



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

**ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA  
Año: 2013**

**Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba**



Córdoba, 22 de Diciembre de 2012

## REUNIDOS

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

De otra parte, el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y en su nombre y representación D. José Manuel Aranda Lara, en calidad de Director Gerente

## ACUERDAN

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2013

El Responsable de la Unidad

El Director Gerente del Hospital

Fdo.: D. Ángel Salvatierra Velázquez

Fdo.: D. José Manuel Aranda Lara

La Responsable de Enfermería

Fdo.: Dña. Maria Dolores Ortiz

## 1. INTRODUCCIÓN

Los principios que inspiran las actuaciones sobre protección de la salud, establecidos en la **Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía**, han sido plenamente asumidos por la sociedad andaluza. La universalidad, la equidad e igualdad en el acceso o la igualdad social y el equilibrio territorial en la prestación de los servicios sanitarios, poseen un valor intrínseco como fundamentos del mandato constitucional que los ha consolidado socialmente. En este sentido, se han convertido en el referente que debe guiar las actuaciones en materia de salud adaptadas, en cada momento, al nivel de exigencia de una sociedad dinámica y en continua evolución como la andaluza. Exigencia que se traduce en el requerimiento al Sistema Sanitario Público de nuevas cualidades, en la demanda de una mayor eficiencia, de la implementación de medidas innovadoras en la gestión que garanticen la eficacia de las actuaciones en materia de salud, la modernización y renovación tecnológica, la aplicación a la salud de los avances científicos experimentados y, sobre todo, de una atención más personalizada.

En este sentido, la **Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesionales Sanitarias**, dispone en el apartado 3 de su artículo 4, que los profesionales sanitarios desarrollan, entre otras, funciones en el ámbito de Gestión Clínica; y en su artículo 10, contempla la gestión clínica en las organizaciones sanitarias, previéndose que se establecerán los medios y sistemas de acceso a las funciones de gestión clínica por las administraciones sanitarias, los servicios de salud o los órganos de gobierno de los centros y establecimientos sanitarios, según corresponda.

Ya en el **Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud, del año 1.999**, que recoge las líneas estratégicas, los objetivos y las medidas previstas para el desarrollo y modernización de los servicios en los siguientes años, figura la implantación y extensión en el SAS de los nuevos enfoques de Gestión Clínica que favorezcan la síntesis adecuada de capacidad profesional para organizar sus propias unidades funcionales con la responsabilidad sobre el uso de los recursos que se les asignan en un entorno de calidad debidamente acreditado, como uno de los puntos fundamentales de dicho Plan.

Con fecha 23 de julio de 1.999, se firmó un **Acuerdo entre el SAS y los Sindicatos CC.OO. y SATSE, para la aplicación consensuada del Plan Estratégico del Servicio Andaluz de Salud**, donde se definían los principios generales de las Unidades de Gestión Clínica, identificándose las mismas como el nivel organizativo básico que debe ir estructurándose de forma progresiva y previa acreditación de éstas por los Servicios Centrales del Servicio Andaluz de Salud, estando constituidas por equipos formales de profesionales coordinados por un responsable, que asumirá la representación de la Unidad.

El instrumento para hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía lo constituye el **Contrato-Programa de la Consejería de Salud con el Servicio Andaluz de Salud y el Contrato-Programa del Servicio Andaluz de Salud y los Hospitales**. Dentro de este ámbito, el presente Acuerdo de Gestión es el instrumento del cual se dota la Dirección-Gerencia del Hospital Universitario "Reina Sofía" de Córdoba para establecer las actividades a realizar por sus unidades y la dotación de recursos para la consecución de tales fines durante el presente año. Su estructura y composición identifican los objetivos priorizados, los plazos para lograrlos y los indicadores a utilizar para su evaluación.

La firma de este Acuerdo de Gestión supone, por lo tanto, no sólo la constatación del compromiso adquirido por el Servicio Andaluz de Salud para alcanzar los objetivos fijados, sino también el compromiso del Centro y sus Unidades de Gestión Clínica para dar respuesta a las expectativas de los ciudadanos en materia de salud, con criterios de calidad y seguridad.

Los diferentes Contratos-Programas suscritos entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud y entre el Servicio Andaluz de Salud y sus Hospitales, han recogido desde el año 2001, objetivos relacionados con el impulso e implantación progresiva de las Unidades de Gestión Clínica en los Centros Sanitario del SAS, indicándose en el Contrato-Programa suscrito entre la Consejería y el SAS para el período 2010-2013 el objetivo de que al final de la actual legislatura (2013), todos los profesionales sanitarios del SAS formarán parte de unidades de gestión clínica.

Desde un punto de vista orgánico ha sido la **Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud**, el órgano encargado de impulsar la gestión clínica como herramienta básica en el ámbito asistencial, así como el impulso y coordinación del desarrollo de unidades de gestión clínica, como instrumento para mejorar la calidad del servicio, la participación profesional y la eficiencia general (**Decreto 171/2009, de 19 de mayo**, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud).

Este proceso ha tenido su culminación normativa hasta ahora, en el **Decreto 75/2007, de 13 de marzo**, que regula la cobertura del cargo intermedio de Coordinador y Director de Unidades Clínicas; en el **Decreto 197/2007, de 3 de julio**, que regula la estructura, organización y funcionamiento de los servicios de atención primaria de salud en el ámbito del SAS, que contempla las unidades de gestión clínica dentro de su estructura funcional; y en el **Decreto 78/2008, de 4 de marzo**, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del SAS, que igualmente contempla la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental como estructura organizativa responsable de la atención especializada en salud mental.

Por tanto, a fin de cumplimentar los objetivos fijados en el Contrato-Programa suscrito entre el Servicio Andaluz de Salud y el Hospital Universitario "Reina Sofía" de Córdoba, sobre la base del modelo organizativo de Unidades de Gestión Clínica, teniendo en cuenta que el **Decreto 105/1986, de 11 de junio**, de ordenación de la asistencia sanitaria especializada y órganos de dirección de Hospitales, en su artículo 19.3, dispone que cuando las necesidades asistenciales lo determinen, podrán constituirse unidades interdisciplinares donde los facultativos de distintas especialidades desarrollarán sus funciones, y en su artículo 20.4 establece que las Unidades de Enfermería se podrán integrar en diferentes Unidades; así como que el apartado e) del artículo 19 de la **Ley 55/2003, de 16 de diciembre**, del estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud, establece que el mismo viene obligado a participar y colaborar eficazmente, en el nivel que corresponda en función de su categoría profesional, en la fijación y consecución de objetivos cuantitativos y cualitativos asignados a la Institución, Centro o Unidad en la que presta servicios, surge el presente **Acuerdo de Gestión para el año 2013**.

## 2. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

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 2007-2012:

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011
IUE	0.56	0.53	0.58	0.61	0,66
Índice Casuístico	2.87	2.82	2.85	2.71	2.51
Estancias evitables	-2.407	-2.630	-2.263	-2.252,18	-1.210
Tasa de úlceras por presión	0	0	0	0	0
% Reingresos	0.71	0.20	0.79	0.54	1
% Mortalidad	0.47	1.01	1.18	1.26	4
Estancia Preoperatoria (Si aplica)	1.94	1.30	1.32	1.55	1.28
Puntuación global de la unidad (CRP)	No datos	9.92	10	9.31	8.9
% coste sobre total HURS	0.89	0.94	0.97	0.95	0.95

## 3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO COMÚN

(SOLO PARA UNIDADES CLÍNICAS COMPUESTAS POR MÁS DE UN SERVICIO)

#### 4. OBJETIVOS COMUNES

##### ÁREA: Capítulo I

**Objetivo número 1:** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como Objetivo para el año 2013 cumplir con el presupuesto asignado en Capítulo I (La cuantía será facilitada por la DEA y será proporcional al presupuesto asignado para el Hospital en dicho capítulo)

**Indicador: Cumplimiento del presupuesto asignado en Capítulo I**

**Fórmula:** Gasto 2012 en Capítulo I de la Unidad <= Presupuesto asignado en Cap.I para 2012

**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 objeto de revisión a lo largo del año 2012 para recoger las posibles incidencias que se produzcan.

**Objetivo número 2:** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como Objetivo para el año 2013 disminuir el absentismo del personal de la unidad. Para ello situará el porcentaje de absentismo en el 2% en el año 2013.

**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:** 2.00% -3.5%

##### ÁREA: Accesibilidad

**Objetivo número 3.** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2013 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.

Si el número de pacientes por encima de 180 días y/o el número de pacientes por encima de 120 días es  $\geq 1$ , el resultado en este objetivo será cero.

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.

