

**FICHAS DE LOS INDICADORES ANEXO 2
CALIDAD Y SEGURIDAD DE LA ATENCIÓN
SANITARIA**

**GERENCIA SALUD MENTAL-HOSPITAL
PSIQUIATRICO ROMÁN ALBERCA**

ACUERDO DE GESTIÓN 2023-2024

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

Objetivo 1 Mejorar la satisfacción expresada por los usuarios en la atención sanitaria recibida.

2.1.1	Calidad percibida expresada por los usuarios/familia
Fórmula	<p>Indicador compuesto con los siguientes subindicadores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacientes que puntúan con 8 y más su satisfacción con el centro de salud mental x 100 / Valoraciones realizadas 2. Pacientes que puntúan con 8 y más su satisfacción, con la cita obtenida en la consulta de salud mental x 100 / Valoraciones realizadas 3. Pacientes que puntúan con 8 y 10 su satisfacción con la información recibida en la consulta de salud mental x 100 / Valoraciones realizadas
Exclusiones	
Aclaraciones	
Tipo de indicador	Resultado.
Justificación	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.
Fuente de datos	Encuesta EMCA de Calidad Percibida en Consultas de Salud Mental.
Periodo de evaluación	Semestral y anual.

Objetivo 2 Mejorar los procesos asistenciales.

1.2.2	Contención mecánica en la Unidad DE Corta Estancia UCE)
Fórmula	Pacientes ingresados en UCE que sufren al menos un episodio de contención mecánica durante su estancia x 100 / Pacientes ingresados en UCE
Exclusiones	Pacientes de otras Unidades del hospital trasladados para contención.
Aclaraciones	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 en la UCE del paciente.
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	La contención mecánica 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.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> SELENE.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> SELENE. Formulario de contención mecánica Id objeto 585.</p>
Periodo de evaluación	Anual.

2.2.5	Estancia en Unidad de corta estancia (UCE)
Fórmula	Pacientes dados de alta en UCE del HPRA con una duración de 30 días o más de estancia x 100 / Pacientes dados de alta en UCE del HPRA
Exclusiones	Pacientes con ingreso por orden judicial.
Aclaraciones	<p><u>Estancia</u>, unidad de medida de permanencia del paciente en régimen de hospitalización, ocupando una cama en un intervalo de tiempo.</p> <p>Los días de estancia se calculan mediante la diferencia entre la fecha de alta y la fecha de ingreso.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Desde el momento del ingreso en la UCE se debe estar preparando el alta del paciente a fin de que regrese en el menor tiempo posible al medio sociocomunitario de donde proceden. El tiempo medio de permanencia en estas Unidades se estima en torno a los 20 días, y no debería sobrepasar los 30 días.
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: SELENE / NDWH.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: SELENE / NDWH.</p>
Periodo de evaluación	Anual.

2.2.6	Reingresos en UCE
Fórmula	Pacientes con ingreso en UCE del HPRA que han reingresado en menos de 30 días con el mismo diagnóstico x 100 / Pacientes con ingreso en UCE del HPRA
Exclusiones	<p>Altas por exitus.</p> <p>Altas por fuga.</p> <p>Altas voluntarias.</p> <p>Altas por traslado a centro hospitalario general (Ej. Paciente que se deriva para intervención de apendicitis y regresa al centro para seguir proceso de estabilización psiquiátrica).</p>
Aclaraciones	<p>Se considera reingreso a un nuevo ingreso inesperado (ingreso urgente) en los 30 días siguientes a un alta previa en el mismo hospital (episodio índice).</p> <p>Episodio índice: incluye tanto las altas iniciales como aquellas que ocurren transcurridos los 31 días o más desde el episodio inicial previo.</p> <p>Se contará el número de altas a domicilio producidas con reingresos en <30 días en UCE y con el mismo diagnóstico que en el episodio índice.</p> <p>En el caso de que durante este periodo se produjesen 2 o más reingresos, estos contarán como uno sólo (reingreso dentro de los 30 días).</p>
Tipo de indicador	Resultado.
Justificación	<p>Con carácter general, los reingresos pueden ser indicativos de dos situaciones diferenciadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La estabilidad clínica en el curso evolutivo de la patología atendida: En este caso, los reingresos están motivados por complicaciones surgidas después del alta pudiendo, entonces, reflejar un inadecuado seguimiento del paciente tras el alta. • La estabilidad clínica del paciente en el momento del alta hospitalaria: En este caso, los reingresos pueden indicar un alta de hospitalización prematura. <p>El tiempo que debe mediar entre un ingreso y otro para que este último sea considerado reingreso no está absolutamente establecido pero la mayoría de los autores consideran un periodo de 30 días.</p>
Fuente de datos	<p>Para la identificación de los casos: NDWH / SELENE.</p> <p>Para extraer los datos para la evaluación: NDWH / SELENE.</p>
Periodo de evaluación	Anual.

