

**MEMORIA  
INDICADORES GESTIÓN  
DE LA  
UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO  
CORRESPONDIENTE AL PERIODO 1 DE ENERO  
A 31 DE DICIEMBRE DE 2012**



**CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO  
VALENCIA  
(C.H.G.U.V.)**

**SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA DEL  
MEDITERRÁNEO  
(S.H.D.M.)**

## Índice

1.	RESUMEN NIVEL DE CONSECUCCIÓN INDICADORES PARA EL PERIODO DE 12 MESES TERMINADO EL 31 DE DICIEMBRE DE 2012 .....	1
2.	ANÁLISIS INDIVIDUAL DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN .....	2
3.	OTRAS ACTIVIDADES RELEVANTES REALIZADAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO .....	26
A.	Desarrollo y consolidación de la Unidad de Hospitalización a Domicilio-Salud Mental... 26	
B.	Desarrollo de Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos en el núcleo urbano de la población de Montserrat, conjuntamente con el equipo de Atención Primaria del municipio. ....	26
C.	Listado general de actividades presentado a la Agencia Valenciana de Salud .....	26
4.	RETRIBUCIÓN VARIABLE CORRESPONDIENTE AL CONTRATO DE GESTIÓN .....	30
5.	ANEXOS .....	31
Anexo I.	LISTADO DE PACIENTES IDENTIFICADOS EN LA UHD CON EL CODIGO v66.7 DE PALIATIVOS, CON LA PROCEDENCIA DE LOS MISMOS.....	31
Anexo II.	LISTADO RESUMEN ACTIVIDAD UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO SALUD MENTAL. ....	33

## 1. RESUMEN NIVEL DE CONSECUCCIÓN INDICADORES PARA EL PERIODO DE 12 MESES TERMINADO EL 31 DE DICIEMBRE DE 2012

A continuación se resume el nivel de consecución para cada uno de los indicadores establecidos para el periodo de 12 meses terminado el 31 de diciembre de 2012.

DIMENSION	Nº INDIC.	DESCRIPCIÓN INDICADOR	PESO INICIAL	OBJETIVO	SITUACION	% CUMPLIM.	PUNTOS
Actividad y Rendimiento	1	Tasa de hospitalización a Domicilio	8	0,48%	0,56%	116,67%	8,00
	2	Índice de ocupación	10	95%	103,59%	>100%	10,00
	3	% Ocupación en pico máximo	2	110%	135,71%	>100%	2,00
	4	Control farmacéutico REFAR	6			100,00%	6,00
	5	Codificación diagnóstico paliativos 66.7	1	2,44%	1	100,00%	1,00
Orientación al Ciudadano y satisfacción	6	Ausencia de reclamaciones de trato	1	0	0	100,00%	1,00
	7	Cuidadores principales con intervención grupal / AP	5	4 grupos	4 grupos	100,00%	5,00
Accesibilidad	8	Iniciativas con telemedicina	6	1 acción	1 acción	100,00%	6,00
	9	Vías clínicas pacientes quirúrgicos	7	3	3	100,00%	7,00
Seguridad del paciente. Sucesos adversos	10	Tasa de reingresos por EPOC	6	< Tasa	Conseguido	100,00%	6,00
	11	Implantación del protocolo de higiene de manos	2	100%	100%	100,00%	2,00
	12	Aplicación de la evaluación de riesgo en UPP	2	100%	100%	100,00%	2,00
Implantación de vías y trayectorias	13	Implantación del Programa Salud Mental	8	1	1	100,00%	8,00
	14	Implantación del Programa de Cuidados Paliativos	8	1	1	100,00%	8,00
Publicaciones	15	Número de publicaciones en revistas y comunicaciones	2	4 (1 con AP)	5	100,00%	2,00
	16	Publicaciones registradas en Misabio	3	6%	Conseguido	100%	3,00
Continuidad asistencial	17	Implantación de vías clínicas específicas UHD-AP	5	20	20	100%	5,00
	18	Número de pacientes en Gestión de casos	5	Aumentar %	19,56%	>100%	5,00
	19	Número de personal de enfermería en Gestión de casos	5	100,00%	100,00%	100,00%	5,00
	20	Total de sesiones clínicas con AP	4	20	20	100%	4,00
	21	Tasa de pacientes con informe de continuidad y cuidados de enfermería. Incluir programa de vacunación de gripe en pacientes EPOC	4	100,00%	100,00%	100,00%	4,00
			100				100,00

## 2. ANÁLISIS INDIVIDUAL DE LOS INDICADORES DE GESTIÓN

A continuación presentamos cada uno de los indicadores de gestión especificados en el Anexo al Contrato de Gestión señalando la descripción de los mismos, el módulo de cálculo, el objetivo establecido y el nivel de consecución realizado.

Indicador 1:		
<i>Tasa de hospitalización a domicilio</i>		
Nombre corto	<i>Tasa UHD</i>	
Objetivo	<i>Incrementar la actividad de hospitalización a domicilio respecto a la hospitalización tradicional.</i>	
Sentido	<i>Maximizar</i>	
Fuente	<i>Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de protocolización e integración asistencial.</i>	
Tipo	<i>Actividad y rendimiento</i>	
<i>Tasa de pacientes atendidos en hospitalización a domicilio por la población del departamento.</i>		
Peso	Objetivo	Situación
8	0,48%	0,56%
<b>Interpretación</b>		
<i>Aumentar el número de pacientes nuevos atendidos por la UHD dentro del Departamento.</i>		
<b>Desarrollo indicador</b>		
<p>Atendiendo a la formulación propuesta por al AVS, la UHD no sólo ha conseguido la meta del indicador, sino que la ha superado en 0,8 puntos. Esto se traduce no sólo en el aumento del número de pacientes atendidos que han recibido el alta, sino en la complejidad dado que se han dado más altas por función médica.</p> <p><b>El objetivo del indicador se ha cumplido.</b></p>		

<b>Indicador 2: Índice de ocupación</b>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Ocupación UHD</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>Mantener una ocupación alta de las camas de la UHD.</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>UHD-SHDM</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Actividad y rendimiento</i>	
<i>Promedio de pacientes atendidos en el periodo de estudio, del total de pacientes potenciales asignados.</i>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
10	95%	103,59%
<b>Interpretación</b>		
Mantener el mayor número de camas virtuales de la UHD ocupadas con pacientes derivados de la hospitalización convencional.		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>El resultado final del indicador es de una media de % de ocupación de la UHD, lo que no sólo supone que se ha <b>cumplido el objetivo del indicador</b>, sino que se ha <b>superado el objetivo</b>.</p> <p>En este periodo se han realizado todos los ajustes contemplados y derivados del año anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ajuste de número de camas por médicos UHD</li> <li>- ajuste de camas en período de vacaciones</li> <li>- se ha computado el número de estancias mensuales</li> </ul>		

<b>Indicador 3:</b> <i>% de ocupación alcanzado en pico máximo</i>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Pico máximo ocupación</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>Aumentar la capacidad de atención de la UHD en función de las necesidades hospitalarias.</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>UHD-SHDM</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Actividad y rendimiento</i>	
<i>Porcentaje de capacidad superior al 100% de número de pacientes que pueden ser atendidos por la UHD en un día.</i>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
2	110%	135,71%
<b>Interpretación</b>		
<i>Poder aumentar en función de las necesidades de hospitalización convencional y de los circuitos asistenciales del departamento el número de pacientes atendidos por parte de la UHD.</i>		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>El análisis de la ocupación de la UHD nos ofrece diferentes picos máximos a lo largo de todos los meses del 2013; es decir, en todos los meses del año en algún día, la UHD ha tenido una ocupación superior al 110%.</p> <p>El pico máximo anual lo encontramos el <b>25 de abril</b>, donde la ocupación fue de <b>135,71%</b>, que en número significa <b>76 pacientes activos</b> en ese día. Se ha superado por tanto en 25,71 puntos el objetivo del indicador, por lo que podemos concluir que no sólo se ha alcanzado la meta del indicador sino que se ha superado.</p>		

