



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

**ACUERDO DE GESTIÓN CLÍNICA  
Año: 2014**

**Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba**



Córdoba, 31 de enero de 2014

### 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 Dña. Marina Álvarez Benito, en calidad de Directora Gerente

### ACUERDAN

El siguiente Acuerdo de Gestión para el año 2014

El Responsable de la Unidad

Fdo.:

D. Ángel Salvatierra Velázquez

La Directora Gerente del Hospital

Fdo.: Dña. Marina Álvarez Benito

La Responsable de Enfermería

Fdo.: Dña. María Dolores Ortiz Muñoz

## 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 2010-2014 el objetivo de que al final de la actual legislatura (2014), 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 interdisciplinarias 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 2014**.

Fruto de la experiencia acumulada en los años precedentes por las Unidades de Gestión Clínica del Hospital, para el año 2014 se han incorporado al Acuerdo de Gestión algunos aspectos relevantes para la consolidación de la gestión clínica en los próximos años, específicamente:

- La visión sobre las mejoras que, desde su experiencia de gestión, los Directores de Unidad de Gestión Clínica consideran relevantes.
- Los índices básicos de complejidad y eficiencia, de producción y económica, y algunos indicadores clave de resultados de producción que expresan el esfuerzo ya realizado y que orientan el camino a recorrer en estos ámbitos por las Unidades de Gestión Clínica.
- Los objetivos de resultado en salud y / o clínicos a nivel de Hospital como conjunto y de Unidad de Gestión Clínica como parte del mismo, que concentran los esfuerzos de los profesionales y su aportación a la sociedad cordobesa.
- La orientación y supeditación de la asignación de recursos a las decisiones clínicas, mediante la plasmación, en el apartado ingresos de una Cuenta de Resultados Provisional, de aquellas líneas de actividad y procesos – procedimientos, dentro de las mismas, pactados por la Dirección con las Unidades de Gestión Clínica por adecuados y eficientes.
- Los recursos en formación, innovación y / o tecnología que el Hospital incorporará a lo largo del año 2014 a las Unidades de Gestión Clínica de forma coherente para facilitar el alcance de sus resultados clínicos y / o en salud.

Este modelo actualizado de Acuerdo de Gestión Clínica pretende primar la selección de la actividad eficiente, en base a una oferta de servicios moderna donde los criterios de productividad se consideran como consecuencia de un análisis que identifica las actividades y servicios que más pueden beneficiar a la población atendida en el Hospital Universitario "Reina Sofía" y de la selección de actividades y servicios cuyos beneficios clínicos y en salud, con el presupuesto asignado por las Autoridades de Salud, sean superiores.

## 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 2007-2013 (Hasta primer semestre de 2013 datos de CMBD):

Indicador	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (primer semestre)
IUE	0.56	0.53	0.58	0.61	0.66	0.61	0.62
Índice Casuístico	2.87	2.82	2.85	2.71	2.51	2.66	2.66
Estancias evitables	-2.407	-2.630	-2.263	-2.252,18	-1.560	-1.094	-661
% Reingresos	0.71	0.20	0.79	0.54	0.19	0.93	0.95
% Mortalidad	0.47	1.01	1.18	1.26	0.76	1.25	0.47
Estancia Preoperatoria	1.94	1.30	1.32	1.55	1.58	1.89	0.88
Puntuación global de la unidad (CRP)	No datos	9.92	10	9.31	9.97	8.76	No datos

## 3. ALIANZA ESTRATÉGICA CON LA UGC NEUMOLOGÍA

### INTRODUCCIÓN

Con el fin de determinar si existe justificación para solicitar la unión de la Unidad de Neumología y la de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar (UCTyTxP) en forma de unidad única o de alianza estratégica, la Dirección Gerencia de nuestro Centro nos encarga la realización de un estudio de la casuística común a ambas unidades.

Es necesario tener presente que la UCTyTxP está ya integrada por neumólogos y cirujanos torácicos, con el fin de atender a los pacientes susceptibles de trasplante pulmonar de Andalucía.

También debe tenerse en cuenta que la cartera de servicios de la UCTyTxP contempla entidades nosológicas que escapan del ámbito de las enfermedades neumológicas, como puede ser la patología congénita y neoplásica de la pared torácica, la del tiroides, los tumores del mediastino, los traumatismos torácicos y la patología del sistema nerviosos simpático, entre otras.

Sin embargo, ambas unidades comparten patología prevalente, como son el cáncer de pulmón y la patología pleural.