1.2.16	Actividades documentadas sobre evaluación y mejora de la calidad
Fórmula	Número de ciclos de evaluación y mejora realizados y documentados en un año.
Exclusiones	
Aclaraciones	<p>El informe a presentar deberá contener:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las oportunidades de mejora identificadas. • Las medidas correctoras aplicadas. • Los resultados obtenidos.
Tipo de indicador	Estructura.
Justificación	Los ciclos de mejora son una actividad imprescindible en los programas de gestión de la calidad. Estos aprovechan los problemas de calidad u oportunidades de mejora detectados para someterlos a análisis e intervención y conseguir solucionarlos.
Fuente de datos	La identificación de los ciclos se hará a través del coordinador de calidad del centro.
Forma de medición	Anual.

1.3.9	Valoración social del paciente en el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC)
Fórmula	Pacientes en seguimiento por el ETAC con la valoración de Trabajo Social cumplimentada x 100 / Total de pacientes en seguimiento por el ETAC.
Exclusiones	Se considera pacientes en seguimiento cuando ya han sido admitidos al programa y abierto proceso ETAC (se excluyen el proceso de valoración previo a la intervención).
Aclaraciones	Se considera que la Ficha Social ha sido realizada correctamente si se han cumplimentado los ítems que el mismo formulario considera de mínimo cumplimiento (no deja guardar la toma sin cumplimentarlos)
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>La valoración de la situación social del paciente (recogida de forma organizada y sistemática de una serie de datos, tanto objetivos como subjetivos), constituye el primer paso del proceso de atención individualizada, indispensable para identificar los problemas con implicación de factores sociales de cada paciente y establecer un plan de intervención adecuado a las necesidades sociales detectadas, garantizando así una atención holística.</p> <p>Para realizar la valoración del paciente al ingreso en el SMS se utiliza un formulario consensado entre los profesionales de Trabajo Social de la Red de Salud Mental.</p>
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> SELENE. NDWH DATA</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Ficha Social. NDWH DATA</p>

2.7.7	Frecuentación de TMG frente a TMC
Fórmula	Promedio de consultas realizadas a pacientes con diagnóstico de TMG / Promedio de consultas realizadas a pacientes con TMC
Exclusiones	Se excluyen por el momento de este indicador las atenciones realizadas a los pacientes del programa infanto-juvenil (menores de 16 años)
Aclaraciones	<p>TMG = Pacientes con Trastornos Mental Grave son aquellos pacientes cuyo diagnóstico principal es alguno que empiece por la siguiente codificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> o F10.2 o F11.2 o F14.2 o F20 o F21 o F22 o F24 o F25 o F28 o F29 o F31 o F32.3 o F33 o F60.3 o F82 <p>TMC = Pacientes con Trastornos Mental Común son aquellos pacientes cuyo diagnóstico principal cumple las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Todos los F30, todos los F40 y todos los F10 a F19 excepto los especificados arriba como TMG
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	El anterior Plan de SM (2010-13) contenía ya entre sus objetivos el “Asegurar la continuidad asistencial del paciente con TMG”, desarrollar el “Proceso de trastorno mental grave (TMG)” e implantar la “Guía de esquizofrenia”, como un primer intento de romper la ley de cuidados inversos. El fin perseguido era dedicar los mayores esfuerzos a las personas que más lo necesitaban y no a los que más lo solicitaban. En el actual Programa de Acción de Salud Mental (2019-2022) estos objetivos constituyen todo un Eje de la Estrategia, al proponer garantizar la equidad, accesibilidad y homogeneidad en cada una de las Áreas sanitarias de la Región con especial atención a personas con TMG y otros colectivos con especial vulnerabilidad.
Fuente de datos	Selene.
Periodo de evaluación	Anual.

2.7.9	Altas en primera cita de pacientes con código Z
Fórmula	Pacientes con diagnóstico de código Z dados de alta en su primera cita x 100 / Pacientes con diagnóstico de código Z atendidos en los CSM
Exclusiones	
Aclaraciones	Las categorías Z00–Z99 codifican circunstancias y problemas que no son enfermedades, lesiones ni causas externas de enfermedad. Los pacientes con códigos Z son aquellos que, tras ser evaluados no cumplen los criterios diagnósticos de ninguna enfermedad o trastorno mental.
Tipo de indicador	Resultado
Justificación	<p>Vivimos un proceso de psiquiatrización-psicologización de la vida cotidiana complejo, en el que dificultades y cualquier malestar pueden llevar a etiquetar como “enfermas” a personas por lo demás sanas y someterlas a tratamientos innecesarios, con su correlato de efectos adversos. Al mismo tiempo, se reduce la capacidad de las personas para hacerse de cargo de sus propios problemas, llevándolas a buscar ayuda profesionalizada ante el menor contratiempo.</p> <p>Una cantidad cada vez mayor de “pacientes” que no presentan una enfermedad mental, son remitidos al CSM, pudiendo representar hasta el 20% de las consultas. Una intervención posible, que puede ser enormemente terapéutica al evitar efectos secundarios e iatrogenia, es la indicación de no tratamiento y reorientación de la persona hacia un contexto no sanitizado.</p>
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> Selene.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Selene.</p>
Periodo de evaluación	Anual