<b>Indicador 4:</b> <b>Control farmacéutico: REFAR</b>		
<b>Nombre corto</b>	<b>Control Farmacia: REFAR EA</b>	
<b>Objetivo</b>	<b>Identificar pacientes de UHD con criterios para inclusión en programa REFAR EA por APS.</b>	
<b>Sentido</b>	<b>Aumentar</b>	
<b>Fuente</b>	<b>GAIA</b>	
<b>Tipo</b>	<b>Actividad y rendimiento</b>	
<b>Participar en el sistema REFAR implantado desde AVS.</b>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
6		<b>Conseguido</b>
<b>Interpretación</b>		
<p><i>El profesional de UHD, médico y/o enfermero, en la primera visita realizarán revisión del tratamiento identificando:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>polimedicación (5 o más)</i></li> <li>- <i>adherencia y cumplimiento</i></li> </ul> <p><i>En el momento en el que se identifique un paciente se reflejará en el apartado correspondiente de Abucasis para que el médico de Atención Primaria pueda realizar el seguimiento adecuado.</i></p>		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>La articulación del indicador sufrió modificaciones en los primeros meses del año, siendo que finalmente se definió la participación de la UHD en este indicador de gestión de la AVS.</p> <p>Junto con Dña Inma Saez, responsable de Farmacia con Atención Primaria, se definió un documento bimestral que englobaría por Centros de Salud del Departamento los pacientes incluidos en Gestión de Casos de UHD para que se remitieran a Atención Primaria.</p> <p>Cada médico o enfermero que visita a un paciente de la UHD, ya sea ingresado o en Gestión de Casos, realiza el procedimiento REFAR, que supone evitar duplicidades y asegurar el seguimiento. De esta manera se comunica a AP.</p> <p>Se ha realizado en el 100% de los pacientes, por lo que se ha alcanzado el objetivo del indicador.</p>		

<b>Indicador 5:</b> <i>Codificación diagnóstico de paliativos</i>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Diagnóstico Paliativos</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>Codificar mediante el V66.7 a los pacientes paliativos atendidos en la UHD.</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>UHD</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Actividad y rendimiento</i>	
<i>La identificación y localización del paciente paliativo no debe limitarse a la actividad intrahospitalaria, sino que debe estar en el circuito de información clínica del paciente.</i>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
1	2,44%	<b>Conseguido</b>
<b>Interpretación</b>		
Utilización del código V66.7 en historias clínicas de UHD, Abucasis, etc.		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>Desde la UHD se ha empleado el código V66.7 tanto en la información que incluye cualquier episodio que se cierra, ya sea para pasar a Gestión de Casos ya sea por alta/exitus; este código aparece tanto en PANGEA como en Abucasis, favoreciendo el acceso a los cuidados paliativos del paciente y su familia.</p> <p>Así pues, la UHD ha mantenido el nivel de consecución del objetivo del indicador en el 100%.</p> <p>Hay que añadir que si bien la codificación del indicador siempre ha hecho referencia a la parte hospitalaria, teniendo en cuenta que se vuelca información en Abucasis que se explota en el indicador referente a la codificación ambulatoria, se aporta la información separada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (764.01) Codificación en hospitalización del código V66.7 (paciente paliativo).</li> <li>- (806.01) Codificación en atención ambulatoria del código V66.7 (paciente paliativo).</li> </ul> <p>En el <b>Anexo I</b> incluimos listado de pacientes identificados en la UHD con el código v66.7 de paliativos con la procedencia de los mismos.</p> <p>Por tanto, en la actualidad, el 100% de los pacientes paliativos están identificados con el código V66.7, por lo que es un <b>indicador cumplido</b>.</p>		



<b>Indicador 6:</b> <i>Ausencia de reclamaciones de trato</i>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Ausencia trato</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>Atender el 100% de las demandas de asistencia por parte de la UHD, ya sea para valoración y/o tratamiento.</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Minimizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>UHD – SAIP</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Orientación al ciudadano y satisfacción</i>	
<i>La ausencia de trato se define como la no atención por parte de la UHD. No implica la exclusión por falta de criterios.</i>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Interpretación</b>		
<i>Identificar faltas en los canales de comunicación propios de la actividad hospitalaria.</i>		
<b>Justificación</b>		
<p>En todo el año 2012 no hemos recibido ninguna reclamación por ausencia de trato en la UHD, por lo que el <b>indicador cumple el objetivo marcado</b>.</p> <p>Una de las prioridades por parte de la UHD en las valoraciones de propuesta de ingreso es que sean respondidas en las siguientes 24 horas a su recepción, escribiendo siempre en dicha interconsulta o en las hojas de evolución de la historia clínica del paciente cualquier decisión que afecte al ingreso, ya sea la fecha del mismo, o una demora, en cuyo caso se anota el motivo de dicha demora. Esta información se traslada siempre al paciente y familiares, por lo que se ha creado así un canal en el que se maneja acertadamente la comunicación.</p> <p>Por otro lado, toda propuesta de ingreso que llega a la UHD, ya sea de hospitalización o de Atención Primaria, es valorada, aunque a priori, ya sea por una información insuficiente en la petición de consulta, o por la información que se pueda objetivar en la historia clínica electrónica. En el caso de que no tenga criterios se explica tanto al paciente, como a su familia como a los profesionales mediante hoja de interconsulta y/o informe de alta correspondiente si procede de Atención Primaria.</p>		

<b>Indicador 7:</b>		
<i>Total de cuidadores principales con intervención grupal / AP</i>		
Nombre corto	<i>Intervención grupal AP</i>	
Objetivo	<i>Introducir prácticas de promoción de la salud en cuidadores principales a través de dinámicas de grupos en los Centros de Salud correspondientes.</i>	
Sentido	<i>Maximizar</i>	
Fuente	<i>UHD – Centros de Salud</i>	
Tipo	<i>Orientación al ciudadano y satisfacción</i>	
<i>Intervención grupal para la promoción de la salud y prevención.</i>		
Peso	Objetivo	Situación
5	4 grupos	4 grupos
<b>Interpretación</b>		
<i>Elaboración de actividades docentes en centros de salud del Departamento con cuidadores principales de pacientes que estén o hayan estado en la UHD; también aquellos con patologías que puedan ser subsidiarias en un momento dado de la atención de la domiciliaria.</i>		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>Los 4 grupos que se han realizado con el personal de enfermería de 4 centros de salud para el trabajo sobre el cuidador de pacientes crónicos han sido:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nápoles y Sicilia (26-4-12)</li> <li>2. San Isidro (7-5-12)</li> <li>3. Xirivella (8-5-12)</li> <li>4. Picaña (24-5-12)</li> </ol> <p>Se puede considerar por lo tanto que se ha alcanzado el objetivo del indicador.</p>		