#### MEJORAR LA GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA (LEQ):

##### PESO: 24

##### 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 (APLICA a pacientes intervenidos y con situación garantía = garantía contando)

**Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior:** 90 / 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:** 40% del peso total del objetivo

**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 (APLICA a pacientes intervenidos y con situación garantía = garantía contando)

**Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior:** 150 / 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:** 40% del peso total del objetivo

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

**Fórmula:** (Nº de pacientes TNP / Total de pacientes incluidos en el anexo) x 100

**Límite Superior (óptimo) /Límite Inferior:** <6 % / >9%

**Fuente:** AGD

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

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

Si el 97% de los pacientes en LEQ están entre los intervalos siguientes:

ÍNDICE SINTÉTICO LEQ			
Procesos < 120 días	Procesos < 180 días	% PTNP	Función de Valor
<= 90 DÍAS	<= 150 DÍAS	<= 6	<b>10</b>
> 90 - 93	> 150 - 153	> 6 - 6,33	<b>9</b>
> 93 - 96	> 153 - 156	> 6,33 - 6,67	<b>8</b>
> 96 - 100	> 156 - 160	> 6,67 - 7	<b>7</b>
> 100 - 103	> 160 - 163	> 7 - 7,33	<b>6</b>
> 103 - 106	> 163 - 166	> 7,33 - 7,67	<b>5</b>
> 106 - 110	> 166 - 170	> 7,67 - 8	<b>4</b>
> 110 - 113	> 170 - 173	> 8 - 8,33	<b>3</b>
> 113 - 116	> 173 - 176	> 8,33 - 8,67	<b>2</b>
> 116 - 120	> 176 - 180	> 8,67 - 9	<b>1</b>
> 120 DÍAS	> 180 DÍAS	> 9	<b>0</b>
<b>p1= 40</b>	<b>p2= 40</b>	<b>P3= 20</b>	100   Peso relativo
			Resultado
			R. obtenido (FV)
<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	R. ponderado

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

**Objetivo número 4.** La Unidad de Gestión Clínica de de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2013 mejorar su producción quirúrgica. Para ello se compromete a incrementar un **7%** el número de intervenciones en sesión ordinaria de mañana en relación al año 2010

Si el número de pacientes por encima de 180 días y/o el número de pacientes por encima de 120 días es  $\geq 1$ , el resultado en este objetivo será cero.

**PESO DEL OBJETIVO: 6**

**Fórmula:** media de intervenciones realizadas en sesión ordinaria de mañana

**Fuente:** SSII

**Metodología de Evaluación:** Explotación del registro de intervenciones (HIS) e Informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido

**Límite Superior(Óptimo)/Límite Inferior** (Cierre 2010): 2.04/1,91

**Peso:** 80%

Situación de Cierre 2010	
UGC Cirugía Torácica. Producción Quirúrgica	1.91

**Objetivo número 5:** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2013, gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras consultas no sea superior a 20 días.

**Indicador:** Demora en primeras consultas.

**Fórmula:** Media de los 52 valores semanales obtenidos en función del cuadro del indicador.

**Fuente:** INFHOS / Informe de cita previa

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

**Peso:** 8

**Límite Superior(Óptimo)/Límite Inferior:** 20/60 días

**Objetivo número 6.** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2013, 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-Diraya.

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

**Peso:** 3

**Límite Superior(Óptimo)/Límite Inferior:** 95% / 80%

### ÁREA: Uso Racional del Medicamento: Ver Objetivos críticos

### ÁREA: Hospitalización

**Objetivo número 7:** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2013, mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90.

Índice de Utilización de Estancias (IEMA)	2007	2008	2009	2010	(1 Semestre)
IUE	0.56	0.53	0.58	0.61	0.71

### **PESO DEL OBJETIVO: 9 PUNTOS**

**Indicador:** Índice de Utilización de Estancias.

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

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

**Metodología de Evaluación:** CMBDH e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica.

**Peso del Objetivo:** 50% del peso del objetivo

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

**Requisito:** Así mismo la unidad llevará a cabo dos análisis de la adecuación de sus estancias haciendo uso de la herramienta validada AEP. El primer corte se realizará dentro del primer semestre del año, elaborando un informe de un plan de actuación que incluya las medidas correctoras que disminuyan el porcentaje de estancias inadecuadas e ingresos inadecuados si también los hubiera. El segundo corte se efectuará en el último cuatrimestre del año. Tras éste, la Unidad realizará un informe que incluya el análisis comparativo de los dos cortes. Ambos informes junto al plan de actuación y evaluación de las estancias, serán remitidos a la Dirección Gerencia una vez realizados.

### ÁREA: Orientación al Ciudadano, Satisfacción y Personalización de la Atención

**Objetivo número 8.** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2013 disminuir la tasa de reclamaciones por motivos seleccionados

#### **PESO DEL OBJETIVO: 1 PUNTO**

**Indicador Disminución de la tasa de reclamaciones por motivos seleccionados:** Trato inadecuado de los profesionales, falta de intimidad, falta de información y confidencialidad y demoras. Así mismo, la Unidad realizará un análisis de sus reclamaciones por motivos y llevará a cabo un plan de medidas para disminuirlas. El total de pacientes atendidos incluye la hospitalización y consultas externas.

**Fórmula:** Nº de reclamaciones por los motivos seleccionados X 1000 / Total de pacientes atendidos. Elaboración de informe con propuestas de mejora

**Fuente:** Servicio de Atención al Ciudadano/Informe de la Unidad de Gestión Clínica.

**Metodología de Evaluación:** Para la tasa de reclamaciones, explotación del registro de reclamaciones e informe del Responsable del Servicio de Atención al Ciudadano con el resultado obtenido. Para el análisis de reclamaciones por motivos y el plan de medidas para disminuirlas, presentación del documento e informe del Director de la Unidad de Gestión Clínica con el resultado obtenido

**Límite Superior/Límite Inferior:** 0 / 1 reclamación por 1000 pacientes atendidos. Presentación de informe con propuestas de mejora

El total de pacientes atendidos incluye la hospitalización y consultas externas.

### ÁREA: Fomentar la investigación entre los profesionales

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)

### **Objetivo nº 9: FOMENTAR LA INVESTIGACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES**

#### **PESO: 5 PUNTOS**

**Objetivo número 9:** La UGC de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2013, mejorar el impacto de las publicaciones de sus profesionales. Para ello se utilizará el índice de impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med de artículos en los que al menos haya un miembro de la Unidad

**Indicador: Índice de Impacto acumulado en el año 2013**

**Fórmula:** Índice de impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med de artículos en los que al menos haya un miembro de la Unidad. Índice de Impacto acumulado. Suma del Factor de Impacto de los artículos ya publicados en ese año, utilizando como valor el que se haya publicado en el Journal Citation Report del año anterior

**Fuente:** Unidad de Apoyo Metodológico del IMIBIC

**Metodología de Evaluación:** Informe del Director de la UGC con el resultado obtenido/Unidad de Apoyo Metodológico del IMIBIC

**Peso:** 5

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

### Objetivo sobre mortalidad

**Objetivo número 10: Mantener las tasas de mortalidad global del HURS dentro de los límites /estándares propios de los hospitales de su misma categoría.**

**Indicador:** Razón estandarizada de mortalidad del HURS.

**Fórmula:** Mortalidad observada / Mortalidad esperada

Numerador: Mortalidad observada.

Denominador: Mortalidad esperada.

Criterio de cumplimiento: RE = 1.

**Fuente de Información:** CMBD (numerador). Servicio Andaluz de Salud: Subdirección de Análisis y Control Interno.

**Metodología de Evaluación:** explotación del CMBD y ajuste según datos del resto de hospitales del nivel correspondiente al HURS. Informe de resultados

**Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior:** 0.95 / 1.1

**Situación de partida (valor de referencia):** Desconocida

**Peso:** 1

## 5. OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS

En el convencimiento de que solo merecerá la pena controlar las causas de variación de los resultados de las Unidades de Gestión Clínica, cuando las variaciones en los cuidados de salud conduzcan a variaciones significativas en resultados en salud y allá dónde la ocurrencia del resultado en salud sea suficientemente frecuente para que el indicador de resultado tenga el poder suficiente de detectar diferencias reales en calidad, y conocedor de la dificultad intrínseca que supone la ausencia de estudios de intervención que aporten suficientes y consistentes evidencias del efecto de las intervenciones sobre resultados en salud sobre los costes, el Hospital Universitario “Reina Sofía” y sus Directores de Unidades de Gestión Clínica han puesto en marcha, para el año 2013 y siguientes, un procedimiento normalizado de incorporación de objetivos de resultado clínicos y / o en salud, útiles y viables en su entorno, que:

1. Permita la máxima participación de los profesionales de las Unidades de Gestión Clínica.
2. 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.
3. Oriente estratégicamente al Hospital en su conjunto hacia una respuesta adecuada a las necesidades de la sociedad cordobesa y andaluza, en general, y a su proyección futura.
4. Refleje, por su mayor interés intrínseco, todos los aspectos de los cuidados, incluyendo aquellos que son de otra manera difíciles de medir como el “expertise” técnico y los conocimientos de los profesionales, es decir cuando el conocimiento técnico es importante.
5. Establezca marcos conceptuales que guíen la selección de indicadores, desde el principio del proceso, bien para centrarse en una amplia gama de condiciones clínicas o para informar sobre unas cuantas áreas prioritarias, y se mantengan estables para facilitar el seguimiento consistente de los resultados en el tiempo.
6. Utilice un sistema de seguimiento y evaluación estable, riguroso y sistemático, desde el inicio del proceso con la participación de todos los protagonistas y beneficiarios.

Conviene resaltar que se trata de impulsar y coordinar más y mejor el esfuerzo realizado por las Unidades de Gestión Clínica del Hospital Universitario “Reina Sofía” en los últimos cuatro años, que ha originado un importante crecimiento en el porcentaje de objetivos de resultado sobre el total de objetivos planteados: desde el 3 %, 8 % y 12 % de los años 2008, 2009 y 2010, respectivamente, al 27 % en el año 2011.