## METODOLOGÍA

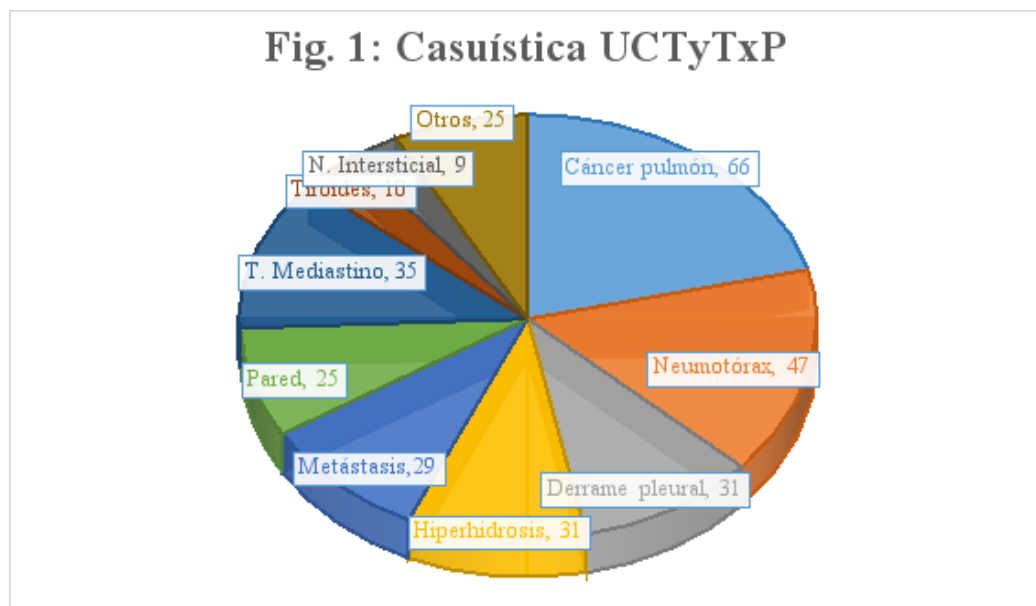
Análisis de la casuística quirúrgica de la UCTyTxP desde el 1 de enero de 2013 hasta el 31 de noviembre de 2013. Excluye los pacientes no tratados quirúrgicamente y a los que se le ha realizado algún procedimiento quirúrgico sin utilizar quirófano (sobre todo drenajes pleurales).

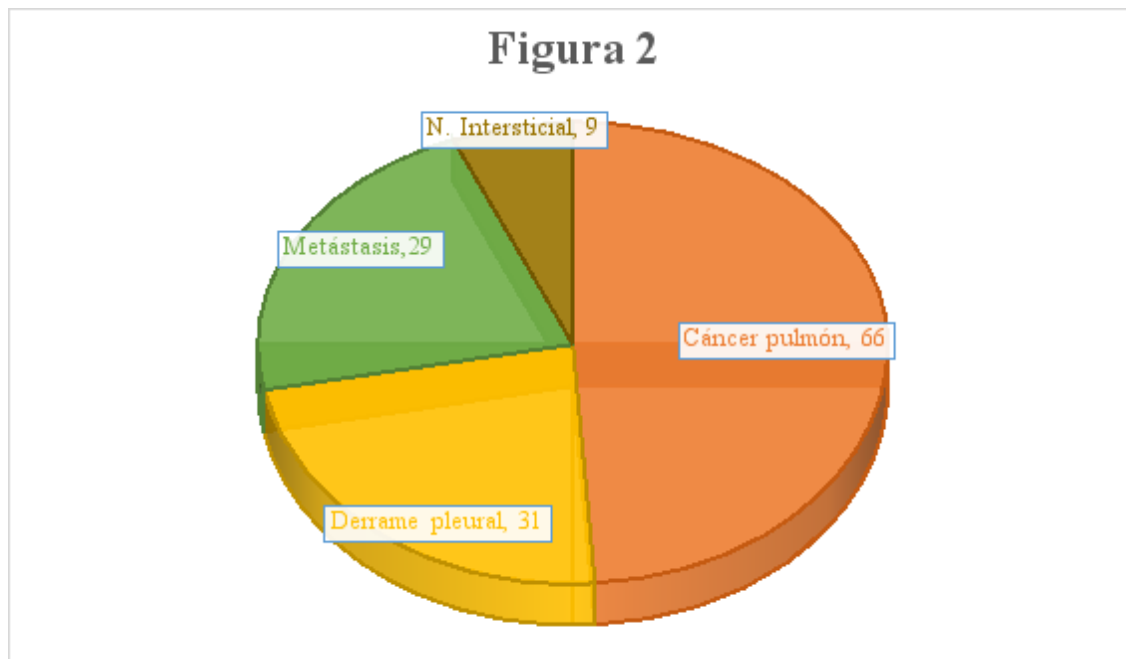
**Fuentes:** CMBD y Registro Propio de la UCTyTxP.

**Justificación:** Dado que el CMBD, por su propio ámbito, no detecta la unidad del origen de la remisión de los pacientes estudiados ambulatoriamente y al hecho de que no existen, a nuestro entender, herramientas que crucen la información del CMBD con Diraya, unido a que, en ocasiones, los pacientes atendidos por las dos unidades lo han sido por interconsulta y tienen un único informe de alta, hemos utilizado un registro propio de pacientes para completar la información.