2.7.10	Pacientes con diagnóstico de Psicosis atendidos por Psicología
Fórmula	Número de pacientes con diagnóstico de psicosis que son atendidos por Psicología x 100 / Total de pacientes con diagnóstico de psicosis
Exclusiones	
Aclaraciones	<p>Se incluye en el diagnóstico de psicosis, aquellos pacientes cuyos códigos diagnósticos incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> O F20 o F21 o F22 o F24 o F25 o F28 o F29 <p>Se considera que el paciente está siendo atendido por psicología cuando consta al menos una visita (primera o sucesiva) con este perfil profesional durante el periodo de estudio.</p>
Tipo de indicador	Proceso
Justificación	El modelo de atención psicológica proporciona herramientas eficaces para que los pacientes adopten un papel activo en su proceso de recuperación y adquieran control sobre su sintomatología, pero además aporta una aproximación basada en la empatía, la escucha activa y la motivación para el cambio y un enfoque integral que tiene en cuenta no sólo el compromiso con la medicación, sino también con la realización de las actividades de la vida diaria.
Fuente de datos	<p>Para la identificación de los casos: Selene.</p> <p>Para extraer los datos para la evaluación: Selene.</p>
Periodo de evaluación	Anual

Objetivo 3 Mejorar la calidad de los cuidados.

1.3.1	Asignación de Enfermera referente de cuidados
Fórmula	Pacientes ingresados en hospitalización (UCE y URME) a los que se asigna enfermera de referencia x 100 / Pacientes ingresados en el hospital
Exclusiones	
Aclaraciones	<p>Los datos se darán desagregados por UCE y URME.</p> <p>Se entiende por enfermera de referencia, la atribución de la responsabilidad de la planificación y seguimiento de los cuidados sobre un grupo de pacientes a una enfermera durante toda la estancia hospitalaria.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>La personalización de los cuidados es una de las expectativas que aparecen con mayor frecuencia en los estudios de satisfacción que se realizan en la población atendida en los sistemas sanitarios actuales.</p> <p>Esta personalización debe entenderse como la necesidad de disponer de una enfermera de referencia durante todo el proceso asistencial, con quién pueda establecer un vínculo que permita una relación terapéutica y favorezca la continuidad de cuidados intra e interniveles.</p>
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> SELENE.</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> SELENE.</p>
Periodo de evaluación	Anual.

1.3.3	Plan de Acogida y Valoración de Enfermería al ingreso
Fórmula	Pacientes ingresados más de 24 h con realización correcta del Plan de Acogida y Valoración de Enfermería en UCE y URME x 100 / Pacientes ingresados más de 24h
Exclusiones	
Aclaraciones	<p>Los datos se darán desagregados por UCE y URME.</p> <p><u>Pacientes ingresados</u>: Pacientes de 14 años o más, dados de alta.</p> <p><u>Realización correcta del Plan de Acogida</u>: Registro en el formulario de valoración de Enfermería por patrones de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la realización del plan de acogida del centro - la entrega del documento informativo de la unidad de hospitalización - que se realiza en las primeras 24 horas tras el ingreso <p><u>Realización correcta de la Valoración de Enfermería</u>: Registro en formulario de la valoración de al menos 4 patrones funcionales y se ha registrado en las primeras 24 horas tras el ingreso. Se entiende que un patrón funcional está valorado cuando el 25% de los “ítems” está cumplimentado.</p> <p>La falta de información se considera incumplimiento.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	<p>La acogida es una actividad de enfermería encaminada a recibir al paciente y a sus acompañantes, para integrarle en la unidad de hospitalización, facilitarles su adaptación al nuevo medio y proporcionarles la información que precisen.</p> <p>La valoración de la situación del paciente al ingreso, constituye el primer paso del proceso de atención de enfermería, indispensable para identificar los problemas de salud de cada paciente y establecer un plan de cuidados adecuado a sus necesidades.</p> <p>Para realizar la valoración del paciente al ingreso en el SMS se utilizan los “Patrones Funcionales de Salud” de Marjory Gordon.</p>
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos</u>: SELENE</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación</u>: SELENE formulario valoración de salud mental Id 2740</p>
Periodo de evaluación	Anual.