<b>Indicador 8:</b> <i>Iniciativas con telemedicina</i>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Telemedicina</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>Iniciar proyecto de telemedicina en población que actualmente no es atendida por la UHD.</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>UHD</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Accesibilidad</i>	
<i>El alcance a poblaciones rurales o lejanas que no cuentan con la atención de la UHD puede llevarse a cabo con determinadas patologías y mediante telemedicina.</i>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
6	1 acción	1 acción
<b>Interpretación</b>		
<i>Desarrollo del proyecto de Telemedicina atendiendo a procedimientos, eficacia/eficiencia y satisfacción del uso.</i>		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>El inicio de la actividad se demoró puesto que no se terminó de adecuar el sistema de telecomunicación por parte de Informática hasta septiembre de 2012. Se programó la primera conexión con el médico de Dos Aguas y Millares, y con el médico de la UHD el 31 de octubre. Desde entonces, a excepción de los festivos y vacaciones, se ha mantenido conexión cada miércoles. En las conexiones que no ha habido paciente concreto que tratar se han trabajado contenidos en un formato de sesión clínica.</p> <p>Por otro lado, se ha intervenido en concreto en pacientes EPOC reagudizados reingresadores frecuentes en el hospital, pudiendo manejarlos en su domicilio y evitando un ingreso.</p> <p>Teniendo en cuenta estos resultados, se considera que el <b>objetivo ha sido conseguido.</b></p>		

<b>Indicador 9:</b> <i>Incremento 10% relación pacientes médico / pacientes quirúrgicos</i>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Paciente Médico / Quirur</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>Aumentar la proporción de paciente médico/quirúrgico</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>UHD</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Accesibilidad</i>	
<i>Diversificar la accesibilidad de los servicios del Consorcio, por lo que, independientemente de la función por la que salgan, aumente el número de pacientes quirúrgicos.</i>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
7	3	3
<b>Interpretación</b>		
<i>Desarrollar con 3 servicios quirúrgicos del Departamento 3 vías clínicas para que se articule un itinerario de cuidados hospitalarios desde el Hospital hasta el domicilio.</i>		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se han elaborado tres vías con servicios quirúrgicos:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. <b>Vía Clínica con Unidad de Úlceras:</b> que incluye cualquier servicio del hospital que tenga un paciente con Úlcera grado IV que esté controlado por esta unidad. Además, se amplía a pacientes que acuden a curas frecuentes a la Unidad que son encamados.</li> <li>b. <b>Vía Clínica con Cirugía Vascul:</b> se ha protocolizado vía clínica de pie diabético no sólo desde sala de hospitalización sino desde CCEE.</li> <li>c. <b>Vía Clínica con Cirugía Cardíaca:</b> Dentro del desarrollo de esta Vía está previsto el ampliar el circuito con Atención Primaria.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>El objetivo del indicador ha sido alcanzado.</b></p>		

<b>Indicador 10:</b> <i>Tasa de Reingresos por EPOC</i>																																																																																			
<b>Nombre corto</b>	<i>Tasa Reingreso EPOC</i>																																																																																		
<b>Objetivo</b>	<i>Elaborar mecanismos de control de pacientes EPOC que reingresan frecuentemente.</i>																																																																																		
<b>Sentido</b>	<i>Minimizar</i>																																																																																		
<b>Fuente</b>	<i>UHD</i>																																																																																		
<b>Tipo</b>	<i>Seguridad del paciente. Sucesos Adversos</i>																																																																																		
<i>Elaboración de vía clínica específica para pacientes EPOC que implica a Atención Primaria.</i>																																																																																			
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>																																																																																		
<b>6</b>	<b>&lt; tasa</b>																																																																																		
<b>Situación</b>																																																																																			
<b>Conseguido</b>																																																																																			
<b>Interpretación</b>																																																																																			
<i>La implantación de una vía clínica específica se traduce en una mejor atención del paciente EPOC.</i>																																																																																			
<b>Desarrollo del indicador</b>																																																																																			
<p>Se han identificado los pacientes con diagnóstico de EPOC que desde la UHD se están controlando a través del programa de Gestión de Casos. Estos pacientes provienen tanto de la hospitalización convencional como de Atención Primaria.</p> <p>El control de estos pacientes a lo largo del tiempo ha permitido llevar a cabo una prevención de recaídas como atender reagudizaciones evitando un reingreso hospitalario.</p>																																																																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: left;">PACIENTES EPOC</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">En el mes</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Acumulado</th> <th rowspan="2" style="text-align: center;">INDICADOR</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">TRATADOS</th> <th style="text-align: center;">REINGRES</th> <th style="text-align: center;">TRATADOS</th> <th style="text-align: center;">REINGRES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>ENERO</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">5</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">0,00%</td></tr> <tr><td>FEBRERO</td><td style="text-align: center;">8</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">13</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">0,00%</td></tr> <tr><td>MARZO</td><td style="text-align: center;">6</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">19</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">0,00%</td></tr> <tr><td>ABRIL</td><td style="text-align: center;">10</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">29</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">0,00%</td></tr> <tr><td>MAYO</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">38</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">0,00%</td></tr> <tr><td>JUNIO</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">47</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">0,00%</td></tr> <tr><td>JULIO</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">56</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">0,00%</td></tr> <tr><td>AGOSTO</td><td style="text-align: center;">9</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">65</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">0,00%</td></tr> <tr><td>SEPTIEMBRE</td><td style="text-align: center;">11</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">76</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">0,00%</td></tr> <tr><td>OCTUBRE</td><td style="text-align: center;">12</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">88</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">0,00%</td></tr> <tr><td>NOVIEMBRE</td><td style="text-align: center;">7</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">95</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">0,00%</td></tr> <tr><td>DICIEMBRE</td><td style="text-align: center;">4</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">99</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">0,00%</td></tr> </tbody> </table>		PACIENTES EPOC	En el mes		Acumulado		INDICADOR	TRATADOS	REINGRES	TRATADOS	REINGRES	ENERO	5	0	5	0	0,00%	FEBRERO	8	0	13	0	0,00%	MARZO	6	0	19	0	0,00%	ABRIL	10	0	29	0	0,00%	MAYO	9	0	38	0	0,00%	JUNIO	9	0	47	0	0,00%	JULIO	9	0	56	0	0,00%	AGOSTO	9	0	65	0	0,00%	SEPTIEMBRE	11	0	76	0	0,00%	OCTUBRE	12	0	88	0	0,00%	NOVIEMBRE	7	0	95	0	0,00%	DICIEMBRE	4	0	99	0	0,00%
PACIENTES EPOC	En el mes		Acumulado		INDICADOR																																																																														
	TRATADOS	REINGRES	TRATADOS	REINGRES																																																																															
ENERO	5	0	5	0	0,00%																																																																														
FEBRERO	8	0	13	0	0,00%																																																																														
MARZO	6	0	19	0	0,00%																																																																														
ABRIL	10	0	29	0	0,00%																																																																														
MAYO	9	0	38	0	0,00%																																																																														
JUNIO	9	0	47	0	0,00%																																																																														
JULIO	9	0	56	0	0,00%																																																																														
AGOSTO	9	0	65	0	0,00%																																																																														
SEPTIEMBRE	11	0	76	0	0,00%																																																																														
OCTUBRE	12	0	88	0	0,00%																																																																														
NOVIEMBRE	7	0	95	0	0,00%																																																																														
DICIEMBRE	4	0	99	0	0,00%																																																																														
<p>La situación actual de estos pacientes EPOC es de 0 reingresos, lo que ha supuesto la consecución del indicador.</p>																																																																																			

<b>Indicador 11:</b> <i>Implantación del protocolo de higiene de manos</i>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Protocolo higiene de manos</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>Evaluar la realización correcta de actuaciones para generalizar las buenas prácticas de higiene de manos en los procesos hospitalarios.</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>Dirección General de Calidad y Atención al Paciente. Auditoria de prácticas seguras.</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Seguridad del paciente. Sucesos Adversos</i>	
<i>Indicador de cumplimiento de protocolo y las medidas de mejora de la higiene de manos en los centros. Obtenido mediante estudio muestral de las condiciones de realización de las medidas de mejora de la higiene de manos.</i>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
2	100%	100%
<b>Interpretación</b>		
<i>Adaptación del protocolo hospitalario a las condiciones de la UHD, aportando propuesta en Comité de Seguimiento e instaurando dicho protocolo.</i>		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>Se ha seguido el protocolo de higiene de manos elaborado en 2011 siguiendo las líneas de la Agencia Valenciana de Salud.</p> <p>Este protocolo incluye tanto los procedimientos de higiene específicos que el personal debe realizar ante el paciente como el material que en cada medio donde se realizan dichos procedimientos (domicilio, hospital e incluso coches de UHD) debe haber.</p> <p>La realización del mismo actualmente es del 100%, por lo que el indicador se ha conseguido.</p>		

