - mes
32	% PAC. SATISFECHOS O MUY SAT			
33	Nº AGRADECIMIENTOS			
34	Nº QUEJAS			
35	Nº INCIDENTES SEGURIDAD			
36	Nº INFORMES DE ALTA ATRASADOS			
37	Nº REUNIONES INTRAINTER EQUIPO			
38	Nº PERSONAS INICIAN FORMACION			
39	% FORMANDOS SATISFECHOS			
40	Nº PUBLIC O COMUNICACIONES			

	ECONÓMICOS	AÑO - mes	AÑO - mes	AÑO - mes
41	GASTO EN PERSONAL			
42	GASTO EN FARMACIA			
43	GASTO EN CONSUMIBLES			
44	COSTE ESTANCIA			

Ind. por GRUPOS. Trimestre	N	Est m	Compl	FVE	FVM	%Retor	%Mort
Enf. Aguda de Urgencias.							
Enf.Aguda NO de Urgencias							
Enf.Ag en pac con Enf Crónica							
E.A. pac. Onco-Hematológico							
Enf.Crón. Avanzada							
C. Paliativos E.Onco-Hematológ							
Postquirúrgico simple							
Postquir complic/curas complejas							
Control Postrasplante Hepático							
Intervención puntual							

5. Acción clave 3: banco de datos multicéntrico

Muchos de los indicadores definidos en los capítulos anteriores hacen referencia a características de los episodios asistenciales, que deben ser por ello registradas en todos los episodios. El conjunto de estas características registradas de cada episodio constituye una "ficha de episodio" o conjunto de datos del episodio. Además de algunos campos de este formulario que son necesarios para confeccionar los indicadores de actividad, será necesario registrar otros serán necesarios para llevar un "libro de registro" de los pacientes atendidos. Otros pueden hacer referencia a datos de contacto de los pacientes, como domicilio y teléfonos, y utilizarse para confeccionar los listados de trabajo diarios. Algunos campos de este formulario, como son datos personales y de contacto de los pacientes, son de uso exclusivo del equipo que atiende al paciente. Sin embargo, otros que hacen referencia **de forma anónima** a la asistencia prestada, sería ventajoso que fueran registrados de forma homogénea por todas las Unidades de HAD.

De hecho esta es una exigencia del Sistema Nacional de Salud, articulada en el **Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada**. El RD define la HAD como una entre seis modalidades de contacto o asistencia sanitaria. También impone la obligación a los diferentes servicios de salud de registrar, para cada episodio de asistencia en la modalidad de Hospitalización a Domicilio, un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) que toma como base el definido inicialmente en 1987 por el Consejo Interterritorial del SNS como un núcleo de información mínima y común sobre los episodios de hospitalización, como base para la gestión, la planificación y la evaluación de los cuidados y servicios sanitarios así como para la investigación epidemiológica y clínica. A aquel CMBD se le han ido añadiendo posteriormente nuevos campos. La obligación es efectiva partir del 1 de Enero de 2018 para los hospitales públicos de clase C 1.1 y C 1.2. (Hospitales de agudos). El R D 69/2015 enumera y explica 31 variables de que consta el actual CMBD. (Algunas de ellas, que se marcan en letra negrita, ya forman parte de la ficha de paciente que se utiliza en algunas Unidades de HAD. Las restantes las añadirán las unidades de codificación de los hospitales):

La propuesta del Grupo de Trabajo es definir el "formulario de episodio" completo, que incluirá además de las variables requeridas en el CMBD del SNS, otras que tienen otras utilidades, como son:

- Confeccionar listados de trabajo diario (datos confidenciales).
- Confeccionar los indicadores.

- Proponer un registro homogéneo de otros datos de utilidad en las U HAD.
- Compartir información con otras U HAD.

El actual CMBD según el R D 69/2015.

1. Tipo de código de Identificación Personal. 2. **Código de Identificación Personal.** 3. **Número de historia clínica.** 4. **Fecha de nacimiento.** 5. **Sexo**. 6. País de nacimiento. 7. Código postal del domicilio habitual del paciente. 8. **Municipio del domicilio habitual del paciente**. 9. Régimen de financiación. 10. **Fecha** y hora **de inicio de la atención**. 11. Fecha y hora de la orden de ingreso. 12. Tipo de contacto: **en nuestro caso HAD**. 13. Tipo de visita: se refiere sólo a H d Día. 14. **Procedencia**. 15. Circunstancias de la atención: programada o no. 16. **Servicio responsable de la atención**: caso HAD.	17. **Fecha** y hora **de finalización de la atención**. 18. **Tipo de alta**. 19. **Dispositivo de continuidad asistencial**: en nuestro caso combinada con la anterior. 20. Fecha y hora de intervención. 21. Ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos. 22. Días de estancia en Unidad de Cuidados Intensivos. 23. **Diagnóstico principal**. 24. Marcador POA1 del diagnóstico principal. 25. **Diagnósticos secundarios.** 26. Marcador POA2 de los diagnósticos secundarios. 27. **Procedimientos realizados en el centro**. 28. Procedimientos realizados en otros centros. 29. Códigos de morfología de las neoplasias. 30. Centro sanitario. 31. Comunidad autónoma del centro sanitario.