## 6. OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS

### AREA PRIORITARIA: Cirugía Mayor Ambulatoria

<b>IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS PRIORITARIAS MEJORABLES A NIVEL ASISTENCIAL.</b>
<b>Problema o aspecto a mejorar</b> (alta prematuridad, pacientes pluripatológicos de elevada edad, procedimiento de ventilación mecánica, ...):
Incrementar la resolución por CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria) de procedimientos candidatos a la misma: Mediastinoscopia. Coste sanitario (evitación de estancias). Calidad Percibida.
Datos e indicadores en los que se sustenta el problema detectado:
Los procedimientos de mediastinoscopia consumen aproximadamente 150 estancias/año. Realizar estos procedimientos por CMA evitaría todas estas estancias, con las consecuencias económicas y de optimización de recursos consiguiente.
<b>INTERVENCIONES CLÍNICAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITIRIAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO</b>
Enunciado de la intervención:
Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para mediastinoscopia de modo que el porcentaje de pacientes resuelto por CMA sea igual o superior a 75%.
Razonamiento que justifica la intervención (citar evidencia y / o fuente bibliográfica):
La resolución de procedimientos quirúrgicos por CMA, sin incremento de complicaciones. La satisfacción del paciente. Reducción de costes de hospitalización y disminución de utilización de estancias. Probable disminución de complicaciones secundarias a hospitalización (infección nosocomial, entre otras).
Responsable de su desarrollo e implantación en la UGC:
Responsables: Baamonde Laborda, Carlos, Jefe de Sección Facultativo Especialista de Área Algar Algar Javier Facultativo Especialista de Área
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 1</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
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 75%
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 3</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO:</b>
<b>Indicador (título):</b> Resolución de Mediastinoscopia por CMA. Fórmula: <p style="margin-left: 40px;">NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de Mediastinoscopia resueltos por CMA</p> <p style="margin-left: 40px;">DENOMINADOR: total de pacientes intervenidos por Mediastinoscopia (CMA + Ingresos)</p> <p>Criterio de Cumplimiento: <math>\geq 75\%</math></p> <p>Fuente de Información: CMBD</p> <p style="margin-left: 40px;">Metodología de evaluación: Explotación del CMBD e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido</p> <p>Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: <math>\leq 70\%/60\%</math></p> <p>Situación de partida (valor de referencia):</p> <p>En el caso de que el objetivo deba ser compartido con otros servicios y/o unidades de gestión clínica, enumerar dichas unidades:</p> <p>Compartido con:</p> <p>Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:</p>



## AREA PRIORITARIA: Cirugía Mayor Ambulatoria

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS PRIORITARIAS MEJORABLES A NIVEL ASISTENCIAL.
<b>Problema o aspecto a mejorar</b> (alta prematuridad, pacientes pluripatológicos de elevada edad, procedimiento de ventilación mecánica, ...):
Incrementar la resolución por CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria) de procedimientos candidatos a la misma: Simpatectomía transtoracoscópica bilateral. Coste sanitario (evitación de estancias). Calidad Percibida.
Datos e indicadores en los que se sustenta el problema detectado:
Los procedimientos de Simpatectomía transtoracoscópica bilateral consumen aproximadamente 150 estancias/año. Realizar estos procedimientos por CMA evitaría todas estas estancias, con las consecuencias económicas y de optimización de recursos consiguiente.
INTERVENCIONES CLÍNICAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITIRIAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO
Enunciado de la intervención:
Incrementar la resolución de intervenciones por CMA para Simpatectomía transtoracoscópica bilateral de modo que el porcentaje de pacientes resueltos por CMA durante 2013 sea igual o superior al 85%.
Razonamiento que justifica la intervención (citar evidencia y / o fuente bibliográfica):
La resolución de procedimientos quirúrgicos por CMA, sin incremento de complicaciones. La satisfacción del paciente. Reducción de costes de hospitalización y disminución de utilización de estancias. Probable disminución de complicaciones secundarias a hospitalización (infección nosocomial, entre otras).
Responsable de su desarrollo e implantación en la UGC:
Responsables: Baamonde Laborda, Carlos, Jefe de Sección Facultativo Especialista de Área Algar Algar Javier Facultativo Especialista de Área
OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 2
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2012 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 85%
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 2</b>
INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO
<b>Indicador (título): Resolución de Simpatectomía por CMA</b>
Fórmula: <p style="margin-left: 40px;">NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de Simpatectomía resueltos por CMA</p> <p style="margin-left: 40px;">DENOMINADOR: total de pacientes intervenidos intervenidos por Simpatectomía (CMA + Ingresos)</p>
Criterio de Cumplimiento: $\geq 85\%$
Fuente de Información: CMBD <p style="margin-left: 40px;">Metodología de evaluación: Metodología de evaluación: Explotación del CMBD e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido</p>
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:

**IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS PRIORITARIAS MEJORABLES A NIVEL ASISTENCIAL.**

**Problema o aspecto a mejorar** (alta prematuridad, pacientes pluripatológicos de elevada edad, procedimiento de ventilación mecánica, ...):

Información al Paciente. Autonomía. Empatía entre paciente y personal de enfermería. Seguridad del Paciente. Calidad Percibida. Cáncer de Pulmón.

Datos e indicadores en los que se sustenta el problema detectado:

Una deficiente comunicación entre el personal responsable de los cuidados y el paciente es una fuente de problemas y conflictos. El establecimiento de un buen canal de comunicación entre el paciente y la enfermería permite una atención personalizada y adecuada a las necesidades del paciente, una percepción de calidad del sistema y evita conflictos y potenciales efectos adversos. Esta comunicación es especialmente importante en los pacientes portadores de un cáncer de pulmón, que saben que su salud y su vida están seriamente amenazadas y que el tratamiento quirúrgico es una importante agresión a su organismo.

**INTERVENCIONES CLÍNICAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITIRÍAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO**

Enunciado de la intervención:

Porcentaje de pacientes que responden con qué frecuencia (siempre, generalmente, a veces o nunca) las enfermeras se comunican bien con ellos.

Encuesta.

Razonamiento que justifica la intervención (citar evidencia y / o fuente bibliográfica):

La calidad de la comunicación de la enfermería percibida por los pacientes es un dato fundamental, ya que refleja una premisa esencial en la planificación y desarrollo de los cuidados de enfermería: la percepción de un canal abierto de comunicación sobre sus necesidades. Es también un indicador internacionalmente reconocido. (Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). CAHPS Hospital Survey: survey instructions. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2006 Feb 1. 4 p. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). HCAHPS survey [¡Error! Referencia de hipervínculo no válida. [Web site]. Baltimore (MD): Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS); [updated 2007 Mar 09]].

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). CAHPS® Hospital Survey (HCAHPS). Quality assurance guidelines. Version 5.0. Baltimore (MD): Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS); 2010 Mar. 401 p.

Responsable de su desarrollo e implantación en la UGC:

Responsables:

Parra Perea, Julia DUE-Supervisora

Prieto Martos, Antonia DUE

Rodríguez Mangas, Araceli DUE

**OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 3****DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

El porcentaje de pacientes intervenidos por cáncer de pulmón que responden "siempre" o "generalmente" a la pregunta "con qué frecuencia (siempre, generalmente, a veces o nunca) las enfermeras se comunican bien con ellos" será  $\geq 80\%$ .

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

**INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO**

**Indicador (título): Comunicación entre paciente y enfermeras**

Fórmula:

NUMERADOR: Número de pacientes que responden "siempre" o "generalmente"

DENOMINADOR: Número de pacientes respondedores de la encuesta.

Criterio de Cumplimiento:  $\geq 80\%$

Fuente de Información: Servicio de Atención al Usuario

Metodología de evaluación: Explotación de Encuesta Modificada para Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar e informe del Servicio de Atención al Usuario con el resultado obtenido/ Evaluación Trimestral



Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: $\geq 80\%/70\%$
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: Servicio de Atención al Usuario
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

**AREA PRIORITARIA: Cáncer de Pulmón****IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS PRIORITARIAS MEJORABLES A NIVEL ASISTENCIAL.**

**Problema o aspecto a mejorar** (alta prematuridad, pacientes pluripatológicos de elevada edad, procedimiento de ventilación mecánica, ...):

Cáncer de Pulmón. Tiempo de espera para intervención quirúrgica. Seguridad del Paciente. Calidad Percibida. Mejora a largo plazo de la supervivencia por cáncer de pulmón.

Datos e indicadores en los que se sustenta el problema detectado:

El tiempo en lista de espera quirúrgica para los pacientes con cáncer de pulmón debe ser lo más corto posible por la especial agresividad de este tipo de tumor. La sociedad no tolera retrasos terapéuticos para este tipo de problemas. Nuestra ética profesional tampoco tolera dilaciones injustificadas.

**INTERVENCIONES CLÍNICAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITIRIAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO**

Enunciado de la intervención:

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2013 asegurar que la demora terapéutica en pacientes pendientes de intervención quirúrgica por cáncer de pulmón no supere los 30 días en al menos el 75% de los pacientes intervenidos por esta neoplasia.

Razonamiento que justifica la intervención (citar evidencia y / o fuente bibliográfica):

Accesibilidad. Mejora de supervivencia. Calidad percibida.

La demora terapéutica en pacientes pendientes de intervención quirúrgica por Cáncer de Pulmón no debería ser superior a 30 días, ya que este tipo de neoplasia puede avanzar rápidamente y hacerse irreseccable. Este hecho haría disminuir la supervivencia y la calidad de vida. La espera quirúrgica ante este tipo de neoplasia es vivida por el paciente con una gran carga de angustia; la disminución del tiempo de espera mitigaría parcialmente esta angustia y sería percibida como un signo de calidad del sistema.

