

**FICHAS DE LOS INDICADORES ANEXO 1B**  
**PACTOS DE GESTIÓN**  
**GERENCIA ÁREAS DE SALUD**

**ACUERDO DE GESTIÓN 2023-2024**

**Subdirección General de Calidad Asistencial, Seguridad y  
Evaluación**

**Mayo 2023**

## Objetivo 2 Establecer Pactos de Gestión con los servicios/unidades/EAP en relación con los objetivos propios del área

### 2.1 Calidad percibida.

2.1.7	Comida en el Área de Hospitalización de Adultos
<b>Fórmula</b>	Pacientes que valoran como bien o muy bien el servicio y la calidad de la comida del hospital x 100 / Valoraciones realizadas.
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización de Adultos.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

2.1.11	Información en el Área Obstétrica
<b>Fórmula</b>	Sumatorio de cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Se trata de un indicador compuesto y para su construcción se han seleccionado cinco preguntas de la Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos en los Hospitales del Servicio Murciano de Salud, que se agrupan en una sola dimensión: Información.</p> <p>El indicador se calcula con la valoración media de los cumplimientos de los indicadores correspondientes a esas preguntas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres que valoran como bien o muy bien las explicaciones que les dieron, de cómo estaba su hijo, después del parto x 100 / Valoraciones realizadas</li> <li>• Mujeres que declaran haber recibido información ella o su acompañante sobre las normas de funcionamiento de la unidad de hospitalización donde estuvo ingresada x 100 / Valoraciones realizadas</li> <li>• Mujeres que valoran como bien o muy bien las explicaciones que les dieron, al llegar a planta sobre los cuidados y la alimentación de su hijo x 100 / Valoraciones realizadas</li> <li>• Mujeres que valoran como bien o muy bien las explicaciones que le dieron, antes de irse de alta, sobre el tratamiento y los cuidados que debía de seguir su hijo en casa x 100 / Valoraciones realizadas</li> <li>• Mujeres que valoran como bien o muy bien las explicaciones que le dieron, antes de irse de alta, sobre el tratamiento y los cuidados que debía de seguir ella en casa x 100 / Valoraciones realizadas</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

2.1.12	Comida en el Área Obstétrica
<b>Fórmula</b>	Mujeres que valoran como bien o muy bien el servicio y la calidad de la comida del hospital x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Descripción</b>	
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Servicios Obstétricos.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

<b>2.1.14</b>	<b>Accesibilidad en el Área de Urgencias Hospitalarias</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes que califican con 8 o más su satisfacción con el tiempo que tuvieron que esperar hasta que lo vieron por primera vez en el Servicio de Urgencias del hospital x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Servicios de Urgencias Hospitalarios.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

2.1.23	Organización en el Área de Hospitalización Pediátrica
<b>Fórmula</b>	Sumatorio cumplimientos de los subindicadores x 100 / Valoraciones realizadas
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Se trata de un indicador compuesto y para su construcción se han seleccionado cuatro preguntas de la Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica de los Hospitales del Servicio Murciano de Salud, que se agrupan en una sola dimensión: Organización.</p> <p>El indicador se calcula con la valoración media de los cumplimientos de los indicadores correspondientes a esas preguntas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres que manifiestan que, durante el tiempo que permaneció su hijo/a ingresado/a, les permitieron poder acompañarle cuando le tenían que hacer una prueba x 100 / Valoraciones realizadas</li> <li>• Padres que durante su estancia en el hospital pudieron saber siempre con facilidad si quienes atendían a sus hijos/as eran médicos, enfermeras, técnicos auxiliares de cuidados de enfermería, celadores u otro tipo de personal x 100 / Valoraciones realizadas</li> <li>• Padres que valoran como bien o muy bien la tranquilidad que había para que descansara su hijo/a por la noche en el hospital en el que estaba ingresado x 100 / Valoraciones realizadas</li> <li>• Padres que valoran como bien o muy bien el servicio y la calidad de la comida del hospital en el que estaba ingresado su hijo/a x 100 / Valoraciones realizadas</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La medida de la satisfacción y de la calidad percibida por el paciente constituye un objetivo primordial. Permite conocer la opinión de los ciudadanos sobre los servicios que reciben, facilita una medida de resultado de la atención sanitaria y permite monitorizar los cambios y las innovaciones en los servicios desde la experiencia percibida por los usuarios.
<b>Fuente de datos</b>	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Hospitalización Pediátrica.
<b>Periodo de evaluación</b>	Semestral y anual.

## 2.2 Atención hospitalaria

### 2.2.1 Código infarto

2.2.1.4	Coronariografía en pacientes hospitalizados con SCASEST
<b>Fórmula</b>	Pacientes con SCASEST a los que se realiza coronariografía durante la hospitalización x 100 / Pacientes con SCASEST que han sido hospitalizados
<b>Exclusiones</b>	Pacientes que presentan contraindicación para la coronariografía.
<b>Aclaraciones</b>	Pacientes con SCACEST que han sido hospitalizados: pacientes dados de alta por SCASEST
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Existen evidencias científicas de que los pacientes con SCASEST en los que se realiza coronariografía durante la hospitalización y especialmente si se realiza durante las primeras 24 horas tiene menor mortalidad a largo plazo.
<b>Fuente de datos</b>	<p>Para la identificación de los casos: CMBD, Selene o Medivector.</p> <p>Para la extracción de los datos de la evaluación: CMBD, Selene o Medivector.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

## 2.2.2 Atención al parto

2.2.2.1	Episiotomías en partos eutócicos
<b>Fórmula</b>	Mujeres con parto eutócico a las que se les ha realizado una episiotomía x 100 / Mujeres con parto eutócico.
<b>Exclusiones</b>	Cesáreas (programadas o intraparto). Partos instrumentales.
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Parto eutócico</u>: parto vaginal en presentación cefálica y a término (37-41 semanas completas) de inicio espontáneo y que NO ha requerido instrumentación (fórceps, espátula o ventosa (vacuum).</p> <p><u>Episiotomía</u>: incisión del perineo utilizada para prevenir los desgarros perineales severos en el periodo expulsivo del parto.</p> <p>La falta de información se considerará incumplimiento.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>La episiotomía restrictiva frente a la sistemática incrementa el número de mujeres con perineo intacto y el número de mujeres que reanudan la vida sexual al mes. Además, disminuye la necesidad de reparación y sutura perineal, así como el número de mujeres con dolor al alta.</p> <p>Existe alta evidencia de que la utilización rutinaria de la episiotomía, comparada con la restrictiva, no mejora los resultados a corto y largo plazo de las mujeres.</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: Selene.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación</u>: Selene.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.