<b>Indicador 12:</b> <i>Aplicación de la evaluación de riesgos en úlceras por presión</i>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Riesgo UPP</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>Normalizar la aplicación de escalas de valoración de riesgo de UPP en pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión.</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>Dirección General de Calidad y Atención al Paciente. Auditoria de prácticas seguras.</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Seguridad del paciente. Sucesos Adversos</i>	
<i>Pacientes hospitalizados a los que se ha aplicado una escala (Norton, Bramen, EMINA o cualquier otra escala estandarizada) de evaluación del riesgo de úlceras por presión. En los casos en los que se decide la no utilización de una escala formal, la constancia en el registro de al menos tres criterios de riesgo de los que aparecen en cualquiera de las tres escalas. En los pacientes sin ausencia de riesgo evidente, la simple constancia de la inexistencia de riesgo.</i>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
<b>2</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>Interpretación</b>		
<i>Identificación en hoja de ruta de la realización de la valoración, Constancia en hoja de cuidados de enfermería.</i>		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>El 100% de los pacientes que reciben atención por parte de la UHD cuenta con dicha evaluación que se vuelca cuando procede en el portal y en la historia clínica del paciente que hay en Abucasis. <b>El objetivo del indicador se ha conseguido.</b></p>		

<b>Indicador 13: Implantación de programa UHD-Salud Mental</b>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Vías Clínicas</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>Elaborar e implantar programa de hospitalización a domicilio de pacientes psiquiátricos.</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>UHD</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Implantación vías y trayectorias</i>	
<i>Elaborar e implantar proyecto de atención al paciente psiquiátrico en la UHD.</i>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Interpretación</b>		
<p><i>El desarrollo de la actividad de UHD-Salud Mental se organizará y articulará junto al Servicio de Psiquiatría, aportando ambos recursos humanos y necesarios con el fin de ejecutar la actividad.</i></p> <p><i>De esta manera el personal médico psiquiatra formará parte del Servicio de Psiquiatría, el psicólogo será el de la UHD, y en el caso de precisar asistencia de enfermería se contará con enfermera de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.</i></p> <p><i>En el caso de los medios como coche, teléfono y call center, será la UHD la responsable de facilitar la disponibilidad.</i></p>		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>En este año 2012 la UHD-Salud Mental ha ido consolidando su actividad, siendo que en el mes de septiembre el número de camas que corresponden por el ETC del psiquiatra David Villavicencio se ha cubierto y actualmente se encuentran todas ocupadas.</p> <p>La inclusión del paciente en la UHD-Salud Mental no solo se ha hecho desde la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica, sino que desde el Centro de Salud Mental se han asumido pacientes descompensados, llegando entonces a realizar una acción de estancia evitada.</p> <p>Datos de funcionamiento UHD-Salud Mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Número de pacientes atendidos en 2012: 22 pacientes / 24 episodios             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Destino al alta:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Centro de Salud Mental: 17 pacientes / 19 episodios</li> <li>- UHP (programado): 1</li> <li>- Ingresados a 31 de diciembre 2012: 4</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Número de estancias evitadas: 511             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Adaptación: 230 estancias evitadas</li> <li>b. Convalecencia: 128 estancias evitadas</li> <li>c. Médicas: 153 estancias evitadas</li> </ul> </li> </ul> <p>El resumen-listado de esta actividad se incluye en el Anexo II.</p> <p>Podemos decir por tanto que se ha alcanzado el objetivo del indicador.</p>		



Indicador 14: Implantación del programa de cuidados paliativos		
Nombre corto	Vías Clínicas	
Objetivo	1	
Sentido	Maximizar	
Fuente	UHD	
Tipo	Implantación vías y trayectorias	
Participar en la implantación y desarrollo el programa de cuidados paliativos de la AVS.		
Peso	Objetivo	Situación
8	1	1
Interpretación		
<p><i>Dentro del Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunitat Valenciana, la atención en domicilio es uno de los pilares donde se asegura la calidad asistencial. De esta manera, la UHD lleva desempeñando funciones dentro de los cuidados paliativos, que debe mantener, que debe integrar, coordinar y fomentar/potenciar con el resto del Departamento.</i></p> <p><i>Dentro de estas actividades se incluye:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Asistencia a pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos</i></li> <li>- <i>Participación en la Comisión de Cuidados Paliativos del Departamento.</i></li> <li>- <i>Participación en el Equipo de Soporte de Departamento de Cuidados Paliativos a través de las figuras profesionales de la UHD.</i></li> </ul>		
Desarrollo del indicador		
<p>La UHD sigue siendo un recurso referencial en los Cuidados Paliativos del Departamento. En este sentido ha mantenido su actividad en el tratamiento sintomático, identificando al paciente paliativo y desarrollando la filosofía de esta actividad que se detalla en el Plan Estratégico de Cuidados Paliativos de la Comunitat Valenciana.</p> <p>Entre las actividades en las que la UHD ha participado se encuentra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vías Clínicas con Atención Primaria (EPOC e ICC paliativos).</li> <li>- Participación en Comisión de Cuidados Paliativos del Departamento</li> <li>- Elaboración protocolos para el Departamento</li> <li>- Participación en formación de Cuidados Paliativos</li> <li>- Investigación en Cuidados Paliativos</li> <li>- Codificación V66.7 (ver Anexo I)</li> <li>- Participación en Comité de Bioética del Departamento</li> </ul> <p><b>Se ha alcanzado el objetivo del indicador.</b></p>		

<b>Indicador 15:</b> <i>Nº de publicaciones en revistas y comunicaciones</i>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Publicaciones y Comunicaciones</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>Realizar publicaciones y comunicaciones de trabajos científicos relacionados con la actividad diaria.</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>UHD</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Publicaciones</i>	
<i>La producción científica implica una excelencia profesional y una calidad asistencial demostrada dentro del conjunto departamental y sanitario en general.</i>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
2	<i>4 al menos 1 con AP</i>	5
<b>Interpretación</b>		
<i>Realización de comunicaciones para congresos además de publicaciones que estén relacionadas con la actividad asistencial de la UHD. Teniendo en cuenta la implantación de nuevas vías clínicas está relacionado con las publicaciones con AP.</i>		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>Se han elaborado 4 trabajos de investigación en la UHD, de los cuales 3 se han enviado a la revista Medicina Paliativa para su valoración y comunicación.</p> <p>Los títulos de estos trabajos enviados son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Enfoque multidisciplinar de los pacientes oncológicos en seguimiento por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.</i> Autores: Nieves M. Chanzá, Cristina Hernando, Gerardo Umazor, Virginia Palomar, Rosa Monfort, David Rudilla, Lola Peña, Almudena Ruiz, Ana Blasco, Carlos Camps. Publicado en Libro Electrónico 2º Simposio Nacional SEOM 2012</li> <li>- <i>Síndrome de Desmoralización en pacientes paliativos.</i> Autores: David Rudilla, Almudena Ruiz Sastre. Publicado en Libro Electrónico 2º Simposio Nacional SEOM 2012</li> <li>- <i>¿Qué es para ti el sufrimiento?.</i> Autores: David Rudilla y Almudena Ruiz. Publicado en Libro Electrónico 2º Simposio Nacional SEOM 2012. Presentado en noviembre para la publicación en la revista Psicooncología.</li> <li>- <i>Estudio de las micro-malas noticias: la comunicación diaria con pacientes paliativos en la UHD.</i> Autores: David Rudilla y Almudena Ruiz. Publicado en Libro Electrónico 2º Simposio Nacional SEOM 2012. Presentado en noviembre para la publicación en la revista Psicooncología.</li> <li>- <i>Actitud ante la muerte de los médicos de familia.</i> Autores: David Rudilla, Dra Almudena Ruiz, Dra Amparo Esteban. Pendiente de finalización para enviar a revista específica Atención Primaria.</li> </ul> <p><b>El objetivo del indicador se ha alcanzado y superado.</b></p>		