Responsable de su desarrollo e implantación en la UGC:

Responsables:

Carlos Baamonde Laborda. Jefe de Sección Facultativo Especialista de área.

Ángel Salvatierra Velázquez. Jefe de Servicio y Director de la Unidad

**OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 4****DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar se marca como objetivo para el año 2013, 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: 3**

**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:  $\geq 75\%/60\%$

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, Medicina Nuclear, Radiología
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

## AREA PRIORITARIA:

### IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS PRIORITARIAS MEJORABLES A NIVEL ASISTENCIAL.

**Problema o aspecto a mejorar** (alta prematuridad, pacientes pluripatológicos de elevada edad, procedimiento de ventilación mecánica, ...):

Calidad técnica de intervenciones y cuidados en cáncer de pulmón. Seguridad del Paciente

Datos e indicadores en los que se sustenta el problema detectado:

Prevención de la bacteriemia secundaria a catéter venoso. Porcentaje de infección de puerta de entrada de catéter venoso o bacteriemia en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico por debajo del 10%.

Nicolle LE, Strausbaug LJ, Garibaldi RA. Infections and antibiotic resistance in nursing homes. Clin Microbiol Rev 1996;9:1-17

Smith PW, Bennett G, Bradley S, et al. SHEA/APIC guideline: infection prevention and control in the long-term care facility, July 2008. Infect Control Hosp Epidemiol 2008;29:785-814.

### INTERVENCIONES CLÍNICAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITIRÍAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO

Enunciado de la intervención:

Medidas de asepsia en la implantación y mantenimiento de catéteres venosos en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer de pulmón.

Razonamiento que justifica la intervención (citar evidencia y / o fuente bibliográfica):

La bacteriemia y la sepsis secundaria a catéteres intravenosos son complicaciones relativamente frecuentes y potencialmente graves e incluso letales. La mejor profilaxis de esta complicación es la implantación del catéter de forma aséptica y su correcto mantenimiento ulterior. La cirugía torácica es de alto riesgo y precisa la canalización de dos e incluso tres vías venosas, de las cuales una al menos es central. Con el fin de minimizar los riesgos derivados de la canalización venosa es necesario implicar tanto al personal de Anestesiología –que implanta los catéteres en quirófano-, como al de enfermería –que los cuida posteriormente. Dado que el Ministerio de Sanidad y Política Social ha implantado en determinadas UCI's el Programa de Bacteriemia Zero, proponemos llevarlo a cabo también en nuestra Unidad.

Responsable de su desarrollo e implantación en la UGC:

Responsables:

Álvarez Kindelán, Antonio FEA Cirugía Torácica

Ruz Ángel FEA Anestesiología

Parra Perea, Julia DUE-Supervisora

Prieto Martos, Antonia DUE

### OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 5

#### DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

Mantener el número de episodios de infección relacionada con los catéteres venosos, en pacientes sometidos a resección por cáncer broncogénico durante 2013, 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

Fórmula: %0

NUMERADOR: Número de episodios de infección relacionada con catéter venoso (infección de puerta de entrada o bacteriemia) en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2013

DENOMINADOR: Total de días de implantación de catéter venoso en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2013

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:
Anestesiología
Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:
Implantación del Programa "Bacteriemia Zero" en el Quirófano 2 (Cirugía Torácica y TxP)

**AREA PRIORITARIA: Cáncer Pulmón**

<b>IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS PRIORITARIAS MEJORABLES A NIVEL ASISTENCIAL.</b>
<b>Problema o aspecto a mejorar</b> (alta prematuridad, pacientes pluripatológicos de elevada edad, procedimiento de ventilación mecánica, ...):
Mejorar los resultados en indicadores clínicos de la UGC respecto a la incidencia de infección de la herida quirúrgica
Datos e indicadores en los que se sustenta el problema detectado:
Infección de la herida quirúrgica
<b>INTERVENCIONES CLÍNICAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITIRÍAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO</b>
Enunciado de la intervención:
La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2013 mejorar sus resultados en el siguiente indicador: Infección de la herida quirúrgica. Para ello establecerá una serie de procedimientos normalizados basados en la mejor evidencia científica (profilaxis antibiótica, limpieza de campo quirúrgico, asepsia en acto quirúrgico y protección y cuidados de la herida.
Razonamiento que justifica la intervención (citar evidencia y / o fuente bibliográfica):
Este indicador está activo desde el año 2009. La infección de la herida quirúrgica es una complicación relativamente frecuente, que atrasa la curación del proceso, hace peligrar la estabilidad de cicatrización estática y dinámica del tórax, precisa tratamiento especializado y medicación antiinfecciosa y, ocasionalmente, puede conducir a nuevas intervenciones y hacer peligrar la vida del paciente. Existen intervenciones basadas en evidencias científicas que disminuyen la probabilidad de infección, que son las que la UGC pondrá en marcha. Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). ACHS clinical indicator users' manual 2010. ULTIMO NSW: Australian Council on Healthcare Standards (ACHS); 2010 Jan. 810 p.
Responsable de su desarrollo e implantación en la UGC:
Responsables: Cerezo Madueño, Francisco, FEA Cirugía Torácica Algar Algar, Francisco Javier. FEA Cirugía Torácica Parra Perea, Julia. DUE- Supervisora Prieto Martos, Antonia DUE
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 6</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
El porcentaje de infección en la herida quirúrgica de los pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico no será superior al 2,6%
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 3</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>Indicador (título):</b> Infección herida quirúrgica Fórmula: % NUMERADOR: pacientes intervenidos para resección de cáncer de pulmón durante 2013, con infección de la herida quirúrgica DENOMINADOR: Total de pacientes intervenidos por cáncer de pulmón durante 2013 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:

**AREA PRIORITARIA:****IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS PRIORITARIAS MEJORABLES A NIVEL ASISTENCIAL.**

**Problema o aspecto a mejorar** (alta prematuridad, pacientes pluripatológicos de elevada edad, procedimiento de ventilación mecánica, ...):

Calidad técnica de intervenciones y cuidados en cáncer de pulmón. Seguridad del Paciente.

Datos e indicadores en los que se sustenta el problema detectado:

Prevención de la infección urinaria. Porcentaje de infección urinaria en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico por debajo del 10%.

Nicolle LE, Strausbaug LJ, Garibaldi RA. Infections and antibiotic resistance in nursing homes. Clin Microbiol Rev 1996;9:1-17

Smith PW, Bennett G, Bradley S, et al. SHEA/APIC guideline: infection prevention and control in the long-term care facility, July 2008. Infect Control Hosp Epidemiol 2008; 29:785-814.

**INTERVENCIONES CLÍNICAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITIRÍAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO**

Enunciado de la intervención:

Medidas de asepsia en la implantación y mantenimiento de catéteres vesicales en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer de pulmón.

Razonamiento que justifica la intervención (citar evidencia y / o fuente bibliográfica):

A todos los pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer se les implanta un catéter vesical. Alrededor de 15% presentan bacteriuria asintomática y del 3 al 5% infección urinaria. Esta infección supone una complicación que puede ser grave e incluso mortal en pacientes postoperatorios débiles –lo son un alto porcentaje de los intervenidos por cáncer de pulmón-, puede ocasionar septicemia y siempre precisa tratamiento antibiótico, medidas de soporte, prolongación de la estancia hospitalaria y posibilidad de infección cruzada, con las consecuencias que estos hechos conllevan desde el punto de vista clínico, terapéutico, epidemiológico, de calidad percibida y de coste sanitario. Para evitar esta complicación existen una serie de medidas, recogidas en Guías Clínicas, que vamos a poner en marcha, con el fin de disminuir su incidencia.

Guideline for Prevention of catheter-Associated Urinary Tract Infections 2009. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Center of Disease Control.

Responsable de su desarrollo e implantación en la UGC:

Responsables:

Parra Perea, Julia DUE-Supervisora

Muñoz Blanco, María DUE Quirófano

Maestro Joven, Pilar DUE Quirófano

Prieto Martos, Antonia DUE

Rodríguez Mangas, Araceli DUE

**OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 7****DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

Mantener el porcentaje de infección urinaria relacionada con el sondaje vesical, en pacientes sometidos a resección por cáncer broncogénico durante 2013, por debajo del 10%

**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 sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico con infección urinaria secundaria a sondaje vesical.

DENOMINADOR: Número total de pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico 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:

**AREA PRIORITARIA:** hace referencia a los aspectos relacionados inequívocamente con el alcance de resultados clínicos / en salud bajo la perspectiva del profesional y / o del paciente que conviene consolidar y / o mejorar en la unidad de gestión clínica. Ejemplos: mortalidad, complicaciones (incluidos efectos adversos), secuelas, reingresos,... evitables o sanitariamente controlables, en problema de... (Alta prematuridad, pacientes pluripatológicos de elevada edad, procedimiento de ventilación mecánica,...) y / o procesos sensibles a cuidados ambulatorios.

