



**UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA TORÁCICA Y  
TRASPLANTE PULMONAR  
Código SIAGC: UGC000209**

**ACUERDO DE GESTIÓN CLINICA  
Año: 2015**

**Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba**



Córdoba 22 de diciembre de 2015

### REUNIDOS

De una parte, la Unidad de Gestión Clínica Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar y en su nombre y representación D. /Dña Ángel Salvatierra Velázquez, en calidad de Director/a /Responsable de la Unidad

De otra parte, el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y en su nombre y representación D. / Dña. Marina Álvarez Benito, en calidad de Director/a Gerente

### ACUERDAN

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2015

Director / Responsable de la Unidad

El Director/a Gerente del Hospital/Distrito/AGS (1)

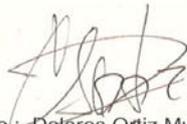


Fdo.: Ángel Salvatierra Velázquez

Fdo.: Marina Álvarez Benito

(1) En caso de unidades intercentros deben firmar todos los gerentes de los distintos centros.

Coordinadora de Cuidados / Enfermera Jefa de Bloque/Supervisora



Fdo.: Dolores Ortiz Muñoz



## INTRODUCCIÓN

La Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud atribuye una importancia capital a que los acuerdos de gestión clínica (AGC) del año 2015 profundicen en el avance en el cambio organizativo hacia un nuevo modelo sanitario dentro del marco de la gestión clínica, dónde destaque:

- a. La voluntad de reforzar la orientación a resultados en salud.
- b. La participación e implicación de la totalidad de sus profesionales.
- c. Y una gestión racional, socialmente responsable y eficiente de los recursos disponibles, en el marco de una estrategia, siempre necesaria y actualmente imprescindible, de sostenibilidad del SSPA.

Por ello y como resultado de la experiencia acumulada en los años precedentes por las Unidades de Gestión Clínica del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S.), para el año 2015 se incorporan al Acuerdo de Gestión algunos aspectos relevantes para la consolidación de la gestión clínica, específicamente:

- (A) Los resultados más relevantes y significativos obtenidos en los últimos cinco años: índices básicos de complejidad y eficiencia, de producción y económica, y algunos indicadores clave de resultados de producción que expresen el esfuerzo ya realizado y que orienten el camino a recorrer en estos ámbitos por las Unidades de Gestión Clínica.
- (B) Los criterios que se han seguido y se han de reforzar para la constitución de una arquitectura sólida y evaluable de UGC, describiendo la estrategia de la Dirección Corporativa para su identificación y aplicación con carácter transparente.
- (C) En el caso específico de las UGC Inter Centros y de las unidades constituidas por más de un área de conocimiento incorporar información clara y relevante sobre:
  - o La forma en que organiza la oferta de su Cartera de Servicios (distribución - ubicación territorial y sistema de acceso poblacional para los procesos y procedimientos incluidos en la Cartera de Servicios).
  - o La forma en que organiza la Unidad en su conjunto (recursos humanos, tecnológicos, formativos y de investigación) para garantizar una oferta equitativa, eficiente, accesible y orientada a resultados clínicos y en salud.
  - o Valor añadido que aporta la Unidad con la integración de diferentes áreas de conocimiento.
- (D) El sistema de Gobierno Clínico de las UGC que la Dirección Corporativa promueve como elemento diferenciador de la gestión clínica frente a otras alternativas de organización.
- (E) La apuesta decidida por seleccionar e implantar objetivos de resultado en salud y / o clínicos normalizados, que concentren los esfuerzos de los

profesionales e identifiquen su impacto en la población andaluza, con especial significación de la eliminación de la práctica clínica, de lo que “no es correcto hacer”.

Este modelo actualizado de Acuerdo de Gestión Clínica pretende primar la selección de la actividad eficiente, en base a una oferta de servicios organizada de forma innovadora, donde los criterios de productividad sean la consecuencia de un análisis riguroso que permita identificar, implantar y alcanzar aquellas actividades y servicios que más pueden beneficiar a la población atendida, medidos por la consecución de resultados clínicos y su impacto en salud sanitariamente dependiente.

Para ello, vamos a estructurar el Acuerdo de Gestión Clínica 2015 de las Unidades Clínicas del Servicio Andaluz de Salud alrededor de seis apartados:

1.- Evolución histórica de la UGC.

2.- Justificación de la constitución de la UGC.

3.- Sistema de Gobierno Clínico.

4.- Objetivos orientados a resultados clínicos / en salud (Este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por el 0.75)

4.1.- Objetivos Comunes (50 % del peso total)

- a) Capítulo I
- b) Accesibilidad
- c) Objetivos Estratégicos de Resultado Clínico en Salud
- d) Otros objetivos relacionados con la actividad y producción asistencial
- e) Orientación al Ciudadano
- f) Investigación e Innovación

4.2.- Específicos (50 % del peso total)

- a) De resultado clínico / en salud (supondrán el 75 % de los específicos).
- b) Sobre “dejar de hacer” (supondrán el 10 % de los específicos)
- c) Compartidos con otras Unidades (supondrán el 15 % de los específicos)

*En el caso de que la UGC no tenga objetivos del apartado “b”, los pesos de este apartado pasaran al apartado “a”.*

*En el caso de que la UGC no tenga objetivos del apartado “c”, los pesos de este apartado pasaran a los apartados “a” y/o “b”*

5.- Cuatro Anexos, que recogen fichas e instrumentos necesarios para cumplimentar homogéneamente los apartados 3 (ANEXO I) y 4.2 (ANEXOS IIa-IIb, III y IV).



6.- Objetivos Críticos (Este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0.25)

6.1.- Objetivos orientados al control de los consumos de material para la realización de la práctica asistencial de imputación directa a las UGC, indicaciones de ortopedia y de transporte no sanitario. (Cap. II y IV, sin farmacia)

6.2.- Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica.

- a) Indicadores cuantitativos de farmacia (consumo)
- b) Indicadores cualitativos (Índice sintético de calidad, prescripción por principio activo,...)

*Se proporcionará una tabla orientativa y con los pesos a adjudicar a cada UGC para los objetivos incluidos en los puntos 6.1 y 6.2*

## 1.- EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA UNIDAD

Fecha de Constitución en UGC: 2007

Modelos Organizativos: (en caso de que haya cambiado en el periodo desde su constitución como UGC)

Año:

Tipo (Intercentros, interniveles...)

Resultados 2007-2013

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nivel de acreditación alcanzado	-	NIVEL I	NIVEL I	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL II	NIVEL II
Puntuación global de la unidad (CRP)	No datos	9.92	10	9.31	9.97	8.76	9.82
IUE	0.56	0.53	0.58	0.61	0.66	0.61	0.57
Índice Casuístico	2.87	2.82	2.85	2.71	2.51	2.66	2.69
Estancias evitables	-2.407	-2.630	-2.263	-2.252,18	-1.560	-1.094	-1.419
% Reingresos	0.71	0.20	0.79	0.54	0.19	0.93	0.51
% Mortalidad	0.47	1.01	1.18	1.26	0.76	1.25	0.51
Estancia Preoperatoria	1.94	1.30	1.32	1.55	1.58	1.89	0.87
% Prescripción por principio activo	No datos	No datos	No datos	No datos	No datos	91.67	97.16

## 2.- JUSTIFICACIÓN DE LA CONSTITUCIÓN DE LA UNIDAD

**(Solamente las UGCs Intercentros, Interniveles y aquellas en cuya composición entre más de un área de conocimiento)**

### **(A) Criterios Corporativos de constitución y / o confluencia de las Unidades de Gestión Clínica.**

A mediados de mayo del 2015 desde la Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud se pone en marcha un proceso participativo para identificar criterios objetivos, racionales y medibles de constitución y / o confluencia de Unidades de Gestión Clínica, con el apoyo metodológico de la Escuela de Salud Pública de Granada, que permita generar un Mapa de UGC del S.A.S. transparente y modificable en base al cumplimiento objetivable de dichos criterios, sin perjuicio de mantener la flexibilidad necesaria que tenga en cuenta la diversidad organizativa de los centros.

En el marco de dicho proceso, se ha creado un panel de expertos del ámbito de la gestión clínica andaluza para que genere un documento base de dimensiones y criterios que será posteriormente valorado y completado con la participación de más de 100 profesionales clínicos y gestores en 8 foros asesores. Se ha cuidado que en dicho proceso haya una representación territorial, de niveles asistenciales y las diferentes formas de organización y gestión del ámbito S.A.S.

El producto final que salga de estos foros será valorado cada director de UGC con su equipo aportando a la comisiones de Directores de UGC de su centro la cual emitirá un informe único por centro, redactándose el documento definitivo con estas aportaciones.

Está previsto que para el presente año 2015, podamos tener y aplicar dichos criterios para la conformación de las UGC tras un proceso:

- (a) De contraste de los criterios teóricos con los datos de estos últimos años existentes en los sistemas de información corporativos.
- (b) De validación de los criterios que superen la fase anterior, por todos los Directores de Unidad de Gestión Clínica del S.A.S. y,
- (c) De consulta con las Sociedades Científicas afectadas (confluencia de más de un área de conocimiento en una UGC común),

A partir de ahí se iniciará un proceso progresivo de estandarización de las UGC que finalizará con un Mapa de UGC del S.A.S.

### **(B) En el caso de que se trate de una UGC que está integrada por más de un área de conocimiento y/o es Intercentros, se deberá aportar información clara, relevante y con nivel de detalle suficiente para su comprensión, sobre todos los aspectos organizativos siguientes:**

- La forma en que organiza la oferta de su Cartera de Servicios: distribución - ubicación territorial, sistema de acceso poblacional para los procesos y procedimientos incluidos en la Cartera de Servicios,....
- La forma en que organiza la Unidad en su conjunto: los recursos humanos,

tecnológicos, formativos y de investigación,... para garantizar una oferta equitativa, eficiente, accesible y orientada a resultados clínicos y en salud.

