

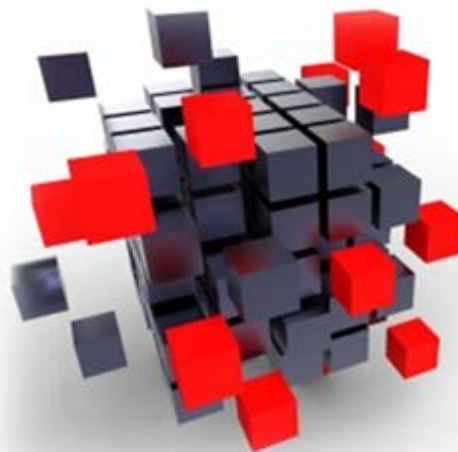
Acuerdo de Gestión Clínica 2016

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGIA TORÁCICA

Código SIAGC:UGC000209

Hospital Universitario Reina Sofía.

Córdoba



1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA UNIDAD

Año de constitución: 2007

RESULTADOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014
Nivel de acreditación alcanzado	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL II	NIVEL II	NIVEL II
Puntuación global de la unidad (CRP) ⁽¹⁾	9.31	9.97	8.76	9.82	9.44
IUE	0.61	0.66	0.61	0.57	0.59
Índice Casuístico	2.71	2.51	2.66	2.69	3.38
Estancias evitables	-2.252	-1.560	-1.094	-1.419	-1562
% Reingresos	0.54	0.19	0.93	0.51	0.76
% Mortalidad	0.54	0.19	0.93	0.51	0.50
Estancia Preoperatoria	1.55	1.58	1.89	0.87	0.26
% Prescripción por principio activo	No datos	No datos	91.67	97.16	96.53

(1) Entre paréntesis: puntuación original, sin aplicación del factor de corrección.

En el caso de que la UGC haya cambiado su constitución especificar a partir de qué año.

4. OBJETIVOS DE LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA

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

Este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,75.

Área: Capítulo I

▣ Objetivo Común 1.1. Cumplimiento del Presupuesto asignado en Capítulo I

La UGC se marca como Objetivo para el año 2016 cumplir con el presupuesto asignado en Capítulo I.

Capítulo I	Objetivo
UGC CIRUGIA TORACICA Y TRASPLANTE PULMONAR	PENDIENTE



Indicador	Capítulo I
Fórmula	Gasto 2016 en Capítulo I de la UGC <= Presupuesto asignado en Cap. I para 2016.
Fuente	<u>Gerhonte</u> / COAN
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	Si 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 2016 para recoger las posibles incidencias que se produzcan.



Objetivo Común nº 1.2. Control del Absentismo

La UGC se marca como Objetivo para el año 2016 controlar el absentismo del personal de la unidad.



Indicador	Porcentaje de Absentismo
Fórmula	Días de absentismo * 100 / Días potenciales de trabajo.
Fuente	<u>Gerhonte</u>
Metodología de Evaluación	Explotación del sistema de información e Informe de la Dirección de Personal con el resultado obtenido.
Peso	3
Límite Superior (Óptimo)	2% -3.5%
Límite Inferior	



Objetivo Común nº 2.1. Gestión de la Lista de espera en Primeras Consultas

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 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.
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	30 días -60 días



Lista de Espera en Primeras Consultas	
Nº de Días de Demora	Función de Valor
<= 30	10
31 - 33	9
30-6034 - 36	8
37 - 39	7
40 - 42	6
43 - 45	5
46 - 48	4
49 - 51	3
52 - 55	2
56 - 60	1
> 60	0



▣ Objetivo Común nº 2.2. Gestión de las Citas Sucesivas

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 gestionar las citas de consultas sucesivas de forma que al menos el 50% de las mismas sean dadas por la propia UGC.



