

ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA

2018- 2019

UGC CIRUGÍA TORÁCICA Y
TRASPLANTE PULMONAR

- *Área Quirúrgica*



Acuerdo de Gestión Clínica 2018-2019 para las Unidades de Gestión Clínica de CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR.

Código SIAGC: UGC000209

AGS/Hospital/AS: Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

_____ de _____ de 2018

Reunidos

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

De otra parte, el Hospital/AGS/AS Universitario Reina Sofía de Córdoba y en su nombre y representación D. / Dña. Valle García Sánchez, en calidad de Directora Gerente.

Acuerdan

El siguiente Acuerdo de Gestión para los años 2018-2019.

El Director / Responsable de la Unidad

La Directora Gerente del Hospital/AGS/AS

Fdo.: Ángel Salvatierra Velázquez

Fdo.: Valle García Sánchez

Supervisora de Enfermería de la Unidad

Fdo.: María Dolores Ortiz Muñoz

Introducción

La Gestión Clínica (GC) Es un sistema de organización del trabajo que pretende dar respuesta a las necesidades y demandas de la ciudadanía con los principios de máxima calidad, eficacia, efectividad y eficiencia y desde la premisa de la capacidad de los profesionales para ser responsables, autónomos y comprometidos con la ciudadanía a la que prestan sus servicios.

En este Acuerdo de gestión, y tras el debate profesional que hemos mantenido, previa a su elaboración, se proponen para 2018, los siguientes principios:

Para el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), la GC es el modelo organizativo sanitario que:

- Considera a la ciudadanía como centro del propio Sistema.
- Se orienta a resultados.
- Busca la continuidad asistencial
- Persigue una relación de agencia con la ciudadanía a lo largo de la vida de cada ciudadano en su contexto social
- Posibilita la autonomía de la gestión
- Descentraliza la toma de decisiones
- Implica y corresponsabiliza al equipo de profesionales, en la consecución de resultados en salud
- Incorpora los conocimientos y metodología de la práctica clínica basada en evidencias.
- Potencia en trabajo en equipo de forma multidisciplinar

La Unidad de Gestión Clínica (UGC) es la estructura organizativa de profesionales orientada al desarrollo de la gestión clínica.

La gestión clínica otorga al equipo de profesionales la responsabilidad sanitaria y social que le corresponde a su capacidad de decisión junto a la ciudadanía, mediante una atención centrada en la persona, teniendo en cuenta tanto su situación clínica como su situación socioeconómica, familiar, laboral y cultural ya que todos ellos, son condicionantes del proceso salud y enfermedad. Por otro lado, el equipo de profesionales también asume la responsabilidad en la gestión de los recursos, para obtener resultados en salud, garantizar la continuidad asistencial y con un horizonte de eficiencia, calidad y seguridad, alineados con las líneas estratégicas del SSPA.

El Acuerdo de Gestión Clínica (AGC), es una herramienta de trabajo. Un documento que firma el equipo de dirección del centro (AGS/Hospital/AS) con los cargos intermedios de la UGC. En él, se recogen los objetivos que de forma participativa todos/as los/las profesionales de la unidad clínica han propuesto y que es negociado con la Dirección del Centro, a través de sus cargos intermedios.

Una vez firmado, debe ser presentado a todos/as los/as profesionales que integran la UGC.

Análisis de situación de su Población de referencia.

El INE, a 1 de enero de 2017, cifra la población andaluza en 8.412.966 habitantes; es la Comunidad Autónoma que más ha crecido desde el 2010. Sin embargo, para 2031 prevé una cifra de 8.386.245 habitantes, es decir un mantenimiento de la población.

La disminución de la fecundidad y el aumento de la supervivencia de las personas mayores están modificando la estructura de edad de la población andaluza. El porcentaje de personas de 65 o más años ha ido aumentando en los últimos años y seguirá aumentando, acompañado de lo que se ha denominado «envejecimiento del envejecimiento», o aumento porcentual del grupo de más de 80 años. Este envejecimiento no es homogéneo. Los índices de envejecimiento más elevados se hallan en municipios de las provincias de Jaén y Córdoba, coincidiendo con las zonas de mayor índice de ruralidad.

La población de la provincia de Córdoba, de acuerdo con los datos actualizados a julio de 2016 del padrón municipal publicados por el INE (dato revisado el 27 de febrero de 2017), es de 790.907 habitantes (1,70 % de la población española y 9,40 % de la población andaluza).

La estructura por edades muestra una población relativamente envejecida, en la que se observa una baja proporción de niños y una alta proporción de ancianos, lo que conduce a una alta relación de dependencia.