## 2.2.4 Cáncer

<b>Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer de mama</b>	
<b>Fórmula</b>	Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama cuyo intervalo entre confirmación diagnóstica y primer tratamiento es igual o inferior a 28 días naturales x 100 / Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama que han recibido tratamiento
<b>Exclusiones</b>	Paciente que es exitus antes de iniciar el tratamiento. Paciente que rechaza el tratamiento. Altas voluntarias o abandonos. Paciente con diagnóstico de neoplasia de mama in situ. Paciente con recidiva de neoplasia de mama. Casos con un intervalo diagnóstico-terapéutico igual a 0 días o negativo.
<b>Aclaraciones</b>	<u>Confirmación diagnóstica:</u> aquella en que existe un diagnóstico anatomopatológico o hematológico. Se tendrá en cuenta la fecha del primer informe anatomopatológico (PAAF, BAG, BAV o ABBI) que confirma la existencia de carcinoma invasivo. El informe de anatomía patológica puede contemplar tres fechas: 1.- fecha de entrada, 2.- fecha informado o de validación y 3.-fecha de salida. Para el cálculo del intervalo se utilizará la fecha de informado o de validación. Si no constara, se tendrá en cuenta la fecha de salida. <u>Primer tratamiento:</u> primera actuación terapéutica, ya sea con cirugía, tratamiento sistémico (quimioterapia, hormonoterapia o terapia molecular) o radioterapia. Las fechas a tener en cuenta serán: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía: fecha de la intervención</li> <li>• Quimioterapia: Fecha de la primera sesión</li> <li>• Hormonoterapia: Fecha de la indicación</li> <li>• Terapia molecular: Fecha de la primera sesión</li> <li>• Radioterapia: Fecha de la primera sesión.</li> </ul> <u>Intervalo:</u> días naturales transcurridos desde la fecha de confirmación diagnóstica hasta la fecha del primer tratamiento. Se contabiliza como primero el día siguiente al de confirmación del informe. Los días naturales incluyen los festivos.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	El intervalo entre el diagnóstico patológico y el primer tratamiento es un indicador de control asistencial muy importante, ya que en los casos en que transcurren más de 30 días hay repercusión e impacto psicológico en la mujer. Debe ser objetivo prioritario de las unidades de mama el disminuir este intervalo por debajo de las 4 semanas, tal como se recoge en todas las guías clínicas.
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos:</u> CMBD o Selene. <u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene y base de datos de anatomía patológica.
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

<b>Intervalo diagnóstico-terapéutico en cáncer colorrectal</b>	
<b>Fórmula</b>	Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal cuyo intervalo entre confirmación diagnóstica y primer tratamiento es igual o inferior a 30 días naturales x 100/ Pacientes con diagnóstico de cáncer colorrectal que han recibido tratamiento
<b>Exclusiones</b>	Pacientes que rechaza el tratamiento. Paciente que es exitus antes de iniciar el tratamiento. Paciente con diagnóstico de neoplasia colorrectal in situ. Paciente con recidiva de neoplasia colorrectal. Casos con un intervalo diagnóstico-terapéutico igual a 0 días o negativo.
<b>Aclaraciones</b>	<u>Confirmación diagnóstica</u> : aquella en que existe un diagnóstico anatomopatológico. Se tendrá en cuenta la fecha del primer informe anatomopatológico que confirma la existencia de carcinoma invasivo. El informe de Anatomía Patológica puede contemplar tres fechas: 1.-fecha de entrada, 2.- fecha informado o de validación y 3.-fecha de salida. Para el cálculo del intervalo se utilizará la fecha de informado o de validación, si no constara, se tendrá en cuenta la fecha de salida. <u>Primer tratamiento</u> : primera actuación terapéutica, ya sea con cirugía, tratamiento sistémico (quimioterapia) o radioterapia. Las fechas a tener en cuenta serán: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirugía: fecha de la intervención</li> <li>• Quimioterapia: Fecha de la primera sesión</li> <li>• Radioterapia: Fecha de la primera sesión.</li> </ul> <u>Intervalo</u> : días naturales transcurridos desde la fecha de confirmación diagnóstica hasta la fecha del primer tratamiento. Se contabiliza como primero el día siguiente al de confirmación del informe. Los días naturales incluyen los festivos.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Se reconoce la importancia de acortar el tiempo entre el diagnóstico histopatológico y el tratamiento en los pacientes con cáncer colorrectal.
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos</u> : CMBD o Selene. <u>Para extraer los datos para la evaluación</u> : Selene y base de datos de anatomía patológica.
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

## 2.2.6 Ictus isquémico.

	<b>Tiempo puerta-TAC craneal</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes atendidos por ictus cerebral isquémico cuyo tiempo desde la llegada a la puerta del hospital hasta la realización del TAC craneal es de 25 minutos o menos x 100/ Pacientes atendidos por ictus cerebral isquémico
<b>Exclusiones</b>	Pacientes que tengan realizado el TAC craneal antes de la llegada al hospital.
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Pacientes atendidos por ictus cerebral isquémico</u>: Pacientes con activación del Código Ictus que son dados de alta por ictus cerebral isquémico.</p> <p><u>Hora de puerta</u>: es la hora de entrega de los datos en admisión.</p> <p><u>Hora de TAC craneal</u>: hora que aparece en la imagen del TAC.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La realización temprana del TAC craneal en pacientes con ictus está relacionada con la disminución de las demoras terapéuticas y, por lo tanto, con la reducción de la morbilidad y mortalidad por esta patología. La efectividad es mayor cuanto más temprana sea la intervención.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Identificación de casos</u>: Badisen/Badimur.</p> <p><u>Extracción de datos para la valoración del indicador</u>: Badisen/Badimur.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