Indicador	Porcentajes de citas de consultas sucesivas gestionadas desde la UGC
Fórmula	$\frac{\text{Nº consultas sucesivas asignadas por la Unidad de Gestión Clínica} * 100}{\text{Total consultas sucesivas asignadas.}}$
Fuente	MTI-Citas
Metodología de Evaluación	Explotación a través de MTI-Citas o informe del servicio de SS II.
Peso	3
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	95% - 80%
Observaciones	Se monitorizará el indicador de forma mensual. En caso de que la cita sea dada por el administrativo, éste se ajustará a la fecha programada por el facultativo, aunque para ello tenga que ampliar la agenda.



▣ Objetivo Común nº 2.3. Gestión de las Citas para recogida de resultados

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 gestionar las citas de recogidas de resultados y elaboración de informes de forma que al menos el 50% de las mismas sean dadas en menos de 45 días.



Indicador	Gestión de citas de Recogida de Resultados y Elaboración de Informes.
Fórmula	$\frac{\text{Nº total citas Recogida de Resultados + Elaboración de Informes} < 45 \text{ días} * 100}{\text{nº total Recogida de Resultados + Elaboración de Informes}}$
Fuente	INFHOS
Metodología de Evaluación	Explotación a través de BBDD de INFHOS
Peso	1
Límite Superior (Óptimo)	75%
Límite Inferior	50%
Observaciones	Se monitorizará el indicador de forma mensual.



▣ Objetivo Común nº 2.4. Mejorar la gestión de la Lista de Espera Quirúrgica (LEQ)

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 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.

Observaciones

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 total del Objetivo

6

*Índice sintético compuesto por los siguientes **Indicadores**:*

Indicador 2.4.1.	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
Fuente	AGD
Metodología de Evaluación	Explotación del AGD e Informe del Jefe de Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido.
Peso del indicador	30% del peso total del objetivo
Periodicidad	mensual
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	170 días – 180 días



Indicador 2.4.2.	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.
Fuente	AGD
Metodología de Evaluación	Explotación del AGD e Informe del Jefe de Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido.
Peso del indicador	30% del peso total del objetivo
Periodicidad	mensual
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	170 días - 180 días



Indicador 2.4.3.	% Pacientes en situación transitoriamente no programable
Fórmula	Nº de pacientes TNP * 100 / Total de pacientes incluidos en el anexo
Fuente	AGD
Metodología de Evaluación	Explotación del AGD e Informe de la Dirección Médica.
Peso del indicador	20% del peso total del objetivo
Periodicidad	mensual
Límite Superior (Óptimo)	5% - 10%
Límite Inferior	



Indicador 2.4.4.	IINDA <=1 El IINDA (Razón entre las Indicaciones Quirúrgicas Observadas y las Indicaciones Quirúrgicas Esperadas), de las especialidades básicas, a cierre de este año, deberá ser 1 o menor a 1
Fórmula	INDA= (Indicaciones Quirúrgicas Observadas / Indicaciones Quirúrgicas Esperadas) <= 1
Fuente	<u>Coheasist</u>
Metodología de Evaluación	Informe de la Dirección Médica.
Peso del indicador	20% del peso total del objetivo
Periodicidad	mensual
Límite Superior (Óptimo)	Sí cumple - No cumple
Límite Inferior	

> 119 - 120	> 179 - 180	9,1-10		1	
> 120	> 180	>10	>1	0	
p1= 30	p2= 30	P3= 20	P4: 20	100	Peso relativo
				Resultado	
				R. obtenido (FV)	
A	B	C	D	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.

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

📌 **Objetivo Común nº 2.5. Mejorar la Producción Quirúrgica**

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 mantener su producción quirúrgica respecto al año anterior... Para ello se compromete a mantener en 2,04 el número de intervenciones en sesión ordinaria de mañana y tarde.