La economía cordobesa es más débil que la economía andaluza y española, con evolución anual de crecimiento también más débil que la andaluza y nacional, según datos del INE.

En resumen, la población de la provincia de Córdoba en 2018 está relativamente envejecida y es esperable un paulatino y mayor envejecimiento de esta población en el futuro. Es una población cada vez más urbana, concentrándose en los grandes núcleos de población, fundamentalmente en Córdoba-capital, con un nivel de bienestar socioeconómico medio dentro de la Comunidad Autónoma Andaluza, una tasa de desempleo entre las mayores de Europa, y ligeramente superior a la media andaluza, y que cada vez tendrá una mayor tasa de población dependiente.

Por otra parte, la Unidad recibe pacientes de otras provincias para la patología torácica general (libre elección y derivación por especialistas de patología compleja), y de toda Andalucía y de fuera de nuestra comunidad para trasplante pulmonar en adultos y niños, al ser el único centro acreditado en Andalucía para este tipo de trasplante.

PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN LA UNIDAD

Procesos patológicos malignos

El **Cáncer de Pulmón (CP)** es sin duda el tumor maligno que ha experimentado en los países occidentales un mayor crecimiento a lo largo del siglo XX y primeros tres lustros del XXI. El CP ocupa el primer lugar, por orden de frecuencia, entre todos los tumores malignos en los varones. La incidencia actual del CP en España es de 77,4 nuevos casos por 100.000 habitantes, con una tasa de solo el 8,1 % en mujeres, debido, probablemente, a la relativamente tardía adopción por la mujer del hábito tabáquico. Sin embargo, se espera que en España, durante esta década, el CP en la mujer supere en incidencia y mortalidad al cáncer de mama. La mayoría de los expertos -el 81,3 %- piensa que el Cáncer de Pulmón va a seguir aumentando hasta el año 2020, y todo ello porque el cambio en la tendencia en el hábito tabáquico, a pesar de las campañas preventivas, no han comenzado a tener una significación en la incidencia hasta el año 2015, en el que parece que se produjo la inflexión. En consecuencia, hay que estar preparados para ofrecer un plan global de asistencia al paciente con CP, con una tasa de incidencia (casos nuevos x 100.000 hab./año) aproximada de 70, por lo que unos 560 cordobeses deberían ser diagnosticados y tratados cada año de esta enfermedad. Sabemos que, aproximadamente, una 1/3 parte de los portadores de CP reúnen las condiciones clínicas y de estadificación para ser candidatos a una intervención quirúrgica, lo que supone que, aproximadamente, 185 pacientes deberían ser intervenidos, según los datos actuales, y muchos más si somos capaces de detectar el tumor en fases más tempranas. Por otra parte, el tiempo entre la detección radiológica del CB y su tratamiento es excesivamente prolongado, por lo que es menester adoptar medidas urgentes para acortarlo

En este apartado de Patología Neoplásica Maligna es menester tener en cuenta las técnicas quirúrgicas diagnósticas y terapéuticas para los **tumores primarios y secundarios** de la **Pleura**, de la **Pared Torácica** y del **Mediastino**, así como **metástasis pulmonares** de tumores de otro origen. De hecho, el número de intervenciones por metástasis pulmonares en nuestra Unidad se aproxima cada vez más al número de intervenciones por cáncer de pulmón. El envejecimiento de la población, la mayor esperanza de vida y la detección más temprana de estas patologías hará que, previsiblemente, se incremente nuestra actividad en esta área en los próximos años. Es por tanto necesario planificar nuestra estrategia contra esta auténtica epidemia. Nuestro Hospital puede y debe liderar el enfoque multidisciplinario en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, ya que dispone de los medios humanos y materiales apropiados.

Patología no neoplásica

Dentro de la patología no neoplásica encontramos la patología pleural, fundamentalmente el neumotórax espontáneo, el derrame pleural de etiología desconocida, que necesita de toracoscopia diagnóstica, el empiema pleural, el enfisema, la hiperhidrosis, la patología mediastínica (bocios cervico-torácicos, quistes y tumores del mediastino), la patología congénita de la pared torácica, la patología infecciosa y



congénita pulmonar, la patología intersticial pulmonar subsidiaria de biopsia pulmonar, los traumatismos torácicos, etc. En la mayoría de estas patologías no se esperan cambios substanciales en los próximos años como para modificar la previsión de nuestra casuística

Trasplante pulmonar

El Trasplante pulmonar está creciendo progresivamente, tanto en indicaciones, como en número de procedimientos realizados, según el Registro Internacional (ISHLT), el Registro Español (ONT) y nuestra propia experiencia, por lo que ya representa un reto organizativo de primer orden que debemos afrontar sin dilación. Para este y sucesivos años es previsible -por tendencia, por tasa de indicación y de probabilidad de trasplante (somos referencia para, aproximadamente, el 20% de la población española)- que realicemos entre 60 y 80 trasplantes pulmonares en nuestra Unidad. De hecho, hasta el 20 de marzo de 2018 llevamos realizados 15 trasplantes pulmonares.