- El valor añadido que aporta la Unidad con la integración de diferentes áreas de conocimiento.

### 3.- SISTEMA DE GOBIERNO CLÍNICO DE LA UNIDAD (GOBERNANZA)

La UGC se compromete a instaurar un **sistema de gobierno clínico**, caracterizado por:

(1) Existencia de una dirección profesional:

- a. Única / Liderada por: el Director de la Unidad, Ángel Salvatierra Velázquez
- b. La dirección debe estar basada en un documento explícito de gestión integradora de las áreas de conocimiento compartido y de gestión profesional específica de las áreas de conocimiento no compartido, que ha de ser conocido por todos los profesionales que componen la Unidad.

(2) La Dirección profesional de la Unidad estará orientada (así como su continuidad condicionada), a:

- a. La selección y alcance de resultados clínicos / en salud relevantes.
- b. La selección de medidas de eficiencia en la gestión de los recursos vinculados a la clínica (personas, tecnología, materiales, dispositivos sanitarios de elevado consumo y / o coste).
- c. Definición y compromiso para obtener el impacto económico estimado de las medidas de eficiencia propuestas.
- d. Gestión participativa de las personas integrantes de la Unidad.

- (3) Debe existir una Comisión de Dirección de la Unidad:
- a. Integrada, al menos por los líderes profesionales de las áreas de conocimiento
  - b. Cuyas decisiones se relacionen coherentemente con los subpartados del punto 2
  - c. Y cuyas decisiones sean vinculantes para los líderes de las diferentes áreas de conocimiento.
- (4) La dirección deberá propiciar la participación activa de los usuarios atendidos en la Unidad, en las decisiones de la misma que les afecten directa e indirectamente, por ofrecimiento pro activo a:
- Asociaciones de Autoayuda de enfermedades prevalentes o de especial impacto social
  - Movimientos de “pacientes activos / expertos”
  - Evaluación de procesos a través de los pacientes
  - Grupos focales
  - Otras fórmulas de participación propuestas por los servicios de apoyo.
- (5) La dirección de la UGC debe propiciar la existencia de un Plan de Desarrollo e Innovación Organizativa para la mejora de la Gestión Clínica de la Unidad, que aporte valor al menos en los siguientes apartados:
- Más y mejores resultados clínicos normalizados, relevantes para las necesidades de los usuarios de la Unidad, basados en evidencias contrastadas y respaldados por Sociedades Científicas o instituciones expertas en medidas e indicadores de salud / clínicos del tipo de la Agency for HealthCare Research Quality (AHRQ).
  - Incorporación continua del mejor conocimiento clínico disponible a los profesionales que integran la Unidad, directamente relacionado con los procesos y procedimientos más frecuentes, graves y / o costosos padecidos por los usuarios atendidos en la Unidad. Conocimiento acreditado por el sistema de evaluación y por la mejora de las competencias profesionales a través de sistemas normalizados, científica y socialmente reconocidos y contrastables.
  - Gestión clínicamente racional e integradora de los recursos que la Organización Corporativa (S.A.S.) destina a la Unidad para la resolución de los problemas de salud – enfermedad de los ciudadanos atendidos en la Unidad.
  - Integración coherente de los apartados anteriores de forma que la gestión racional y eficiente de los recursos y las formas de prestación de los servicios y cuidados, siempre aporte valor positivo a los resultados clínicos y/o en salud, que hayan sido priorizados por la UGC según relevancia, utilidad y coste – efectividad.

El cumplimiento de los aspectos definidos para el sistema de Gobernanza Clínica de las Unidades de Gestión Clínica, han de suponer, en general, un salto cualitativo respecto a situaciones previas.



Además, se hace necesaria una evaluación rigurosa y objetiva del sistema de Gobernanza que permita comprobar la incorporación de todos sus elementos de forma progresiva y continúa, dentro de plazos de tiempo lógicos y previamente establecidos por la Dirección Corporativa del S.A.S. (**ANEXO I**)

La visión que guía dicho Sistema de Gobernanza es avanzar, de forma continúa y según las innovaciones e incorporación de nuevos instrumentos de gestión clínica, hacia la sostenibilidad del Sistema desde la credibilidad generada por sus profesionales, es decir, avanzar de abajo – arriba.

En la evaluación del Director/a/responsable de la UGC se tendrá en cuenta el cumplimiento o no de estos aspectos.

#### 4.- OBJETIVOS DE LA UNIDAD DE GESTION CLINICA

##### 4.1.- OBJETIVOS COMUNES (supondrán el 50 % del peso total)

### ÁREA: CAPÍTULO I

#### Objetivo Común nº 1: Cumplimiento del Presupuesto asignado en Capítulo I.

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como Objetivo para el año 2015 cumplir con el presupuesto asignado en Capítulo I.

Capítulo I	Objetivo
UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar	<b>PENDIENTE DEA</b>

**Indicador: Capítulo I**

**Fórmula:** Gasto 2015 en Capítulo I del Servicio <= Presupuesto asignado en Cap.I para 2015

**Fuente:** Gerhonte

**Metodología de Evaluación:** Explotación del sistema de información e Informe de la Dirección Económico-Administrativa con el resultado obtenido

**Peso: 3**

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** Cumple/ No cumple

**Observaciones:** La cantidad asignada en Capítulo I será facilitada por la DEA y será objeto de revisión a lo largo del año 2015 para recoger las posibles incidencias que se produzcan.

#### Objetivo Común nº 2: Control del Absentismo.

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como Objetivo para el año 2015 disminuir el absentismo del personal de la unidad.

**Indicador: Porcentaje de Absentismo**

**Fórmula:** Días de absentismo \*100 / Días de trabajo potenciales

**Fuente:** Gerhonte.

**Metodología de Evaluación:** Explotación del sistema de información e Informe de la Dirección de Personal con el resultado obtenido

**Peso: 3**

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:**

Absentismo	Óptimo / Inferior
UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar	2%/3.5%

## **ÁREA: ACCESIBILIDAD (HOSPITALES/AGS)**

### **Objetivo Común nº 3: Gestión de la Lista de espera en Primeras Consultas.**

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2015, gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras consultas no sea superior a 60 días.

**Indicador:** Demora en primeras consultas

**Fórmula:** Media de los 52 valores semanales obtenidos en función de los límites de 30/60 días.

**Fuente:** INFHOS.

**Metodología de Evaluación:** Explotación de INFHOS e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

**Peso:** 6

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** 10/0 media de valores

### **Objetivo Común nº 4: Gestión de las Citas Sucesivas.**

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2015, gestionar las citas de consultas sucesivas de forma que al menos el 95% de las mismas sean dadas por la propia Unidad de Gestión.

**Indicador:** Lista de Espera en Consultas Gestión de citas de consultas sucesivas.

**Fórmula:** Nº consultas sucesivas dadas por la Unidad de Gestión Clínica x 100 / Total consultas sucesivas.

**Fuente:** MTI- Citas

**Metodología de Evaluación:** Explotación de MTI-Citas e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

**Peso:** 3

**Límite Superior/Límite Inferior:** 95% / 80%

Observaciones: Se monitorizará el indicador de forma bimensual. La evaluación se realizará de acuerdo con el resultado a 31 de Diciembre de 2015

### **OBJETIVO 5: Mejorar la Gestión de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ):**

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2015 garantizar que ningún paciente espere más de 180 días de espera en AGD según se recoge en el Anexo 1 del Decreto de Garantía de Plazo de Respuesta, ni más de 120 días para aquellos procedimientos afectados por la Orden de 20 de Diciembre de 2006.

Las Unidades de Gestión Clínica Quirúrgicas tendrán acceso a su propia Lista de Espera Quirúrgica. El director de la Unidad Clínica certificará mensualmente la situación real de dicha lista.

Se realizará una gestión de colas adecuada, interviniéndose dentro de un mismo proceso a aquellos que tengan más antigüedad.

**PESO:** 6

### Índice sintético compuesto por los siguientes Indicadores:

#### 1.- LEQ en Procesos de 120 días (Procedimientos afectados por la Orden de 20 de Diciembre de 2006)

**Fórmula:** Percentil 97 de la demora en Procesos de 120 días programables

**Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior:** 110 / 120 días

**Fuente:** AGD.

**Metodología de Evaluación:** Explotación del AGD e Informe del Jefe de Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

**Peso:** 30% del peso total del objetivo

**Periodicidad:** mensual

#### 2.- LEQ en Procesos de 180 días (Procedimientos afectados por Anexo 1 del Decreto de garantía de plazo de respuesta):

**Fórmula:** Percentil 97 de la demora en Procesos de 180 días programables

**Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior:** 170 / 180 días

**Fuente:** AGD.

**Metodología de Evaluación:** Explotación del AGD e Informe del Jefe de Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

**Peso:** 30% del peso total del objetivo

**Periodicidad:** mensual

#### 3.- %Pacientes en situación transitoriamente no programable

**Fórmula:**  $(N^{\circ} \text{ de pacientes TNP} / \text{Total de pacientes incluidos en el anexo}) \times 100$

**Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior:** 5 % / 10%

**Fuente:** AGD

**Metodología de Evaluación:** Explotación del AGD e Informe de la Dirección Médica.

**Peso:** 20% del peso total del objetivo

**Periodicidad:** mensual

#### 4. IINDA $\leq 1$

El IINDA (Razón entre las Indicaciones Quirúrgicas Observadas y las Indicaciones Quirúrgicas Esperadas. Coheasist), de las especialidades básicas, a cierre de este año, deberá ser 1 o menor a 1.