Observación	Si algún indicador del objetivo de cumplimiento de la lista de espera es cero, el resultado en este objetivo será cero.
Peso total del Objetivo	2

Índice sintético compuesto por los siguientes Indicadores:

Indicador 2.5.1.	Mantenimiento, según el caso, del rendimiento de quirófano
Fórmula	media de intervenciones realizadas en sesión ordinaria de mañana y tarde (salvo urgencias)
Fuente	MIG
Metodología de Evaluación	Módulo de Indicadores de Gestión (MIG) e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido
Peso del indicador	80% del peso total del objetivo
Periodicidad	2.04 - 1.91

ÁREA: ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Objetivo Común nº 3.1. Gestión adecuada de las Estancias

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90 y mantener o reducir, según el valor de partida, del nº de estancias evitables.

Peso total del Objetivo	4
-------------------------	---

Índice sintético compuesto por los siguientes indicadores:

Indicador 3.1.1.		Índice de utilización de estancias					
UGC Cirugía Torácica	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	0.53	0.58	0.61	0.66	0.61	0.57	0.59
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	50% del peso total del objetivo						
Límite Superior (Óptimo)	0,90 – 1						
Límite Inferior							

**Indicador 3.1.2.****Número de estancias evitables**

UGC Cirugía Torácica	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Estancias evitables	-2.630	-2.263	-2.2521	-1.560	-1.094	-1.419	-1.562

Fórmula

Número de Estancias evitables 2016 = nº de estancias observadas – nº de estancias esperadas bajo el estándar andaluz

Fuente

CMBD

Metodología de evaluación

Informe del servicio de documentación clínica con el resultado obtenido

Peso

50% del peso total del objetivo

Límite Superior (Óptimo)**Límite Inferior**

CUMPLE/NO CUMPLE



ÁREA: OBJETIVOS ESTRATÉGICOS DE RESULTADO CLÍNICO EN SALUD

- ▣ **Objetivo Estratégico:** disminución de la tasa de reingresos a los 30 días por cualquier causa (ver método de cálculo en Anexo VII).

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



Indicador		Reingresos no programados < 30 días					
UGC Cirugía Torácica	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Reingresos < 30 días	0.20	0.79	0.54	0.19	0.93	0.51	0.50
Fórmula	No aplica						
Fuente	CMBD						
Metodología de evaluación	Informe del servicio de documentación clínica con el resultado obtenido						
Peso	3						
Límite Superior (Óptimo)	CUMPLE/NO CUMPLE						
Límite Inferior							



Los casos iniciales y reingresos serán facilitados por el Servicio de Admisión y Documentación de los Hospitales a las UGCs hospitalarias implicadas y a los Distritos para su distribución a las UGCs de AP.

▣ **Objetivo Común nº 4.11. Disminuir la incidencia de UPP en las personas hospitalizadas**

Peso total del Objetivo	2
-------------------------	---

Índice sintético compuesto por los siguientes indicadores:

Indicador 4.11.1.	Incidencia de UPP que se producen durante la estancia hospitalaria
Fórmula	$\frac{\text{Número de pacientes que desarrollan UPP de cualquier grado durante el ingreso hospitalario en unidades médicas, unidades quirúrgicas y Cuidados Intensivos adultos} \times 100}{\text{Número de pacientes ingresados en unidades médicas, unidades quirúrgicas y UCI adultos}}$
Fuente de información	DAH y CMBD
Peso	50 % del peso total del objetivo
Límite Superior (Óptimo)	Unidades Médicas, <u>Quirúrgicas</u> o Médico
Límite Inferior	<u>quirúrgicas</u> : 6%- 8% Unidades de Cuidados Intensivos: 15%- 20%





Indicador 4.11.2.