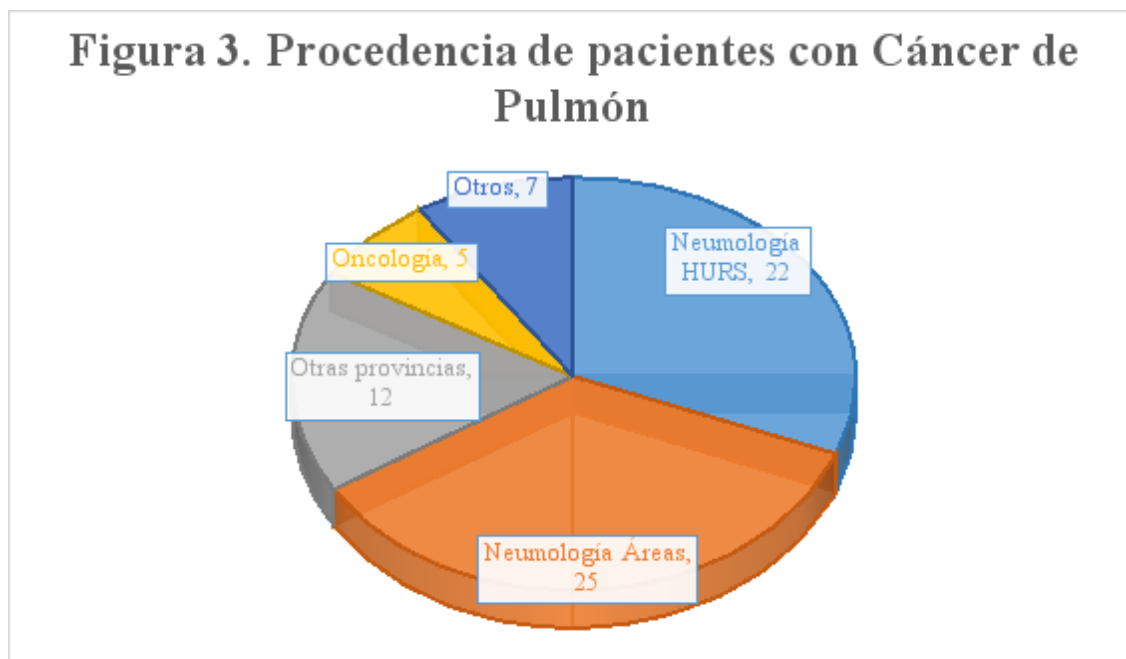
## RESULTADOS

La figura 1 contiene la casuística quirúrgica de nuestra unidad, exceptuando los trasplantes pulmonares y los actos quirúrgicos no realizados en quirófano. La casuística con posible interrelación de ambas unidades corresponde a 135 casos (41%) y se representa en la Figura 2.



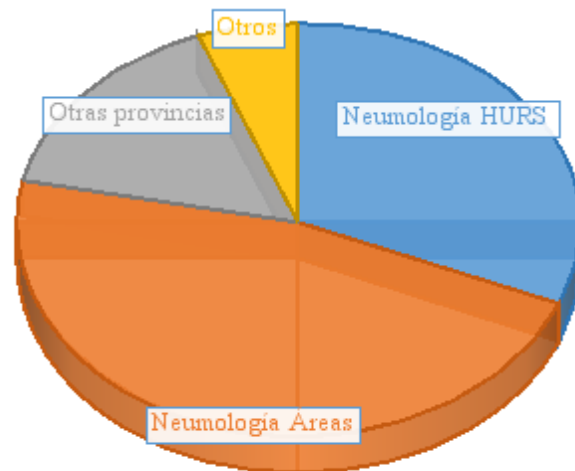


La procedencia de los pacientes con cáncer de pulmón se representa en la Figura 3.



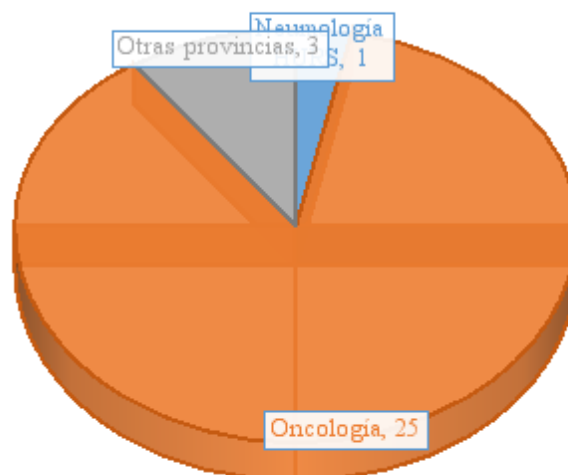
La procedencia de los pacientes con derrame pleural se representa en la Figura 4.

**Figura 4. Procedencia de pacientes con Patología Pleural**



La procedencia de los pacientes con metástasis pulmonares intervenidas se representa en la Figura 5.

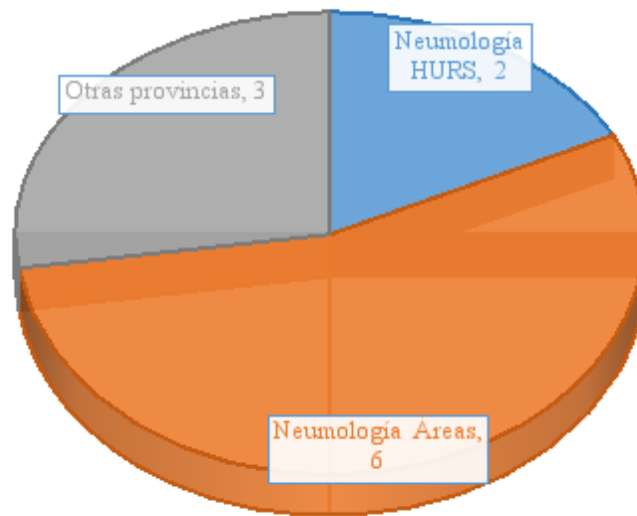
**figura 5. Procedencia de pacientes con metástasis pulmonares**



La procedencia de los pacientes con neumopatías intersticiales se representa en la Figura 6.



figura 6. Procedencia de pacientes con NI



En resumen, de los 135 casos con potencial interrelación entre ambas unidades, la procedencia desde la Unidad de Neumología de nuestro Centro corresponde a 35 casos (25,9 %). **Del total de la casuística quirúrgica de la UCTyTxP, exceptuando los trasplantes, los pacientes procedentes de la Unidad de Neumología representan el 10,7 % (35/327).**

#### CONSIDERACIONES

A pesar del bajo porcentaje de pacientes compartidos intervenidos, creemos que existen áreas que podrían beneficiarse de alguna fórmula de unión o alianza entre ambas unidades. Concretamente, podríamos señalar las siguientes:

- ✓ Manejo de los pacientes ingresados con patología pleural.
- ✓ Pacientes con patología traqueal.
- ✓ Pacientes con carcinoma broncogénico, en el que algunos procedimientos podrían coordinarse entre ambas unidades de forma más eficiente.
- ✓ Gestión de la Calidad.