## 2.2.7 Cuidados de Enfermería

<b>2.2.7.10.1</b>	<b>Informe de continuidad de cuidados al alta en adultos</b>
<b>Fórmula</b>	Altas en hospitalización de adultos con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas en hospitalización de adultos
<b>Exclusiones</b>	Exitus. Altas a hospitalización a domicilio. Altas por traslado a otro hospital. Pacientes ingresados en servicios médicos-quirúrgicos específicos según hospital.
<b>Aclaraciones</b>	<u>Altas hospitalarias</u> : pacientes de 14 años o más que llevan ingresados más de 24 horas.  La falta de información se considera incumplimiento.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La coordinación asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria es una necesidad para cualquier sistema sanitario que tenga entre sus objetivos estratégicos la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes. La Ley General de Sanidad estableció la atención sanitaria en dos niveles asistenciales relacionados entre sí, (Atención Primaria, como primer contacto de acceso al sistema, y Atención hospitalaria, como apoyo y complemento de todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera). La continuidad de cuidados entre ambos niveles no ha dejado de ser uno de los principales desafíos al que los distintos Servicios de Salud se vienen enfrentando habitualmente, con resultados diversos. A pesar de los avances realizados, sigue existiendo un amplio margen para la mejora.
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos</u> : Selene  <u>Para extraer los datos para la evaluación</u> : Selene
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

2.2.7.10.2	Informe de continuidad de cuidados al alta en maternidad
<b>Fórmula</b>	Altas hospitalarias en maternidad con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias en maternidad
<b>Exclusiones</b>	Exitus. Altas a hospitalización a domicilio. Altas por traslado a otro hospital.
<b>Aclaraciones</b>	<u>Altas hospitalarias</u> : pacientes que llevan ingresados más de 24 horas. La falta de información se considera incumplimiento.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La coordinación asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria es una necesidad para cualquier sistema sanitario que tenga entre sus objetivos estratégicos la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes. La Ley General de Sanidad estableció la atención sanitaria en dos niveles asistenciales relacionados entre sí, (Atención Primaria, como primer contacto de acceso al sistema, y Atención hospitalaria, como apoyo y complemento de todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera). La continuidad de cuidados entre ambos niveles no ha dejado de ser uno de los principales desafíos al que los distintos Servicios de Salud se vienen enfrentando habitualmente, con resultados diversos. A pesar de los avances realizados, sigue existiendo un amplio margen para la mejora.
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos</u> : Selene. <u>Para extraer los datos para la evaluación</u> : Selene
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

2.2.7.7	Valoración temprana del riesgo de caídas
<b>Fórmula</b>	Pacientes que tienen registro de la valoración de riesgo de caídas, mediante la escala Downton, en las primeras 24 horas de su ingreso en una unidad de hospitalización x 100/ Pacientes ingresados más de 24 horas en una unidad de hospitalización
<b>Exclusiones</b>	Pacientes ingresados en UCI durante las primeras 24 horas de hospitalización. Pacientes que permanecen en el servicio de Reanimación las primeras 24 horas de hospitalización. Pacientes ingresados en servicios médicos-quirúrgicos específicos según hospital. Altas de la sección de Obstetricia.
<b>Aclaraciones</b>	<u>Pacientes ingresados</u> : pacientes de 14 años o más, dados de alta y que han estado ingresados en Unidades de Hospitalización médico-quirúrgica convencional o de corta estancia.  <u>Valoración del riesgo caídas</u> : evaluación para determinar, en cada caso, la existencia de factores de riesgo de caídas. La valoración del riesgo se realizará mediante el formulario “Valoración Riesgo de Caídas Downton (Enf)” y se considerará cumplimiento cuando en el formulario aparece un <u>valor numérico</u> del nivel de riesgo y la fecha de realización está dentro de las primeras 24 horas del ingreso.  Los servicios médicos-quirúrgicos que se incluyen, puede variar de un hospital a otro.  La falta de información se considera incumplimiento.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La utilización de herramientas para la valoración del riesgo de caídas permite identificar los pacientes con riesgo, lo que es esencial para establecer las medidas preventivas adecuadas.  Se recomienda realizar reevaluación del riesgo de caídas cuando se produzca un cambio de la situación del paciente tanto física como mental.
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos</u> : Selene.  <u>Para extraer los datos para la evaluación</u> : Selene.
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual

<b>2.2.7.11</b>	<b>Valoración del dolor en pacientes con cirugía con ingreso</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes a los que se le ha realizado una valoración o detección del nivel del dolor durante el ingreso hospitalario en las primeras 24 horas tras intervención quirúrgica x 100/ Pacientes intervenidos quirúrgicamente
<b>Exclusiones</b>	Pacientes ingresados, tras intervención quirúrgica, en la Unidad de Cuidados Intensivos. Pacientes ingresados a cargo del Servicio de Pediatría. Cirugía mayor ambulatoria (CMA). Cirugía urgente.
<b>Aclaraciones</b>	<u>Valoración o detección del nivel del dolor:</u> La valoración del nivel del dolor se realizará mediante el formulario “Escala de la valoración del dolor EVA” o la “Escala de la valoración del dolor Algo Plus” y se considerará cumplimiento cuando en el formulario aparece un <u>valor numérico</u> del nivel de riesgo y la fecha de realización está dentro de las 24 horas después de la cirugía. La falta de registro se considera incumplimiento.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	El dolor es la percepción de una sensación molesta y desagradable en una región del cuerpo por causa interior o exterior. También se considera como un sentimiento intenso de pena, tristeza o angustia que se padece en el ánimo. Considerando que la función fisiológica del dolor es señalar al sistema nervioso que una zona del organismo está expuesta a una situación que puede provocar una lesión, conocer el nivel del dolor en los pacientes es por tanto un paso necesario para iniciar las intervenciones adecuadas sean físicas y/o emocionales.
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos:</u> Selene. <u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene.
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual

## 2.3 Cuidados paliativos

2.3.1	Fallecimientos en domicilio en el Programa de Cuidados Paliativos
<b>Fórmula</b>	Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos en domicilio x 100 / Pacientes en el Programa de Cuidados Paliativos fallecidos
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Se evalúa solo la actividad de los profesionales miembros del ESAD.</p> <p>Se utilizan los siguientes DGP:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Numerador</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CPEXLUGA: Señala el lugar en el que se produce el exitus del paciente. Se usa con texto igual a 'DOMICILIO'.</li> </ul> </li> <li>• <u>Denominador</u>: se usa el DGP CPEXLUGA de la misma forma que en el numerador, pero sin señalar que sea solo en domicilio, se cuentan todos los exitus.</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	El modelo de atención de los Cuidados Paliativos en la Comunidad Autónoma de Murcia está orientado a asegurar, en todos los niveles del sistema sanitario, una atención sanitaria de calidad para los enfermos terminales, que responda a las necesidades y expectativas del enfermo y su familia. Mejorar la identificación en los sistemas de información de los pacientes paliativos facilita la evaluación de la práctica profesional a todos los niveles.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: OMI.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: OMI.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.



<b>Valoración inicial multidimensional de necesidades</b>	
<b>Fórmula</b>	Pacientes a los que se les ha realizado una valoración multidimensional de necesidades al ingreso en programa (documentación del pronóstico, evaluación funcional, detección de síntomas físicos y psicológicos, y evaluación de preocupaciones sociales y espirituales) x 100 / Pacientes incluidos en Programa de Cuidados Paliativos
<b>Exclusiones</b>	Pacientes que son derivados en situación de agonía y la atención debe de centrarse en la resolución inmediata de las necesidades más urgentes.
<b>Aclaraciones</b>	<p>Se utilizan los siguientes DGP-OMI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Numerador:</u> (cumplimentar todos) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CPINKARN y CPECOG V Síntomas físicos ECO G, KARNOSFKI</li> <li>○ CPCEXCEM y CPCESEFC Cuadrante emocional</li> <li>○ CPCEXCIN y CPCIEXFA Cuadrante intelectual</li> <li>○ CPCEXCES y CPCESEXF Cuadrante espiritual</li> </ul> </li> <li>• <u>Denominador:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CPFEINCL Total de pacientes incluidos en programa de Cuidados Paliativos.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Justificación</b>	El paciente y su familia presentan una serie de necesidades físicas, emocionales, sociales y espirituales que requieren ser evaluadas. Estas necesidades han de quedar registradas por escrito ya que ha de permitir la fijación de objetivos asistenciales, la revisión de los resultados en el paciente y su reevaluación posterior.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> OMI.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

<b>Planificación de decisiones y objetivos de cuidados</b>	
<b>Fórmula</b>	Pacientes incluidos en Programa de Cuidados Paliativos en los que consta en la historia clínica preferencias de tratamientos de soporte vital o algún modelo o plan de “planificación anticipada de decisiones” consensuada con el paciente incluyendo su lugar de preferencia para morir x 100 / Pacientes incluidos en Programa de Cuidados Paliativos
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Se utilizan los siguientes DGP-OMI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Numerador</u> (Cualquiera de estos tres ítem. No es necesario tener los 3) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CPEEIPRE Expresa al equipo instrucciones previas</li> <li>○ CPEPLFA Expresa preferencia del lugar fallecimiento</li> <li>○ CPDEYOTE Participa en decisiones y objetivos terapéuticos.</li> </ul> </li> <li>• <u>Denominador</u>: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CPFEINCL Total de pacientes incluidos en programa de Cuidados Paliativos.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Justificación</b>	Los pacientes en situación paliativa a los que se les da la oportunidad de expresar sus preferencias de atención, tienen más probabilidades de recibir unos cuidados coherentes con sus valores, con el fin de potenciar y garantizar la autonomía del paciente y facilitar la toma de decisiones centrada en el paciente.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: OMI</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: OMI</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

<b>Exploración familiar e identificación del cuidador principal</b>	
<b>Fórmula</b>	Pacientes nuevos incluidos en Programa de Cuidados Paliativos con registro de genograma e identificación del cuidador principal x 100 / Pacientes nuevos incluidos en Programa de Cuidados Paliativos
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Se tienen en cuenta los que han sido incluidos al programa durante el mes de estudio y que además han cumplimentado el genograma y reconocido al cuidador principal.</p> <p><u>Genograma:</u> Es la representación gráfica a través de un instrumento que registra información sobre estructura y/o composición de una familia (genograma estructural) y las relaciones y/o funcionalidad entre sus miembros (genograma relacional), de por lo menos tres generaciones.</p> <p><u>Cuidador principal (CP):</u> Persona que realiza la mayor parte de la atención al enfermo, es responsable de las actividades de apoyo y actúa como interlocutor principal. Se evalúa solo la actividad de los profesionales miembros del ESAD.</p> <p>Se utilizan los siguientes DGP en OMI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Numerador:</u> (cumplimentar los 3) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GCGENOGN Cumplimentación del genograma.</li> <li>○ CPNCUIPR Nombre CP</li> <li>○ CPROLFA Parentesco CP</li> </ul> </li> <li>• <u>Denominador:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CPFEINCL Total pacientes incluidos en programa</li> </ul> </li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	EL modelo de atención de los Cuidados Paliativos en la Comunidad Autónoma de Murcia está orientado a asegurar, en todos los niveles del sistema sanitario, una atención sanitaria de calidad para los enfermos terminales, que responda a las necesidades y expectativas del enfermo y su familia. Identificar a un cuidador principal va a asegurar que pueda realizarse esa atención cuando, por la evolución natural de la enfermedad, se mermen las capacidades físicas e intelectuales del paciente.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> OMI</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