<b>Indicador 16:</b> <i>Publicaciones registradas en Misabio</i>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Publicaciones Misabio</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>El objetivo básico de su inclusión es favorecer el proceso de registro de publicaciones en el sistema de información MISABIO desarrollado por la Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria.</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>Dirección General de Ordenación, Evaluación e Investigación Sanitaria.</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Publicaciones</i>	
<i>El registro de las publicaciones que se lleven a cabo por parte de la UHD en el periodo en el sistema MISABIO.</i>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
3	6%	Conseguido
<b>Interpretación</b>		
<i>Se tienen en cuenta el número de publicaciones registradas en el sistema de información MISABIO que ha realizado la UHD.</i>		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>Al igual que en el año anterior, todos los profesionales de la UHD están inscritos como investigadores en MISABIO, estando pendiente del reporte que haga la Fundación del Consorcio Hospital General para contar el número de trabajos realizados por estos.</p> <p>Teniendo en cuenta que desde la UHD se siguen aportando trabajos de investigación para publicaciones que el indicador ha alcanzado el objetivo marcado.</p>		

Indicador 17: <i>Implantación de vías clínicas específicas UHD-AP</i>																																																		
Nombre corto	<i>Procedencia AP EPOC-ICC</i>																																																	
Objetivo	<i>Implantar vías clínicas de pacientes EPOC e ICC con todos los Centros de Salud del Departamento.</i>																																																	
Sentido	<i>Maximizar</i>																																																	
Fuente	<i>UHD</i>																																																	
Tipo	<i>Continuidad Asistencial</i>																																																	
<i>Mejorar los canales de comunicación con AP con el fin de establecer itinerarios más accesibles y con calidad para los pacientes. Accesibilidad de AP a la UHD.</i>																																																		
Peso	Objetivo	Situación																																																
5	20	20																																																
Interpretación																																																		
<i>Se decide desarrollar y extender la actividad de implantación de vías clínicas con todos los centros de salud del Departamento de pacientes:</i>																																																		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- EPOC</li> <li>- ICC</li> </ul>																																																		
<i><b>NOTA:</b> El concierto de sesiones con APS en otros años ha sido problemático por lo que consideraremos "implantadas" las vías en aquellos centros de Salud no respondan a 2 solicitudes para concretar el día de la presentación.</i>																																																		
Desarrollo del indicador																																																		
El contacto con los centros de salud ha sido bastante desigual, siendo que algunos no han respondido a los emails que se enviaron desde la UHD para concertar las sesiones.																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Vías clínicas UHD - AP</th> <th>Fecha</th> <th>Implantado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Fuensanta Epoc</td><td>ene-12</td><td>1</td></tr> <tr><td>Guillén de Castro ICC</td><td>feb-12</td><td>1</td></tr> <tr><td>Torrent EPOC - ICC</td><td>may-12</td><td>2</td></tr> <tr><td>Fuensanta ICC</td><td>may-12</td><td>1</td></tr> <tr><td>Xirivella EPOC-ICC</td><td>may-12</td><td>2</td></tr> <tr><td>Xirivella PEG</td><td>jun-12</td><td>1</td></tr> <tr><td>Paiporta</td><td>oct-12</td><td>1</td></tr> <tr><td>Torrente II</td><td>oct-12</td><td>1</td></tr> <tr><td>Paiporta</td><td>nov-12</td><td>1</td></tr> <tr><td>Torrente II</td><td>nov-12</td><td>1</td></tr> <tr><td>Gil i Morte</td><td>No responden</td><td>2</td></tr> <tr><td>Guillem de Castro EPOC</td><td>No responden</td><td>1</td></tr> <tr><td>Alacuás ICC-EPOC</td><td>No responden</td><td>2</td></tr> <tr><td>Nápoles i Sicilia ICC-EPOC</td><td>No responden</td><td>2</td></tr> <tr><td>Picaña ICC-EPOC</td><td>No responden</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>			Vías clínicas UHD - AP	Fecha	Implantado	Fuensanta Epoc	ene-12	1	Guillén de Castro ICC	feb-12	1	Torrent EPOC - ICC	may-12	2	Fuensanta ICC	may-12	1	Xirivella EPOC-ICC	may-12	2	Xirivella PEG	jun-12	1	Paiporta	oct-12	1	Torrente II	oct-12	1	Paiporta	nov-12	1	Torrente II	nov-12	1	Gil i Morte	No responden	2	Guillem de Castro EPOC	No responden	1	Alacuás ICC-EPOC	No responden	2	Nápoles i Sicilia ICC-EPOC	No responden	2	Picaña ICC-EPOC	No responden	2
Vías clínicas UHD - AP	Fecha	Implantado																																																
Fuensanta Epoc	ene-12	1																																																
Guillén de Castro ICC	feb-12	1																																																
Torrent EPOC - ICC	may-12	2																																																
Fuensanta ICC	may-12	1																																																
Xirivella EPOC-ICC	may-12	2																																																
Xirivella PEG	jun-12	1																																																
Paiporta	oct-12	1																																																
Torrente II	oct-12	1																																																
Paiporta	nov-12	1																																																
Torrente II	nov-12	1																																																
Gil i Morte	No responden	2																																																
Guillem de Castro EPOC	No responden	1																																																
Alacuás ICC-EPOC	No responden	2																																																
Nápoles i Sicilia ICC-EPOC	No responden	2																																																
Picaña ICC-EPOC	No responden	2																																																
En la tabla anterior se puede realizar un seguimiento tanto de la implantación de las vías como aquellos centros de salud que no han respondido.																																																		
En conclusión, se han implantado 12 vías clínicas en los Centros de Salud listados anteriormente, siguiendo todas las gestiones activas que se declararon en el Manual																																																		

de Indicadores de UHD de 2012, y que se han ido detallando en los diferentes Comités de Seguimiento de UHD; a pesar de esto, algunos Centros de Salud no han respondido, lo que ha dejado sin poder implantar 9 vías clínicas en total.