Porcentaje de personas con UPP de cualquier grado con informe de continuidad de cuidados y notificadas a AP dadas de alta hospitalaria

Fórmula

Número de pacientes ingresados con UPP de cualquier grado con Informe de continuidad de cuidados al alta hospitalaria y notificados a AP * 100 / Número de pacientes ingresados en el hospital con UPP al alta

Fuente de información

DAH y CMBD

Peso

50 % del peso total del objetivo

Límite Superior (Óptimo)**Límite Inferior**

95%/80%



ÁREA: ORIENTACIÓN AL CIUDADANO

ÁREA 2

Participación en el diseño de la organización de los servicios: acceso, procedimientos, etc. (grupos focales, entrevistas semiestructuradas, mesas de participación).

Objetivo Común nº 5.1. 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....

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 a pacientes hospitalizados, o en la organización de las consultas de una determinada UGC, etc.

Indicador	Nº de Grupos Focales realizados y análisis de las conclusiones
Fórmula	No aplica
Fuente de información	Informe de la Dirección de la UGC donde se explicita: Grupos Focales realizados, participantes, actas y conclusiones de los grupos focales
Peso	3
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Sí cumple – No cumple

La UGC desarrolla su investigación en las siguientes líneas (cumplimentar en el caso que tenga alguna línea activa):

1. Cáncer de pulmón (Clínica)
2. Rechazo crónico (Experimental)

📌 **Objetivo Común nº 6.1. Mejorar la producción científica**

La UGC se marca como objetivo para el año 2016 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 o la media del Factor de Impacto de los años 2014 y 2015, utilizándose el dato más favorable para la UGC.

Los límites superior e inferior de los siguientes objetivos serán distintos para cada UGC y se establecerán por la Dirección en función de la trayectoria de la Unidad en Investigación.



Indicador

- a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2016): 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 (2014 y 2015).

Fórmula

- a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar (2016): para revistas publicadas en Pub-Med.
- b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior (2014 y 2015)

Fuente	Pub-Med
Peso	7
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 <u>abstract</u> publicados, cartas de opinión, así como las del apartado anterior que estén inadecuadamente filiadas.

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.

Compensaciones

Cualquiera de los siguientes logros de la Unidad supondrá compensar con el 100% de la puntuación total.

- ↪ Disponer de un Investigador contratado a través de convocatoria competitiva.
- ↪ Participar en Centros o Redes de investigación cooperativa (CIBER, RETICS, Grupos SSPA y Redes internacionales).
- ↪ Presentar o participar en la presentación de proyectos internacionales.
- ↪ Participar en ensayos clínicos independientes.
- ↪ Publicar en revistas de Q1.
- ↪ Disponer de Registros originales de la propiedad intelectual e industrial o transferencias de tecnología.
- ↪ Conseguir un Rio Hortega en el programa del IS Carlos III.

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.
- ↪ 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).

OTRAS ÁREAS

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- ▣ **Objetivo Común nº 8.1. Reducción en un 20% de la prescripción antibiótica las quinolonas (ciprofloxacino +levofloxacino)**

Indicador	Reducción en un 20% de la prescripción antibiótica las quinolonas (ciprofloxacino +levofloxacino)
Fórmula	$\frac{(\text{DDD}/1000 \text{ estancias día en 2016 en la unidad} - \text{DDD}/1000 \text{ estancias día en 2015 en la unidad}) * 100}{\text{DDD}/1000 \text{ estancias día en 2015 en la unidad}}$
Fuente	Programa PIRASOA
Metodología de Evaluación	Explotación base de datos del programa PIRASOA
Peso	1
Límite Superior (Óptimo)	20%- 10%
Límite Inferior	

▣ **Objetivo Común nº 8.2. Reducción en un 20% de la prescripción antibiótica las carbapenemas (imipenem)**



Indicador	Reducción en un 20% de la prescripción antibiótica las carbapenemas(imipenem)
Fórmula	$\left(\frac{\text{DDD}/1000 \text{ estancias día en 2016 en la unidad} - \text{DDD}/1000 \text{ estancias día en 2015 en la unidad}}{\text{DDD}/1000 \text{ estancias día en 2015 en la unidad}} \right) * 100$
Fuente	Programa PIRASOA
Metodología de Evaluación	Explotación base de datos del programa PIRASOA
Peso	1
Límite Superior (Óptimo)	20%- 10%
Límite Inferior	