Objetivos:

El AGC consta de tres niveles: Básico, Avanzado y de Excelencia, cada uno con los siguientes objetivos:

1.- BÁSICOS (corresponden al 50% de la ponderación del AGC)

Objetivos marcados por la Dirección Gerencia del SAS a través del equipo directivo del centro.

El equipo directivo del centro propondrá a las UGC las ponderaciones de estos objetivos, negociándolas con ellas, conforme al Contrato Programa, pero teniendo en cuenta las características de cada Unidad.

✓ **Objetivo básico 1.1 Garantizar la Accesibilidad y la Equidad**

Indicador	Índice sintético de Accesibilidad:
	<ul style="list-style-type: none"> A. La UGC garantizará que durante 2018 Y 2019, no haya ningún paciente pendiente de un procedimiento incluido en el Anexo 1 del Decreto 209/2001 y Ordenes de desarrollo, en situación de programables que superen los plazos establecidos y no deben de superar el 10% de TNP para cada una de las especialidades. B. La UGC garantizará que los pacientes pendientes de 1ª visita procedente de AP tengan cita asignada en un 90% de las mismas y no tendrá pacientes pendientes de primeras consultas de especialista derivadas de AP, (con cita o sin cita asignada), con más de 60 días de antigüedad desde la fecha de inicio de la demora para las especialidades de Decreto 96/2004. C. La UGC garantizará que durante 2018 no haya ningún paciente pendiente de una prueba diagnóstica con más de 30 días de demora (incluye el total de solicitudes, independientemente de tener o no tener fecha de cita asignada) y no haya más del 10% de solicitudes pendiente de una prueba diagnóstica afectada por el Decreto 96/2004 sin cita asignada.
Fórmula	Valoración a cierre mensual. El seguimiento mensual se valorará como SI CUMPLE / NO CUMPLE. Cada mes supone 1/12 en el alcance del objetivo

Fuente	AGD, INFHOS
Metodología de Evaluación	El seguimiento será mensual. Cada unidad debe incluir en su AGC los indicadores que le afecten (en el caso que sean los tres sus pesos serán: A=60%, B=20% y C=20%. Si son A y B sus pesos serán A=60% y B=40%)
Peso	
Límite Superior (Óptimo)	12
Límite Inferior	1

✓ **Objetivo básico 1.2 Disminuir la tasa de reingresos no programados a los 30 días de una estancia previa en el hospital**

Indicador	Tasa de reingresos a los 30 días por cualquier causa
Fórmula	Disminución en 10 puntos porcentuales de la distancia de la tasa de reingresos a los 30 días por cualquier causa del hospital o AGS con la tasa de Andalucía (que se definirá en breve), en el caso de que la distancia este por encima de los 10 puntos
Fuente	CMBD
Metodología de Evaluación	El equipo de dirección del centro tendrá en cuenta para la evaluación el dato del que parte la Unidad.
Peso	
Límite Superior (Óptimo)	SI CUMPLE
Límite Inferior	NO CUMPLE

✓ **Objetivo básico 1.3 Continuidad Asistencial. Urgencias / Hospitalización**

Indicador	Criterios del Plan de Mejora de las Urgencias hospitalarias que le afecten: Reunión presencial Equipo directivo con los Directores de las UGC de todas las especialidades implicadas en la gestión de camas del hospital. Criterios de ingreso consensuados y firmados con todas las especialidades. Autorización al médico de urgencias para ingreso de pacientes urgentes. 30% de las altas hospitalarias antes de las 12 horas.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de criterios que cumple}}{\text{Nº de criterios que le afectan}} = 1$
Fuente	Informe de la Dirección Gerencia del centro
Metodología de Evaluación	El equipo de dirección del centro hará el seguimiento y evaluación de la implantación de las medidas.

y/o no implanta al menos el 75% de las Acciones)

✓ **Objetivo básico 1.6 INDICE SINTETICO DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

Disminuir la incidencia de Úlceras por presión (UPP) en las personas hospitalizadas