#### 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 2014 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 2014 en Capítulo I de la Unidad <= Presupuesto asignado en Cap.I para 2014

**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 2014 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 2014 disminuir el absentismo del personal de la unidad. Para ello situará el porcentaje de absentismo en el 2% en el año 2014.

**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 2014 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: 12**

### 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 2014 mantener su producción quirúrgica

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 y tarde (excepto urgencias)

**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 2014, gestionar su lista de Espera en Consultas de manera que la Demora en primeras consultas no sea superior a 30 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:** 30/60 días

**Objetivo número 6.** La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2014, 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:**  $N^{\circ}$  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 2014, mantener el índice de utilización de estancias igual o inferior a 0,90.

Índice de Utilización de Estancias (IEMA)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (primer semestre)
IUE	0.56	0.53	0.58	0.61	0.71	0.61	0.62

### **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.

**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 2014 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

La UGC de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar se marca como objetivo para el año 2014, mejorar la producción científica de sus profesionales. Como criterio de referencia se utilizará el Factor de Impacto acumulado en el año para revistas publicadas en Pub-Med en aquellos artículos en los que al menos haya 1 miembro de la UGC ó la media del Factor de Impacto de los años 2013 y 2014, utilizándose el dato más favorable para la UGC. Dado que existe una gran variabilidad en el impacto de las publicaciones de las distintas áreas, y puesto que el número de dichas publicaciones pueden oscilar de unos a otros años, se han establecido compensaciones que faciliten alcanzar el objetivo para aquellas unidades con mayor dificultad para publicar en revistas de alto impacto. PESO: 15 PUNTOS

Indicador:

a) Índice de Impacto acumulado en el año 2014: Suma del Factor de Impacto de los artículos ya publicados en ese año, utilizando como valor el que se haya recogido en el Journal Citation Report del año anterior

b) Media de índice de impacto de los años 2013-2014

Fórmula:

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

b) Media de índice de impacto de los años 2013-2014

Fuente: Unidad de Gestión Científica del IMIBIC.

Metodología de Evaluación: Unidad de Gestión Científica del IMIBIC.

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

**PUBLICACIONES QUE SE CONSIDERAN:** Originales, editoriales, cartas con material original (pero no cartas de opinión) y revisiones que estén adecuadamente filiadas con una de las opciones que se indican seguidamente:

Unidad Asistencial, IMIBIC/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba, Otras instituciones implicadas (p.e. CIBER, RETICs, grupos cooperativos, etc).

Unidad Asistencial, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba/Hospital Universitario Reina Sofía/Universidad de Córdoba, Otras instituciones implicadas (p.e. CIBER, RETICs, grupos cooperativos, etc).

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

### COMPENSACIONES

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

Participar en una Guía de Práctica Clínica, con calidad "Agree".

Creación de un nuevo grupo PAIDI o incorporación a una RETIC/CIBER del Instituto de Salud Carlos III.

Publicar un trabajo en una revista de impacto >10 puntos

Crear una spin-off

Iniciar la explotación de una patente o registro intelectual.

Incorporar a la cartera de servicios del hospital una innovación generada como resultado de la investigación de la Unidad.

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

Solicitar una patente o registro con participación del IMIBIC compensa 10 puntos.

Un trabajo en primer decil, 2 en primer cuartil o 4 en segundo cuartil equivale a 5 puntos de impacto.

Conseguir un Rio Hortega en el programa del IS Carlos III.

Cada 10,000 euros de financiación destinada a la investigación (contratos con empresas, proyectos competitivos de financiación pública o privada, el 50% del tercio de la compensación para ensayos clínicos destinados a I+D y que sean conseguidos por el propio grupo como Investigador Principal y gestionados por FIBICO, compensan 2 puntos de impacto.

## 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 2014 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 %, 27% de los años 2008, 2009, 2010 y 2011, respectivamente, al 36 % en el año 2012.

Con la intención de contribuir a reforzar y mejorar esa tendencia, este año:

1. Se pone a disposición de todas las Unidades de Gestión Clínica un instrumento práctico: la Base de Datos de Indicadores y Medidas de Resultado Clínico (BBDD\_RC\_2013) del Hospital Universitario Reina Sofía, que en su versión actual (agosto 2013) contiene 588 objetivos/medidas de resultado clínico clasificadas por Unidad de Gestión Clínica. Su finalidad es facilitar la búsqueda y selección de objetivos específicos a las Unidades de Gestión Clínica.
2. El National Institute for Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido, ha autorizado el estudio y valoración, por los profesionales de las UGCs del Hospital Universitario Reina Sofía, de las “do not do recommendations” (DndR). Gracias a este esfuerzo cada UGC está en disposición de incorporar a sus AGC 2014, como objetivo específico, alguna de las recomendaciones, de lo que clínicamente no está justificado como evidencia científica, que haya priorizado como de elevada efectividad y/o eficiencia, bien porque no se estuvieran aplicando, bien porque quisiera evaluar su nivel de aplicabilidad real, dentro del marco de gestión clínica con impacto en la eficiencia técnica y económica y mejora de resultados sobre la seguridad del paciente.

Por su importancia estratégica, la Gerencia negociará con las Unidades de Gestión Clínica que no hayan solicitado ninguna “DndR”, qué recomendación se incorpora al AGC 2014, su peso y límites de cumplimiento.