<b>IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS PRIORITARIAS MEJORABLES A NIVEL ASISTENCIAL.</b>
<b>Problema o aspecto a mejorar</b> (alta prematuridad, pacientes pluripatológicos de elevada edad, procedimiento de ventilación mecánica, ...):
Trasplante Pulmonar. Seguridad del Paciente.
Datos e indicadores en los que se sustenta el problema detectado:
La inmunosupresión tras el trasplante pulmonar ocasiona numerosos efectos adversos e interacciones medicamentosas. El conocimiento por parte del paciente de estos efectos es fundamental para una buena evolución clínica y una aceptable supervivencia.
<b>INTERVENCIONES CLÍNICAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITIRIAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO</b>
Enunciado de la intervención:
Porcentaje de pacientes (adultos) que refieren haber sido satisfactoriamente informados por los neumólogos de trasplante de los efectos secundarios de los fármacos inmunosupresores.
Razonamiento que justifica la intervención (citar evidencia y / o fuente bibliográfica):
El conocimiento por parte de los pacientes de los múltiples e importantes efectos secundarios de los inmunosupresores es fundamental para evitar complicaciones graves y alertar al médico ante posibles alteraciones en los niveles terapéuticos. La información adecuada por parte de los neumólogos a los pacientes trasplantados sobre estos efectos es una importante medida de calidad con gran repercusión clínica, capaz de reducir efectos adversos, interacciones, frecuentación de servicios de urgencias y morbimortalidad.
ECHO Development Team. Shaul JA, Eisen SV, Clarridge BR, Stringfellow VL, Fowler FJ Jr, Cleary PD. Experience of care and health outcomes (ECHO) survey. Field test report: survey evaluation. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2001 May 8. 100 p.
Hall LL, Flynn LM. NAMI'S managed care report card. National Alliance for the Mentally Ill. Eval Rev 1997 Jun;21(3):352-6.
Hermann RC, Regner JL, Erickson P, Yang D. Developing a quality management system for behavioral health care: the Cambridge Health Alliance Experience. Harv Rev Psychiatry 2000 Nov;8(5):251-60.
Ross EC. Managed behavioral health care premises, accountable systems of care, and MBHA'S perms. American Managed Behavioral Healthcare Association. Eval Rev 1997 Jun;21(3):318-21.
Shaul JA, Eisen SV, Stringfellow VL, Clarridge BR, Hermann RC, Nelson D, Anderson E, Kubrin AI, Leff HS, Cleary PD. Use of consumer ratings for quality improvement in behavioral health insurance plans. Jt Comm J Qual Improv 2001 Apr;27(4):216-29.
Shaul JA, Eisen SV, Stringfellow VL, et al. Methodological considerations for collecting health plan and treatment ratings about behavioral health care. Submitted Health Services Research. 2001.
Teague GB, Ganju V, Hornik JA, Johnson JR, McKinney J. The MHSIP mental health report card. A consumer-oriented approach to monitoring the quality of mental health plans. Mental Health Statistics Improvement Program. Eval Rev 1997 Jun; 21(3):330-41.
Responsable de su desarrollo e implantación en la UGC:
Responsables: Santos Luna, Francisco. FEA Neumología y TxP Vaquero Barrios, José Manuel. FEA Neumología y TxP Redel Montero, Javier. FEA Neumología y TxP
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 8</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2.012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>



El porcentaje de pacientes (adultos) que refieren haber sido satisfactoriamente informados por los neumólogos de trasplante de los efectos secundarios de los fármacos inmunosupresores será superior al 80%.

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 2**

**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): Información efectos adversos inmunosupresores**

Fórmula:

NUMERADOR: Número de pacientes que refieren haber obtenido información satisfactoria

DENOMINADOR: Número total de pacientes respondedores de la encuesta.

Criterio de Cumplimiento:  $\geq 80\%$

Fuente de Información: Servicio de Atención al Usuario

Metodología de evaluación: Explotación de la encuesta e informe del Servicio de Atención al Usuario con el resultado obtenido.

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

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: Servicio de Atención al Usuario

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

**AREA PRIORITARIA: Cáncer Pulmón**

<b>IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS PRIORITARIAS MEJORABLES A NIVEL ASISTENCIAL.</b>
<b>Problema o aspecto a mejorar</b> (alta prematuridad, pacientes pluripatológicos de elevada edad, procedimiento de ventilación mecánica, ...):
Disminuir la mortalidad postoperatoria en los pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer de pulmón, Cáncer de Pulmón. Seguridad del Paciente. Supervivencia.
Datos e indicadores en los que se sustenta el problema detectado:
La disminución progresiva de la mortalidad tras resección pulmonar por cáncer de pulmón es un objetivo histórico de nuestra Unidad, cumplido en todos los acuerdos, por estar el porcentaje de mortalidad por debajo de los estándares internacionales.
<b>INTERVENCIONES CLÍNICAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITIRÍAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO</b>
Enunciado de la intervención:
La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2013 mantener sus resultados en Mortalidad por resección pulmonar.
Razonamiento que justifica la intervención (citar evidencia y / o fuente bibliográfica):
El peor resultado de salud es la muerte inesperada tras una actuación médica. Esta complicación fatal puede disminuirse implementando una serie de medidas como las que se recogen en nuestro Plan de Seguridad. Pretendemos con ellas la mejora continua y el mantenimiento de un porcentaje de mortalidad por debajo de los estándares. 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
Responsable de su desarrollo e implantación en la UGC:
Responsables: Cerezo Madueño, Francisco, FEA Cirugía Torácica Algar Algar, Javier. FEA Cirugía Torácica Parra Perea, Julia. DUE- Supervisora Prieto Martos, Antonia DUE
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 9</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
La mortalidad hospitalaria tras resección pulmonar por carcinoma broncogénico será inferior al 6,8%
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 3</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>Indicador (título):</b> Mortalidad hospitalaria en resección pulmonar por cáncer. Fórmula: % NUMERADOR: Pacientes fallecidos en 2013 durante su ingreso hospitalario tras resección pulmonar por cáncer broncogénico DENOMINADOR: Total de pacientes sometidos durante 2013 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:

**AREA PRIORITARIA: Cáncer Pulmón****IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS PRIORITARIAS MEJORABLES A NIVEL ASISTENCIAL.**

**Problema o aspecto a mejorar** (alta prematuridad, pacientes pluripatológicos de elevada edad, procedimiento de ventilación mecánica, ...):

Datos e indicadores en los que se sustenta el problema detectado:

Los reingresos evitables, indicador histórico de nuestra Unidad, siempre han estado en nuestra casuística por debajo de los estándares. No obstante, creemos necesario mantenerlo e incluso mejorarlo

**INTERVENCIONES CLÍNICAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITIRÍAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO**

Enunciado de la intervención:

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2013 mantener sus resultados en Reingresos tras resección pulmonar por cáncer de pulmón. Para ello seguirá adoptando una serie de medidas, que se encuentran reflejadas en nuestro Plan de Seguridad y que han demostrado una disminución de los reingresos evitables.

Razonamiento que justifica la intervención (citar evidencia y / o fuente bibliográfica):

El reingreso tras el alta por el mismo diagnóstico es una complicación que incide sobre el estado de salud del paciente, sus expectativas, la organización hospitalaria y el gasto sanitario.

Tras cirugía torácica de resección pulmonar, el porcentaje de reingresos es difícil de conocer. En la literatura mundial se dan cifras muy dispares, que oscilan entre el 2<sup>1</sup> y el 19%<sup>2</sup>. Creemos, que una tasa del 8%<sup>3</sup>, que es la que presenta la única publicación sobre el tema en nuestro medio, es la referencia a batir.

1. Wright, CD, Wain JC, Grillo HC, et al. Pulmonary lobectomy patient care pathway: a model to control cost and maintain quality. Ann Thorac Surg 1997;64:299-302.
2. Handy JR Jr, et al. Hospital readmissions after pulmonary resection: prevalence, pattern and predisposing characteristic. Ann Thorac Surg 2001;72:1855.

Varela G, Jiménez M, Novoa N, et al. ¿Cuál es la estancia hospitalaria adecuada para una resección pulmonar? Arc Bronconeumol 2001;37:233-6.

Responsable de su desarrollo e implantación en la UGC:

Responsables:

Álvarez Kindelán Antonio. Facultativo Especialista de Área

Parra Perea, Julia. DUE- Supervisora

Prieto Martos, Antonia DUE

**OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 10****DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

El porcentaje de reingresos tras resección pulmonar en pacientes con cáncer de pulmón, en los 30 días siguientes al alta hospitalaria será inferior al 8%.

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

**INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO**

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

Fórmula: %

NUMERADOR: Número de reingresos en los 30 días siguientes al alta en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2013

DENOMINADOR: Total de altas en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2013.