**El objetivo del indicador ha sido alcanzado al 100%.**

Indicador 18		
<i>Nº pacientes incluidos en gestión de casos</i>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Pacientes en gestión de casos</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>Iniciar la inclusión de pacientes en los nuevos modelos de programas de gestión de pacientes crónicos</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>Oficina del Plan Estratégico. Datos suministrados por las direcciones de los departamentos de salud.</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Continuidad Asistencial</i>	
<p><i>Número de pacientes incluidos en los nuevos modelos de programas de gestión de pacientes crónicos. Para que esta inclusión sea considerada en la evaluación del indicador, los programas deberán haber sido validados por la Agencia Valenciana de Salud, y contener las siguientes características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>la inclusión de pacientes de los grupos diana seleccionados con dos o más patologías crónicas</i></li> <li>- <i>que exista una detallada definición de la intervención (guías de prácticas clínicas y similares)</i></li> <li>- <i>que estén claramente definidos los objetivos a medir como resultado del programa</i></li> <li>- <i>que se establezca un sistema de control para evaluar el logro de los objetivos del programa</i></li> </ul>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
5	<i>Aumentar %</i>	19,56%
<b>Interpretación</b>		
<p><i>Aunque se trate de un indicador cuantitativo (número de pacientes) la evaluación del indicador será cualitativa en función del tipo de programa y la implantación.</i></p>		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>El valor de la Gestión de Casos informa de un aumento del de pacientes respecto al mismo periodo del año anterior, lo que supone que el <b>objetivo marcado ha sido conseguido</b>.</p> <p>Este aumento de la Gestión de Casos tiene implicaciones positivas (mejora de la calidad de pacientes que se atienden en su domicilio, evitando traslados para técnicas y procedimientos que se realizan con éxito y con las mismas garantías que en el hospital,...), pero también negativas, como es el impacto en la Tasa de Hospitalización.</p> <p>En la siguiente tabla se puede objetivar la evolución de la Gestión de Casos de la UHD.</p>		

PACIENTES EN GESTION DE CASOS	2011	ACUMULADO 2011	2012	ACUMULADO 2012	INDICADOR
ENERO	95,48	95,48	106,44	106,44	11,48%
FEBRERO	100,25	195,73	112,715	219,155	11,97%
MARZO	100,67	296,4	111,18	330,335	11,45%
ABRIL	96,06	392,46	117,16	447,495	14,02%
MAYO	100,48	492,94	115,8	563,295	14,27%
JUNIO	97,43	590,37	119,76	683,055	15,70%
JULIO	101,51	691,88	127,612	810,667	17,17%
AGOSTO	105,45	797,33	127,935	938,602	17,72%
SEPTIEMBRE	104,26	901,59	130,696	1069,298	18,60%
OCTUBRE	99,12	1000,71	123,7419	1193,0399	19,22%
NOVIEMBRE	98,23	1098,94	125,9	1318,9399	20,02%
DICIEMBRE	105,41	1204,35	121	1439,9399	<b>19,56%</b>

Se ha alcanzado el objetivo del indicador.

<b>Indicador 19</b>		
<i>Número de personal de enfermería en gestión de casos</i>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Gestores de casos</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>Introducir los sistemas de gestión de casos en la definición de los programas de gestión de pacientes crónicos.</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>Oficina del Plan Estratégico, en base a datos suministrados por las Dirección de los Departamentos de Salud</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Continuidad Asistencial</i>	
<i>Número de profesionales de enfermería formados en gestión de casos y dedicados a la función de seguimiento proactivo de pacientes en los programas del nuevo modelo de gestión de pacientes crónicos con al menos un 30% de su dedicación laboral en estas tareas.</i>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
5	100%	100%
<b>Interpretación</b>		
<i>Aunque se trate de un indicador cuantitativo (número de pacientes) la evaluación del indicador será cualitativa en función del tipo de programa y la implantación.</i>		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>El personal de enfermería está implicado en toda la Gestión de Casos, siendo responsables tanto de técnicas que son el propio motivo de la inclusión en Gestión de Casos como del seguimiento y aplicación de cuidados médicos y quirúrgicos. Cada una de sus intervenciones queda reflejada en la historia clínica del paciente.</p> <p>Podemos decir que se ha alcanzado el objetivo del indicador.</p>		



<b>Indicador 20</b>																																									
<i>Total de sesiones clínicas con AP</i>																																									
<b>Nombre corto</b>	<i>Sesiones clínicas con AP</i>																																								
<b>Objetivo</b>	<i>Realizar al menos 2 sesiones clínicas con cada uno de los Centros de Salud de Departamento.</i>																																								
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>																																								
<b>Fuente</b>	<i>UHD- Centros de Salud</i>																																								
<b>Tipo</b>	<i>Continuidad Asistencial</i>																																								
<i>Dinamización de sesiones clínicas entre UHD y AP para mejorar la comunicación y crear canales de trabajo y formación.</i>																																									
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>																																							
4	20	20																																							
<b>Interpretación</b>																																									
<i>Establecer objetivos de las sesiones, realizar calendario de visitas con coordinadora de la UHD y llevarlas a cabo. Participan todos los miembros de la UHD.</i>																																									
<b>Desarrollo del indicador</b>																																									
<p>Desde el planteamiento del indicador se inició una estrategia para determinar un calendario con los centros de salud del Departamento para trabajar dos sesiones clínicas con contenidos específicos. Estos contenidos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criterios para Cuidados Paliativos Oncológicos y No Oncológicos</li> <li>- Gastrostomías</li> </ul> <p>La respuesta de los Centros de Salud ha sido muy desigual:</p>																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Sesiones Clínicas UHD - AP</th> <th style="text-align: center;">Cuidados Paliativos</th> <th style="text-align: center;">Gastrostomías</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fuentsanta</td> <td style="text-align: center;">16-mayo</td> <td style="text-align: center;">30 mayo</td> </tr> <tr> <td>Guillén de Castro</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> </tr> <tr> <td>Torrent I</td> <td style="text-align: center;">3 mayo</td> <td style="text-align: center;">24 mayo</td> </tr> <tr> <td>Xirivella</td> <td style="text-align: center;">30 mayo</td> <td style="text-align: center;">5 junio</td> </tr> <tr> <td>Paiporta</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> <td style="text-align: center;">7 noviembre</td> </tr> <tr> <td>Torrente II</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> <td style="text-align: center;">14 noviembre</td> </tr> <tr> <td>Gil i Morte</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> </tr> <tr> <td>Guillem de Castro</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> </tr> <tr> <td>Alacuás</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> </tr> <tr> <td>Nápoles i Sicilia</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> <td style="text-align: center;">22 mayo</td> </tr> <tr> <td>Picaña</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> </tr> <tr> <td>San Isidro</td> <td style="text-align: center;">No responden</td> <td style="text-align: center;">29 mayo</td> </tr> </tbody> </table>			Sesiones Clínicas UHD - AP	Cuidados Paliativos	Gastrostomías	Fuentsanta	16-mayo	30 mayo	Guillén de Castro	No responden	No responden	Torrent I	3 mayo	24 mayo	Xirivella	30 mayo	5 junio	Paiporta	No responden	7 noviembre	Torrente II	No responden	14 noviembre	Gil i Morte	No responden	No responden	Guillem de Castro	No responden	No responden	Alacuás	No responden	No responden	Nápoles i Sicilia	No responden	22 mayo	Picaña	No responden	No responden	San Isidro	No responden	29 mayo
Sesiones Clínicas UHD - AP	Cuidados Paliativos	Gastrostomías																																							
Fuentsanta	16-mayo	30 mayo																																							
Guillén de Castro	No responden	No responden																																							
Torrent I	3 mayo	24 mayo																																							
Xirivella	30 mayo	5 junio																																							
Paiporta	No responden	7 noviembre																																							
Torrente II	No responden	14 noviembre																																							
Gil i Morte	No responden	No responden																																							
Guillem de Castro	No responden	No responden																																							
Alacuás	No responden	No responden																																							
Nápoles i Sicilia	No responden	22 mayo																																							
Picaña	No responden	No responden																																							
San Isidro	No responden	29 mayo																																							
<p>Se han realizado 10 sesiones clínicas en los Centros de Salud listados anteriormente, siguiendo todas las gestiones activas que se declararon en el Manual de Indicadores de UHD de 2012, y que se han ido detallando en los diferentes Comités de Seguimiento de UHD; a pesar de esto, algunos Centros de Salud no han respondido, ya sea para ninguna de las dos sesiones, ya sea para alguna de ellas, por lo que se</p>																																									

quedan sin realizar 14 sesiones clínicas.