**Fórmula:**  $IINDA = (\text{Indicaciones Quirúrgicas Observadas} / \text{Indicaciones Quirúrgicas Esperadas})$

**Criterio de cumplimiento:**  $\leq 1$

**Fuente:** Coheasist

**Metodología de Evaluación:** Informe de la Dirección Médica.

**Límite óptimo/mínimo:** Cumple / No cumple

**Peso:** 20% del peso total del objetivo

**Periodicidad:** mensual

ÍNDICE SINTÉTICO LEQ				
Procesos <120 días	Procesos <180 días	% PTNP	INDA	Función de Valor
<= 110	<= 170	<5	<=1	10
> 110 - 111	> 170 - 171	5,1-5,5		9
> 111 - 112	> 171 - 172	5,6-6		8
> 112 - 113	> 172 - 173	6,1 -6,5		7
> 113 - 114	> 173 - 174	6,6 -7		6
> 114 - 116	> 174 - 176	7,1-7,5		5
> 116 - 117	> 176 - 177	7,6-8		4
> 117 - 118	> 177 - 178	8,1-8,5		3
> 118 - 119	> 178 - 179	8,6-9		2
> 119 - 120	> 179 - 180	9,1-10		1
> 120	> 180	>10	>1	0
<b>p1= 30</b>	<b>p2= 30</b>	<b>P3= 20</b>	<b>P4: 20</b>	100   Peso relativo
				Resultado
				R. obtenido (FV)
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	R. ponderado

El Índice Sintético se calcula como media ponderada de los resultados obtenidos en cada indicador, según la fórmula:  $(A+B+C+D/100)$ , en función de los tramos de valoración asignados para cada indicador.

### OBJETIVO 6: Mejorar la Producción Quirúrgica:

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2015 mejorar su producción quirúrgica. Para ello se compromete a mantener el número de intervenciones en sesión ordinaria de mañana y tarde en relación al año 2015

Si el objetivo de cumplimiento de la lista de espera no se cumple, el resultado en este objetivo será cero.

### PESO DEL OBJETIVO: 2

#### Incremento del rendimiento de quirófano

**Fórmula:** media de intervenciones realizadas en sesión ordinaria de mañana y tarde (salvo urgencias)

**Fuente:** SSII

**Metodología de Evaluación:** Módulo de Indicadores de Gestión (MIG) e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** 2.04/1.91

## AREA: ACTIVIDAD ASISTENCIAL

### Objetivo Común nº 7: Gestión adecuada de las Estancias (Índice sintético)

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2015, mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90.

Índice de Utilización de Estancias (IEMA)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (primer semestre)
<b>IUE</b>	<b>0.56</b>	<b>0.53</b>	<b>0.58</b>	<b>0.61</b>	<b>0.71</b>	<b>0.61</b>	<b>0.57</b>

#### Peso del Objetivo: 4

**Subindicador 1)** Índice de Utilización de Estancias.

**Fórmula:** Estancia media observada/ estancia media esperada bajo estándar andaluz.

**Fuente:** CMBDH/ Servicio de Documentación Clínica y Unidad de Gestión Clínica

**Metodología de Evaluación:** CMBD e Informe del Servicio de Documentación Clínica.

**Peso del subindicador:** 50% de los puntos totales del objetivo

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** 0,90 / 1.

**Subindicador 2)** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2015 mantener el número de estancias evitables.

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Estancias evitables	-2.407	-2.630	-2.263	-2.252,18	-1.560	-1.094	-1.419

**Indicador:** Mantener las estancias evitables.

**Fórmula:** No aplica

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** Cumple/No cumple

**Fuente:** CMBD

**Metodología de Evaluación:** Informe del servicio de documentación clínica con el resultado obtenido.

**Peso del subindicador:** 50% de los puntos totales del objetivo

**ÁREA: OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE RESULTADO CLÍNICO EN SALUD****Objetivo nº 8: Tasa de reingreso a los 30 días de una estancia previa en el hospital, por cualquier causa**

Mantener la tasa de readmisión a los 30 días por cualquier causa

**Fórmula:** No aplica**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** Cumple/No cumple**Fuente:** CMBD**Metodología de Evaluación:** Informe del servicio de documentación clínica con el resultado obtenido.**Peso:** 3

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% Reingresos	0.71	0.20	0.79	0.54	0.19	0.93	0.51

**Objetivo nº 9: Disminuir la incidencia de UPP en las personas hospitalizadas****Peso:** 2 puntos**SubIndicador 1:** Disminuir la incidencia de UPP que se producen durante la estancia hospitalaria.**Numerador:** Número de pacientes que desarrollan UPP de cualquier grado durante el ingreso hospitalario en la unidad x 100.**Denominador:** Número de pacientes ingresados en la unidad**Fuente:** DAH y CMBD**Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior:** 6%- 8%**Peso:** 50% del valor del objetivo**SubIndicador 2:** Porcentaje de personas con UPP de cualquier grado con informe de continuidad de cuidados y notificadas a AP dadas de alta hospitalaria.**Numerador:** Número de pacientes ingresados con UPP de cualquier grado con Informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria y notificados a AP x 100**Denominador:** Número de pacientes ingresados en la unidad con UPP al alta.**Fuente:** DAH y CMBD**Límite Superior (Óptimo) / Límite Inferior:** 95%- 80%**Peso:** 50% del valor del objetivo

\*Informe al Alta debe incluir las siguientes valoraciones;

Fecha de Cura / Evaluación.

Aspecto y cantidad del Exudado:

Estadío:

Signos de Infección:

Tipo de tejido del lecho:

Dolor:

Fistulizaciones

Tratamiento

Piel Perilesional:



## ACLARACIONES A LOS OBJETIVOS DE UPP:

La Estrategia de Cuidados de Andalucía ha elaborado indicadores de resultados en salud y seguridad del paciente tanto para el ámbito de Atención Hospitalaria como en Atención Primaria, focalizados fundamentalmente en pacientes con EPOC, Insuficiencia Cardíaca, Diabetes e Inmovilizados y personas cuidadoras.

El registro de actividad se hace en la Estación de Cuidados en AH. **La explotación de datos se podrá realizar a través de listados, información de Historia de Salud, de la réplica de Estación de Cuidados y mediante explotación centralizada en los casos en los que no sea posible por las vías anteriores.**

**La notificación del informe de continuidad desde el hospital se deberá hacer clicando el check de derivación a AP al realizar el informe de alta hospitalaria.**

Se adjunta el nuevo modelo para el registro de HERIDAS (UPP, heridas vasculares, quirúrgicas, etc.) y su inclusión en Programas de Salud (Anexo 4)



## ANEXO 4

### FICHA DE VALORACIÓN DE PACIENTE CON DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

(Plantilla de valoración registro y seguimiento Heridas agudas y crónicas)

#### REGISTRO DE HERIDAS

##### TIPO HERIDA:

Úlcera por Presión..... Estadio de la lesión: Estadio: I II III IV  
Úlcera Vascular..... Herida Quirúrgica..... Quemadura.....  
Herida Aguda..... Otras.....  
Antigüedad de la lesión.....

Localización de la lesión.....

Tamaño (Medición con regla milimetrada el diámetro mayor y el menor).....

#### TIME

##### Tejido:

Tejido necrótico: Seco (duro): ..... Húmedo (blando):.....  
Tejido esfacelado:..... Tejido de granulación:..... Tejido de epitelización:.....  
Presencia de tunelizaciones.....

##### Infección:

**Signos:** Eritema.... Edema..... Cambios en el dolor..... Decoloración.....

Fragilidad del tejido..... Olor anormal..... Aumento exudado.....

Retraso en la cicatrización.....

**Toma de Muestra para Cultivo:** SI..... NO.....

**Tipo toma de muestra:** Punción-Aspiración..... Biopsia.....  
Escobillón.....

**Resultado:**.....

##### **M: Humedad / Exudado:**

Tipo de Exudado: Purulento..... Seroso..... Sero-hemático..... Hemático.....

Cantidad de Exudado: Nulo..... Escaso..... Moderado..... Abundante.....

##### **E: Bordes de la herida:**

**Zona Perilesional:** Íntegra..... Lacerada..... Macerada..... Edema..... Eczema....

**Otros**.....

**Dolor:** Continuo..... En las curas..... Valoración según escala: .....

##### **Tipo de cura utilizada:**

Limpieza: Suero fisiológico..... Polihexanida..... Antiséptico (especificar).....

Desbridamiento: Cortante..... Enzimático (especificar).....

Autolítico (especificar).....

Zona perilesional: Pomada/películas barrera (especificar).....

Ácidos grasos Hiperoxigenados.....

##### **MATERIAL DE CURAS EN AMBIENTE HUMEDO USADO:**

## **PNT DE REGISTRO INICIAL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA**

### **A- REGISTRO INICIAL**

Entrar en la Hª del paciente con DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA:

1. En la HSC que aparece en el clip de “Deterioro de la Integridad cutánea” con botón dcho. elegiremos crear episodio, en el nombre del episodio registraremos UPP, herida crónica o herida aguda según corresponda. Como nos pide que le asignemos un Juicio Clínico, picar en icono-gradilla, escribir UPP, ULCERA VASCULAR, HERIDA CRÓNICA, HERIDA AGUDA, o el problema que genere el deterioro de la integridad cutánea y aceptar.
2. Se ha creado un subclip denominado UPP, Herida crónica, Herida aguda, dentro de estos subclips incluiremos o generaremos todas las hojas de seguimiento que tengan información relevante sobre el plan terapéutico del paciente relacionado con su DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA correspondiente, por ejemplo valoraciones realizadas según planilla de valoración del ASEMA incluida en la Guía de actuación compartida , apósitos seleccionados, otras medidas para el tratamiento de úlceras y heridas, cambios de la situación clínica del paciente que afectan a la evolución de su lesión y a la prescripción de material para su tratamiento, etc.

Generaremos las siguientes HSC correspondientes a cada episodio con el botón dcho. seleccionando del desplegable “Crear HSC”, de esta forma todas quedarán dentro del episodio correspondiente.

Como *aclaración general*, en los procesos y episodios hay que poner UPP, Herida crónica o Herida aguda, en las HSC hay que poner el motivo real de la atención realizada (valoración, seguimiento, pruebas realizadas, etc.)