Indicador	Incidencia de UPP que se producen durante la estancia hospitalaria.
Fórmula	Número de pacientes que desarrollan UPP de cualquier grado durante el ingreso hospitalario en unidades quirúrgicas * 100 / Número de pacientes ingresados en unidades quirúrgicas
Fuente	DAH y CMBD
Metodología de Evaluación	
Peso	
Límite Superior (Óptimo)	6
Límite Inferior	8

✓ **Objetivo básico 1.7. INDICE SINTETICO DE CONTRATO PROGRAMA**

✓ **Objetivo básico 1.8 INDICE SINTETICO DE FARMACIA**

✓ **Objetivo básico 1.9 CAPITULO II**

✓ **Objetivo básico 1.10**

Propuesta de objetivos

2.-AVANZADOS (corresponden al 30% de la ponderación del AGC) (no más de 6 objetivos)

OBJETIVO AVANZADO: **POSIBLEMENTE SE INCLUIRÁ EN LOS OBJETIVOS BÁSICOS.**

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 2018 y 2019 relacionado con esta actividad

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

Peso del objetivo:

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 el año, con infección de la herida quirúrgica

DENOMINADOR: Total de pacientes durante el año

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 AVANZADO: POSIBLEMENTE SE INCLUIRÁ EN LOS OBJETIVOS BÁSICOS.

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 2018 y 2019 relacionado con esta actividad

Mantener el porcentaje de infección urinaria relacionada con el sondaje vesical, durante 2016, por debajo del 4% (Pacientes de cirugía torácica general)

Peso del objetivo:

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 $\leq 4\%$

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

Peso

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

OBJETIVO AVANZADO: POSIBLEMENTE IRÁ EN LOS BÁSICOS

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Potenciar y promover el seguimiento del dolor

Datos e indicadores en los que se sustenta

Indicadores: Medición del dolor y reevaluación de este

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 numérica del dolor, EVN)

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 como 5ª constante, 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: Valoración del dolor:

- Cuando:

- Al ingreso
- Al inicio del turno de trabajo.
- Cuando el paciente y/o cuidador lo demande
- Después de un cambio en la situación clínica,
- Después de un procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Reevaluación del dolor en pacientes con puntuación en la Escala Numérica del Dolor ≥ 3

- Dónde:

- Registro del dolor en la gráfica de constantes de la Historia Digital del paciente.

Procedimientos:

Valoración y cuidados del dolor.

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2018 y 2019 relacionado con esta actividad

Valoración de dolor, realizando seguimiento del mismo.

Peso del objetivo: 2

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 a los que se le ha evaluado el dolor x 100

DENOMINADOR: Total de pacientes ingresados en la Unidad

Fuente de Información: Grafica de constantes (DAH)

Metodología de evaluación: DAH

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 70% / 50%

Situación de partida (valor de referencia): se desconoce

2.- Identificación del % de pacientes con dolor.

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento):

NUMERADOR: Nº de pacientes a los que se le ha identificado dolor x 100

DENOMINADOR: Total de pacientes con evaluación de dolor ingresados en la Unidad

Fuente de Información: Grafica de constantes (DAH)

Metodología de evaluación: DAH

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 60% / 40%

Situación de partida (valor de referencia): se desconoce

3.- Reevaluación del dolor en pacientes con EVN ≥ 3

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento):

NUMERADOR: Nº de pacientes con dolor ≥ 3 en la escala numérica EVN con reevaluación X 100

DENOMINADOR: Total de pacientes con dolor ≥ 3 en la escala numérica EVN

Fuente de Información: Grafica de constantes (DAH)

Metodología de evaluación: DAH

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 80% / 60%

Situación de partida (valor de referencia): se desconoce

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:

OBJETIVOS AVANZADO 2.1:

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

Mortalidad Grupo Español de Cáncer de Pulmón: 6,8%

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2018 y 2019 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 el año durante su ingreso hospitalario tras resección pulmonar por cáncer broncogénico

DENOMINADOR: Total de pacientes sometidos durante el año 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

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

OBJETIVOS AVANZADO 2.2: **¿???** PENDIENTE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

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 recomendacions”) de la NICE. Recoge las prácticas clínicas que el Instituto para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (NICE) recomienda

Resultados que se pretenden conseguir en el año 2018 y 2019 / Objetivo

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:

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).

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).

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

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

OBJETIVOS AVANZADO 2.3:

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Mejorar la adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados de pulmón

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2018 y 2019 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:

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

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

OBJETIVOS AVANZADO 2.4:

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2018 y 2019 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:

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

Indicador: (cuantitativo) Reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con carcinoma de pulmón

Fórmula

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

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

Criterio de Cumplimiento: Reintervenciones urgentes < 5,5%

Fuente: CMBD.