Criterio de Cumplimiento: Reingresos < 8%

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: ≤ 8%/10%

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:

**AREA PRIORITARIA: Cáncer Pulmón**

<b>IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS PRIORITARIAS MEJORABLES A NIVEL ASISTENCIAL.</b>
<b>Problema o aspecto a mejorar</b> (alta prematuridad, pacientes pluripatológicos de elevada edad, procedimiento de ventilación mecánica, ...):
Datos e indicadores en los que se sustenta el problema detectado:
La reintervención quirúrgica, indicador histórico de nuestra Unidad, siempre han estado en nuestra casuística por debajo de los estándares. No obstante, creemos necesario mantenerlo e incluso mejorarlo
<b>INTERVENCIONES CLÍNICAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITIRIAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO</b>
Enunciado de la intervención:
La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2013 mantener sus resultados en reintervención quirúrgica urgente tras resección pulmonar por cáncer de pulmón. Para ello seguirá adoptando una serie de medidas, que se encuentran reflejadas en nuestro Plan de Seguridad y que han demostrado una disminución de las reintervenciones urgentes.
Razonamiento que justifica la intervención (citar evidencia y / o fuente bibliográfica):
La reintervención quirúrgica es una complicación que incide sobre el estado de salud del paciente, sus expectativas, la organización hospitalaria y el gasto sanitario. Está tarada con un alto índice de complicaciones y siempre es apreciada por el paciente y los familiares como un fallo de calidad Tras cirugía torácica de resección pulmonar, el porcentaje de reintervenciones urgentes es difícil de conocer. Creemos, que una tasa del 5,5% <sup>1</sup> , que es la que presenta la única publicación sobre el tema en nuestro medio, es la referencia a batir. 3. Duque JL, Rami-Porta R, Almaraz A, et al, and the Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR). Risk Factors in Bronchogenic Carcinoma Surgery. Arc Bronconeumol 2007;43:143-9.
Responsable de su desarrollo e implantación en la UGC:
Responsables: Álvarez Kindelán, Antonio. FEA Cirugía Torácica Cerezo Madueño, Francisco Javier. FEA Cirugía Torácica Parra Perea, Julia. DUE- Supervisora Prieto Martos, Antonia DUE
<b>OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 11</b>
<b>DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD</b>
El porcentaje de reintervenciones urgentes tras resección pulmonar en pacientes con cáncer de pulmón será inferior al 5,5%.
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 3</b>
<b>INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO</b>
<b>Indicador (título):</b> Reintervenciones tras resección pulmonar por cáncer de pulmón. Fórmula: % NUMERADOR: Número de reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2013 DENOMINADOR: Total de altas en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2013. 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: ≤ 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:
Compartido con:

## AREA PRIORITARIA: Trasplante Pulmonar

IDENTIFICACIÓN DE ÁREAS PRIORITARIAS MEJORABLES A NIVEL ASISTENCIAL.
<b>Problema o aspecto a mejorar</b> (alta prematuridad, pacientes pluripatológicos de elevada edad, procedimiento de ventilación mecánica, ...):
Mortalidad temprana. Seguridad del Paciente.
Datos e indicadores en los que se sustenta el problema detectado:
La mortalidad postoperatoria en trasplante pulmonar es una de las causas por la que la supervivencia global y a medio y largo plazo es la más baja de entre todos los trasplantes de órganos. Este hecho es consecuencia de la especial dificultad de manejo del acto quirúrgico y de los cuidados postoperatorios inmediatos. Aunque en los dos últimos años nuestra mortalidad temprana es baja, creemos que debemos mantenerla e incluso disminuirla.
INTERVENCIONES CLÍNICAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS Y/O EMPÍRICAS, QUE PERMITIRIAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO
Enunciado de la intervención:
Mantener o mejorar la supervivencia de los pacientes trasplantados pulmonares en el primer año tras el trasplante.
Razonamiento que justifica la intervención (citar evidencia y / o fuente bibliográfica):
Este indicador es lo suficientemente robusto y representativo del complejo proceso del trasplante pulmonar en su etapa inicial como para ser el más trascendente. Además, en este indicador están implicados tanto la Unidad de CT y TxP como la de Cuidados Intensivos
Responsable de su desarrollo e implantación en la UGC:
Responsables: Robles Ariza, Juan Carlos. Jefe de sección de UCI Cerezo Madueño, Francisco. FEA Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar Salvatierra Velázquez, Ángel. Director U. Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar
OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 12
DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2012 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD
La mortalidad en el año tras trasplante pulmonar será $\leq$ al 25%
<b>Peso que se le asignaría al Objetivo: 2</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>Indicador (título): Mortalidad en trasplante</b>
Fórmula: <p style="margin-left: 40px;">NUMERADOR: Número de pacientes fallecidos tras trasplante pulmonar durante 2013</p> <p style="margin-left: 40px;">DENOMINADOR: Número total de pacientes trasplantados durante 2013</p>
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 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 2013 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:** 6

PROPUESTO POR: UCI	TÍTULO DEL OBJETIVO	PESOS
	LA MORTALIDAD EN EL AÑO TRAS TRASPLANTE PULMONAR SERÁ ≤ AL 25%	1,3
ONCOLOGÍA MÉDICA Y RADIOTERÁPICA	CONOCER EL INTERVALO TRANSCURRIDO DESDE EL DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO DE CÁNCER NO MICROCÍTICO DE PULMÓN E INICIO DEL TRATAMIENTO ADYUVANTE CUANTO ESTE ESTÉ INDICADO	1,7
ANESTESIA	MANTENER EL NÚMERO DE EPISODIOS DE INFECCIÓN RELACIONADA CON LOS CATÉTERES VENOSOS, EN PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN POR CÁNCER BRONCOGÉNICO DURANTE 2013, POR DEBAJO 10 EPISODIOS POR CADA 1000 DÍAS DE IMPLANTACIÓN DE CATÉTER	1,3
ANATOMIA PATOLÓGICA	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE MUESTRAS DEL BIOBANCO	1,7
	<b>OBJETIVO COMPARTIDO / PESO GLOBAL</b>	<b>6</b>

Nota: El objetivo "Índice sintético de objetivos compartidos" podrá modificarse por parte de las unidades que comparten objetivos siempre que el peso total asignado a este índice sintético no se vea modificado. En caso de producirse alguna modificación, deberá quedar constancia de la misma en un anexo específico que firmarán los Directores de las Unidades implicadas.



## 6. CUENTA DE RESULTADOS

## 7. TABLAS RESUMEN DE OBJETIVOS

### TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS COMUNES AÑO 2013

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
Área Capítulo I	1	Cumplimiento del presupuesto asignado	Gasto en CAPII del Servicio / Presupuesto asignado	Gerhonte	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección Económica con el resultado obtenido	3	Si cumple	No cumple
	2	Absentismo	Días de absentismo *100/Días de trabajo potenciales	Gerhonte	Explotación del Sistema de Información e Informe de la Dirección de Personal con el resultado obtenido	3	2%	3.5%
Área Accesibilidad	3	Índice Sintético LEQ	Ver tabla	AGD	Explotación del Sistema de Información e Informe de la con el resultado obtenido	24	10	0
	4	Incremento del rendimiento del quirófano	Incremento en el número de intervenciones en sesiones ordinarias de quirófano	SSII	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	6	2.04	1.91
	5	Demora en primeras consultas	Media de los 52 valores semanales obtenidos en función del cuadro del indicador.	INFHOS	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	8	20días	60días
	6	Gestión de citas de consultas sucesivas	Nº consultas sucesivas dadas por el servicio/total consultas sucesivas x 100	Diraya	Explotación del Sistema de Información e Informe con el resultado obtenido	3	95%	80%
Área Hospitalización	7	Índice de utilización de estancias	Fórmula índice de utilización de estancias	CMBD	Explotación del Sistema de Información e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido Informes de realización de AEP con plan de actuación	9	0,90	1
Área Orientación a ciudadanos y medida de la satisfacción	8	Tasa de Reclamaciones	Nº de reclamaciones por los motivos seleccionados x 1000/Total de pacientes atendidos	Servicio de Atención al Ciudadano	Explotación de registro de reclamaciones e informe del responsable del Servicio de Atención al Ciudadano con el resultado obtenido	1	0	1
Área Investigación	9	Índice de impacto acumulado	Índice de impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med de artículos en los que al menos haya un miembro de la Unidad. Índice de Impacto acumulado. Suma del Factor de Impacto de los artículos ya publicados en ese año, utilizando como valor el que se haya publicado en el Journal Citation Report del año anterior	Unidad de Apoyo Metodológico IMIBIC	Informe del Director de la Unidad y de la Unidad de Apoyo Metodológico del IMIBIC	5	15	5



Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
Área Mortalidad	10	Razón estandarizada de mortalidad del HURS	Mortalidad observada / Mortalidad esperada	CMBD (numerador). Servicio Andaluz de Salud: Subdirección de Análisis y Control Interno	Explotación del CMBD y ajuste según datos del resto de hospitales del nivel correspondiente al HURS. Informe de resultados	1	0,95	1,1
<b>TOTAL PUNTOS EN OBJETIVOS COMUNES</b>						<b>60</b>		

**TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS: AÑO 2013**

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
1	Resolución de Mediastinoscopia por CMA.	<p>NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de Mediastinoscopia resueltos por CMA</p> <p>DENOMINADOR: total de pacientes intervenidos por Mediastinoscopia (CMA + Ingresos)</p>	CMBD	Explotación del CMBD e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido	3	70	60
2	Resolución de Simpatectomía por CMA	<p>NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de Simpatectomía resueltos por CMA</p> <p>DENOMINADOR: total de pacientes intervenidos por Simpatectomía (CMA + Ingresos)</p>	Fuente de Información: CMBD	Explotación del CMBD e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido	2	80	70
3	Comunicación entre paciente y enfermeras	<p>Fórmula:</p> <p>NUMERADOR: Número de pacientes que responden "siempre" o "generalmente"</p> <p>DENOMINADOR: Número de pacientes respondedores de la encuesta.</p>	Servicio de Atención al Usuario	Explotación de Encuesta Modificada para Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar e informe del Servicio de Atención al Usuario con el resultado obtenido/ Evaluación Trimestral	3	80	70
4	Demora terapéutica en pacientes con cáncer de pulmón.	<p>NUMERADOR: Numero de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón antes de 30 días*</p> <p>DENOMINADOR: Total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón</p> <p>*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</p>	AGD	Explotación de registro e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido	3	≥75%	60%