**Objetivo nº 10: PIRASOA.** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2015 mantenerse en el resultado alcanzado respecto del consumo de antibióticos del Hospital en dosis diaria definida por cada 1000 estancias en el año 2015 respecto del año 2013.

**Indicador:** DDD/1000e

**Fórmula:** DDD de consumo de antibióticos por 1000 / número de estancias en el año 2015

**Fuente de información:** Farmacia

**Metodología de evaluación:** Informe de la UGC de Farmacia con el resultado obtenido

**Límite Superior/Límite Inferior:** 10/0

**Peso:** 2 puntos

**OBJETIVO Nº 11: IRAS.** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2015 cumplir con los indicadores IRAS establecidos para la Unidad:

**INDICADOR 1: Cumplimiento del Programa de Higiene de Manos**

**FÓRMULA:** nº de episodios realizados de higiene de manos x 100 / nº de oportunidades susceptibles de higiene de manos.

Límite superior (óptimo) 75 % / Límite inferior 20 %

Fuente: UGC de Medicina Preventiva (Informe del Programa de Vigilancia M. Preventiva).

**Metodología:** Formulario de la OMS. Informe del Director de la Unidad de Medicina Preventiva con el resultado obtenido

**PESO: 1 punto**

**SE REALIZARÁN AL MENOS 4 CORTES / AÑO / UGC**

**INDICADOR 2: Asistencia a las charlas -Taller sobre Higiene de manos y medidas de aislamiento que se impartirán en la UGC.**

Al menos el 80 % de los profesionales de la Unidad asistirán a los talleres sobre higiene de manos y medidas de aislamiento que se impartirán por la Unidad de Medicina Preventiva.

**Fórmula:** Numero de profesionales de la unidad que asisten a los talleres sobre higiene de manos y medidas de aislamiento impartidos por la UGC de Medicina Preventiva/total de profesionales de la unidad.

**Límite superior:/Límite Inferior: 80%/20%**

**Fuente de información:** UGC de Medicina Preventiva. Hojas de firmas (Informe del Programa de Vigilancia M. Preventiva).

Metodología de evaluación: Hojas de firmas, datos del profesional y e-mail Al menos una de las charlas-taller.

**Peso: 1 punto**

<b>Indicador Nº 1</b> <b>Higiene de manos</b>  (Episodios realizados higiene de manos / Oportunidades susceptibles de Higiene de manos) (%)	<b>Indicador Nº 2</b> <b>Asistencia Charlas -                      Taller formativas</b>  2 al año impartidas por personal de enfermería de la UGC de MP y SP Interniveles	<b>Función de Valor</b>
≥ 75	El 80 % de la UGC	10
< 75 - 70		9
< 70 - 65		8
< 65 - 55		7
< 55 - 45		6
< 45 - 40	Un 40 % de la UGC	5
< 40 -35		4
< 35 -30		3
< 30 - 25		2
<25- 20		1
<20	Menos del 20 % de la UGC.	0
<b>1</b>	<b>1</b>	<b>(10) Peso relativo</b>
		<b>Resultado</b>
		<b>Función de valor</b>
		<b>R. ponderado</b>

## **AREA: ORIENTACION AL CIUDADANO**

**Objetivo nº 12: AREA 2.** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2015 la participación en el diseño de la organización de los servicios: acceso, procedimientos, etc. (grupos focales, entrevistas semiestructuradas, mesas de participación) mediante la realización de grupos focales para incorporar la opinión de ciudadanos expertos en la elaboración e implantación de procesos asistenciales y no asistenciales. Ejemplo: Ver la opinión de los usuarios en la organización de la visita de familiares o en la organización de las consultas de una determinada UGC, o de la visita de hospitalización, etc....

**Fórmula:** No aplica

**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior:** Cumple/No cumple

**Fuente:** UGC

**Metodología de Evaluación:** Informe de la Dirección de la Unidad con el resultado obtenido

**Peso:** 3

## **AREA: INVESTIGACION E INNOVACION**

**Objetivo nº 13:** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar desarrolla su investigación en las siguientes líneas de investigación:

- |                                    |
|------------------------------------|
| 1.- Cáncer de Pulmón (Clínica)     |
| 2.- Rechazo crónico (Experimental) |

La UGC Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2015 mejorar la producción científica de sus profesionales. Como criterio de referencia se utilizará el Factor de Impacto acumulado en el año para revistas publicadas del Journal Citation Reports ó la media del Factor de Impacto de los años 2013 y 2015, utilizándose el dato más favorable para la UGC.

Dado que existe una gran variabilidad en el impacto de las publicaciones de las distintas áreas, y puesto que el número de dichas publicaciones pueden oscilar de unos a otros años, se han establecido compensaciones que faciliten alcanzar el objetivo para aquellas unidades con mayor dificultad para publicar en revistas de alto impacto.

**Indicador: el dato más favorable para la UGC entre:**

**a)** Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2015): Suma del Factor de Impacto de los artículos **ya publicados** en ese año, utilizando como valor el que se haya recogido en el Journal Citation Report del año anterior

**b)** Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2013 y 2015)

**Fórmula:**

a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2015): para revistas publicadas en Pub-Med.

b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2013 y 2015)

**Fuente:** Unidad de Gestión Científica

**Metodología de Evaluación:** Unidad de Gestión Científica.

**Peso:** 7.5



**Límite Superior (Óptimo)/Límite Inferior: 15/5**

**PUBLICACIONES QUE SE CONSIDERAN:** Originales, editoriales, cartas con material original (pero no cartas de opinión) y revisiones que estén adecuadamente filiadas de acuerdo con las Instrucciones recogidas en la Resolución SA 0437/13 de 4 de julio de la Dirección-Gerencia del SAS sobre Referencias de afiliación e identificación de autores en las publicaciones de documentos científicos.

**PUBLICACIONES QUE NO SE CONSIDERAN:** Las comunicaciones o abstract publicados, cartas de opinión, así como las del apartado anterior que estén inadecuadamente filiadas.

## **COMPENSACIONES**

**1.- Los siguientes criterios equivalen a alcanzar el objetivo:**

- Participar en una Guía de Práctica Clínica, con calidad "Agree".
- Creación de un nuevo grupo PAIDI o incorporación a una RETIC/CIBER del Instituto de Salud Carlos III.
- Publicar un trabajo en una revista de impacto >10 puntos
- Crear una spin-off
- Iniciar la explotación de una patente o registro intelectual.
- Incorporar a la cartera de servicios del hospital una innovación generada como resultado de la investigación de la Unidad.

**2.- Los siguientes criterios permitirán compensaciones sobre el objetivo de factor de impacto.**

- Solicitar una patente o registro compensa 10 puntos.
- Un trabajo en primer decil, 2 en primer cuartil o 4 en segundo cuartil equivale a 5 puntos de impacto.
- Conseguir un Rio Hortega en el programa del IS Carlos III.
- Cada 10,000 euros de financiación destinada a la investigación (contratos con empresas, proyectos competitivos de financiación pública o privada, el 50% del tercio de la compensación para ensayos clínicos destinados a I+D y que sean conseguidos por el propio grupo como Investigador Principal y gestionados por LA Fundación Gestora de la Investigación, compensan 2 puntos de impacto).

## **ÁREA: CONTRATO PROGRAMA**

### **OBJETIVO NÚMERO 14: INDICE SINTÉTICO DE CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE CONTRATO PROGRAMA 2015**

**PESO TOTAL: 3.5 PUNTOS**

#### **A) PLAN DE CUIDADORAS Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS.**

La Unidad de Gestión Clínica se marca como objetivo para el año 2015 cumplir con el índice sintético de objetivos relacionados con el Plan de Cuidadoras y la Continuidad de Cuidado.

**Fórmula:** Ver tabla

**Límite Superior/Límite Inferior:** 10/0

**Peso:** 0.5 puntos

Título	Definición	Fórmula	Fuente	Límite superior	Límite inferior	Periodicidad	Peso
Plan de cuidadoras	Informar de las actuaciones llevadas a cabo en relación a la tarjeta +Cuidados a Cuidadoras de Grandes Discapacitados.	Evaluación de las actividades en relación a la Tarjeta +Cuidados a Cuidadoras de Grandes Discapacitados implantadas y/o desarrolladas en la Unidad, en el periodo evaluado	Informe UGC con el resultado obtenido	Cumple	No cumple	31-dic	0.25
Continuidad de Cuidados	Plan de continuidad asistencial mediante seguimiento telefónico proactivo a pacientes frágiles dados de alta los fines de semana, festivos y vísperas desde la UGC	Nº de pacientes frágiles incluidos en el Plan de seguimiento telefónico dados de alta desde la unidad (en fin de semana, festivos y vísperas * 100 /Nº de altas totales en pacientes los fines de semana, festivos y vísperas	Aplicación de Telecontinuidad /Altas de DAH + HISS hospital	10	7	Semestral	0.25

## B) OBJETIVOS DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN

La Unidad de Gestión Clínica se marca como objetivo para el año 2015 cumplir con el índice sintético de objetivos relacionados con el uso y aplicación de los Sistemas de Información del Centro.

**Fórmula:** Ver tabla

**Límite Superior/Límite Inferior:** 10/0

**Peso:** 1 punto

**Subindicador 1:** Hospitalización. La Unidad tendrá al menos el 75% de los episodios asociados a UGC con camas asignadas, con anamnesis, hoja de evolución y alta o éxitus.

**Fórmula:** Número de episodios asociados a la UGC con camas asignadas, con anamnesis, hoja de evolución y alta o éxitus/ total de episodios asociados a la UGC con camas asignadas.