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

**Problema o aspecto a mejorar** (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.

**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 mediastinoscopia de modo que el porcentaje de pacientes resuelto por CMA sea igual o superior a 70%.

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 1****DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

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

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.5**

**INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO:**

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

Fórmula:

NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de Mediastinoscopia resueltos por CMA

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

Criterio de Cumplimiento:  $\geq 70\%$

Fuente de Información: CMBD

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

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

Situación de partida (valor de referencia):

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

Compartido con:

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:



## AREA PRIORITARIA: Cirugía Mayor Ambulatoria

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

**Problema o aspecto a mejorar** (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 2014 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 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

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

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.5**

### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

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

Fórmula:

NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de Simpatectomía resueltos por CMA

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

Criterio de Cumplimiento:  $\geq 80\%$

Fuente de Información: CMBD

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

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

Situación de partida (valor de referencia):

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

Compartido con:

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

**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 [<http://www.hcahponline.org>]. [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:

Supervisora

Prieto Martos, Antonia DUE

Rodríguez Mangas, Araceli DUE

**OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 3****DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2014 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: 2.5**

**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 2014 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 irresecable. 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 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

La Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica y Trasplante pulmonar se marca como objetivo para el año 2014, 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: 2.5**

**INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO**

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

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

DENOMINADOR: Total de pacientes intervenidos de cáncer de pulmón

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

Criterio de Cumplimiento:  $\geq 75\%$

Fuente de Información: AGD

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

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

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

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

## 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. 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 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 PERMITIRIAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO

Enunciado de la intervención:

Medidas de asepsia en la implantación y mantenimiento de catéteres venosos

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 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

Mantener el número de episodios de infección relacionada con los catéteres venosos, durante 2014, por debajo 10 episodios por cada 1000 días de implantación de catéter.

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.5**

#### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

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

Fórmula:

NUMERADOR: Número de episodios de infección relacionada con catéter venoso (infección de puerta de entrada o bacteriemia) durante 2014

DENOMINADOR: Total de días de implantación de catéter venoso en pacientes durante 2014

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

**Problema o aspecto a mejorar** (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

**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 2014 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

**OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 6****DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

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

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.5**

**INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO**

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

Fórmula: %

NUMERADOR: pacientes intervenidos durante 2014, con infección de la herida quirúrgica

DENOMINADOR: Total de pacientes durante 2014

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 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 PERMITIRIAN MEJORAR EL PROBLEMA DE SALUD DETECTADO**

Enunciado de la intervención:

Medidas de asepsia en la implantación y mantenimiento de catéteres vesicales

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 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

Mantener el porcentaje de infección urinaria relacionada con el sondaje vesical, durante 2014, por debajo del 10% (Pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar)

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.5**

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

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

Fórmula: %

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

DENOMINADOR: Número total de pacientes con sondaje vesical.

Criterio de Cumplimiento: Porcentaje de infecciones urinarias ≤ 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.

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

**Problema o aspecto a mejorar** (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.

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

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

### OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 8

#### DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

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: 2.5**

#### 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**

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

**Problema o aspecto a mejorar** (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.

**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 2014 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

**OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 9**

**DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

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

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.5**

**INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO**

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

Fórmula: %

NUMERADOR: Pacientes fallecidos en 2014 durante su ingreso hospitalario tras resección pulmonar por cáncer broncogénico

DENOMINADOR: Total de pacientes sometidos durante 2014 a resección pulmonar por cáncer broncogénico

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

Fuente de Información: CMBDH

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

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

Situación de partida (valor de referencia):

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

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

Compartido con:

## OBJETIVO 10: SEGURIDAD DEL PACIENTE; CUIDADOS DE ENFERMERÍA

### IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS, COORDINACIÓN,...ETC) COMO A NIVEL ASISTENCIAL.

Problema o aspecto a mejorar:

Mejorar la calidad en los cuidados enfermeros para evitar y reducir al mínimo los efectos adversos derivados de la propia atención sanitaria, proporcionando atención y cuidados seguros a los/las pacientes y disminuyendo la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos.

Datos e indicadores en los que se sustenta:

La valoración del riesgo de UPP en el HURS en el año 2012, se encontraba en torno al 38% de los pacientes hospitalizados y el de caídas al 12%. Estos datos hacen necesario trabajar en la prevención para evitar que se produzcan daños atribuibles a los cuidados.

Indicadores: Prevención de úlceras por presión (UPP), Prevención de Caída y Medición del Dolor

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

Enunciado de la intervención:

- Valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea. ( Escala Braden)
- Valoración del riesgo de caída. ( Escala Morse )
- Medición del dolor. ( Escala visual analógica, EVA)

Razonamiento que justifica la intervención:

- Las UPP son una complicación frecuente en cualquier nivel asistencial, tiene un impacto negativo directo para la salud, y una mortalidad directa atribuible de más de 600 pacientes anuales. Las UPP provocan una prolongación de estancias hospitalarias y aumento de los costes sanitarios, difíciles de asumir sin cuestionar que ha pasado. El 95% de las úlceras son evitables con los cuidados adecuados, lo que hace imprescindible la necesidad de valorar el riesgo para poder actuar con carácter preventivo
- Las caídas son un problema grave para muchos pacientes y para el sistema sanitario. Son una causa importante de discapacidad, y las lesiones resultantes de las mismas, son la principal causa de mortalidad. Las caídas afectan a la calidad de vida, la salud y la atención sanitaria. Todos los pacientes tienen riesgo de caerse durante la hospitalización, y los factores de riesgo individuales han demostrado ser predictivos de caídas, de ahí la necesidad de su valoración para evitar que se produzcan.
- En la práctica asistencial diaria se lleva a cabo gran número de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que producen dolor y ansiedad en el paciente, a pesar de que existen diversos métodos farmacológicos y no farmacológicos, para evitarlo o minimizarlo. Incorporar la medición del dolor, da valor a los cuidados, y fomenta la protección al derecho del paciente a no sufrir innecesariamente, potenciando y promoviendo el seguimiento del dolor.