CONTRATO PROGRAMA

📌 Objetivo Común nº 8.4. Plan de Atención a Cuidadoras Principales

Indicador 1	Informar de las actuaciones llevadas a cabo en relación a la tarjeta +Cuidados a Cuidadoras de Grandes Discapacitados
Fórmula	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
Fuente	Dirección de la UGC
Metodología de Evaluación	Informe con resultado obtenido
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si cumple/No cumple



Indicador 2	Plan de continuidad asistencial mediante seguimiento telefónico proactivo a pacientes frágiles dados de alta los fines de semana, festivos y vísperas desde la UGC
Fórmula	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
Fuente	Aplicación de <u>Telecontinuidad</u> /Altas de DAH + HISS hospital
Metodología de Evaluación	Explotación del Sistema de Información con el resultado obtenido
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	10/7



Objetivo Común nº 8.5. Garantizar el Uso y aplicación adecuados de los sistemas de información del Centro

Indicador 1	Episodios asociados a UGC con camas asignadas, con anamnesis, hoja de evolución y alta o <u>éxitus</u> .
Fórmula	Numero de episodios asociados a la UGC con camas asignadas con anamnesis, hoja de evolución y alta o <u>éxitus</u> /total de episodios asociados a la UGC con camas asignadas
Fuente	DAH
Metodología de Evaluación	Explotación de DAN e Informe con resultado obtenido
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	75%/65%

Indicador 2	Episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución respecto al total de citas realizadas según INFHOS
Fórmula	Nº de episodios de consulta con hoja de anamnesis o evolución/ total de episodios de consulta
Fuente	INFHOS
Metodología de Evaluación	Explotación del Sistema de Información con el resultado obtenido
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	75%/65%



Indicador 3	Uso del Módulo de Pruebas Analíticas (MPA)
Fórmula	Nº 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 con el resultado obtenido
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	75%/65%





Indicador 4	Uso del Módulo de Pruebas de Diagnóstico por la Imagen (PDI)
Fórmula	Nº de peticiones realizadas mediante el Módulo de Pruebas de Diagnóstico por la Imagen sobre el total de peticiones realizadas
Fuente	PDI
Metodología de Evaluación	Explotación del Sistema de Información con el resultado obtenido
Peso	0.25
Límite Superior (Óptimo)	50%/40%
Límite Inferior	



▣ **Objetivo Común nº 8.8. 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	Dirección 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 <u>autoauditoría</u> 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.
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si cumple/No cumple



Objetivo Común nº 8.9. Adoptar medidas que garanticen la mejora de objetivos docentes.

Indicador 1	La encuesta de satisfacción unificada anual de Residentes del SSPA se consignará por al menos el 90% de los y las residentes de la Unidad.
Fórmula	Número de residentes que han realizado la encuesta anual *100 / Número total de Residentes de la Unidad
Fuente	PORTALEIR
Metodología de Evaluación	Explotación del PORTALEIR e informe de la Unidad de Docencia con el resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	90%/85%

Indicador 2	Se incentivará la formación de tutores y tutoras de la Unidad, en competencias docentes, debiendo realizar el curso "<u>Modelos y Herramientas de Tutorización de Especialistas en Ciencias de la Salud</u>" al menos el 80 de ellos.
Fórmula	Número de tutores que ha finalizado con éxito el programa de formación de tutores on-line *100/ Número total de tutores de la Unidad
Fuente	PORTALEIR
Metodología de Evaluación	Explotación del PORTALEIR e informe de la Unidad de Docencia con el resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	85%/80%