**Fuente:** DAH

**Metodología de Evaluación:** Explotación del sistema de información

**Límite superior/Límite inferior:** CUMPLE/NO CUMPLE

**Peso del subindicador:** 0.25

**Subindicador 2:** Consultas externas. La Unidad hará un uso correcto del módulo de Consultas Externas de Diraya Atención Hospitalaria. Para ello, alcanzará al menos un

75% de episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución, respecto al total de citas realizadas según INFHOS.

**Fórmula:** Número de episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución, respecto al total de citas realizadas según INFHOS.

**Fuente:** INFHOS

**Metodología de Evaluación:** Explotación del sistema de información

**Límite superior/Límite inferior:** CUMPLE/NO CUMPLE

**Peso del subindicador:** 0.25

**Subindicador 3:** Uso del Módulo de Pruebas Analíticas (MPA): La Unidad utilizará el MPA, como petición de pruebas analíticas, en al menos el 75% de las peticiones.

**Fórmula:** Número de peticiones realizadas mediante el Módulo de pruebas analíticas sobre el total de peticiones realizadas.

**Fuente:** MPA

**Metodología de Evaluación:** Explotación del sistema de información

**Límite superior/Límite inferior:** CUMPLE/NO CUMPLE

**Peso del subindicador:** 0.25

**Subindicador 4:** Uso del Módulo de Pruebas de Diagnóstico por la Imagen (PDI): La Unidad utilizará la petición electrónica de diagnóstico por la imagen (PDIWeb) en al menos el 50% de las pruebas que se soliciten respecto del total.

**Fórmula:** Número de peticiones realizadas mediante PDI sobre el total de peticiones realizadas.

**Fuente:** PDI

**Metodología de Evaluación:** Explotación del sistema de información

**Límite superior/Límite inferior:** CUMPLE/NO CUMPLE

**Peso del subindicador:** 0.25

### **C) ESTRATEGIA CENTROS CONTRA EL DOLOR. OBSERVATORIO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE. PAAD**

La Unidad se marca como objetivo para el año 2015, la obtención del reconocimiento a la implantación de actuaciones dirigidas a mejorar la atención a personas con dolor otorgado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

**Indicador:** Obtención del reconocimiento a la implantación de actuaciones dirigidas a mejorar la atención a personas con dolor otorgado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

**Fórmula:** Finalizar la autoevaluación en 2015 quedando pendientes de la evaluación por parte del Observatorio para la Seguridad del Paciente.

**Fuente:** Observatorio para la seguridad del paciente

**Metodología de Evaluación:** Informe del Observatorio para la Seguridad del paciente

**Límite superior/Límite inferior:** Cumple/No cumple

**Peso:** 0,5 punto

#### D) LISTADO DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA

La Unidad se marca como objetivo para el año 2015, mejorar la seguridad quirúrgica cumplimentando la lista de verificación quirúrgica en el 100% de las intervenciones en cirugía programada.

**Indicador:** Porcentaje de pacientes intervenidos en cirugía programada a los que se ha aplicado la lista de verificación quirúrgica\*100 / total de pacientes intervenidos de cirugía programada

**Fórmula:** N° de pacientes intervenidos en cirugía programada a los que se ha aplicado la lista de verificación quirúrgica\*100 / total de pacientes intervenidos de cirugía programada

**Fuente:** DAH

**Metodología de Evaluación:** Explotación del Sistema de información

**Límite superior/Límite inferior:** Cumple/No cumple

**Peso:** 0,5 punto

#### E) ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE.

La Unidad se marca como objetivo para el año 2015, mejorar la seguridad del paciente promoviendo actuaciones relacionadas con aquellos criterios de menor cumplimiento identificados en la autoevaluación de la estrategia de seguridad del paciente realizada en el año 2014

**Indicador:** La UGC aportará evidencias y áreas de mejora conseguidas en al menos tres de los criterios identificados como de menor cumplimiento en la autoevaluación de la estrategia de seguridad del paciente realizada en el año 2014.

**Fórmula:** No aplica

**Fuente:** Observatorio para la seguridad del paciente

**Metodología de Evaluación:** Informe del Observatorio

**Límite superior/Límite inferior:** Cumple/No cumple

**Peso:** 0,5 punto

#### F) CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN.

La Unidad se marca como objetivo para el año 2015, adoptar medidas que garanticen la conciliación de la medicación al ingreso y al alta en la atención hospitalaria.

**Indicador:** Conciliación de la medicación.



**Fórmula:** No aplica

**Fuente:** UGC

**Metodología de Evaluación:** Auditoría de Historia de Salud e informe de la Dirección de la Unidad con el resultado obtenido y con las medidas de mejora adoptadas para mejorar la conciliación en el segundo semestre del año con respecto al primero y al finalizar el segundo semestre Informe de la Unidad que especifique las medidas adoptadas para garantizar la conciliación de la medicación. Se incluirá resultado de autoauditoría con el porcentaje de pacientes a los que se les realiza la conciliación de la medicación al ingreso, así como el porcentaje de pacientes a los que se les realiza la conciliación al alta POR SEMESTRE.

Se deben incluir además las medidas adoptadas para mejorar la conciliación en el segundo semestre con respecto al primero y al finalizar el segundo semestre.

**Límite superior/Límite inferior:** Cumple/No cumple

**Peso:** 0,5 punto

#### 4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS (supondrán el 50 % del peso total)

Los objetivos específicos se desagregan en tres categorías:

- De resultado clínico / en salud (que como mínimo, supondrán el 75 % de los específicos).
- Sobre “dejar de hacer” (supondrán el 10 % de los específicos)
- Compartidos con otras Unidades (supondrán el 15 % de los específicos)

*En el caso de que la UGC no tenga objetivos del apartado “b”, los pesos de este apartado pasaran al apartado “a”.*

*En el caso de que la UGC no tenga objetivos del apartado “c”, los pesos de este apartado pasaran a los apartados “a” y/o “b”*

#### **Objetivos de resultado clínico / en salud y Objetivos en “dejar de hacer” (lo clínicamente no correcto).**

La Dirección Corporativa del S.A.S. pone en marcha, para el año 2015 y siguientes, un procedimiento normalizado de incorporación de objetivos de resultado clínicos y / o en salud, mediante la implantación de una Ficha modelo (**Anexo Ila y I Ib**), que conduzca a una homogeneización de las medidas e indicadores que sustentan la evaluación de los mismos, de forma que su utilización, con la máxima participación de los profesionales de las Unidades de Gestión Clínica:

1. Promueva el conocimiento horizontal y transversal de los objetivos de resultado clínico y / o en salud de todas las Unidades de Gestión Clínica por parte de todos los Directores y sus equipos profesionales.
2. Oriente estratégicamente al conjunto de la organización hacia una respuesta adecuada a las necesidades de la sociedad andaluza y a su proyección futura.
3. Establezca marcos conceptuales que guíen la selección de indicadores, desde el principio del proceso.
4. Permita establecer un sistema de seguimiento y evaluación estable, riguroso y sistemático, desde el inicio del proceso.

Además, con la finalidad de reforzar y mejorar una tendencia creciente de selección y evaluación de objetivos específicos de resultado clínico, en el AGC 2015, la Dirección Corporativa del Servicio Andaluz de Salud, pone a disposición de todas las UGC dos instrumentos prácticos que serán actualizados y distribuidos, al menos anualmente:

1.- La Base de Datos de Indicadores y Medidas de Resultado Clínico (BBDD\_RC\_2015) del S.A.S., que en su versión actual (julio 2015) contiene cerca de 600 objetivos / medidas de resultado clínico clasificadas por niveles asistenciales e identifican en qué Unidades de Gestión Clínica son más útiles. Su finalidad es facilitar la búsqueda y selección de objetivos específicos a las UGC.

2.- Un cuestionario para la evaluación y aplicación sistemática de recomendaciones de lo que clínicamente no debería hacerse (“dejar de hacer”), previa autorización del National Institute for Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido para el estudio y valoración, por los profesionales de las UGC del S.A.S., de las “do not do recommendations” (DndR), que se ha completado con las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina de Familia y la American Association of Family Physicians .

Gracias a este instrumento cada UGC estaría en disposición de incorporar a sus AGC 2015, como objetivo específico, alguna de las recomendaciones para “dejar de hacer” lo que clínicamente no está justificado realizar en base a la evidencia científica, por criterios de priorización de efectividad y / o eficiencia, bien porque no las estuvieran aplicando, bien porque quisiera evaluar su nivel de aplicabilidad real, dentro del marco de gestión clínica con impacto en eficiencia técnica y económica y mejora de resultados sobre la seguridad del paciente.

La metodología de evaluación de los objetivos específicos del tipo “dejar de hacer”, es común a todas las UGC y se recoge en el **Anexo III**.

Con estas iniciativas, se pretende, en definitiva, impulsar y coordinar más y mejor el esfuerzo realizado por las Unidades de Gestión Clínica del S.A.S. en los últimos años y potenciar un importante crecimiento en el porcentaje de objetivos de resultado sobre el total de objetivos planteados.

### **Objetivos Específicos compartidos con otras Unidades.**

Por objetivos compartidos con otras Unidades de Gestión Clínica se ha de entender aquellos cuyo resultado dependa de la colaboración imprescindible de otra Unidad de Gestión Clínica (“está condicionado por ella”), se trate de una Unidad predominantemente diagnóstica o terapéutica.

Esta situación ha de reflejarse en el apartado “compartido con” de la ficha normalizada para Objetivos Específicos (ANEXO IIa) y supone, necesariamente, negociación y acuerdo entre Unidades que comparten un mismo objetivo puesto que el resultado final (puntuación) les afectará a todas ellas (véase la ficha del **ANEXO IV**).

**Tienen un Peso fijo de 7,5 puntos (fijado por la Dirección Corporativa del S.A.S.)** que se establece de partida para simplificar el proceso de fijación de pesos y evitar estar recalculando los pesos particulares de cada objetivo que incluyen cada vez que uno de ellos cambiase de peso.