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
5	Infección relacionada con catéter venoso	<p>NUMERADOR: Número de episodios de infección relacionada con catéter venoso (infección de puerta de entrada o bacteriemia) en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2013</p> <p>DENOMINADOR: Total de días de implantación de catéter venoso en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2013</p> <p>Criterio de Cumplimiento: Número de episodios inferior a 10 por 1000 días</p>	Servicio de Medicina Preventiva	Explotación del Registro e Informe del Servicio de Medicina Preventiva con el resultado.	3	≤ 10	14
6	Infección herida quirúrgica	<p>NUMERADOR: pacientes intervenidos para resección de cáncer de pulmón durante 2013, con infección de la herida quirúrgica</p> <p>DENOMINADOR: Total de pacientes intervenidos por cáncer de pulmón durante 2013</p>	Medicina Preventiva y CMBD	Explotación del registro e informe de Medicina Preventiva con el resultado obtenido.	3	≤ 2,6%	4%
7	Infección urinaria en pacientes sondados	<p>NUMERADOR: Número de pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico con infección urinaria secundaria a sondaje vesical.</p> <p>DENOMINADOR: Número total de pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico con sondaje vesical.</p>	Servicio de Medicina Preventiva	Explotación del Registro e Informe del Servicio de Medicina Preventiva con el resultado.	3	≤ 10%	14%
8	Información efectos adversos inmunosupresores	<p>NUMERADOR: Número de pacientes que refieren haber obtenido información satisfactoria</p> <p>DENOMINADOR: Número total de pacientes respondedores de la encuesta.</p>	Servicio de Atención al Usuario	Explotación de la encuesta e informe del Servicio de Atención al Usuario con el resultado obtenido.	2	≥ 80%	70%
9	Mortalidad hospitalaria en resección pulmonar por cáncer.	<p>NUMERADOR: Pacientes fallecidos en 2013 durante su ingreso hospitalario tras resección pulmonar por cáncer broncogénico</p> <p>DENOMINADOR: Total de pacientes sometidos durante 2013 a resección pulmonar por cáncer broncogénico</p>	CMBDH	Explotación del Registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido	3	≤ 6,8%	8,5%

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
10	Reingresos tras resección pulmonar por cáncer de pulmón.	NUMERADOR: Número de reingresos en los 30 días siguientes al alta en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2013 DENOMINADOR: Total de altas en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2013.	CMBD	Explotación del registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido.	3	≤ 8%	10%
11	Reintervenciones tras resección pulmonar por cáncer de pulmón.	NUMERADOR: Número de reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2013 DENOMINADOR: Total de altas en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2013.	CMBD	Explotación del registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido.	3	≤ 5,5%	7,5%
12	Mortalidad en trasplante	NUMERADOR: Número de pacientes fallecidos tras trasplante pulmonar durante 2013 DENOMINADOR: Número total de pacientes trasplantados durante 2013	Registro de Trasplante	Explotación del Registro e informe del Director del Programa con el resultado obtenido	2	25%	30%
13	Índice Sintético de Objetivos compartidos con otras unidades	Ver tabla	Ver tabla	Ver tabla	6	10	0
<b>TOTAL DE PUNTOS EN OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>					<b>40</b>		

## 8. FUNCIONES DE VALOR

### FUNCIONES DE VALOR DE OBJETIVOS COMUNES AÑO 2013

										Función de Valor
Cumplimiento del presupuesto asignado	Absentismo	Índice Sintético LEQ	Incremento del rendimiento del quirófano	Demora en primeras consultas	Gestión de citas de consultas sucesivas	Índice de utilización de estancias	Tasa de Reclamaciones	Índice de impacto acumulado	Razón estandarizada de mortalidad del HURS	
Cumple	< = 2	10	> = 2,04	< = 20	> = 95	< = 0,9	< = 0	> = 15	< = 0,95	10
	> 2 - 2,17	9	< 2,04 - 2,03	> 20 - 24,44	< 95 - 93,33	> 0,9 - 0,91	> 0 - 0,11	< 15 - 13,89	> 0,95 - 0,97	9
	> 2,17 - 2,33	8	< 2,03 - 2,01	> 24,44 - 28,89	< 93,33 - 91,67	> 0,91 - 0,92	> 0,11 - 0,22	< 13,89 - 12,78	> 0,97 - 0,98	8
	> 2,33 - 2,5	7	< 2,01 - 2	> 28,89 - 33,33	< 91,67 - 90	> 0,92 - 0,93	> 0,22 - 0,33	< 12,78 - 11,67	> 0,98 - 1	7
	> 2,5 - 2,67	6	< 2 - 1,98	> 33,33 - 37,78	< 90 - 88,33	> 0,93 - 0,94	> 0,33 - 0,44	< 11,67 - 10,56	> 1 - 1,02	6
	> 2,67 - 2,83	5	< 1,98 - 1,97	> 37,78 - 42,22	< 88,33 - 86,67	> 0,94 - 0,96	> 0,44 - 0,56	< 10,56 - 9,44	> 1,02 - 1,03	5
	> 2,83 - 3	4	< 1,97 - 1,95	> 42,22 - 46,67	< 86,67 - 85	> 0,96 - 0,97	> 0,56 - 0,67	< 9,44 - 8,33	> 1,03 - 1,05	4
	> 3 - 3,17	3	< 1,95 - 1,94	> 46,67 - 51,11	< 85 - 83,33	> 0,97 - 0,98	> 0,67 - 0,78	< 8,33 - 7,22	> 1,05 - 1,07	3
	> 3,17 - 3,33	2	< 1,94 - 1,92	> 51,11 - 55,56	< 83,33 - 81,67	> 0,98 - 0,99	> 0,78 - 0,89	< 7,22 - 6,11	> 1,07 - 1,08	2
	> 3,33 - 3,5	1	< 1,92 - 1,91	> 55,56 - 60	< 81,67 - 80	> 0,99 - 1	> 0,89 - 1	< 6,11 - 5	> 1,08 - 1,1	1
No cumple	> 3,5	0	< 1,91	> 60	< 80	> 1	> 1	< 5	> 1,1	0
3	3	24	6	8	3	9	1	5	1	(30) <b>Peso relativo Resultado</b>
										<b>Función de valor</b>
										<b>Resultado ponderado</b>

**FUNCIONES DE VALOR DE OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS AÑO 2013**

OBJETIVO Nº 1	OBJETIVO Nº 2	OBJETIVO Nº 3	OBJETIVO Nº 4	OBJETIVO Nº 5	OBJETIVO Nº 6	Función de Valor	
Resolución de Mediastinoscopia por CMA.	Resolución de Simpatectomía por CMA	Comunicación entre paciente y enfermeras	Demora terapéutica en pacientes con cáncer de pulmón.	Infección relacionada con catéter venoso	Infección herida quirúrgica		
> = 70	> = 80	> = 80	> = 75	< = 10	< = 2,6	10	
< 70 - 68,89	< 80 - 78,89	< 80 - 78,89	< 75 - 73,33	> 10 - 10,44	> 2,6 - 2,76	9	
< 68,89 - 67,78	< 78,89 - 77,78	< 78,89 - 77,78	< 73,33 - 71,67	> 10,44 - 10,89	> 2,76 - 2,91	8	
< 67,78 - 66,67	< 77,78 - 76,67	< 77,78 - 76,67	< 71,67 - 70	> 10,89 - 11,33	> 2,91 - 3,07	7	
< 66,67 - 65,56	< 76,67 - 75,56	< 76,67 - 75,56	< 70 - 68,33	> 11,33 - 11,78	> 3,07 - 3,22	6	
< 65,56 - 64,44	< 75,56 - 74,44	< 75,56 - 74,44	< 68,33 - 66,67	> 11,78 - 12,22	> 3,22 - 3,38	5	
< 64,44 - 63,33	< 74,44 - 73,33	< 74,44 - 73,33	< 66,67 - 65	> 12,22 - 12,67	> 3,38 - 3,53	4	
< 63,33 - 62,22	< 73,33 - 72,22	< 73,33 - 72,22	< 65 - 63,33	> 12,67 - 13,11	> 3,53 - 3,69	3	
< 62,22 - 61,11	< 72,22 - 71,11	< 72,22 - 71,11	< 63,33 - 61,67	> 13,11 - 13,56	> 3,69 - 3,84	2	
< 61,11 - 60	< 71,11 - 70	< 71,11 - 70	< 61,67 - 60	> 13,56 - 14	> 3,84 - 4	1	
< 60	< 70	< 70	< 60	> 14	> 4	0	
3	2	3	3	3	3	(0)	Peso relativo
						Resultado	
						Función de valor	
						Resultado ponderado	