Indicador 3	Se mantendrá el compromiso con la programación docente anual y el seguimiento docente de residentes, debiendo tener el 100% de ellos el Plan Individual formativo anual el 30 Junio 2016 y al menos 3 entrevistas trimestrales con su tutor-tutora el 15 de Diciembre de 2016.
Fórmula	$\frac{(\text{Número de residentes con PIF a 30 Junio 2015} + \text{Número de residentes con al menos 3 entrevistas trimestrales a 15 de Diciembre de 2015}) * 100}{(\text{Número total de Residentes de la Unidad}) * 2}$
Fuente	PORTALEIR
Metodología de Evaluación	Explotación del PORTALEIR e informe de la Unidad de Docencia con el resultado obtenido
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo)	Si Cumple/No cumple
Límite Inferior	

- ▣ **Objetivo Común Estrategia Centros contra el Dolor. Observatorio para la Seguridad del Paciente. PAAD.** La Unidad se marca como objetivo para el año 2016, 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.

14

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 2016 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
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo)	Si Cumple/No cumple
Límite Inferior	

▣ Objetivo Común Listado de Verificación Quirúrgica

Indicador	Cumplimentación del listado de verificación quirúrgica en el 100% de las cirugías programadas
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes intervenidos en cirugía programada a los que se ha aplicado la lista de verificación quirúrgica} \times 100}{\text{total de pacientes intervenidos de cirugía programada}}$
Fuente	DAH
Metodología de Evaluación	Explotación del sistema de Información
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si Cumple/No cumple

- ▣ **Objetivo Común Estrategia de Seguridad del paciente.** La Unidad se marca como objetivo para el año 2016, 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 2015

Indicador	Se aportarán 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 2015.
Fórmula	No aplica
Fuente	Observatorio para la Seguridad del Paciente
Metodología de Evaluación	Informe del Observatorio
Peso	0.5
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	Si Cumple/No cumple

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

Estos objetivos serán propuestos por las propias UGCs en base a los problemas detectados y validados por la Dirección de los Centros

Los objetivos específicos se desagregan en tres categorías:

De resultado clínico / en salud

- ▣ Objetivo Específico nº9.x (cumplimentar una ficha del Anexo IIIa para cada objetivo)

Sobre “dejar de hacer”

- ▣ Objetivo Específico nº10.x (cumplimentar una ficha del Anexo IIIb para cada objetivo)

Compartidos con otras Unidades

- ▣ Objetivo Específico nº11: Índice Sintético de Cumplimento de Objetivos Compartidos / Vinculantes con otras unidades (cumplimentar el Anexo VI)

Los pesos de los apartados a) más b) supondrán el 85% del peso asignado a los objetivos específicos, no pudiendo ser 0 ninguno de los dos apartados.

El peso del apartado c) supondrá el 15% del peso asignado a los objetivos específicos.

En el caso de que la UGC no tenga objetivos del apartado “c”, los pesos de este apartado pasarán 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 SAS puso en marcha, en 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, que han sido mejoradas y actualizadas (Anexo IIIa y IIIb), 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, rigurosa y sistemática, 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 (y de “dejar de hacer”), en el AGC 2016, la Dirección Corporativa del Servicio Andaluz de Salud, pone a disposición de todas las UGC un catálogo de recursos disponibles (Anexo IV) y 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 SAS, que en su versión actual (2015) contiene objetivos de resultado clínico clasificados 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 SAS, 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 2016, 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 V.

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

Objetivos específicos “de resultados en salud”

Objetivo específico nº 9.1

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para la Mediastinoscopia

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2016 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 del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo



Indicador: (cuantitativo) 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 CMBD

Peso 3

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

Objetivo específico nº 9.2

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Incrementar las Simpatectomías transtoracoscópica bilateral por CMA

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2016 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 del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo



Indicador: (cuantitativo) **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 CMBD. Metodología de evaluación: Explotación del CMBD e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Peso 3

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

📌 Objetivo específico nº 9.3

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2016 relacionado con esta actividad

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar se marca como objetivo para el año 2016, 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 del objetivo: 6

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicador: (cuantitativo) **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 AGD Metodología de evaluación: Explotación de registro e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

Peso 6

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 nº 9.4

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Infección relacionada con los catéteres venosos.