1.3.5	Valoración temprana del riesgo de caídas
Fórmula	Pacientes con valoración de riesgo caídas en las primeras 24 h en UCE y URME x 100 / Pacientes ingresados más de 24 horas
Exclusiones	
Tipo de indicador	Proceso
Aclaraciones	<p>Los datos se darán desagregados por UCE y URME.</p> <p><u>Pacientes ingresados: Pacientes de 14 años o más, dados de alta.</u></p> <p><u>Pacientes con valoración de 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.</p>
Justificación	<p>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.</p> <p>Se recomienda realizar reevaluación del riesgo de caídas cuando se produzca un cambio de situación del paciente tanto físico como mental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tras una caída - Administración de medicamentos. - Déficit sensorial. - Estado mental. - Deambulación
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> SELENE</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> SELENE “Valoración Riesgo de Caídas - Downton (Enf)” Id 1500</p>
Periodo de evaluación	Anual.

1.3.7	Altas hospitalarias con Informe de continuidad de cuidados
Fórmula	Informe de continuidad de cuidados realizados al alta hospitalaria en UCE y URME de HPRA x 100 / Altas hospitalarias
Exclusiones	Pacientes dados de alta en el Servicio de Urgencias. Éxitus.
Aclaraciones	Los datos se darán desagregados por UCE y URME. Número de informes de Cuidados normalizados, realizados y cerrados en SELENE.
Tipo de indicador	Resultado.
Justificación	La coordinación asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada 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 Especializada, 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, siguen existiendo amplias áreas de mejora.
Fuente de datos	<u>Para la identificación de los casos:</u> SELENE. <u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Informe normalizado en SELENE.
Periodo de evaluación	Anual.

Objetivo 4 Mejorar la seguridad del paciente

1.4.1.2	Análisis de incidentes notificados
Fórmula	<p>ACR de incidentes SAC1 finalizados x 100 / Total de incidente SAC1</p> <p>ACR de incidentes SAC2 finalizados x 100 / Total de incidente SAC2</p>
Exclusiones	Incidentes con riesgo moderado y bajo (no SAC).
Aclaraciones	<p>Para la evaluación la Gerencia deberá presentar a la SGCASE un análisis causal del incidente con riesgo junto con las medidas correctoras puestas en marcha para que no se vuelva a repetir el incidente.</p> <p>Preferentemente el método utilizado será un Análisis Causa Raíz (ACR) como técnica para hacer un análisis reactivo tras un evento adverso o incidente. Es un proceso estructurado para identificar la base o los factores causales que han provocado el incidente de seguridad.</p> <p>El sistema utilizado por el SINASP para clasificar los incidentes notificados es una adaptación de la matriz del Severity Assessment Code (SAC). Para la realización del análisis, se identificarán y valorarán los SAC1 (riesgo extremo) y SAC2 (riesgo alto) de manera desagregada.</p>
Tipo de indicador	Proceso.
Justificación	Informa sobre la profundidad de análisis de los incidentes, con el fin de promover el aprendizaje y la mejora. La realización de Análisis Causa Raíz de los eventos adversos graves y de los eventos centinela es una herramienta de aprendizaje de primer orden, de carácter reactivo, que se traduce en la implantación de cambios y mejoras en los procesos que han fallado, para prevenir futuros errores.
Fuente de datos	Documento facilitado por la Gerencia.
Forma de medición	Anual.

1.4.1.3	Caídas notificadas en pacientes hospitalizados
Fórmula	Caídas notificadas en pacientes hospitalizados x 100 / Altas de hospitalización en el periodo de estudio
Exclusiones	
Aclaraciones	<p>Los datos se darán desagregados por UCE y URME.</p> <p>Se incluye todas las caídas de pacientes ingresados producidas en cualquier área del hospital.</p> <p>Si un paciente tiene varias caídas durante su hospitalización, se contabilizará el número absoluto de caídas.</p> <p>La falta de información se considera incumplimiento.</p>
Tipo de indicador	Resultado.
Justificación	<p>Las caídas en pacientes hospitalizados representan un problema común y persistente. Las tasas de caídas suelen variar en función de la casuística atendida, del entorno y de las prácticas sanitarias.</p> <p>Las consecuencias de no identificar adecuadamente a este tipo de pacientes y no tipificar el riesgo en pro de realizar las intervenciones que se consideran oportunas reportan situaciones de riesgo gravemente lesivas para el paciente. La introducción de programas de prevención ha demostrado una reducción en el número de caídas.</p>
Fuente de datos	<p><u>Para la identificación de los casos:</u> CMBD de hospitalización</p> <p><u>Para extraer los datos para la evaluación:</u> Registro de caídas en SELENE o SINASP Id 1501</p>
Periodo de evaluación	Anual.