<b>Manejo del dolor</b>	
<b>Fórmula</b>	Pacientes incluidos en Programa de Cuidados Paliativos que tienen al menos tres valoraciones del dolor con una escala validada en el periodo de estudio x 100 / Pacientes incluidos en Programa de Cuidados Paliativos
<b>Exclusiones</b>	Existen situaciones en las que es difícil realizar escalas analógicas, tales como los trastornos cognitivos, debilidad o cansancio del enfermo.
<b>Aclaraciones</b>	<p>En pacientes que están menos de 15 días en programa de paliativos, si sólo tiene la valoración inicial, cumple criterios.</p> <p>Se utilizan los siguientes DGP-OMI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Numerador:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CPESCEVA Escala EVA</li> </ul> </li> <li>• <u>Denominador:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CPFEINCL Total de pacientes incluidos en programa de Cuidados Paliativos</li> </ul> </li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso
<b>Justificación</b>	En la evaluación del paciente, el equipo ha de utilizar herramientas que permitan determinar los grados, intensidades y niveles de respuesta para así objetivar los cambios de cada paciente en el tiempo. Por este motivo, es de utilidad disponer de escalas analógicas visuales que estén validadas para la evaluación y un seguimiento del dolor.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> OMI</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

## 2.5 Atención primaria.

2.5.0	Indicadores seleccionados de Cartera de Servicios de Atención Primaria
<b>Fórmula</b>	Sumatorio del porcentaje de cumplimientos en cada subindicador x 100 / Número de subindicadores
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	Se trata de un indicador compuesto y para su construcción la Gerencia seleccionará los indicadores de la cartera de servicios de Atención Primaria incluidos en el cuadro de mandos de Atención Primaria de PIN que considere oportunos.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La Cartera de Servicios de Atención Primaria (CS AP) ha sido desde los años 90 un instrumento clave para la organización de la atención y la gestión de la AP en España, así como para la introducción de criterios de calidad explícitos en las prestaciones sanitarias ofrecidas a la población desde el primer nivel de atención, y su evaluación sistemática.
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos:</u> OMI. <u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> OMI.
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

## 2.5.1 Atención al niño

<b>2.5.1.1</b>	<b>Primera revisión en Recién nacidos en los 10 días siguientes al parto</b>
<b>Fórmula</b>	Recién nacidos a los que se les ha realizado la primera revisión en los 10 días siguientes al parto x 100 / Recién nacidos en el periodo de evaluación
<b>Exclusiones</b>	Exitus del recién nacido.
<b>Aclaraciones</b>	<p>Para considerar que se ha realizado la revisión han de tener registro en el protocolo “Revisión Recién Nacido. Matrona” o en “Protocolo RN de 0-1 mes” de al menos estos tres valores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consejos ictericia.</li> <li>• Consejos cordón umbilical.</li> <li>• Consejos lactancia materna.</li> </ul> <p>Y además</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El intervalo de tiempo entre la revisión (fecha de la visita) y la fecha de nacimiento es igual o menor a 10 días.</li> </ul> <p>Para los niños que nacen en los últimos días del mes se tendrá en cuenta la revisión hecha en los primeros días del mes siguiente.</p> <p>La revisión la realiza la matrona, pero sería válido si lo realiza cualquier profesional de atención primaria: enfermera o pediatra.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Se recomienda que la visita puerperal precoz se realice dentro de los 10 primeros días postparto para valorar el estado físico y mental de la púerpera y del recién nacido, con la finalidad de facilitar e instruir a la mujer en su autocuidado, para valorar los cuidados y realizar una valoración temprana del recién nacido: coloración de la piel, ictericia, peso, reflejos, cordón umbilical, alimentación apoyando la lactancia natural.
<b>Fuente de datos</b>	<p>Para la identificación de los casos: OMI.</p> <p>Para extraer los datos para la evaluación: OMI.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

2.5.1.3	Lactancia materna exclusiva a los 6 meses de edad
<b>Fórmula</b>	Niños lactantes entre 5 y 7 meses de edad asignados a CIAS de pediatría y enfermería con lactancia materna exclusiva X 100 / Niños lactantes entre 5 y 7 meses de edad asignados a CIAS de pediatría y enfermería
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Niños/as entre 5 y 7 meses de edad que cumplan las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estén asignados a CIAS de Pediatría y Enfermería.</li> <li>• Existencia de algún registro en OMI para el DGP [LACTMAT] entre el quinto y séptimo mes de vida del paciente, con cualquiera de los valores de la lista: (EXCLUSIVA, MIXTA, NO LACTANCIA)</li> </ul> <p>En el numerador, se tendrá en cuenta el número de lactantes con registro del valor lactancia materna exclusiva.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>El Servicio Murciano de Salud y la Consejería de Salud constituyeron en 2018 el programa para la atención en los primeros 1000 días de vida de la Región de Murcia. Como eje principal de este proyecto, se integra el programa para el fomento de la lactancia y la humanización en la asistencia al nacimiento. Este último sigue la metodología propuesta por la IHAN para mejorar en las prácticas sanitarias que contribuyen a una mayor tasa de lactancias exitosas. Este indicador se monitoriza desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria para facilitar la acreditación IHAN de los centros sanitarios.</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> OMI</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

## 2.5.6 Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.

2.5.6.1	Atención a pacientes inmovilizados en domicilio
<b>Fórmula</b>	Pacientes inmovilizados con una valoración del Índice de Katz $\geq$ C (entre C y H) que son atendidos en el domicilio x 100 / Pacientes inmovilizados con una valoración del índice de Katz $\geq$ C (entre C y H)
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Pacientes inmovilizados</u>: Son las personas que habiendo sido sometidas a valoración en su domicilio por el médico y/o la enfermera son codificadas con el CIAP A28 en su historia clínica o tiene algún dato en el protocolo 168 o 286 y además, quedará siempre registrado el motivo de inclusión en el servicio en la primera visita.</p> <p><u>Índice de Katz</u>: Explica alfabéticamente las situaciones en una escala creciente de pérdida de capacidades según la progresión habitual del declive físico desde la A (independiente para la tarea citada) hasta G (dependiente absoluto) o H (dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificables como C, D, E o F). Evalúa la continencia de esfínteres, la movilidad y el grado de dependencia funcional del paciente para la realización de actividades cotidianas como usar el baño, vestirse y comer.</p> <p>La falta de información se considera incumplimiento.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>Con el servicio de atención domiciliaria a pacientes inmovilizados, el SMS pretende garantizar la continuidad asistencial, la accesibilidad y la equidad en la atención integral de los pacientes que no pueden desplazarse al centro de salud.</p> <p>El domicilio se convierte en el escenario de prestación de la asistencia y se utiliza para proporcionar una atención integral al usuario y al cuidador/familia en situación de fragilidad, por tratarse de su entorno próximo, dónde la persona realiza su autocuidado y recibe el cuidado de otro.</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: OMI.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación</u>: OMI. Protocolo de Atención a domicilio.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.