En letra negrita se remarcan las variables que ya forman parte de la ficha de paciente que utilizamos en muchas Unidades de HAD. Las restantes las añadirán las unidades de codificación de los hospitales.

En la página siguiente se presenta la propuesta de CMBD o FICHA DE EPISODIO, con los datos que se considera de interés registrar en todos y cada solicitud valorada y/o episodio atendido.

FICHA DE EPISODIO

HOSPITAL	
IDENTIFICACIÓN	
APELLIDO 1	
APELLIDO 2	
NOMBRE	
FECHA NACIM	
SEXO	

DIRECCIÓN	
MUNICIPIO	
TELÉFONO1	
TELÉFONO2	
DISTANCIA A BASE	
ZONA	

CUIDADOR PRINCIPAL	NECESITA Y TIENE NECESITA Y NO TIENE NO NECESITA
INSTITUCIONALIZADO?	
BARTHEL	
CHARLSON	
BRADEN	

FECHA SOLICITUD	
NIVEL PROCEDENCIA	HOSPITALIZACIÓN URGENCIAS CONSULTAS ATENCIÓN PRIMARIA RESIDENCIAS H a D
SERVICIO PROCED	
ESTANCIA HOSPITAL	
VISITAS VALORACIÓN	

FECHA INGRESO HAD	
MODALIDAD HAD	ACORTAMIENTO INGRESO EVITACIÓN INGRESO H DE DÍA CONSULTA A DOMICILIO
MÉDICO	
GRUPO CLÍNICO	
COMPLEJIDAD DE ENFERMERÍA	
DIAGNÓSTICO TEXTO	
DIAGNÓSTICO 1 (CIE10)	
DIAGNÓSTICO 2 (CIE 10)	
DIAGNÓSTICO 3 (CIE 10)	

FECHA RESOLUCIÓN	
RESULTADO VALORACIÓN	ACEPTADA PARA HAD PROPIA ACEPTADA PARA OTRA HAD RECHAZADA
MOTIVO RECHAZO	COMPLEJIDAD INSUFICIENTE COMPLEJIDAD EXCESIVA SOPORTE SOCIAL INSUFICIENTE FUERA ÁREA DE COBERTURA NEGATIVA PACENTE-FAMILIA SATURACIÓN UNIDAD HAD FALTA DE MATERIAL

FECHA ALTA HAD	
DESTINO AL ALTA	ÁTENCIÓN PRIMARIA CONSULTA ESPECIALIDAD FALLECIDO RETORNO A HOSPITAL DE AGUDOS TRASLADO A HOSPITAL CRÓNICOS ALTA VOLUNTARIA
MOTIVO RETOTRNO AL HOSPITAL	PROGRAMADO DETERIORO CLÍNICO RELACIONADO DETERIORO CLÍNICO NO RELACIONADO INSUFICIENTE SOPORTE FAMILIAR PETICIÓN FAMILIAR
INFORMES EN DÍA	

VISITAS DE ENFERMERÍA	
MINUTOS DE ENFERMERÍA	
VISITAS DE MÉDICO	
MINUTOS DE MÉDICO	
Nº ECG	

Nº MUESTRAS LAB	
Nº EXPPLORAC IMAGEN	
Nº PARACENTESIS	
Nº HEMODERIVADOS EN DOMICILIO	
Nº HEMODERIVADOS EN HdD	

6. Origen de los datos

Los datos incorporados en los indicadores deben idealmente formar parte del conjunto de datos que maneja el Sistema de Información Sanitaria (SIS) del centro hospitalario al que pertenece la Unidad de HAD, para que su registro y explotación sean automáticos. Cada Unidad de HAD debe solicitar a su correspondiente SIS la inclusión de estos datos en el conjunto de datos que explotan de forma habitual. Cuando esto no sea así, los datos que no sean registrados y explotados por el SIS se registrarán y explotarán en cada Unidad.

Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio

Plan Estratégico HAD2020