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

Actividades:

- En las primeras 24 h tras ingreso se realizará:
  - Valoración del Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. (Escala de Braden);
  - Valoración de Riesgo de caída. (Escala de Morse)
- Tras los procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que producen dolor y ansiedad en el paciente se realizará valoración del dolor (Escala analógica EVA). La frecuencia será valorada por la Enfermera Responsable, y/o demanda del paciente y/o cuidador.

Procedimientos:

- Prevención de UPP.
- Prevención de caídas.
- Valoración y cuidados del dolor.

Cronograma: - 1º trimestre 2014.

- Recordatorio de Procedimientos de Prevención de UPP y Prevención de Caídas.
- Difusión del Procedimiento Valoración y cuidados en el dolor.
- - Desde el 2º trimestre 2014. Implantación del Procedimiento Valoración y cuidados en el dolor.

Definir de forma clara y concisa el Objetivo para el año 2.014 relacionado con esta actividad

- Identificar los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP).
- Identificar a los pacientes con riesgo de caída durante su hospitalización.
- Implantación de la medición del dolor, valoración de dolor.

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: Valoración del riesgo de UPP.**

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento):

NUMERADOR: Total de pacientes con la Valoración del riesgo de UPP X 100

DENOMINADOR: Total de pacientes ingresados en la Unidad

Fuente de Información: Programa Azahar.

Metodología de evaluación: Explotación del registro e Informe de Resultados.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 80%/75%

Situación de partida (valor de referencia):

**Indicador: Valoración del riesgo de caída.**

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento):

NUMERADOR: Total de pacientes con Valoración de riesgo de caída X 100

DENOMINADOR: Total de pacientes ingresados en la Unidad

Fuente de Información: Programa Azahar.

Metodología de evaluación: Explotación del registro e Informe de Resultados

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: 80%/75%

**Indicador:**

**1.- Implantación de escala de medición del dolor.**

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento): Difusión del procedimiento y adiestramiento en la utilización de la escala analógica EVA.

Fuente de Información: Acta de reunión

Metodología de evaluación: Informe y acta de reunión.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: Cumple/ no Cumple

Situación de partida (valor de referencia): se desconoce

## **2.- Identificación del % de pacientes con dolor.**

Fórmula (o Criterio de Cumplimiento):

NUMERADOR: N° de pacientes con dolor  $\geq 3$  en la escala analógica EVA x 100

DENOMINADOR: Total de pacientes ingresados en la Unidad

Fuente de Información: Escala analógica EVA.

Metodología de evaluación: Programa Azahar.

Límite Superior (óptimo) / Límite Inferior: si/no

Situación de partida (valor de referencia): se desconoce

**Peso del Objetivo: 2.5**

## 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:

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

### 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 2014 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.

1. 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

### OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 11

### DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD

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

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.5**

### INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO

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

Fórmula: %

NUMERADOR: Número de reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2014

DENOMINADOR: Total de altas en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2014.

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:



**AREA PRIORITARIA: Trasplante Pulmonar**

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

**Problema o aspecto a mejorar** (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 PERMITIRÍAN 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 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

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

**Peso que se le asignaría al Objetivo: 2.5**

**INDICADOR PARA LA MEDICIÓN DEL OBJETIVO**

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

**Indicador (título): Mortalidad en trasplante**

Fórmula:

NUMERADOR: Número de pacientes fallecidos tras trasplante pulmonar durante 2014

DENOMINADOR: Número total de pacientes trasplantados durante 2014

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 13: SEGURIDAD DEL PACIENTE (NICE)**

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

**IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS O ASPECTOS MEJORABLES TANTO A NIVEL DE PROCESOS ORGANIZATIVOS (FLUJOS, AGENDAS COORDINACIÓN...ETC COMO A NIVLE ASISTENCIAL DEFINIR DE FORMA CLARA Y CONCISA EL OBJETIVO PARA EL AÑO 2014 RELACIONADO CON ESTA ACTIVIDAD**

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

**Problema o aspecto a mejorar:**

Variabilidad de la práctica clínica.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Razonamiento que justifica la intervención**

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

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

Diciembre 2013: Selección de la “do not do recommendation” a evaluar de entre las puntuadas con 3 en eficiencia y / o efectividad (cuestionario en Access cumplimentado por las UGC). Auditoría para evaluar cumplimiento de la recomendación (enero – junio de 2014)

Responsable: Director de la UGC.

**Resultados que se pretenden conseguir en el año 2014 / OBJETIVO**

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

- No prescribir antibioterapia profiláctica en las órdenes preoperatorias a los 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 que se le asignaría al Objetivo: 4****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):** cumplimiento de la recomendación NICE cuyo texto dice: ““The routine measurement of vitamin D levels in people with stage 1, 2, 3A or 3B chronic kidney disease (CKD) is not recommended” mediante la **Disminución del número de pacientes con ERC estadios I-IIIB (FG >45mil/min) con más de 2 determinaciones de 25(OH) D3 en seguimiento en consulta de Nefrología General.**

Fórmula: número de “fallos” (historias clínicas en las que no se cumple la recomendación) x100 / 19.

Numerador: número de fallos \* 100

Denominador: 19.

Criterio de Cumplimiento: < 2 “fallos”.