## 2.5.9 Inmunizaciones programadas y estacionales

<b>2.5.3.3</b>	<b>Vacunación frente a la gripe en pacientes con diagnóstico de EPOC</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes de 40 años o más diagnosticados de EPOC, que han sido vacunados de la gripe en los últimos 12 meses x 100 / Pacientes de 40 años o más diagnosticados de EPOC
<b>Exclusiones</b>	Personas con contraindicaciones para la vacunación.
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Paciente diagnosticado de EPOC</u>: Aquel en cuya historia clínica de atención primaria aparece registrado un código CIAP R95 (diagnóstico de EPOC).</p> <p>La campaña de vacunación antigripal comienza en octubre y puede prolongarse hasta marzo del año siguiente.</p> <p>La fecha de vacunación tiene que corresponder a la última campaña. En un año natural puede ser una campaña finalizada o en marcha, dependiendo del mes en el que se haga la medición.</p> <p>La falta de información se considera incumplimiento.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Todos los pacientes con EPOC y en riesgo de EPOC, deben ser vacunados anualmente contra la gripe (GesEPOC2014; evidencia baja, recomendación fuerte).
<b>Fuentes de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: OMI.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: OMI y y sistema de información del Registro Regional de Vacunaciones (VACUSAN)</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.5.9.4	Cobertura de vacunación frente a la gripe
<b>Fórmula</b>	Personas de 60 años o más vacunados frente a la gripe x 100 / Personas de 60 años o más
<b>Exclusiones</b>	Personas con contraindicaciones para la vacunación
<b>Aclaraciones</b>	<p>Incluye a las personas que antes de la finalización de la campaña de vacunación antigripal (1 de abril) tengan 60 años o más.</p> <p>La campaña de vacunación antigripal comienza en octubre y puede prolongarse hasta marzo del año siguiente.</p> <p>La fecha de vacunación tiene que corresponder a la última campaña. En un año natural puede ser una campaña finalizada o en marcha, dependiendo del mes en el que se haga la medición.</p> <p>La falta de información se considera incumplimiento.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La Región Europea de la Organización Mundial de la Salud fijo como objetivo de vacunación frente a la gripe el 75% para los mayores de 64 años. Esta cobertura está muy lejos de lo obtenido en la Región de Murcia especialmente en los años anteriores (alrededor de un 50%). Sin embargo en ocasiones se han obtenido coberturas superiores al 60% llegando al máximo de cobertura vacunal en la temporada 2005-06 con un 67%. El objetivo inicial es conseguir aumentar coberturas vacunales con la intención de abandonar el último puesto que actualmente ocupa nuestra comunidad en el conjunto de regiones de España.
<b>Fuentes de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> OMI y sistema de información del Registro Regional de Vacunaciones (VACUSAN)</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

2.5.9.5	Cobertura de vacunación frente a la gripe de mujeres embarazadas
<b>Fórmula</b>	Mujeres embarazadas vacunadas frente a la gripe x 100 / Mujeres embarazadas en el periodo de estudio
<b>Exclusiones</b>	Personas con contraindicaciones para la vacunación.
<b>Aclaraciones</b>	<p>La campaña de vacunación antigripal comienza en octubre y puede prolongarse hasta marzo del año siguiente.</p> <p>La fecha de vacunación tiene que corresponder a la última campaña. En un año natural puede ser una campaña finalizada o en marcha, dependiendo del mes en el que se haga la medición.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Se recomienda la administración de la vacuna antigripal inactivada durante la temporada gripal a todas las mujeres embarazadas durante cualquier momento del embarazo debido al riesgo de complicaciones maternas y fetales.
<b>Fuentes de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> OMI y sistema de información del Registro Regional de Vacunaciones (VACUSAN)</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

<b>Cobertura de vacunación con dTpa de mujeres embarazadas</b>	
<b>Fórmula</b>	Mujeres embarazadas vacunadas con una dosis de dTpa x 100 / Mujeres embarazadas en el periodo de estudio
<b>Exclusiones</b>	Personas con contraindicaciones para la vacunación.
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>Se recomienda vacunar frente a la tosferina a las embarazadas entre las semanas 27 y 36 de gestación (preferiblemente entre las semanas 28 y 32), el propósito de la vacunación es proteger a los niños frente a esta enfermedad en sus primeros meses de vida.</p> <p>Se ha comprobado que el mayor paso de defensas a través de la placenta tiene lugar en el último trimestre de embarazo. Estudios recientes han demostrado que la sangre del cordón umbilical de los recién nacidos de madres vacunadas frente a la tosferina presenta mayor cantidad de defensas en comparación con los recién nacidos de madres no vacunadas.</p>
<b>Fuentes de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> OMI y sistema de información del Registro Regional de Vacunaciones (VACUSAN)</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

<b>Cobertura de vacunación antineumocócica en personas de 65 a 80 años de edad</b>	
<b>Fórmula</b>	Personas de 65 a 80 años de edad vacunados frente a neumococo (cualquier producto) x 100 / Personas de 65 a 80 años de edad
<b>Exclusiones</b>	Personas con contraindicaciones para la vacunación.
<b>Aclaraciones</b>	Personas con contraindicaciones para la vacunación.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La enfermedad neumocócica, se manifiesta fundamentalmente en forma de neumonía, sepsis o meningitis, está causada por el neumococo o <i>Streptococcus pneumoniae</i> . Es una causa importante de enfermedad inmunoprevenible en todo el mundo, con una considerable morbi-mortalidad.
<b>Fuentes de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI.</p> <p><u>Para la extracción de los datos de la evaluación:</u> OMI y sistema de información del Registro Regional de Vacunaciones (VACUSAN)</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