Se trata de un enfoque coherente con la estrategia de procesos asistenciales integrados (PAI's) cuya finalidad es reforzarla.



## OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 1

### DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para la Mediastinoscopia, de modo que el porcentaje de pacientes susceptibles de ser intervenidos sin estancia resueltos por CMA sea igual o superior a 70%

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 3**

### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO:

**Indicador (título): Resolución de Mediastinoscopia por CMA.**

Fórmula:

NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de Mediastinoscopia resueltos por CMA

DENOMINADOR: total de pacientes intervenidos por Mediastinoscopia (CMA + Ingresos)

Criterio de Cumplimiento:  $\geq 70\%$

Fuente de Información: CMBD

Metodología de evaluación: Explotación del CMBD e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:  $\leq 70\%/60\%$

Situación de partida (valor de referencia):

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con:

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

## OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 2

### DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para la Simpatectomía transtoracoscópica bilateral, de modo que el porcentaje de pacientes susceptibles de ser intervenidos sin estancia resueltos por CMA sea igual o superior al 80%

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 3**

### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

**Indicador (título): Resolución de Simpatectomía por CMA**

Fórmula:

NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de Simpatectomía resueltos por CMA

DENOMINADOR: total de pacientes intervenidos por Simpatectomía (CMA + Ingresos)

Criterio de Cumplimiento:  $\geq 80\%$

Fuente de Información: CMBD

Metodología de evaluación: Metodología de evaluación: Explotación del CMBD e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:  $\leq 80\%/70\%$

Situación de partida (valor de referencia):

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con:

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

**OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 3****DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar se marca como objetivo para el año 2015, que al menos el 75% de los pacientes que se intervienen de Cáncer de Pulmón lo hagan antes de los 30 días tras su ingreso en Lista de Espera.

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 6**

**INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO**

**Indicador (título): Demora terapéutica en pacientes con cáncer de pulmón.**

Fórmula: NUMERADOR: Numero de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días\*

DENOMINADOR: Total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón

\*La demora se calcula como la fecha de intervención - fecha de inclusión en AGD, se excluyen los periodos en que el paciente está en transitoriamente no programable a petición del paciente (demora voluntaria) o por criterio facultativo. En los casos de libre elección se considera a partir de la fecha en que es valorado por la unidad de cirugía torácica

Criterio de Cumplimiento:  $\geq 75\%$

Fuente de Información: AGD

Metodología de evaluación: Explotación de registro e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:  $\geq 75\%/60\%$

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con: **Neumología**, Medicina Nuclear, Radiología.

**OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 4****DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

Mantener el número de episodios de infección relacionada con los catéteres venosos, durante 2015, por debajo 10 episodios por cada 1000 días de implantación de catéter.

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 3**

**INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO**

**Indicador (título): Infección relacionada con catéter venoso (Pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar)**

Fórmula:

NUMERADOR: Número de episodios de infección relacionada con catéter venoso (infección de puerta de entrada o bacteriemia) durante 2015

DENOMINADOR: Total de días de implantación de catéter venoso en pacientes durante 2015

Criterio de Cumplimiento: Número de episodios inferior a 10 por 1000 días

Fuente de Información: Servicio de Medicina Preventiva

Metodología de evaluación: Explotación del Registro e Informe del Servicio de Medicina Preventiva con el resultado.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:  $\leq 10/14$

Situación de partida (valor de referencia):

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con:

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

Implantación del Programa "Bacteriemia Zero" en el Quirófano 2 (Cirugía Torácica y TxP)

### **OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 5**

#### **DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

El porcentaje de infección en la herida quirúrgica no será superior al 2,6%

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 3**

#### **INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO**

**Indicador (título): Infección herida quirúrgica (Pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar)**

Fórmula: %

NUMERADOR: pacientes intervenidos durante 2015, con infección de la herida quirúrgica

DENOMINADOR: Total de pacientes durante 2015

Criterio de Cumplimiento: Porcentaje de infección  $\leq$  2,6%

Fuente de Información: Medicina Preventiva y CMBD

Metodología de evaluación: Explotación del registro e informe de Medicina Preventiva con el resultado obtenido.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:  $\leq$  2,6%/4%

Situación de partida (valor de referencia):

Duque JL, Rami-Porta R, Almaraz A, et al. And the Bronchogenic Carcinoma Cooperative Group (GCCD-S) of the Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR). Arch Bronconeumol 2007;43:143-9

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

## OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 6

### DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

Mantener el porcentaje de infección urinaria relacionada con el sondaje vesical, durante 2015, por debajo del 10% (Pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar)

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 3**

### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

### (FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):

**Indicador (título): Infección urinaria en pacientes sondados**

Fórmula: %

NUMERADOR: Número de pacientes con infección urinaria secundaria a sondaje vesical.

DENOMINADOR: Número total de pacientes con sondaje vesical.

Criterio de Cumplimiento: Porcentaje de infecciones urinarias  $\leq 10\%$

Fuente de Información: Servicio de Medicina Preventiva

Metodología de evaluación: Explotación del Registro e Informe del Servicio de Medicina Preventiva con el resultado.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:  $\leq 10\%/14\%$

Situación de partida (valor de referencia):

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con:

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

## OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 7

### DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

El porcentaje de pacientes trasplantados de pulmón (adultos) que refieren haber comprendido la información facilitada por los neumólogos de trasplante en relación con el uso y los efectos secundarios de los fármacos inmunosupresores será superior al 80%.

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 3**

### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

**(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):**

**Indicador (título): Conocimiento y comprensión de los efectos adversos de los inmunosupresores en pacientes trasplantados de pulmón**

Fórmula:

NUMERADOR: Número de pacientes trasplantados de pulmón que refieren haber comprendido la información en relación con el uso y los efectos adversos de los inmunosupresores

DENOMINADOR: Número total de pacientes trasplantados de pulmón respondedores de la encuesta.

Criterio de Cumplimiento:  $\geq 80\%$

Fuente de Información: UGC

Metodología de evaluación: Explotación de la encuesta e informe de la UGC con el resultado obtenido.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:  $\geq 80\%/70$

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con: Servicio de Atención al Usuario

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

## OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 8

### DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

La mortalidad hospitalaria tras resección pulmonar por carcinoma broncogénico será inferior al 6,8%

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 3**

### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

**Indicador (título): Mortalidad hospitalaria en resección pulmonar por cáncer.**

Fórmula: %

NUMERADOR: Pacientes fallecidos en 2015 durante su ingreso hospitalario tras resección pulmonar por cáncer broncogénico

DENOMINADOR: Total de pacientes sometidos durante 2015 a resección pulmonar por cáncer broncogénico

Criterio de Cumplimiento: Porcentaje de mortalidad  $\leq 6,8\%$

Fuente de Información: CMBDH

Metodología de evaluación: Explotación del Registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:  $\leq 6,8\%/8,5\%$

Situación de partida (valor de referencia):

La mortalidad hospitalaria tras resección pulmonar por carcinoma broncogénico será inferior al 6,8%

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con:

## OBJETIVO ESPECIFICO Nº 9

Problema o aspecto a mejorar: **Potenciar y promover el seguimiento y control del dolor**

Datos e indicadores en los que se sustenta: Indicadores: Medición del Dolor y reevaluación del mismo

### INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO

Enunciado de la intervención:

Medición del dolor. ( Escala visual analógica, EVA)

Razonamiento que justifica la intervención:

En la práctica asistencial diaria se lleva a cabo gran número de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que producen dolor y ansiedad en el paciente, a pesar de que existen diversos métodos farmacológicos y no farmacológicos, para evitarlo o minimizarlo. Incorporar la medición del dolor, da valor a los cuidados, y fomenta la protección al derecho del paciente a no sufrir innecesariamente, potenciando y promoviendo el seguimiento del dolor.

Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación):

Actividades: Tras los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que producen dolor y ansiedad en el paciente se realizara valoración del dolor (Escala analógica EVA). La frecuencia será valorada por la Enfermera Responsable, y/o demanda del paciente y/o cuidador.

Reevaluación el dolor en pacientes con EVA >- 3

Procedimientos: Valoración y cuidados del dolor.

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.015 relacionado con esta actividad

Valoración de dolor, realizando seguimiento del mismo.

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información y límite inferior y superior del objetivo y el peso que tendrá sobre los 40 puntos adjudicados a los obj. específicos:

#### Indicador:

##### 1.- Identificación del % de pacientes con dolor.

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento):

NUMERADOR: Nº de pacientes con dolor  $\geq 3$  en la escala analógica EVA x 100

DENOMINADOR: Total de pacientes ingresados en la Unidad

Fuente de Información: Escala analógica EVA.

Metodología de evaluación: Estación Clínica de Cuidados DAH

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 85%/75%

Situación de partida (valor de referencia): se desconoce

##### 2.- Reevaluación del dolor en pacientes con EVA $\geq$ - 3.

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento):

NUMERADOR: Nº de pacientes con dolor  $\geq 3$  en la escala analógica EVA, a los que se ha reevaluado, pasando de nuevo la escala X 100

DENOMINADOR: : Total de pacientes con dolor  $\geq 3$  en la escala analógica EVA

Fuente de Información: Escala analógica EVA.