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2016 relacionado con esta actividad

Mantener el número de episodios de infección relacionada con los catéteres venosos, durante 2016, por debajo 10 episodios por cada 1000 días de implantación de catéter

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo



Indicador: (cuantitativo) **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 2016

DENOMINADOR: Total de días de implantación de catéter venoso en pacientes durante 2016

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

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

Peso 3

Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior $\leq 10/14$

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

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

Objetivo específico nº 9.5



Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Infección de la Herida Quirúrgica

Datos e indicadores en los que se sustenta

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

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2016 relacionado con esta actividad

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

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

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

Fórmula %

NUMERADOR: pacientes intervenidos durante 2016, con infección de la herida quirúrgica

DENOMINADOR: Total de pacientes durante 2016

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

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

Peso 3

Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior \leq 2,6%/4%

📌 Objetivo específico nº 9.6

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Infección relacionada con sondaje vesical

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2016 relacionado con esta actividad

Mantener el porcentaje de infección urinaria relacionada con el sondaje vesical, durante 2016, por debajo del 10% (Pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar)

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo



Indicador: (cuantitativo) **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 Servicio de Medicina Preventiva. Metodología de evaluación: Explotación del Registro e Informe del Servicio de Medicina Preventiva con el resultado.

Peso 3

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

📌 Objetivo específico nº 9.7

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Información y comprensión del tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados de pulmón

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2016 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 del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo



Indicador: (cuantitativo) **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 UGC Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar. Metodología de evaluación: Explotación de la encuesta e informe de la UGC con el resultado obtenido.

Peso 3

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

▣ Objetivo específico nº 9.8

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Mortalidad tras la resección quirúrgica del Carcinoma broncogénico

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2016 relacionado con esta actividad

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

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo



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

Fórmula %

NUMERADOR: Pacientes fallecidos en 2016 durante su ingreso hospitalario tras resección pulmonar por cáncer broncogénico.

DENOMINADOR: Total de pacientes sometidos durante 2016 a resección pulmonar por cáncer broncogénico.

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

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

Peso 3

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

📍 Objetivo específico nº 9.9

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Potenciar y promover el seguimiento y control del dolor

Datos e indicadores en los que se sustenta

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 2016 relacionado con esta actividad

Valoración de dolor, realizando seguimiento del mismo.

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo



Indicador:

1.- Identificación del % de pacientes con dolor.

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): NUMERADOR: Nº de pacientes con dolor ≥ 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 ≥ 3 .

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento):

NUMERADOR: Nº de pacientes con dolor ≥ 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 ≥ 3 en la escala analógica EVA

Fuente de Información: Escala analógica EVA.

Metodología de evaluación: Informe de Explotación de la Estación de Cuidados de DAH

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

Situación de partida (valor de referencia): se desconoce

Objetivo específico nº 9.10

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2016 relacionado con esta actividad

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

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

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

Fórmula %

NUMERADOR: Número de reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2016

DENOMINADOR: Total de altas en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2016.

Criterio de Cumplimiento: Reintervenciones urgentes < 5,5%

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

Peso 3

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

▣ Objetivo específico nº 9.11



Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Mortalidad tras la realización de Trasplante Pulmonar

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2016 relacionado con esta actividad

La mortalidad en el año tras trasplante pulmonar será \leq al 25%

Peso del objetivo: 3

Indicador para la medición del objetivo, fuente de la información, metodología de evaluación, límite inferior y superior del objetivo

Indicador: (cuantitativo) **Mortalidad en trasplante pulmonar**

Fórmula

NUMERADOR: Número de pacientes fallecidos tras trasplante pulmonar durante 2016

DENOMINADOR: Número total de pacientes trasplantados durante 2016

Criterio de Cumplimiento: \leq 25%

Fuente Registro de Trasplante

Peso 3

Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior 25%/30%

📌 Objetivo específico nº 10. 1: Cumplir la recomendación “dejar de hacer”

13

Identificación de problemas o aspectos mejorables

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 2016)

Responsable: Director de la UGC.