Observaciones:

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

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

Fuente de Información: Historias Clínicas (para evaluar cumplimiento de la recomendación) y CMBD (para identificar el universo: el proceso o diagnóstico al que aplica la recomendación).

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

Observaciones:

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

Compartido con:

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

Se estima una reducción de costes al disminuir la realización de procedimientos diagnóstico – terapéuticos innecesarios

Necesidades para poder llevar a cabo la intervención:

**OBJETIVO ESPECÍFICO NÚMERO 14. 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 2014 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:	TÍTULO DEL OBJETIVO	PUNTOS
UCI	LA MORTALIDAD EN EL AÑO TRAS TRASPLANTE PULMONAR SERÁ ≤ AL 25%	0.5 PUNTO
ANATOMIA PATOLÓGICA	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA USO DE MUESTRAS DEL BIOBANCO	0.5 PUNTO
Objetivo 1 compartido con NEUMOLOGÍA	Disminuir la estancia media de los pacientes con derrame pleural complicado (GRD 085) en un 10 % con respecto a la media del SAS para ese mismo GRD (9,89). Estancia media Neumología (10.63 días)	2.4 PUNTO
Objetivo 2 compartido con NEUMOLOGÍA	Garantizar que el tiempo de espera en AGD de los pacientes con cáncer de pulmón estudiados en nuestro centro no supere el resultado del año 2013 (16,83 días en 2013).	2.4 PUNTO
<b>OBJETIVO COMPARTIDO / PESO GLOBAL</b>		<b>6</b>

Dentro de las líneas de colaboración con la UGC de Neumología, proponemos para 2014 los siguientes objetivos compartidos:

**OBJETIVO 1 COMPARTIDO CON NEUMOLOGÍA:**

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

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

**Fuente de información:** CMBD

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

**Límite Superior/Límite inferior:** 9,57/10.63

**Peso:** 2.4 puntos

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

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

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

**Fuente de información:** AGD

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

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

**Peso:** 2,4 punto

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.



## 7. TABLAS RESUMEN DE OBJETIVOS COMUNES

Dimensión Ponderación	Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
<b>Área Capítulo I</b>	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%
<b>Área Accesibilidad</b>	3	Índice Sintético LEQ	Ver tabla	AGD	Explotación del Sistema de Información e Informe de la con el resultado obtenido	12	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	30días	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%
<b>Área Hospitalización</b>	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
<b>Área Orientación a ciudadanos y medida de la satisfacción</b>	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
<b>Área Investigación</b>	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	15	15	5
<b>TOTAL PUNTOS EN OBJETIVOS COMUNES</b>						<b>60</b>		



### 8. TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS DE RESULTADOS CLÍNICOS: AÑO 2014

Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
1	Resolución de Mediastinoscopia por CMA.	NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de Mediastinoscopia resueltos por CMA DENOMINADOR: total de pacientes intervenidos por Mediastinoscopia (CMA + Ingresos)	CMBD	Explotación del CMBD e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido	2.5	70	60
2	Resolución de Simpatectomía por CMA	NUMERADOR: Número de pacientes intervenidos de Simpatectomía resueltos por CMA DENOMINADOR: total de pacientes intervenidos por Simpatectomía (CMA + Ingresos)	Fuente de Información: CMBD	Explotación del CMBD e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido	2.5	80	70
3	Comunicación entre paciente y enfermeras	Fórmula: NUMERADOR: Número de pacientes que responden "siempre" o "generalmente" DENOMINADOR: Número de pacientes respondedores de la encuesta.	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	2.5	80	70
4	Demora terapéutica en pacientes con cáncer de pulmón.	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	AGD	Explotación de registro e informe del Servicio de Sistemas de Información con el resultado obtenido	2.5	≥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 (Pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar)	NUMERADOR: Número de episodios de infección relacionada con catéter venoso (infección de puerta de entrada o bacteriemia) 2014 DENOMINADOR: Total de días de implantación de catéter venoso durante 2014 Criterio de Cumplimiento: Número de episodios inferior a 10 por 1000 días	Servicio de Medicina Preventiva	Explotación del Registro e Informe del Servicio de Medicina Preventiva con el resultado.	2.5	≤ 10	14
6	Infección herida quirúrgica (Pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar)	NUMERADOR: infección de la herida quirúrgica DENOMINADOR: Total de pacientes	Medicina Preventiva y CMBD	Explotación del registro e informe de Medicina Preventiva con el resultado obtenido.	2.5	≤ 2,6%	4%
7	Infección urinaria en pacientes sondados (Pacientes de cirugía torácica y trasplante pulmonar)	NUMERADOR: Número de pacientes s con infección urinaria secundaria a sondaje vesical. DENOMINADOR: Número total de pacientes con sondaje vesical.	Servicio de Medicina Preventiva	Explotación del Registro e Informe del Servicio de Medicina Preventiva con el resultado.	2.5	≤ 10%	14%
8	Información efectos adversos inmunosupresores	NUMERADOR: Número de pacientes que refieren haber obtenido información satisfactoria DENOMINADOR: Número total de pacientes respondedores de la encuesta.	Servicio de Atención al Usuario	Explotación de la encuesta e informe del Servicio de Atención al Usuario con el resultado obtenido.	2.5	≥ 80%	70%
9 (SOCIEDAD CIENTIFICA)	Mortalidad hospitalaria en resección pulmonar por cáncer.	NUMERADOR: Pacientes fallecidos en 2014 durante su ingreso hospitalario tras resección pulmonar por cáncer broncogénico DENOMINADOR: Total de pacientes sometidos durante 2014 a resección pulmonar por cáncer broncogénico	CMBDH	Explotación del Registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido	2.5	≤ 6,8%	8,5%
10	Índice sintético de seguridad en cuidados de enfermería	Ver ficha	Ver ficha	Ver ficha	2.5	10	0