Metodología de evaluación: Programa Azahar.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 85%/75%

Situación de partida (valor de referencia): se desconoce

**Peso del Objetivo: 3**

**Nota: Este objetivo se realizará por Muestreo para la aceptación de lotes (Método LQAS)**

**1. 19 Historias.**

**TABLA ABREVIADA PARA USO DE LA DISTRIBUCION BINOMIAL EN ESTUDIO DE MONITORIZACION DE CALIDAD  
(n <10% N)**

(n) tamaño muestra	50	29	19	14	11	9	7	6	5	5	4	4	3	3	3	2	2	2	1
(a)nº de fallos																			
0	95% 0,0770	90% 0,0471	85% 0,0456	80% 0,0440	75% 0,0422	70% 0,0404	65% 0,0490	60% 0,0467	55% 0,0503	50% 0,0812	45% 0,0410	40% 0,0256	35% 0,0429	30% 0,0270	25% 0,0156	20% 0,04	15% 0,0225	10% 0,0100	5% 0,0500
1	90% 0,0290	85% 0,0459	75% 0,0268	70% 0,0470	60% 0,0266	55% 0,0339	45% 0,0320	40% 0,0369	35% 0,0487	35% 0,0487	25% 0,0469	20% 0,0256	10% 0,027						
2	85% 0,0110	80% 0,0393	70% 0,0358	60% 0,032	50% 0,0268	45% 0,0407	35% 0,0466	25% 0,0330	15% 0,0244										
3	85% 0,0320	75% 0,0322	65% 0,0422	45% 0,0460	35% 0,0462	25% 0,0424	15% 0,0286												
4	80% 0,0120	70% 0,0258	60% 0,0422	45% 0,0320	35% 0,0379	25% 0,0389	10% 0,0230												
5	80% 0,0300	65% 0,0202	55% 0,0497	40% 0,040	25% 0,0267	15% 0,0283													
6	75% 0,0120	60% 0,0435	50% 0,052	35% 0,0510	20% 0,0387														
7	75% 0,0260	60% 0,0327	45% 0,0530	25% 0,0280	15% 0,0535														
8	75% 0,0470	55% 0,0260	40% 0,0530	20% 0,0320	5% 0,0136														
9	70% 0,0220	55% 0,0480	35% 0,0520	15% 0,0350															
10	70% 0,0390	50% 0,0370	30% 0,051	10% 0,0350															
11	65% 0,0180	45% 0,0280	25% 0,0480																
12	65% 0,0320	45% 0,058	20% 0,0450																
13	65% 0,0500	40% 0,0380	15% 0,0038																

Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes):

**OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 10**

**DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

El porcentaje de reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con cáncer de pulmón será inferior al 5,5%.

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 3**

**INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO**

**Indicador (título): Reintervenciones tras resección pulmonar por cáncer de pulmón.**

Fórmula: %

NUMERADOR: Número de reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2015

DENOMINADOR: Total de altas en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2015.

Criterio de Cumplimiento: Reintervenciones urgentes < 5,5%

Fuente de Información: CMBD



Metodología de evaluación: Explotación del registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:  $\leq 5,5\%/7,5\%$

Situación de partida (valor de referencia):

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

**OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 11****DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**La mortalidad en el año tras trasplante pulmonar será  $\leq$  al 25%**Peso que se le asignaría al Objetivo: 3****INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO****(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):****Indicador (título): Mortalidad en trasplante pulmonar**

Fórmula:

NUMERADOR: Número de pacientes fallecidos tras trasplante pulmonar durante 2015

DENOMINADOR: Número total de pacientes trasplantados durante 2015

Criterio de Cumplimiento:  $\leq$  25%

Fuente de Información: Registro de Trasplante

Metodología de evaluación: Explotación del Registro e informe del Director del Programa con el resultado obtenido

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 25%/30%

Situación de partida (valor de referencia):

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Compartido con: Neumología

Unidad de Cuidados Intensivos

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

**OBJETIVO 12: SEGURIDAD DEL PACIENTE (NICE)**

Cumplir la “Do not do recommendation del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): No utilizar antibioterapia profiláctica en la cirugía torácica limpia, no protésica ni complicada.

**IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS COORDINACIÓN...ETC COMO A NIVLE ASISTENCIAL DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2015 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

La Unidad de CTyTxP ha utilizado sistemáticamente antibioterapia profiláctica en todas las intervenciones quirúrgicas, con el fin de reducir la infección de la herida. Esta práctica se sustentaba en evidencias científicas de bajo nivel.

**Problema o aspecto a mejorar:**

Variabilidad de la práctica clínica.

**Datos e indicadores en los que se sustenta**

Recomendaciones de lo que clínicamente no debe hacerse (“Do not do recommendations”) de la NICE. Recoge las prácticas clínicas que el Instituto para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) recomienda

Consideramos que un número considerable de pacientes, en torno a 220/año, pueden beneficiarse de esta medida, en el sentido de no estar sometido a las posibles reacciones adversas, efectos secundarios y complicaciones producidos por la antibioterapia no justificada.

Así mismo, la medida contribuirá a la eficiencia de la unidad.

**INTERVENCIONES CLÍNICAS Y ORGANIZATIVAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITAN MEJORAR EL PROBLEMA DETECTADO****Enunciado de la intervención**

Garantizar la aplicación de al menos una recomendación de lo que “clínicamente no se debe hacer” de la NICE, que la UGC haya considerado como de elevada prioridad (puntuación = 3 en la escala de priorización de 1 a 3) bien en eficiencia o en efectividad. (Evidencia de la intervención: National Institute for Health and Clinical Excellence. NICE ‘do not do’ recommendations. Disponible en:

<http://www.nice.org.uk/usingguidance/donotdorecommendations/search.jsp?action=searchform&results=yes&txtSearchText=&txtTopic=&txtSubTopic=&p=off>

**No utilizar antibioterapia profiláctica en la cirugía torácica limpia, no protésica ni complicada.**

**Razonamiento que justifica la intervención**

Se hace necesario mantener y mejorar la cultura de las UGC de ajuste a la práctica clínica basada en evidencias y / o alternativas coste – beneficiosas

**Aspectos más relevantes de la intervención (actividades y procedimientos a desarrollar, cronograma y responsable de su desarrollo e implantación**

Diciembre 2013: Selección de la “do not do recommendation” a evaluar de entre las puntuadas con 3 en eficiencia y / o efectividad (cuestionario en Access cumplimentado por las UGC). Auditoría para evaluar cumplimiento de la recomendación (enero – junio de 2015)

Responsable: Director de la UGC.

**Resultados que se pretenden conseguir en el año 2015 / OBJETIVO**

Indicador de Resultado: “Entre 0 y 1 fallos (no cumplimiento) que equivale a entre un 75 – 85 % de cumplimiento de la recomendación”.

- No prescribir antibioterapia profiláctica en las órdenes preoperatorias a los

<p>pacientes que vayan a someterse a alguna de las siguientes intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Simpatectomía</li><li>- Neumotórax primario sin drenaje previo</li><li>- Mediastinoscopia</li><li>- Resección de tumores benignos de partes blandas de pared torácica</li><li>- Biopsia pleural por toracoscopia</li><li>- Biopsia pulmonar por toracoscopia</li></ul> <p>- Pleurodesis por toracoscopia</p>
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 6</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO (FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS 40 PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):</b>
<p><b>Indicador (título):</b> cumplimiento de la recomendación NICE cuyo texto dice: “No utilizar antibioterapia profiláctica en la cirugía torácica limpia, no protésica ni complicada.</p> <p>“</p> <p>Fórmula: número de “fallos” (historias clínicas en las que no se cumple la recomendación) x100 / 19. Numerador: número de fallos * 100 Denominador: 19. Criterio de Cumplimiento: &lt; 2 “fallos”.</p> <p>Observaciones:</p> <p>Límite Superior / Límite Inferior: 85 % / 75 % (= a 0 fallos / 1 fallo).</p> <p>Situación de partida (valor de referencia): se aplica la recomendación (aunque se desconoce en qué porcentaje).</p> <p>Fuente de Información: Historias Clínicas (para evaluar cumplimiento de la recomendación) y CMBD (para identificar el universo: el proceso o diagnóstico al que aplica la recomendación).</p> <p>Metodología de evaluación: Auditoria de 19 historias clínicas seleccionadas mediante el Método de Muestreo para aceptación de lotes (Método: LQAS).</p> <p>Observaciones:</p>
En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:
Compartido con:
Repercusiones económicas (Tanto en ahorro como en crecimiento de costes. Si no se sabe la cantidad, al menos indicar si van a crecer o decrecer los costes):
Se estima una reducción de costes al disminuir la realización de procedimientos diagnóstico – terapéuticos innecesarios
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



### OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 13. **Índice Sintético de Cumplimiento de Objetivos Compartidos con otras unidades.**

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como Objetivo para el año 2015 cumplir con el Índice Sintético de Objetivos Compartidos con el resto de Unidades.

**Indicador:** Índice Sintético de Cumplimiento de Objetivos Compartidos con otras unidades

**Fórmula:** Ver cuadro resumen de indicadores incluidos

**Límite Superior/Límite Inferior:** 10 / 0

**Fuente:** UGC

**Metodología de Evaluación:** Informe conjunto de resultados.

**Peso:** 8

PROPUESTO POR:	TÍTULO DEL OBJETIVO	PUNTOS
<b>ANATOMIA PATOLÓGICA</b>	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE MUESTRAS DEL BIOBANCO	<b>1 PUNTO</b>
<b>Objetivo 1 compartido con NEUMOLOGÍA</b>	Disminuir la estancia media de los pacientes con derrame pleural complicado (GRD 085) en un 10 % con respecto a la media del SAS para ese mismo GRD (9,89). Estancia media Neumología (10.63 días)	<b>2 PUNTOS</b>
<b>Objetivo 2 compartido con NEUMOLOGÍA</b>	Garantizar que el tiempo de espera en AGD de los pacientes con cáncer de pulmón estudiados en nuestro centro no supere el resultado del año 2013 (16,83 días en 2013).	<b>2 PUNTOS</b>
<b>FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA</b>	ADECUADA UTILIZACIÓN DE LOS DOSÍMETROS PERSONALES VER FICHA ADJUNTA	<b>1 PUNTO</b>
<b>Objetivos compartidos con atención primaria</b>	PENDIENTE DE ACORDAR	<b>2 PUNTOS</b>
<b>OBJETIVO COMPARTIDO / PESO GLOBAL</b>		<b>8</b>

Nota: En el caso de que finalmente la unidad no comparta objetivos con Atención Primaria, los dos puntos serán asignados a los objetivos compartidos con la UGC de Neumología. (1 punto a cada objetivo)



## OBJETIVO COMPARTIDO CON LA UGC FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA

### DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

Mejora de la Seguridad de los profesionales expuestos a radiación mediante un adecuada utilización de los dosímetros personales (control de flujo y lecturas)

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 1**

### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

**(FUENTE DE LA INFORMACIÓN Y LÍMITE INFERIOR Y SUPERIOR DEL OBJETIVO Y EL PESO QUE TENDRÁ SOBRE LOS PUNTOS ADJUDICADOS A LOS OBJ. ESPECÍFICOS):**

Los dosímetros personales registran las dosis de radiación recibidas por los profesionales que realizan actividades que implica un riesgo de exposición a la radiación en su trabajo habitual, y cada usuario tiene 1 o 2 parejas de dosímetros, uno para utilizarlo durante un mes determinado y el otro tiene que devolverse para su lectura, dentro de un plazo establecido. En caso de no disponer en plazo de los dosímetros para proceder a su lectura, el CND le asigna a cada profesional una "dosis administrativa" a instancias del CSN, que representa el límite máximo mensual y que no corresponde con su riesgo real, perdiéndose información real de las dosis recibida.

Se hace necesario nombrar a un **responsable** en cada una de las unidades que se coordine con la UGC de Física y Protección Radiológica y que se responsabilice de:

1.- la **recepción y custodia de los dosímetros nuevos** a utilizar por los usuarios (envíos mensuales realizados por UGC FPR) y la **firma** de la recepción de los mismos por parte de los usuarios pertenecientes a cada UGC.

2.-la **custodia y devolución de los dosímetros utilizados** ese mes, dentro de los plazos establecidos e indicados en la Nota Interior que se envía mensualmente a las unidades, para que la UGC de Física y Protección Radiológica los pueda remitir, a su vez, al **Centro Nacional de Dosimetría** para su lectura, dentro del plazo establecido por dicho Centro (dentro de los 10 primeros días del mes siguientes), junto con el listado con las **firmas** de la recepción de los dosímetros nuevos y/o la **justificación** de los no devueltos para lectura.

**Indicador:** % Dosímetros devueltos (o justificados) en plazo por las UGCs.

**Fórmula:** (nº Dosímetros devueltos o justificados en plazo x 100 / Total de Dosímetros distribuidos en el mes correspondiente)

**Fuente de Información:** Centro Nacional de Dosimetría, UGC de Física y Protección Radiológica

**Metodología de evaluación:** Informe de la UGC de Física y Protección Radiológica

**Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:** 100% / 95%

#### Observaciones:

En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

NO



Dentro de las líneas de colaboración con la UGC de Neumología, se proponen para 2015 los siguientes objetivos compartidos:

#### **OBJETIVO 1 COMPARTIDO CON NEUMOLOGÍA:**

**Indicador:** Disminución de estancia media en GRD 085

**Fórmula:** Reducción en un 10% de la estancia media del GRD 85

**Fuente de información:** CMBD

**Metodología de evaluación:** Explotación del CMBD e informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido

**Límite Superior/Límite inferior:** 9,57/10,63

**Peso:** 2 puntos

#### **OBJETIVO 2 COMPARTIDO CON NEUMOLOGÍA:**

**Indicador:** Mantener la demora media en pacientes con cáncer de pulmón respecto al año anterior

**Fórmula:** Mantener espera de pacientes con cáncer de pulmón

**Fuente de información:** AGD

**Metodología de evaluación:** Explotación de AGD e informe del Servicio de Sistemas de información con el resultado obtenido

**Límite Superior/Límite inferior:** Cumple/No cumple

**Peso:** 2 puntos

Nota: Se han reservado dos puntos para los posibles objetivos que se acuerden con Atención Primaria. En el caso de que no se acuerden estos puntos se distribuirán en los objetivos compartidos con Neumología a razón de 1 punto para cada objetivo.



## TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS CRÍTICOS: AÑO 2015

CIRUGIA TORACICA						
ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR		PESO	LÍM.SUPERIOR (ÓPTIMO)	LÍM.INFERIOR
ECONÓMICA	CONTROL DEL GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE (1)	<b>PENDIENTE DEA</b>	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	<b>85</b>	<b>-1%</b>	<b>1%</b>
FARMACIA	CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA	<b>PENDIENTE DEA</b>	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	<b>4</b>	<b>-1%</b>	<b>1%</b>
	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) (2)	<b>IBP</b>	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP	<b>1</b>	<b>90</b>	<b>76</b>
	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO (2)	<b>PRINC ACT</b>	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS	<b>5</b>	<b>90</b>	<b>84</b>
	RECETAS XX	<b>RECETA XXI</b>	Numero de recetas prescritas en receta XXI/ total de recetas prescritas	<b>5</b>	<b>95</b>	<b>50</b>
<b>TOTAL DE PESOS ASIGNADOS A OBJETIVOS CRÍTICOS</b>				<b>100</b>		
<small>(1). EL DETALLE DE LOS PRODUCTOS INCLUIDOS SERÁ FACILITADO POR LA DIRECCIÓN ECONÓMICO-ADMINISTRATIVA</small>						
<small>(2). LA VALORACIÓN DEL OBJETIVO SE REALIZARÁ SI SE ALCANZA UN Nº DE RECETAS POR CONSULTA IGUAL AL Nº DE RECETAS POR CONSULTA ESTÁNDAR PARA LA ESPECIALIDAD</small>						



## ANEXO I

### EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE GOBERNANZA CLÍNICA (SGC) DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.

MARQUE CON UNA "X" LA EXISTENCIA DE CADA UNA DE LAS CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL SGC EN SU UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

1.- ¿Existe una dirección profesional?:

A) Única: **SI X**

B) La dirección profesional, ¿se basa en un documento explícito de gestión integradora de las áreas de conocimiento compartido y aceptación del liderazgo y gestión profesional específica de las áreas de conocimiento no compartido?:

**SI x**

En caso afirmativo,

Dicho documento de gestión, ¿es conocido por todos los profesionales que componen la Unidad?: **SI x**

2.- La Dirección profesional de la Unidad está orientada a:

- ¿La selección y alcance de resultados clínicos / en salud relevantes?:  
• **SI x**
- ¿La selección de medidas de eficiencia en la gestión de los recursos vinculados a la clínica (personas, tecnología, materiales – dispositivos sanitarios de elevado consumo y / o coste)?:  
• **SI x**
- ¿La definición y el compromiso para obtener el impacto económico estimado de las medidas de eficiencia propuestas?:  
• **SI x**
- ¿La gestión participativa de las personas integrantes de la Unidad?:  
• **SI x**

3.- ¿Existe una Comisión de Dirección de la Unidad?: **SI x**

En caso afirmativo:

- La Comisión de Dirección de la Unidad, ¿está Integrada, al menos por los líderes profesionales de las áreas de conocimiento?:  
• **SI x**

- Las decisiones de la Comisión de Dirección de la Unidad, ¿se relacionan coherentemente con los subapartados del punto 2?:
- **SI x**
- Las decisiones de la Comisión de Dirección de la Unidad, ¿son vinculantes para los líderes de las diferentes áreas de conocimiento tanto específico como compartido?:
- **SI x**

4.- ¿Existe un sistema de participación activa de los usuarios atendidos en la Unidad en las decisiones que les afecten directa e indirectamente, por ofrecimiento pro activo a:

- Asociaciones de Autoayuda de enfermedades prevalentes o de especial impacto social?: **SI x**
- Movimientos de “pacientes activos / expertos”?: **SI x**
- Foros Asesores de ciudadanos?: **NO x**
- Técnicas de Grupo Nominal con usuarios?: **SI x**
- Otros (especificar): .....

5.- Existe un Plan de Desarrollo e Innovación Organizativa para la mejora de la Gestión Clínica de la Unidad, que aporte valor al menos en los siguientes apartados:

- Más y mejores resultados clínicos normalizados, relevantes para las necesidades de los usuarios de la Unidad, basados en evidencias contrastadas y respaldados por Sociedades Científicas o instituciones expertas en medidas e indicadores de salud / clínicos del tipo de la Agency for HealthCare Research Quality (AHRQ).

**SI x**

- Incorporación continua del mejor conocimiento clínico disponible a los profesionales que integran la Unidad, directamente relacionado con los procesos y procedimientos más frecuentes, graves y / o costosos padecidos por los usuarios atendidos en la Unidad. Conocimiento acreditado por el sistema de evaluación y por la mejora de las competencias profesionales a través de sistemas normalizados, científica y socialmente reconocidos y contrastables.

**SI x**

- Gestión clínicamente racional e integradora de los recursos que la Organización Corporativa (S.A.S.) destina a la Unidad para la resolución de los problemas de salud – enfermedad de los ciudadanos atendidos en la Unidad.

**SI x**

- Integración coherente de los apartados anteriores de forma que la gestión racional y eficiente de los recursos y las formas de prestación de los servicios y cuidados, siempre aporte valor positivo a los resultados clínicos y/o en salud, que hayan sido priorizados por la UGC según relevancia, utilidad y coste – efectividad.

**SI x**

**EN CASO DE QUE ALGUNA DE LAS CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL SGC DE SU UNIDAD NO SE CUMPLA, ACEPTO EL COMPROMISO DE:**

- **QUE TODAS LAS CARACTERÍSTICAS ESENCIALES DEL SGC DE MI UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA, ESTARÁN DESARROLLADAS Y SERÁN EFECTIVAS:**

**ANTES DE Están en marcha ya**

- **FACILITAR LA EVALUACIÓN EXTERNA POR LA ACSA DEL SGC DE MI UNIDAD Y EN CASO NECESARIO, PONER EN MARCHA LAS INTERVENCIONES NECESARIAS PARA SUPERAR LAS NO CONFORMIDADES DETECTADAS.**