**El objetivo del indicador ha sido alcanzado.**

<b>Indicador 21:</b>		
<i>Tasa de pacientes con informe de continuidad de cuidados de enfermería</i>		
<b>Nombre corto</b>	<i>Informe cuidados enfermería</i>	
<b>Objetivo</b>	<i>Realizar informe de cuidados de enfermería a través del sistema electrónico PANGEA y Abucasis</i>	
<b>Sentido</b>	<i>Maximizar</i>	
<b>Fuente</b>	<i>UHD</i>	
<b>Tipo</b>	<i>Continuidad Asistencial</i>	
<p><i>Introducción de cuidados de enfermería en el alta del paciente de la UHD, tanto en Pangea como en Abucasis, para asegurar una continuidad de los cuidados necesarios.</i></p> <p><i>Incluir programa de vacunación de gripe en paciente EPOC.</i></p>		
<b>Peso</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Situación</b>
4	100%	100%
<b>Interpretación</b>		
<p><i>Cada enfermero realiza informe de cuidados en Abucasis que puede ser consultado por el personal de enfermería de los Centros de Salud. En el caso de la necesidad de cuidados, el enfermero entrega al paciente copia del mismo para que avise vía personal al centro de salud.</i></p> <p><i>Incluir la alarma de necesidad de vacunación del paciente EPOC que ingresa en UHD, pudiéndose integrar en la actividad de la enfermera gestora de casos del Departamento. Se emitirá contacto de Abucasis para asegurar que desde AP se atienda dicha vacunación.</i></p>		
<b>Desarrollo del indicador</b>		
<p>Todo paciente que recibe el alta desde la UHD (excepto exitus) cuenta con un informe de cuidados de enfermería que realiza el enfermero responsable de la domiciliaria.</p> <p>Así pues, todos los enfermeros están realizando informes de enfermería en el portal Abucasis, por lo que podemos decir que el <b>indicador se cumple</b>. Se ha incluido en informe de alta de pacientes diana la notificación por parte de UHD de la necesidad de vacunación de gripe.</p> <p>A través del control de reingresos de pacientes EPOC, en la campaña de vacunación de gripe 2012 se incluye en Abucasis contacto de 11 pacientes la necesidad de incluir en próximas campañas de vacunación.</p>		

### **3. OTRAS ACTIVIDADES RELEVANTES REALIZADAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO**

#### **A. Desarrollo y consolidación de la Unidad de Hospitalización a Domicilio-Salud Mental**

Tal como se estableció en el cronograma de implantación de la UHD-SM, en el 2012 se ha desarrollado el programa específico de la atención de pacientes con trastorno mental severo dentro de la UHD. Los datos finales de la UHD-SM son:

- número de pacientes/episodios: 24
- número de estancias evitadas: 511
  - Adaptación: 230 estancias evitadas
  - Convalecencia: 128 estancias evitadas
  - Médicas: 153 estancias evitadas

#### **B. Desarrollo de Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos en el núcleo urbano de la población de Montserrat, conjuntamente con el equipo de Atención Primaria del municipio.**

Se consolida la actividad asistencial conjunta entre la UHD y Atención Primaria, no sólo a nivel presencial, sino también consultorio para los profesionales de dicha Zona Básica.

#### **C. Listado general de actividades presentado a la Agencia Valenciana de Salud**

El siguiente listado sigue el formato y guión presentado a la Agencia Valencia de Salud y se refiere tanto a la formación como participación en actividades clínicas, algunas ya descritas en algunos indicadores, pero que listamos en su conjunto para una mejor apreciación.

## GENERALES

- **Reuniones coordinación Atención Primaria**
  - Participación en **Comité de procesos y continuidad asistencial del departamento**
- **Comunicaciones a congresos, revistas, jornadas y reuniones**
  - **Síndrome de desmoralización en el paciente paliativo oncológico.** 2º Simposio Oncología Médica. Octubre 2012.
  - **Relleno de bombas intratecales en domicilio.** IV Jornada SVHAD. Valencia. Marzo 2012
  - **Equipo de Soporte Cuidados Paliativos.** IV Jornada SVHAD. Valencia. Marzo 2012.
  - **Enfoque multidisciplinar de los pacientes oncológicos en seguimiento por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.** 2º Simposio Nacional SEOM 2012
  - **Síndrome de Desmoralización en pacientes paliativos.** 2º Simposio Nacional SEOM 2012
  - **¿Qué es para ti el sufrimiento** 2º Simposio Nacional SEOM 2012.
  - **Estudio de las micro-malas noticias: la comunicación diaria con pacientes paliativos en la UHD.** 2º Simposio Nacional SEOM 2012.
  - **¿Cómo cree que le puede ayudar un psicólogo?.** Jornadas Hospitalización a Domicilio de la Comunitat Valenciana. Marzo 2012.
  - **Detección del riesgo de claudicación.** XI Congreso Nacional SEHAD. Junio 2012.
  - **Reunión de Trabajo Sociedad Valenciana de Hospitalización a Domicilio sobre Antibioterapia Endovenosa.** Alicante. Noviembre 2012.
- **Formación, cursos, jornadas y congresos**
  - **Máster en Cuidados Paliativos.** Valladolid. 2012-2013
  - **IX Congreso Nacional Cuidados Paliativos.** Badajoz. Mayo 2012.
  - **XI Congreso Nacional SEHAD.** Tarragona. Junio 2012.
  - **IV Jornadas SVHAD.** Valencia. Marzo 2012.

- **2º Simposio Oncología Médica.** Madrid. Octubre 2012.
- **Docencia**
  - **Habilidades de comunicación.** Curso de Formación Interna del Instituto Cardiovascular CHGUV. Octubre 2012 (4 horas)

## PALIATIVOS

- **Protocolos – vías clínicas**
  - Atención al paciente EPOC en cuidados Paliativos
  - Atención al paciente con ICC subsidiario de cuidados Paliativos
  - Atención al paciente con Demencia subsidiario de Cuidados Paliativos
  - Atención al paciente oncológico subsidiario de Cuidados Paliativos
- **Reuniones departamentales**
  - **Comité semanal cuidados paliativos oncológicos.** Participación servicios de Oncología médica, Trabajo social, Unidad Funcional de Psicología y Unidad de Hospitalización Domiciliaria
  - **Comisión de Cuidados Paliativos Departamento Hospital General-Valencia.**
  - **Comisión de Bioética. Departamento Hospital General-Valencia.**
  - **Atención Primaria.** Se han desarrollado diferentes talleres y sesiones clínicas con los siguientes centros de salud:
    - Centro Salud Fuensanta
    - Centro Salud Alacúas
    - Centro Salud Torrente I
    - Centro Salud Torrent II
    - Centro de Especialidades Juan Llorens y Centro Salud Guillem de Castro
    - Centro de Salud Nápoles y Sicilia
    - Centro de Salud Nou Moles
    - Centro de Salud Xirivella
    - Centro de Salud San Isidro

- **Comunicaciones, ponencias, publicaciones**
  - *Enfoque multidisciplinar de los pacientes oncológicos en seguimiento por la Unidad de Hospitalización Domiciliaria.* Autores: Nieves M. Chanzá, Cristina Hernando, Gerardo Umazor, Virginia Palomar, Rosa Monfort, David Rudilla, Lola Peña, Almudena Ruiz, Ana Blasco, Carlos Camps. Publicado en Libro Electrónico 2º Simposio Nacional SEOM 2012
  - *Síndrome de Desmoralización en pacientes paliativos.* Autores: David Rudilla, Almudena Ruiz Sastre. Publicado en Libro Electrónico 2º Simposio Nacional SEOM 2012
  - *¿Qué es para ti el sufrimiento?.* Autores: David Rudilla y Almudena Ruiz. Publicado en Libro Electrónico 2º Simposio Nacional SEOM 2012. Presentado en noviembre para la publicación en la revista Psicooncología.
  - *Estudio de las micro-malas noticias: la comunicación diaria con pacientes paliativos en la UHD.* Autores: David Rudilla y Almudena Ruiz. Publicado en Libro Electrónico 2º Simposio Nacional SEOM 2012. Presentado en noviembre para la publicación en la revista Psicooncología.
  - *Actitud ante la muerte de los médicos de familia.* Autores: David Rudilla, Almudena Ruiz, Amparo Esteban. Pendiente de finalización para enviar a revista específica Atención Primaria.
  