OBJETIVO Nº 7	OBJETIVO Nº 8	OBJETIVO Nº 9	OBJETIVO Nº 10	OBJETIVO Nº 11	OBJETIVO Nº 12	OBJETIVO Nº 13	Función de Valor
Infección urinaria en pacientes sondados	Información efectos adversos inmunosupresores	Mortalidad hospitalaria en resección pulmonar por cáncer.	Reingresos tras resección pulmonar por cáncer de pulmón.	Reintervenciones tras resección pulmonar por cáncer de pulmón	Mortalidad en trasplante	Índice Sintético de Objetivos compartidos con otras unidades	
< = 10	> = 80	< = 6,8	< = 8	< = 5,5	< = 25	> = 10	10
> 10 - 10,44	< 80 - 78,89	> 6,8 - 6,99	> 8 - 8,22	> 5,5 - 5,72	> 25 - 25,56	< 10 - 8,89	9
> 10,44 - 10,89	< 78,89 - 77,78	> 6,99 - 7,18	> 8,22 - 8,44	> 5,72 - 5,94	> 25,56 - 26,11	< 8,89 - 7,78	8
> 10,89 - 11,33	< 77,78 - 76,67	> 7,18 - 7,37	> 8,44 - 8,67	> 5,94 - 6,17	> 26,11 - 26,67	< 7,78 - 6,67	7
> 11,33 - 11,78	< 76,67 - 75,56	> 7,37 - 7,56	> 8,67 - 8,89	> 6,17 - 6,39	> 26,67 - 27,22	< 6,67 - 5,56	6
> 11,78 - 12,22	< 75,56 - 74,44	> 7,56 - 7,74	> 8,89 - 9,11	> 6,39 - 6,61	> 27,22 - 27,78	< 5,56 - 4,44	5
> 12,22 - 12,67	< 74,44 - 73,33	> 7,74 - 7,93	> 9,11 - 9,33	> 6,61 - 6,83	> 27,78 - 28,33	< 4,44 - 3,33	4
> 12,67 - 13,11	< 73,33 - 72,22	> 7,93 - 8,12	> 9,33 - 9,56	> 6,83 - 7,06	> 28,33 - 28,89	< 3,33 - 2,22	3
> 13,11 - 13,56	< 72,22 - 71,11	> 8,12 - 8,31	> 9,56 - 9,78	> 7,06 - 7,28	> 28,89 - 29,44	< 2,22 - 1,11	2
> 13,56 - 14	< 71,11 - 70	> 8,31 - 8,5	> 9,78 - 10	> 7,28 - 7,5	> 29,44 - 30	< 1,11 - 0	1
> 14	< 70	> 8,5	> 10	> 7,5	> 30	< 0	0
4	2	3	3	3	2	6	(0) Peso relativo
							Resultado
							Función de valor
							Resultado ponderado



## ANEXO 1. NECESIDADES PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS

OBJETIVO:	Objetivo específico número 5: Infección relacionada con catéter venoso
NECESIDADES	
FORMACIÓN	
INVESTIGACIÓN	
TECNOLOGÍA	
ORGANIZACIÓN	
“HORAS DE EXPERTO”	
OTRAS	Implantación del Programa “Bacteriemia Zero” en el Quirófano 2 (Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar)
COSTE DE LAS NECESIDADES	
FECHA EN LA QUE SE CUBREN LAS NECESIDADES	



**ANEXO 2. OBJETIVOS CRÍTICOS**

**TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS CRÍTICOS: AÑO 2013**

CIRUGIA TORACICA						
ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR		PESO	LÍM.SUPERIOR (ÓPTIMO)	LÍM.INFERIOR
ECONÓMICA	CONTROL DEL GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE (1)	396.163,12	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	80	CUMPLE	NO CUMPLE
	CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA	55.499,85	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	4	CUMPLE	NO CUMPLE
FARMACIA	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP) (2)	IBP	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP	10	90	74
	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO (2)	PRINC ACT	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS	6	80	70
<b>TOTAL DE PESOS ASIGNADOS A OBJETIVOS CRÍTICOS</b>				<b>100</b>		
(1). EL DETALLE DE LOS PRODUCTOS INCLUIDOS SERÁ FACILITADO POR LA DIRECCIÓN ECONÓMICO-ADMINISTRATIVA						
(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						

**FUNCIONES DE VALOR DE OBJETIVOS CRÍTICOS AÑO 2013**

OBJETIVO Nº 1	OBJETIVO Nº 2	OBJETIVO Nº 3	OBJETIVO Nº 4	Función de Valor	
CONTROL DEL GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE	CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA	INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO		
Cumple	Cumple	> = 90	> = 80	<b>10</b>	
		< 90 - 88,22	< 80 - 78,89	<b>9</b>	
		< 88,22 - 86,44	< 78,89 - 77,78	<b>8</b>	
		< 86,44 - 84,67	< 77,78 - 76,67	<b>7</b>	
		< 84,67 - 82,89	< 76,67 - 75,56	<b>6</b>	
		< 82,89 - 81,11	< 75,56 - 74,44	<b>5</b>	
		< 81,11 - 79,33	< 74,44 - 73,33	<b>4</b>	
		< 79,33 - 77,56	< 73,33 - 72,22	<b>3</b>	
		< 77,56 - 75,78	< 72,22 - 71,11	<b>2</b>	
		< 75,78 - 74	< 71,11 - 70	<b>1</b>	
No cumple	No cumple	< 74	< 70	<b>0</b>	
<b>80</b>	<b>4</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	(0)	Peso relativo
				Resultado	
				Función de valor	
				Resultado ponderado	



### ANEXO 3. LISTADO DE LOS PROFESIONALES QUE COMPONEN LA UNIDAD

Información suministrada por la Dirección E.-A. de Personal. En caso de ser necesario realizar alguna modificación, se comunicará la incidencia al Servicio de Personal hasta el día 28 de febrero del año a que corresponde el Acuerdo. En los dos primeros meses del año siguiente a la finalización del Acuerdo, el Servicio de Personal se dirigirá a la Unidad, para actualizar la relación de personal.

No se realizarán actualizaciones del presente Acuerdo, por el hecho de que existan incorrecciones en la relación del personal adscrito a la Unidad

APLLIDOS Y NOMBRE	CATEGORIA	ESPECIALIDA	TIPO NOMBRAMIENTO	VINCULACION	% DEDICACION
ALGAR ALGAR, FRANCISCO	ADJ/ESP.AREA	FEA DE CIRUGIA TORACICA	PLANTILLA	TOTAL	
ALVAREZ KINDELAN, ANTONIO	ADJ/ESP.AREA	FEA DE CIRUGIA TORACICA	PLANTILLA	TOTAL	
BAAMONDE LABORDA, CARLOS A	JEFE SECCION	JEF. SC. CIRUGIA TORACICA	PLANTILLA	TOTAL	
BARAMBIO RUIZ, ESTRELLA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
CABELLO LEON, JOSEFA	ADMINISTRAT.	ADMINISTRATIVO	PLANTILLA	TOTAL	
CARMONA MORALES, MARI CARMÉ	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERINO VACANTE	TOTAL	
CASTILLO IGLESIAS, MARIA VICT	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
CEREZO MADUEÑO, FRANCISCO	ADJ/ESP.AREA	FEA DE CIRUGIA TORACICA	PLANTILLA	TOTAL	
CEREZO MADUEÑO, M ANGELES	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
FIMIA MARTINEZ, RAQUEL	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
GALLEGO MARTON, VICTORIA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
GARCIA RUZ, MERCEDES	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
GIMENEZ CONDE, CELIA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
GOMEZ GOMEZ, ROS	TRABAJADORA SOCIAL	TRABAJADORA SOCIAL	PLANTILLA	PARCIAL	30%
GONZALEZ BLANCO, FRANCISCA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
IBAÑEZ CAMACHO, DOLORES	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
JIMENEZ MARISCAL, ENCARNACIO	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
MANRIQUE MORENA, M JOSEFA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
MARTINEZ VIDAL, PURIFICACI	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
MATEOS GARCIA, ANDRES	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
MEJIAS RUIZ, MANUELA	FISIOTERAPEUTA	FISIOTERAPEUTA	PLANTILLA	TOTAL	
MENDOZA PORCUNA, MANUELA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
OCAÑA FONT, M DOLORES	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	INTERINO VACANTE	TOTAL	
ORDOÑEZ SOLANO, M JULIA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
OSUNA MEDINA, MARIA DOLO	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	INTERINO VACANTE	TOTAL	
PARRA PEREA, JULIA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	INTERINO VACANTE	TOTAL	
PRIETO ALMEDA, DOLORES	FISIOTERAPEUTA	FISIOTERAPEUTA	PLANTILLA	TOTAL	
PRIETO MARTOS, ANTONIA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	



RODRIGUEZ MANGAS, ARACELI	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
SABARIEGO REY, MARIA CARM	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	INTERINO VACANTE	TOTAL	
SABARIEGO REY, MARIA CARM	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SUSTITUCION	TOTAL	
SALVATIERRA VELAZQUEZ, ANGEL	J.SERVICIO	JEF. SV. CIRUGIA TORACICA	PLANTILLA	TOTAL	
SANCHEZ GARCIA, DOLORES	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
SEGURA MAESTRE, FRANCISCO	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
SUAREZ TOLEDANO, CARMEN	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E. SUPERVISORA	PLANTILLA	TOTAL	
TORIL PEREZ, ROSA MARIA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	
TRUJILLO DIAZ, ROSA MARIA	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
VALLE DIAZ, MARIA ANGE	ADMINISTRAT.	ADMINISTRATIVO	PLANTILLA	TOTAL	
VALVERDE NADAL, M ISABEL	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	SUSTITUCION	TOTAL	
VILCHEZ AREVALO, JUAN JOSE	ENFERM./ATS	A.T.S./D.U.E.	PLANTILLA	TOTAL	
VILLAR CANO, ANA	AX.ENFERMER.	AUXILIAR DE ENFERMERIA	PLANTILLA	TOTAL	