## 2.6 Seguridad del paciente.

### 2.6.1 Programa IRAS-PROA

2.6.1.13	Rondas de seguridad en la UCI
<b>Fórmula</b>	Se realizará rondas de seguridad en las que participe la Dirección del Área de acuerdo al protocolo
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Las Rondas de Seguridad</u> Son una herramienta gerencial con la que cuentan los directivos y profesionales asistenciales del hospital para incrementar la seguridad de la atención en salud. Consisten en la asistencia de un grupo de profesionales del hospital a un servicio específico que se quiere evaluar y allí, estas personas verifican el cumplimiento de los requerimientos de calidad y seguridad.</p> <p><u>Rondas de Seguridad con directivos:</u> Aquellas que cuenten con la presencia del equipo directivo. El equipo directivo puede variar en función del tamaño y características del hospital (gerente, dirección médica y de enfermería, responsable mantenimiento, director de gestión).</p> <p>Para cumplir el objetivo, el informe deberá contener:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participantes.</li> <li>• Resultados y análisis de los mismos.</li> <li>• Medidas correctoras.</li> </ul>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	Las Rondas de Seguridad (RS) con directivos favorecen la implicación de los mismos en promover la cultura de seguridad. Han demostrado ser efectivas para mejorar y reforzar el cumplimiento de buenas prácticas. Mejoran las actitudes de los profesionales hacia la seguridad del paciente y facilitan la comunicación interdisciplinaria necesaria para una perspectiva integral de la seguridad del paciente. Las RS no constituyen un procedimiento aislado sino deben contemplarse como un ciclo de mejora continuo. Debe ser un proceso formal, riguroso y organizado para que realmente sea efectivo.
<b>Fuente de datos</b>	Documento facilitado por la Gerencia.
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

## 2.7 Salud mental

<b>2.7.2</b>	<b>Contenciones Mecánicas en la Unidad de hospitalización de salud mental (UHB, UTA, UHD,UHIJ)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados en la unidad hospitalaria de salud mental que sufren al menos un episodio de contención mecánica durante su estancia x 100 / Pacientes ingresados en la unidad hospitalaria de salud mental
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>UHB= unidad de hospitalización breve. UTA= unidad de hospitalización para trastornos de la conducta alimentaria. UHD= unidad de hospitalización para la desintoxicación. UHIJ= unidad de hospitalización infantojuvenil.</p> <p>En hospitales con más de una unidad de Hospitalización, el resultado es la media de la consecución entre las diferentes unidades.</p> <p>Todos los episodios de contención, así como su modalidad y duración, deben quedar debidamente registrados en Selene. Se cumplimentará un formulario por cada episodio de contención física efectuado, quedando registrado el posible mantenimiento del mismo y su final en la Historia clínica del paciente.</p> <p>Para el cálculo del numerador se contabiliza como 1 caso si se ha usado la contención mecánica (independientemente de las veces que haya sido necesaria) durante el ingreso paciente. Para los pacientes reingresadores se contabiliza cada uno de los ingresos como una situación diferente.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La contención física es una medida terapéutica excepcional, con importantes implicaciones éticas y legales. Su indicación sólo está justificada en situaciones extremas para evitar que un enfermo se lesione a sí mismo o lesione a otros, siempre que hayan fracasado o sean inaplicables otras medidas alternativas como la contención verbal, ambiental o farmacológica.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Selene.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

2.7.6	Continuidad asistencial (CA) al alta hospitalaria en salud mental
<b>Fórmula</b>	Pacientes dados de alta a domicilio en las unidades de hospitalización psiquiátrica que tienen una cita en algún dispositivo comunitario de salud mental en 15 días o menos tras el alta hospitalaria x 100 / Pacientes dados de alta a domicilio en las unidades de hospitalización psiquiátrica
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>El modelo comunitario que inspira el “Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica” (1985) y la Ley General de Sanidad (1986) plantea entre otros principios básicos, irrenunciables, el de Continuidad de Cuidados o CA que aparece implícito en los conceptos de Atención Integrada e Integral, así como en el trabajo de equipo multidisciplinario. Estos conceptos impregnan todos los planes de Salud Mental realizados en nuestra Región.</p> <p>En el año 2007 se elabora y publica el Proceso de CA a pacientes con problemas de salud mental, cuya MISIÓN es: “Asegurar la continuidad asistencial a los pacientes de Salud Mental y Adicciones de la Región de Murcia, garantizando su paso por los diferentes recursos (ambulatorios, hospitalarios y programas de rehabilitación/ reinserción) y su correcto abordaje de una manera eficaz y eficiente”.</p> <p>En Febrero de 2018 se publica la Resolución de Director Gerente del SMS sobre mejora de la CA, donde se aprueba la instrucción nº 1/2018 que señala las bases de relación para la mejora en la continuidad de atención entre los distintos ámbitos asistenciales.</p> <p>Dentro del proceso de CA en SM, uno de los puntos de especial cuidado se produce entre el alta hospitalaria de los pacientes y su recepción en otro dispositivo comunitario (CSM, UR, CAD)</p>
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Selene.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.



<b>2.7.8</b>	<b>Ingreso involuntario en la Unidades de hospitalización psiquiátrica (UHB, UTA, UHD y UHIJ)</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes ingresados en las unidades de hospitalización psiquiátricas con autorización judicial x 100 / Pacientes ingresados en las unidades de hospitalización psiquiátrica
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>UHB= unidad de hospitalización breve. UTA= unidad de hospitalización para trastornos de la conducta alimentaria. UHD= unidad de hospitalización para la desintoxicación. UHIJ= unidad de hospitalización infantojuvenil.</p> <p>Se considera que un paciente no se opone al ingreso, es voluntario, cuando acepta libremente y con conocimiento de las consecuencias de su acto, el ingreso. Por el contrario, será involuntario todo ingreso que, por haber manifestado el paciente su disconformidad (verbal o conductualmente) debe ser legalmente comunicado al juzgado para su autorización.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	<p>Las ventajas del ingreso voluntario son innegables, al margen de que una excesiva judicialización de la hospitalización psiquiátrica entraña retrasos y costes inapropiados.</p> <p>En la línea de proteger los derechos de los enfermos mentales, la Oficina del Defensor del Pueblo (Informe del Defensor del Pueblo, 1991) consideró necesaria la constancia documental del consentimiento otorgado por el enfermo, sin que tal consentimiento pueda en ningún caso presumirse.</p>
<b>Fuente de datos</b>	Selene.
<b>Periodo de evaluación</b>	Anual.