Metodología de evaluación: Explotación de la Fuente de Información e Informe con el resultado obtenido

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

Peso

OBJETIVOS AVANZADO 2.5:

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Incrementar las Simpatectomías transtoracoscópica bilateral por CMA

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2018 y 2019 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:

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

Indicador: (cuantitativo) **Incrementar las Simpatectomías transtoracoscópica bilateral 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 con el resultado obtenido

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

Peso



OBJETIVOS AVANZADO 2.6: PENDIENTE DEFINIR

3.- EXCELENCIA (corresponden al 20% de la ponderación del AGC) (No más de 4 objetivos)

✓ **Objetivo de excelencia 3.1**

Identificación de problemas o aspectos mejorables

Problema o aspecto a mejorar

Disminuir el tiempo de espera para intervención de Cáncer de Pulmón. PLAN INTEGRAL DE CÁNCER. CÁNCER DE PULMÓN

Datos e indicadores en los que se sustenta

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2018 y 2019 relacionado con esta actividad

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar se marca como objetivo para, 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.

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: Número 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

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, Radiodiagnóstico

Objetivo de excelencia 3.2. Mejorar la producción científica

Indicador	<p>a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar: 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.</p> <p>b) Media de índice de impacto de los años a evaluar y anterior</p>
Fórmula	<p>a) Índice de Impacto acumulado en el año a evaluar: para revistas publicadas en Pub-Med.</p> <p>b) Media de índice de impacto de los años a evaluar 21 y anterior</p>
Fuente	Pub-Med
Metodología de Evaluación	Explotación de la fuente de información e informe de IMIBIC con el resultado obtenido
Peso	El año 2017 10 puntos
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	15/5
Publicaciones que se consideran	<p>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.</p>
Publicaciones que no se consideran	<p>Las comunicaciones o abstract publicados, cartas de opinión, así como las del apartado anterior que estén inadecuadamente filiadas.</p>

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).

✓ **Objetivo de excelencia 3.3**

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

Registro Internacional de Trasplante (ISHLT)

Definir de forma clara y concisa el objetivo para el año 2018 y 2019 relacionado con esta actividad

La mortalidad en el año tras trasplante pulmonar será \leq al 20%

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 el año

DENOMINADOR: Número total de pacientes trasplantados durante el año

Fuente Registro de Trasplante

Peso

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

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

Compartido con: Unidad de Cuidados Intensivos

✓ **Objetivo de excelencia 3.4**

Cumplir con los plazos de respuesta de los casos derivados de fuera de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el C-SUR Trasplante pulmonar infantil y adulto.

Indicador	Demora media de tiempo de respuesta en las solicitudes de fuera de la Comunidad Autónoma de Andalucía para el C-SUR Trasplante Pulmonar infantil y adulto
Fórmula	Demora media de tiempo de respuesta
Fuente	SIFCO (Servicio de Atención a la ciudadanía)
Metodología de Evaluación	Explotación del sistema de información en informe con el resultado obtenido
Peso	
Límite Superior (Óptimo) Límite Inferior	>15 días/< 15 días
Compartido	UGC Neumología

Anexo: Gobierno Clínico (Gobernanza) de la UGC. Cumplimiento documentado de los criterios.

En este anexo se incluirían las actas con la hoja de firma de los profesionales de:

Reunión de equipo de la UGC, en que se deciden los objetivos propuestos por la UGC. La firma de los profesionales es el comprobante de que se les hace partícipe de esta elaboración del AGC.

Acta de la Comisión de Dirección de la UGC, en que se da traslado de los objetivos propuestos por la UGC, al Centro.

Reunión de equipo en que se difunden los objetivos finales contemplados en el AGC definitivo de la UGC, firmado con la Dirección del distrito/AGS. La firma de los profesionales es el comprobante de que se les ha informado del AGC firmado, no implica necesariamente estar de acuerdo con él, en todos sus extremos.

En este mismo documento, deben recogerse las fechas en las que el equipo de dirección de la UGC, va a mantener las reuniones individuales con cada miembro del equipo, a fin de fijar los objetivos individuales que tendrán cada uno de los profesionales y que serán aplicables a 2018, como forma de participación de los profesionales en la consecución de los objetivos contenidos en el AGC para 2018.

Los objetivos individuales fijados con cada profesional serán documentados, firmados y custodiados a fin de poder ser auditados por la dirección del Distrito/AGS y/o por los SSCC del SAS.