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 pacientes que vayan a someterse a alguna de las siguientes intervenciones:

- Simpatectomía
- Neumotórax primario sin drenaje previo
- Mediastinoscopia
- Resección de tumores benignos de partes blandas de pared torácica
- Biopsia pleural por toracoscopia
- Biopsia pulmonar por toracoscopia
- Pleurodesis por toracoscopia

Peso del Objetivo: **6 puntos**

Indicador para la medición del objetivo, metodología de evaluación, fuente de la información y límite inferior y superior

Indicador (título): cumplimiento de la recomendación NICE cuyo texto dice: “No utilizar antibioterapia profiláctica en la cirugía torácica limpia, no protésica ni complicada”.

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: < 2 “fallos”.

Observaciones:

Límite Superior / Límite Inferior: 85 % / 75 % (= a 0 fallos / 1 fallo).

Situación de partida (valor de referencia): se aplica la recomendación (aunque se desconoce en qué porcentaje).

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).

Metodología de evaluación: Auditoria de 19 historias clínicas seleccionadas mediante el Método de Muestreo para aceptación de lotes (Método: LQAS).

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 IIIa) 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 VI).

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

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 2016 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
ANATOMIA PATOLÓGICA	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE MUESTRAS DEL BIOBANCO	1 PUNTO
Objetivo 1 compartido con NEUMOLOGÍA	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)	2 PUNTOS
Objetivo 2 compartido con NEUMOLOGÍA	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).	2 PUNTOS
FÍSICA Y PROTECCIÓN RADIOLÓGICA	ADECUADA UTILIZACIÓN DE LOS DOSÍMETROS PERSONALES VER FICHA ADJUNTA	1 PUNTO
Objetivos compartidos con atención primaria	PENDIENTE DE ACORDAR	2 PUNTOS
OBJETIVO COMPARTIDO / PESO GLOBAL		8



5. OBJETIVOS CRÍTICOS

Este apartado tendrá un peso de 100 puntos que se ponderará por 0,25.

- ▣ **Objetivo Crítico nº 12.1. 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)**

Indicador	CONTROL DE GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE
Fórmula	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO <= PRESUPUESTO)
Fuente	Plataforma
Peso	85
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	-1/1

▣ **Objetivo Crítico nº 12.2. Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica: Indicadores cuantitativos de farmacia (consumo)**

Indicador	CONSUMO INTERNO FARMACIA
Fórmula	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO <= PRESUPUESTO)
Fuente	Farmacia
Peso	4
Límite Superior (Óptimo)	-1/1
Límite Inferior	

□

▣ **Objetivo Crítico nº 12.3. Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica: IBP**

Indicador	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)
Fórmula	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP
Fuente	Farmacia
Peso	1
Límite Superior (Óptimo)	90%/79%
Límite Inferior	



📌 Objetivo Crítico nº 12.4. Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica: PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO

Indicador	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO
Fórmula	$\frac{\text{Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA} \times 100}{\text{Nº TOTAL DE RECETAS}}$
Fuente	Farmacia
Peso	5
Límite Superior (Óptimo)	90%/84%
Límite Inferior	

▣ Objetivo Crítico nº 12.6. Objetivos orientados al uso adecuado de la prescripción farmacéutica: PRESCRIPCION EN RECETA XXI



Indicador	PRESCRIPCION EN RECETA XXI
Fórmula	Nº DE RECETAS PRESCRITAS POR RECETA XXI/TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS
Fuente	Farmacia
Peso	5
Límite Superior (Óptimo)	95%/50%
Límite Inferior	