<b>2.2.7.10.3</b>	<b>Informe de continuidad de cuidados al alta en psiquiatría</b>
<b>Fórmula</b>	Altas hospitalarias en unidades hospitalarias de salud mental (UHB) con Informe de continuidad de cuidados realizados x 100 / Altas hospitalarias en unidades hospitalarias de salud mental (UHB)
<b>Exclusiones</b>	Exitus. Hospitalización a domicilio. Altas por traslado a otro hospital.
<b>Aclaraciones</b>	<u>Altas hospitalarias:</u> pacientes de 14 años o más que llevan ingresados más de 24 horas.  Informes de continuidad de cuidados realizados: informes de Cuidados normalizados, realizados y cerrados en Selene.  La falta de información se considera incumplimiento.
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La coordinación asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria es una necesidad para cualquier sistema sanitario que tenga entre sus objetivos estratégicos la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes. La Ley General de Sanidad estableció la atención sanitaria en dos niveles asistenciales relacionados entre sí, (Atención Primaria, como primer contacto de acceso al sistema, y Atención hospitalaria, como apoyo y complemento de todos aquellos procesos cuya complejidad lo requiera). La continuidad de cuidados entre ambos niveles no ha dejado de ser uno de los principales desafíos al que los distintos Servicios de Salud se vienen enfrentando habitualmente, con resultados diversos. A pesar de los avances realizados, sigue existiendo un amplio margen para la mejora.
<b>Fuente de datos</b>	<u>Para la identificación de los casos:</u> Selene.  <u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual y anual.

## Mejorar la accesibilidad a la atención sanitaria

<b>3.2.12</b>	<b>Médico de familia: Atención a domicilio</b>
<b>Fórmula</b>	Consultas realizadas a domicilio por el médico de familia en un mes / Total de médicos de familia
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Las atenciones a domicilio se valorarán como los pacientes atendidos a domicilio incluidos en las agendas para atención a domicilio ya sea a demanda o programada.</p> <p>Total de médicos de familia: número de CIAS para cada mes.</p> <p>Incluye los actos DOM Y DOMPR en agenda que han sido atendidos.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La atención a domicilio permite a la persona beneficiaria recibir una atención personalizada y adaptada a sus necesidades en su propio hogar, lo que mejora su calidad de vida y le permite mantener su autonomía.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> OMI</p>
<b>Periodo de estudio</b>	Mes natural y anual.

<b>3.2.13</b>	<b>Enfermería: Atención a domicilio</b>
<b>Fórmula</b>	Consultas realizadas a domicilio por Enfermería de adultos en un mes / Total de enfermeras de adultos
<b>Exclusiones</b>	
<b>Aclaraciones</b>	<p>Las atenciones a domicilio se valorarán como los pacientes atendidos a domicilio incluidos en las agendas para atención a domicilio ya sea a demanda o programada.</p> <p>Total de enfermeras de adultos: número de CIAS para cada mes.</p> <p>Incluye los actos DOM Y DOMPR en agenda que han sido atendidos.</p>
<b>Tipo de indicador</b>	Proceso.
<b>Justificación</b>	La atención a domicilio permite a la persona beneficiaria recibir una atención personalizada y adaptada a sus necesidades en su propio hogar, lo que mejora su calidad de vida y le permite mantener su autonomía.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> OMI</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> OMI</p>
<b>Periodo de estudio</b>	Mes natural y anual.

3.1.4	<b>Pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica (LEQ) con salida distinta a intervención quirúrgica</b>
<b>Fórmula</b>	Pacientes en lista de espera quirúrgica cuyo motivo de salida de LEQ es distinto a intervención quirúrgica x 100 / Salidas de LEQ
<b>Exclusiones</b>	<p>Exitus.</p> <p>Motivos de salida por intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intervención programada (Jornada ordinaria Hospital SMS).</li> <li>2. Intervención programada (Jornada extraordinaria Hospital SMS).</li> <li>3. Intervención en el propio Hospital tras ingreso urgente.</li> <li>4. Intervención por facultativos SMS en Centro concertado.</li> <li>5. Intervención en Centro concertado por sus facultativos.</li> <li>6. Intervención por cauces ajenos al SMS (iniciativa del paciente)</li> <li>7. Intervención en otro Centro concertado.</li> <li>8. Intervención en otro Hospital del SMS.</li> </ol>
<b>Aclaraciones</b>	<p><u>Pacientes en lista de espera quirúrgica</u>: son aquellos pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de un procedimiento quirúrgico (CCI y CMA) no urgente para el cual el hospital tiene previsto utilizar el quirófano, independientemente de si se precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia.</p> <p>Motivos de salida distinta a intervención:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Derivado a otro hospital del SMS (Hospital de apoyo).</li> <li>2. Renuncia voluntaria a la intervención (en cualquier centro).</li> <li>3. Ilocalizable.</li> <li>4. Detectada duplicidad.</li> <li>5. Error de inclusión en LEQ.</li> <li>6. Ejercicio de Garantía Asistencial.</li> <li>7. Exclusión por motivos médicos.</li> <li>8. Curación o Mejoría.</li> </ol>
<b>Tipo de indicador</b>	Resultado.
<b>Justificación</b>	Instrucción Motivos de baja/aplazamiento en LEQ de la Subdirección General de Asistencia Sanitaria de 26/10/2012.
<b>Fuente de datos</b>	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: LEQ.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: Selene-PIN.</p>
<b>Periodo de evaluación</b>	Mensual.