- **Docencia**
  - Formación MIR Familia y MIR Interna
  - Formación Practicum de Psicología
  - Formación DUE Universitat Catòlica San Vicente

#### **4. RETRIBUCIÓN VARIABLE CORRESPONDIENTE AL CONTRATO DE GESTIÓN**

Durante el ejercicio de doce meses finalizado el 31 de diciembre de 2012, el importe de los honorarios correspondientes a la prestación del servicio público por concesión de la hospitalización a domicilio ascendió a de 790.693,84€ (129.941,48€ correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de enero y 29 de febrero y 660.752,36€ correspondientes al periodo comprendido entre el 1 de marzo y el 31 de diciembre), por lo que el importe variable máximo asciende a 158.138,77€.

El nivel de consecución de los objetivos marcados en cada uno de los indicadores establecidos para el periodo de doce meses finalizado el 31 de diciembre de 2012 ha sido del 100%, por lo que la puntuación final obtenida asciende a 100 puntos.

Considerando todo ello, el variable que corresponde al ejercicio 2012 asciende a 158.138,77€.



## 5. ANEXOS

### Anexo I. LISTADO DE PACIENTES IDENTIFICADOS EN LA UHD CON EL CODIGO v66.7 DE PALIATIVOS, CON LA PROCEDENCIA DE LOS MISMOS.

Cada paciente que ingresa en UHD es valorado por el médico coordinador y/o el psicólogo, a pie de cama cuando se encuentra ingresado en el Hospital, o por el médico de la domiciliaria en la primera visita en domicilio si ha sido derivado desde Atención Primaria o las Consultas Externas. En estas visitas el paciente paliativo es identificado codificándose con V66.7 tanto en la epicrisis que se incluye en PANGEA como en Abucasis cuando se elabora el contacto para Atención Primaria. Además, en el plan de dichos informes se incluye la actitud “tratamiento sintomático” ó “tratamiento sintomático-paliativo”.

A continuación se detalla el número de pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos IDENTIFICADOS EN SU INGRESO EN UHD con los servicios de procedencia.

Servicio de Procedencia	Pacientes Paliativos Oncológicos
Atención Primaria	41
Cirugía Vasculat	1
Consulta Externa Digestivo	2
Consulta Externa Hematología	5
Consulta Externa Oncología	112
Consulta Externa ORL	1
Cirugía Torácica	1
Cirugía General	4
Patología Digestiva	5
Ginecología	1
HACLE	2
Hematología	3
Unidad Enfermedades Infecciosas	1
Medicina Interna	8
Nefrología	1
Neumología	2
Otras UHD	27
Oncología	97
Unidad Cuidados Continuados	4
Unidad Media Corta Estancia	1
Urgencias	4
Urología	5

Servicio de Procedencia	Pacientes Paliativos No Oncológicos
Atención Primaria	95
Cardiología	3
Consulta Externa Hematología	1
Consulta Externa Medicina Interna	4
Consulta Externa Nefrología	1
Consulta Externa Neumología	3
Consulta Externa Neurología	1
Patología Digestiva	5
COT	1
HACLE	1
Medicina Interna	32
Nefrología	1
Neumología	7
Otras UHD	6
Unidad Cuidados Continuados	10
Unidad Media Corta Estancia	12
Urgencias	2

**Anexo II. LISTADO RESUMEN ACTIVIDAD UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO SALUD MENTAL.**

Año	Nº H.C.	DIAGNOSTICO	Motivo Ingreso UHD	Estancia	Llamadas a Call Center	Destino Alta
2011	1029170	TRASTORNO PSICOTICO BREVE	Convalecencia	11	0	CSM
2011	498.846	TRASTORNO BIPOLAR TIPO II	Adaptación	20	2	UHP
2011	1031819	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	Adaptación	15	1	URG
2012	1031819	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	Adaptación	32	3	UHP Programa
2012	756265	TRASTORNO PSICOTICO BREVE	Adaptación	4	0	CSM
2012	344756	TRASTORNO PERSONALIDAD A Y B	Adaptación	5	0	CSM
2012	210545	DEPRESIÓN PSICÓTICA	Convalecencia	7	0	CSM
2012	307864	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	Convalecencia/Médicas	13	0	CSM
2012	638250	TRASTORNO PSICOTICO AGUDO	Adaptación	6	0	CSM
2012	1031819	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	Adaptación	13	0	CSM
2012	539302	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	Adaptación	7	1	CSM
2012	725778	TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO	Adaptación	22	0	CSM
2012	208175	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE (F20.0)	Adaptación	8	0	CSM
2012	345001	TRASTORNO PSICÓTICO	Adaptación	10	1	CSM
2012	110075	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE (F20.0)	Convalecencia	4	0	CSM
2012	194389	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL F20	Médicas	18	0	CSM
2012	212678	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE (F20.0)	Adaptación	1	0	CSM
2012/2013	498.846	TRASTORNO BIPOLAR TIPO II	Convalecencia	80 ingresada a 31 de dici	2	
2012	194389	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL F20	Médicas	45	0	CSM

Año	Nº H.C.	DIAGNOSTICO	Motivo Ingreso UHD	Estancia	Llamadas a Call Center	Destino Alta
2012	245171	DEPRESION MAYOR	Convalecencia	24	0	CSM
2012	133615	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE (F20.0)	Médicas	7	0	CSM
2012	373055	ESQUIZOFRENIA RESIDUAL F20	médicas	52 ingresado a 31 dici	0	
2012/2013	168298	ESQUIZOFRENIA	Adaptación	50 ingresado a 31 dic	0	
2012/2013	583282	TRASTORNO BIPOLAR TIPO II	Adaptación	45 ingresado a 31 de dici	3	
2012	582570	TRASTORNO DELIRANTE. DEMENCIA LEVE. TRASTORNO MIXTO PERSONALIDAD	Médicas	31	2	CSM
2012/2013	600951	PSICOSIS CRONICA	Adaptación	27 Ingresada a 31 dici	0	
2013	437280	FOBIA SOCIAL GRAVE	Médicas			
<b>TOTALES</b>				<b>511</b>	<b>15</b>	<b>CSM: 17</b>
<b>Adaptación: 14</b>				<b>Estancias evitadas</b>	<b>Llamadas a Call Center</b>	<b>UHP</b>
<b>Convalecencia: 5</b>						<b>(programado):1</b>
<b>Médicas: 5</b>						<b>Ingres a 31 dic: 4</b>
						<b>Reingresos: 0</b>

### Resumen cualitativo:

- El volumen de estancias evitadas es considerable teniendo en cuenta el número de pacientes. La previsión de dichas estancias es mayor de la esperada por el hecho de haber ingresado pacientes con descompensaciones graves y que en el momento del ingreso estaban fuera del circuito asistencial de Departamento.
- La derivación inicial prevista fue desde la UHP; se ha atendido a las necesidades reales y se han ingresado pacientes provenientes de los CSM.
- Objetivos alcanzados:
  - o Aumentos de estancias evitadas
  - o Compensación y seguimiento desde el domicilio
  - o Evitar reingresos
  - o Continuidad asistencial con otros dispositivos
- Importante resaltar que se han incluido en la UHD-Salud Mental a pacientes que no acudían a CSM y que han sido reintroducidos dentro del circuito, objetivo este no contemplado inicialmente.