Nº	Nombre del Indicador	Fórmula del indicador	Fuente de Información	Metodología de evaluación	Peso	Límite Superior	Límite Inferior
11 (SOCIEDAD CIENTIFICA)	Reintervenciones tras resección pulmonar por cáncer de pulmón.	NUMERADOR: Número de reintervenciones urgentes en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2014 DENOMINADOR: Total de altas en pacientes sometidos a resección pulmonar por cáncer broncogénico durante 2014.	CMBD	Explotación del registro e Informe del Servicio de Calidad y Documentación Clínica con el resultado obtenido.	2.5	≤ 5,5%	7,5%
12	Mortalidad en trasplante	NUMERADOR: Número de pacientes fallecidos tras trasplante pulmonar durante 2014 DENOMINADOR: Número total de pacientes trasplantados durante 2014	Registro de Trasplante	Explotación del Registro e informe del Director del Programa con el resultado obtenido	2.5	25%	30%
13 (NICE)	No utilizar antibioterapia profiláctica en la cirugía torácica limpia, no protésica ni complicada.	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".	Historias Clínicas (para evaluar cumplimiento de la recomendación) y CMBD (para identificar el universo: el proceso o diagnóstico al que aplica la recomendación).	Auditoria de 19 historias clínicas seleccionadas mediante el Método de Muestreo para aceptación de lotes (Método: LQAS).	4	85	75
14	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>		



**ANEXO 1. OBJETIVOS CRÍTICOS TABLA RESUMEN DE OBJETIVOS CRÍTICOS: AÑO 2014**

CIRUGIA TORACICA						
ÁREA	OBJETIVO	INDICADOR		PESO	LÍM.SUPERIOR (ÓPTIMO)	LÍM.INFERIOR
ONZOMI	CONTROL DEL GASTO EN MATERIAL FUNGIBLE (1)	<b>PENDIENTE</b>	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	<b>80</b>	<b>-1%</b>	<b>1%</b>
FARMACIA	CONTROL DEL CONSUMO INTERNO EN FARMACIA	<b>PENDIENTE</b>	CUMPLIMIENTO DEL PRESUPUESTO ASIGNADO (GASTO<=PRESUPUESTO)	<b>4</b>	<b>-1%</b>	<b>1%</b>
	<b>INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES (IBP)</b> (2)	<b>IBP</b>	% DDD OMEPRAZOL / DDD IBP	<b>9</b>	<b>90</b>	<b>76</b>
	PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO (2)	<b>PRINC ACT</b>	Nº DE RECETAS CON PRESCRIPCIÓN POR PA X100/Nº TOTAL DE RECETAS PRESCRITAS	<b>4</b>	<b>90</b>	<b>84</b>
	PRESCRIPCION ELECTRÓNICA	<b>PRESCRIPCION ELECTRÓNICA</b>	% de camas en las que se realiza prescripción electrónica respecto al porcentaje de camas totales de la UGC. Las mediciones comenzarán en el segundo trimestre del año porque durante el primer trimestre se dará un tiempo de adaptación para que la unidad introduzca el sistema de prescripción electrónica. * Se medirá en horario de trabajo de mañana, de 8 a 15 horas, de lunes a viernes. * Se realizará la medida dos días al mes (días aleatorios) y posteriormente se calculará la media para obtener el dato global anual. Fuente de la información: programa Farmatools de gestión de la Unidosis de la UGC de Farmacia.	<b>2</b>	<b>95</b>	<b>90</b>
	MANENERSE EN EL RESULTADO ALCANZADO RESPECTO AL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS DEL HOSPITAL EN DOSIS DIARIA DEFINIDA (DDD) POR CADA 1000 ESTANCIAS EN EL AÑO 2014 RESPECTO AL AÑO 2013 (3)	<b>DDD/1000e</b>	DDD de consumo de antibióticos por 1000 / número de estancias en el año 2014	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>0</b>
<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						
(3) UGC CIRUGÍA TORÁCICA Y TRASPLANTE PULMONAR: DDD 1000 ESTANCIAS 2013 = 460,6. DDD1000 ESTANCIAS 2013 HOSPITAL= 889,5						



## 9. CUENTA DE RESULTADOS

Prevista su incorporación al AGC en el año 2012, tras concretar y testar un modelo específico del Cuenta de Resultados Provisional con datos reales del entorno clínico y económico de las Unidades de Gestión Clínica, se incorpora al AGC 2014, con dos particularidades relevantes:

- ✓ Diferenciación de modelos para unidades de gestión clínica finales, intermedias y medias (componente final y componente intermedio den proporciones variables).
- ✓ Exclusión de ugc finales en las que el modelo no es aplicable por déficit de información relevante en alguna de las líneas de producción establecidas en el modelo.

Durante el año 2014, tras la correspondiente negociación, se incorporará la Cuenta de Resultados Provisional a las UGC en las que la información de cada línea de producción es suficiente, fiable y válida.

El resultado del balance de la Cuenta de Resultados (diferencia entre ingresos y gastos por producción clínica) repercutirá en el CRP de la UGC en un +15%, en principio, sólo en el año 2014.

El balance positivo (menos gastos que ingresos) solo se aplicará si se han cumplido los objetivos de resultado clínico directamente relacionados con las decisiones adoptadas en los planes de ajuste de gasto.



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFIA